



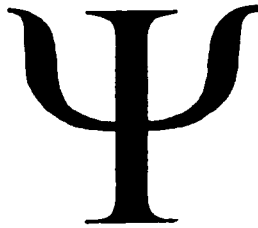
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES HOMBRES Y MUJERES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ADRIANA COCAÑO JAIME
MARTHA PATRICIA BAHENA NEMECIO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
REVISORA DE TESIS: LIC. LUCY REIDL





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS DE ADRIANA

A DIOS: Por estar conmigo por darme la vida y por estar conmigo en todo momento.

A MI MAMA.

Por darme junto con mi Papá la vida, por apoyarme en todo momento, sé que peleaste mucho conmigo, pero gracias a eso, he logrado ser lo que ahora soy. Gracias TE QUIERO MUCHO.

A MI PAPA.

Gracias por tu apoyo, por tu cariño y también por apoyarme en este recorrido de mi vida profesional así como en mi vida personal. TE QUIERO MUCHO.

TOÑIS.

Gracias porque además de ser mi hermano eres mi amigo, por tus consejos y tus regalos, que aunque me costaba mucho trabajo aceptar, siempre los he tomado en cuenta. TE QUIERO MUCHO.

A MI ABUELITA LUPITA.

Donde quiera que estés, TE RECUERDO Y TE QUIERO.

A TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA GONZALEZ COCAÑO Y COCAÑO ESCALANTE.

Por su cariño y apoyo, muchas gracias.

A MIS AMIGOS:

LEONARDO: Gracias por tus consejos, por escucharme, por darme la oportunidad de recurrir a ti, buscando un amigo. GRACIAS.

ROBERTO ARELLANO.

Gracias amigo, por compartir conmigo alegrías y tristezas durante casi 15 años, por tu apoyo y cariño.

A MIS AMIGAS : Marisa T., Yuria C., Claudia F., Lupita F., Anita. Por su amistad y comprensión. **GRACIAS.**

A MIS AMIGOS DE OPTIMISMO VILLA COAPA Y DEL VALLE.

Fito, Mari Carmen, Raúl, Polita, Ma. Elena, Anita, Martha, Patty R., Martín, Luz Elena, Rolando G., a todos ustedes gracias por su amistad.

A LOS MAESTROS: GILDA GOMEZ PERES MITRE.

LUCY REIDL

OLGA BUSTOS ROMERO.

LILIA JOYA.

JORGE PEREZ.

A todos ustedes gracias por sus comentarios y apoyo en la elaboración de esta tesis.

A PATTY BAHENA.

Por tu paciencia y amistad, en la elaboración de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTOS DE PATY

A DIOS:

Doy gracias a Dios por haberme dado la vida y fortaleza para finalizar uno de los más grandes objetivos de mi vida y continuar con los proyectos que me he propuesto. Por darme la inteligencia y paciencia para llegar hasta aquí.

A MI QUERIDA MAMITA:

Por que gracias a ti y a tus consejos, así como a tu apoyo he logrado otra meta más en mi vida. Y seguiré alcanzado más logros, porque siempre me has enseñado que en la vida nada es regalado y se necesita que valor y constancia para llegar a cumplir cualquier objetivo.

Gracias por que siempre has depositado en mí la seguridad y confianza que junto con todo tu amor incondicional han hecho de mí una mejor persona día a día.

Gracias mamita por tus ejemplos, tu motivación, tu compañía y tus palabras de aliento que han edificado las columnas que me sostienen y guían y que han llevado a cumplir una de las metas más importantes en mi vida.

Mil gracias por ser mi MAMA.

A MI PAPA:

Por su apoyo emocional y su disciplina, y sobre todo por mostrarme que yo puedo conseguir todo lo que me propongo. Por darme consejos y regaños por mostrarme que la vida no es fácil, que se dedica tiempo y esfuerzo para llegar a ser mejor. Te agradezco haberme enseñado tantas cosas bellas y también que me enseñaste a agradecer.

A MI HERMANA SARA:

Por ser mi única compañía, mi confidente y mi amiga durante mi trayecto en esta vida, porque siempre pensaste en mi bienestar, porque me has ayudado desde el día que naciste a valorar la vida y a ser mejor para ser un ejemplo para ti. Nuestros desvelos valieron la pena, esté éxito también es tuyo.

A MI QUERIDO ESPOSO:

Gracias Luis, porque tu me viste crecer en mi vida profesional, por haberme dado animo y confianza todos estos años, porque juntos hemos enfrentado tantos problemas y hemos tenido tanta dicha y felicidad. Gracias por ayudarme a vencer todo obstáculo y sobretodo por darme tanto amor y creer que yo puedo lograr cualquier cosa que me propongo.

A MIS AMIGOS:

Por su compañía y los agradables momentos que hemos compartido, deseando que sean muchos más. Por sus consejos, su tiempo y sus buenos deseos para conmigo.

(Gracias a Elena, Daniel, Ronald, Abraham, Nelly, Iván, Marco, Nacho, Azucena, Ariadna, Tere, Cristina, Maribel, Ana Laura, por ser mi amigos y enseñarme algo en su tiempo).

A MIS PROFESORES:

Y a todas las personas que han contribuido de alguna manera a mi formación, mi respeto y admiración.

A LA DOCTORA GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE:

Gracias por su apoyo, paciencia, interés, por los consejos, pero sobretodo por ser la luz que me guío en el camino.

A GISELLA:

Por todo su apoyo y consejos para realizar esta tesis.

A MIS SINODALES:

Por aprobar esta tesis y asistir al examen profesional.

A MIS AMIGAS CIRI Y EDITH:

Por su compañía y su gran amistad, por estar siempre al pendiente de mi y darme muy buenos consejos.

A LA UNIVERSIDAD:

Y a los profesores agradezco la oportunidad de formarme profesionalmente en sus aulas, aprender aquello que es de mi interés y por ayudarme a ser mejor profesionalista día a día.

A ADRIANA COCAÑO:

Mi agradecimiento por compartir y lograr llegar a la misma meta juntas, gracias por el empeño y esfuerzo que realizaste.

Mi más grande agradecimiento a todas las personas que de alguna manera cooperaron para haber alcanzado y realizado esta tesis.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA 4

1.1. Definición de adolescencia 4

1.2. Teorías de la adolescencia 6

1.2.1. Teoría Psicoanalítica 6

1.2.2. Teoría Sociológica 7

1.2.3. Teoría de Sullivan 7

1.2.4. Teoría de Piaget 8

1.2.4.1. El pensamiento y sus operaciones 8

1.2.5. Teoría de Gesell 10

1.3. Características biológicas, físicas y psicológicas 11

1.3.1. Características fisiológicas 12

1.3.2. Características físicas 14

1.3.3. Características psicológicas 14

1.4. Desarrollo social 18

1.4.1. Cambios sociales 18

1.4.1.1. Adolescencia y Familia 18

CAPITULO II. AUTOESTIMA 20

2.1. Definición de autoestima 20

2.1.1. Teoría de Karen Horney 23

2.1.2. Teoría de Carl Jung 24

2.1.3. Teoría de Alfred Adler 25

2.1.4. Teoría de Abraham Maslow 26

2.1.4.1. 26

2.1.4.2. 27

2.2. Condiciones de una adecuada autoestima 29

2.3. Autoestima alta 29

2.4. Autoestima baja 31

CAPITULO III. IMAGEN CORPORAL 34

3.1. Antecedentes Históricos en el campo de estudio de la imagen corporal 34

3.2. Definición de imagen corporal 36

3.3. Autopercepción de la imagen corporal en los adolescentes..... 39

3.4. Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal 44

3.5. Teorías sobre la insatisfacción con la imagen corporal 50

 3.5.1. Teoría perceptual 50

 3.5.2. Teoría del desarrollo 50

 3.5.3. Teoría sociocultural 50

 3.5.4. Teoría de la discrepancia del yo ideal 51

 3.5.5. Teoría feminista y socialización del rol de género 51

 3.5.6. Teoría de la comparación social 51

CAPITULO IV. TRASTORNOS ALIMENTARIOS 53

4.1. Antecedentes históricos 53

4.2. Primera descripción de anorexia nervosa y algunas conceptualizaciones 54

4.3. Descripción de bulimia 54

4.4. Distorsión de la imagen corporal 55

4.5. Incidencia de anorexia nervosa en diversos países 56

4.6. Anorexia nervosa en los niveles socioeconómicos 57

4.7. Diferencias étnicas 57

4.8. Distribución por sexo y edad 58

4.9. Factores de riesgo en poblaciones normales 59

4.10. Algunos estudios de imagen corporal en adolescentes..... 60

4.11. Investigaciones realizadas en México 61

4.12. Anorexia nervosa 63

4.13. Bulimia nervosa 65

 4.13.1. Etiología 67

 4.13.2. Factores de riesgo 67

 4.13.3. Factores psicosociales 68

 4.13.4. Factores predisponentes 68

 4.13.5. Factores precipitantes 68

 4.13.6. Alimentación correcta 68

4.13.7. Dieta	69
4.13.8. Ayunar	69
4.13.9. Fármacos anorexígenos	69
4.13.10. Estados de ánimo y conductas asociadas con los trastornos alimentarios	69
4.13.11. Sobrealimentación	71
4.13.12. Compulsión	72
4.13.13. Estrés	72

CAPITULO V. Plan de investigación y metodología 74

5.1. Objetivo	74
5.2. Planteamiento del problema	74
5.3. Hipótesis de trabajo	74
5.4. Definición de variables	75
5.4.1. Variable independiente	75
5.4.2. Variables dependientes	75
5.5. Método	76
5.5.1. Diseño de investigación	76
5.5.2. Muestra	76
5.5.3. Control de variables	76
5.5.4. Instrumentos y aparatos	76
5.5.5. Prueba de autoestima	77
5.5.6. Procedimiento	78

CAPITULO VI. RESULTADOS 79

6.1. Descripción de la muestra	79
6.2. Descripción de las variables de estudio	81
6.2.1. Maduración sexual	81
6.2.2. Elección de figura actual	82
6.2.3. Elección de figura ideal	84
6.2.4. Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal	84
6.3. Prueba de hipótesis	85

CAPITULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 87

SUGERENCIAS 88

REFERENCIAS 89

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio* tuvo como objetivo conocer la relación entre el sexo de los adolescentes y su autoestima así como la percepción de su propia imagen corporal. Se trabajó con un diseño factorial de 2x2, de 2 grupos con observaciones independientes, y una muestra no probabilística, intencional, que se obtuvo de una población formada por estudiantes que se encontraban cursando sus estudios a nivel secundaria en escuelas públicas en el D.F., con una N=118. Los instrumentos que se aplicaron fueron dos, el Estudio sobre alimentación y salud y la Prueba de Autoestima infantil de Pope, Mchale y Craighead.

Para la interpretación de los datos se utilizó un Análisis Descriptivo, así como un Análisis de Varianza (ANOVA) y la Prueba t de Student para conocer si existían diferencias entre los grupos, en cuanto a las variables: Sexo y autoestima (variables independientes), y satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (variable dependiente). Los resultados mostraron que la relación entre satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal y el sexo no se comprobó, ya que no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado no se encontró relación entre el nivel de autoestima y la percepción de la propia imagen corporal. Tanto en hombres como en mujeres se encontró insatisfacción con su imagen corporal.

* Este estudio forma parte del Proyecto "Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición" PAPIIT 2000. No. IN305599.

INTRODUCCION

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta sociedad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer solitario suele ser una práctica incómoda, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre, cabe asegurar que la comida, el hecho de comer, reviste significados, se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional. Así el anhelo de delgadez está galvanizado a toda una sociedad. Se trata de un fenómeno de radical novedad, por sus dimensiones, en la historia de la humanidad. El cuerpo delgado, sobre todo el de la mujer, se ha constituido en una especie de condición para la felicidad. Esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas adolescentes jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas (Toro, 1996).

Por tanto los patrones sociales y culturales han influido en la percepción que tienen los individuos acerca de su imagen corporal. Por lo general las modas, los estereotipos, son los que proponen ciertas figuras ideales que promuevan la publicidad a través de los medios de comunicación.

Se han realizado una serie de investigaciones para identificar patrones y hábitos alimentarios, que se consideran como factores de riesgo en la población normal en estudiantes de secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado; encontrándose insatisfacción con la figura corporal y el deseo por ser más delgados, particularmente se ha encontrado en adolescentes el deseo de querer pesar menos, por tal motivo practican dietas restrictivas originando así el desarrollo de desordenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré, 1993 b).

La distorsión de la imagen corporal está relacionada con un conjunto de trastornos psicológicos, teniendo un posible mecanismo mediante el cual, los trastornos pueden aumentar si están presentes las siguientes características: personas que valoran fuertemente su apariencia, que tienden a la depresión, baja autoestima, un acentuado interés por su figura, así como la manifestación específica de un estado general de autodesvalorización (Thompson, 1996).

Prince (1983) menciona que la autoestima es una evaluación positiva y negativa de la información contenida en el autoconcepto; y que es una combinación

de la apariencia física y las capacidades. La autoestima del individuo se basa en la satisfacción de cómo se percibe a sí mismo, en cuanto a cómo se ve la forma de su cuerpo. Hamachek (1981) considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser, o bien, es negativa se discrepa con lo que se desea. El aspecto físico es un determinante esencial de la autoestima en el hombre y la mujer. Cierta grado de preocupación por la totalidad de la imagen corporal es compatible con la percepción de una personalidad sana, ya que la imagen corporal es uno de los valores que forman parte de la autoestima global del individuo.

En la mayoría de las ocasiones es demasiada la preocupación por tener un cuerpo atractivo que, con tal de tenerlo las mujeres adolescentes siguen ciertos hábitos para lograrlo, sin pensar, que la mayoría de la veces, las consecuencias que traen consigo el querer tener esa figura esbelta; provocando así, en muchos casos, trastornos alimentarios como la anorexia nervosa y la bulimia. Estos desórdenes tienen una etiología multicausal, producto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Es por esto el interés de realizar este estudio con el fin de conocer la relación entre el sexo de los adolescentes y su autoestima, así como la percepción de su propia imagen corporal, con el propósito de contribuir con información para poder realizar programas preventivos, enfocados hacia la aceptación de la Imagen Corporal en las adolescentes, además de promover hábitos alimentarios adecuados.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

El ser humano atraviesa por diferentes etapas de desarrollo durante su vida, algunas de ellas como la adolescencia que se refiere a la etapa del desarrollo humano que está ubicada entre la niñez y la vida adulta, que se inicia con la pubertad.

La adolescencia se puede definir como un periodo del ciclo vital , en donde suceden cambios anatómicos y fisiológicos que se caracterizan por la maduración sexual, por cambios psicológicos que permiten la estructuración de la identidad sexual como consecuencia de la interacción de circunstancias histórico-sociales en las que se desarrolla el individuo (Rolf, 1984).

Sin embargo no se puede saber cuando empieza y cuando termina está etapa, debido a que estos cambios pueden estar influenciados por el nivel de nutrición de cada individuo, así como por el medio social en el que se desenvuelve. Pero por lo general estos cambios se presentan entre los 12 y 20 años aproximadamente.

Existen algunas definiciones generales en relación con la adolescencia según Rolf en 1989: (p.11).

- Sociológicamente: La adolescencia es el período de transición que media entre la niñez independiente y la edad adulta y autónoma.
- Psicológicamente: Es una "situación marginal" en la cual se realizan nuevas adaptaciones, las cuales dentro de una sociedad distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.
- Cronológicamente: Es el lapso que comprende de los 12 a 13 años hasta los 21 aproximadamente, con variaciones individuales y culturales.

Para Stanley (1904) la adolescencia es una edad dramática y tormentosa en la que se producen varias tensiones con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que él ó la joven se encuentran divididos entre tendencias opuestas. La adolescencia tiene un corte profundo en la infancia, es como un nuevo crecimiento en la que el joven adquiere caracteres humanos más elevados (Delval, 1995).

Powell (1981) " La adolescencia se describe como un periodo durante el cual se alcanza la madurez, un periodo de transición entre la niñez y la adultez; un periodo

durante el cual un individuo emocionalmente inmaduro se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental; una época de renacimiento” (p.14).

Brooks (1959) menciona que la adolescencia es el periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 a 13 años y los veinte. Este periodo se cierra, al entrar el individuo en la edad adulta.

Mckinney (1977) define a la adolescencia como el periodo que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, es el periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Por otra parte, han surgido otras definiciones de la adolescencia en los que se nombran cambios físicos, psicológicos, sociales, entre los que se mencionan:

- La adolescencia es una etapa de la vida en la cual se principia en la niñez y posteriormente sigue la adultez, la cual constituye un periodo de transición entre estas etapas. Da inicio esta etapa con los cambios corporales, y finaliza con la entrada a la adultez, la cual varía de acuerdo a las culturas, puesto que el comportamiento que debe tener el adolescente es el de adaptarse a la edad adulta de acuerdo a las reglas ó limitaciones que impone el adulto sobre ellos (Papalia, 1992).
- La adolescencia es una etapa compleja, problemática y en ocasiones difícil para el joven en su lucha para llegar a la madurez, es un periodo de cambios físicos, sociales, psicológicos y cognoscitivos, al igual que cambios sociales que influyen en la persona (Rocheblave, 1985).

En la adolescencia se distinguen varias etapas de desarrollo, donde se presentan una serie de cambios que permiten identificar características generales aplicables a la mayoría de los adolescentes, estos periodos son (Craig, 1988 p.406):

- El periodo de Adolescencia Temprana: La cual corresponde a la época de la secundaria ó preparatoria, es el tiempo en el cual el niño experimenta cambios corporales de la pubertad y cambios mentales que son propios de la madurez cognoscitiva.
- El periodo de Adolescencia Media ó Intermedia: En este periodo se da inicio a la búsqueda de nuevas identidades y donde se dedica el tiempo libre en compañía de amigos de la misma edad.
- El periodo de Adolescencia Tardía ó Juventud: En este periodo se toman decisiones respecto a la carrera, la formación académica ó la elección de estilos de vida y la profesión en la vida adulta.

1.2. TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.

1.2.1. TEORIA PSICOANALITICA.

Está teoría representada por Anna Freud (1936) menciona que adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico adquirido en la infancia, produciendo un desajuste de personalidad. Se produce un despertar a la sexualidad lo que provoca una búsqueda de objetos amorosos fuera del medio familiar, lo que modifica la relación con los padres (Delval, 1995).

Por otra parte Anna Freud menciona algunos factores que están implicados en los conflictos de la adolescencia (Rolf, 1989 p.42):

1. - La fuerza de los impulsos del ello, determinada por los procesos fisiológicos y endocrinológicos durante la pubescencia.
2. - La capacidad del yo para superar a las fuerzas instintivas ó para ceder ante ellas, cosa que depende a su vez de la ejercitación del carácter y del desarrollo del super yo del niño durante el periodo de latencia.
3. - La eficiencia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del yo.

Para Bloss (1972 y 1979) la adolescencia constituye un segundo proceso de individuación que tiene lugar durante los tres primeros años de vida. En el primer proceso del adolescente hay una búsqueda de su independencia, rompe a su vez los lazos afectivos de dependencia que tiene con sus padres, y busca nuevos objetos amorosos. Se presenta una inestabilidad emocional en la relaciones, hay contradicciones en deseos y pensamientos, con cambios en el estado de ánimo, depresión e inconformismo (Delval,1995).

Para Erikson (1968) la adolescencia es la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella. Menciona ocho etapas evolutivas para el desarrollo de esta: (Rolf, 1989 p.49).

1. Confianza contra desconfianza.
2. Autonomía contra vergüenza y duda.
3. Iniciativa contra culpa.
4. Laboriosidad contra inferioridad.
5. Identidad contra difusión del propio papel.
6. Intimidad contra aislamiento.
7. Fecundidad contra estancamiento.
8. Integridad del yo contra aversión, desesperación.

También Erickson define a la pubescencia que se caracteriza por un crecimiento físico rápido, la madurez genital y la conciencia sexual. Así como a la adolescencia que es el período durante el cual se ha de establecer una identidad positiva dominante del yo, sosteniendo que el estudio de la identidad en el

adolescente, es por medio del establecimiento y restablecimiento de sus propias experiencias previas y la tentativa consciente de hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal, subordinadas a la sexualidad (Rolf, 1989).

1.2.2. TEORIA SOCIOLOGICA.

En esta teoría se pone más énfasis a los factores del medio ambiente, y a la adolescencia se concibe como el resultado de tensiones y presiones de la sociedad, en donde el adolescente tiene que incorporar los valores y creencias de esta, en donde tiene que sociabilizarse, y adoptando al mismo tiempo determinados papeles sociales, los cuales son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayor oportunidad de elegir. Los adultos exigen a los jóvenes, así como el hecho de que tienen grandes expectativas en ellos, lo que puede llegar a ser insoportable. El cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión.

1.2.3. TEORIA DE SULLIVAN.

En su teoría Sullivan postula siete etapas del desarrollo: (Cueli, 1990 p.137 - 139).

- a) **Infancia:** Se desarrolla aproximadamente de los cero a los dieciocho meses. La zona corporal más importante es la boca. En el sistema del Self, las experiencias interpersonales más importantes son: La alimentación, que puede ser pecho materno ó biberón.; orientación hacia el pezón; miedo hacia la madre buena ó mala.
- b) **Niñez:** Este periodo transcurre de los 18 a 20 meses hasta los 4 ó 5 años, es decir, desde que aparece el lenguaje hasta que surge la necesidad de tener compañeros de juegos, en su sistema del Self, ya se reconocen los roles sexuales. Las relaciones interpersonales están basadas en las personificaciones, dramatizaciones, en donde empieza a jugar que ya es un adulto, llega a creer que el mundo esta en contra él, y esto ocasiona que se aleje de los demás.
- c) **Etapa juvenil:** Este periodo va de los 5 ó 6 hasta los 11 años, es la etapa en la cual ya asiste a la primaria, la zona corporal dominante es la genital, latente ó adormecida. Su sistema del Self empieza a integrar sus necesidades y a desarrollar sus controles internos. Las relaciones interpersonales son la de socialización que se refleja en la cooperación y la competencia, volviéndose dependiente.
- d) **Preadolescencia:** Este periodo transcurre de los 11 a 13 años aproximadamente, es la época de la secundaria. La zona corporal predominante es la genital emergente. Su sistema del Self se encuentra estabilizado. Las relaciones interpersonales son la necesidad primordial de tener compañeros del mismo

sexo, empezando las relaciones humanas genuinas, necesita la oportunidad de saber que es igual a los otros, comienza a surgir en forma confusa el sentimiento de ser independiente.

- e) **Adolescencia temprana:** Este periodo va de los 15 a 17 años, es la época de la preparatoria. La zona predominante es completamente genital. El sistema del Self está confuso, sus experiencias cognoscitivas están orientadas hacia aspectos sexuales. Las relaciones interpersonales, en relación con sus necesidades sociales son: Eróticas hacia el sexo opuesto, y de intimidad hacia un compañero del mismo sexo, que en ocasiones puede confundirse como homosexualidad. Sus relaciones son independientes.
- g) **Adultez:** Periodo de los 20 a 30 años, en esta etapa la mayoría de los sujetos empieza a tener hijos. El cuerpo es heterosexual totalmente. El sistema del Self se encuentra estabilizado completamente, sus experiencias cognoscitivas son sintácticas y simbólicas. Las relaciones interpersonales, los sujetos son sociales y se encuentran independizados totalmente de sus padres.

1.2.4. TEORIA DE PIAGET.

1.2.4.1. El Pensamiento y sus operaciones.

El adolescente construye sistemas y teoría relacionadas con el interés que tiene hacia los problemas inactuales elaborando teorías abstractas. Entre los 11 y 12 años tiene lugar una transformación fundamental en el pensamiento del niño que marca su final con respecto a las operaciones construidas durante la segunda infancia: El paso del pensamiento concreto al pensamiento forma ó hipotético-deductivo. En esta edad las operaciones de la inteligencia infantil son concretas, los cuales se refieren a la realidad en sí misma y a los objetos tangibles que pueden ser manipulados y sometidos a experiencias efectivas (Piaget, 1984).

Después de los 11 ó 12 años, el pensamiento formal es posible, las operaciones lógicas comienzan a ser transpuestas del plano de la manipulación concreta al plano de las ideas, expresadas en un lenguaje cualquiera, sin el apoyo de la percepción, la experiencia ó creencia.

En la construcción del pensamiento del niño no solo se aplica las operaciones a objetos, sino que se reflexiona sobre las operaciones independientemente de los objetos y de reemplazar a estos por proposiciones simples, denominando a esto Pensamiento de Segundo Grado. El pensamiento concreto es la representación de una representación de acciones posibles.

La construcción de los sistemas que caracterizan a la adolescencia se hace posible; las operaciones formales aportan al pensamiento un poder nuevo, que equivale a desligarlo y liberarlo de lo real que le permite edificar a voluntad

reflexiones y teorías. La inteligencia formal marca el vuelo del pensamiento, siendo esencial que oponen la adolescencia a la infancia: La libre actividad de la reflexión espontánea.

Existe un egocentrismo intelectual de la adolescencia que encuentra poco a poco su corrección en la reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad: El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir, sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984.).

El desarrollo mental del niño aparece como una sociedad de construcciones las cuales cada una prolonga la precedente, reconstruyéndola, en un plano nuevo para sobrepasarla posteriormente. El pensamiento y las conexiones interindividuales interioriza los esquemas de acción, reconstruyéndolas en un plano nuevo de la representación para después constituir el conjunto de las operaciones concretas y las estructuras de cooperación.

En los 11 ó 12 años el pensamiento formal reestructura las operaciones concretas, subordinándolas a nuevas estructuras, las cuales se prolongan durante la adolescencia y la vida posterior. Este desarrollo se divide en períodos ó subestadios que obedecen criterios que son: (Piaget, 1984 p. 151-152).

1.- Su orden de sucesión es contante, aunque las edades promedio pueden variar de un individuo a otro, según sus grados de inteligencia, ó de un ambiente social a otro.

2.- Cada estadio se caracteriza por una estructura de conjunto en función de la cual pueden explicarse las reacciones particulares.

3.- Las estructuras de conjunto son integrativas y no se sustituyen unas a otras; cada una resulta de la precedente integrándola como estructura subordinada y prepara la siguiente, integrándose antes ó después de ella.

Por otra parte existen factores generales que son asignados a la evolución mental: (Piaget, 1984 p. 153 -155).

1) El crecimiento orgánico y la maduración del complejo formado por el sistema nervioso y los sistemas endocrinos.

2) El papel del ejercicio y de la experiencia adquirida en la acción efectuada sobre los objetos, surgiendo así dos tipos de experiencia:

- La experiencia física, que consiste en actuar sobre los objetos para abstraer sus propiedades.

- La experiencia lógico-matemática, que consiste en actuar sobre los objetos pero con la finalidad de conocer el resultado de la coordinación de las acciones.

- 3) El de las interacciones y transmisiones sociales. Por una parte la socialización que es una estructuración a la que el individuo no solo contribuye, sino que recibe también de ella la solidaridad y el isomorfismo entre las operaciones y la cooperación.

Los factores explican la evolución intelectual y cognoscitiva del niño y considera aparte el desarrollo de la efectividad y la motivación. Estos factores dinámicos proporcionan la clave de todo desarrollo mental y que son definitivamente las necesidades de creer, de afirmarse, de amar y de ser valorizado, las que constituyen los motores de la propia inteligencia en la conducta.

1.2.5. TEORÍA DE GESELL.

En su teoría Gesell consideraba a la adolescencia como la etapa de transición decisiva entre la niñez y la edad adulta, sus primeras características de la conducta adolescente aparece a la edad de 11 años aprox. y la madurez final se logra después de los 20 años. La tarea central del adolescente consiste en encontrarse consigo mismo. Hace mención a características que se presentan en cada nivel de la vida (Rolf, 1989 p.156 -159):

- El niño de diez años: Se describe al niño como un individuo en estado de equilibrio. El niño es capaz de aceptar la vida y el mundo con facilidad, tiene apego a su hogar, reconoce la autoridad, es confiado y obediente. Le gustan las actividades de la familia como grupo social. Siente cariño hacia sus amigos y se une a equipos y organizaciones. Sus relaciones sociales se limitan a su propio sexo. Posee un sentido de la justicia .
- El niño de once años: Su organismo se encuentra en un estado de cambio y sus funciones fisiológicas sufren una reconstrucción en forma impulsiva, de mal humor, enojo, entusiasmo, negativismo y espíritu de contradicción, se pelea con sus hermanos y es rebelde con sus padres.
- El niño de doce años: El niño es más responsable, mejor compañero y más sociable, no quiere ser considerado como un bebe, logra cierta independencia de su hogar y sus padres, es influenciado por su grupo de compañeros, en esta etapa hay una integración de la personalidad, los rasgos fundamentales son la razón, la tolerancia y el buen humor. Está dispuesto a tomar su propia iniciativa y es entusiasta en tareas que él mismo elige. Se produce un cambio en las relaciones entre los niños y niñas.
- El niño de trece años: El niño es reflexivo y entra en un periodo de retraimiento, es propenso a la autocrítica y concienzudo, los cambios

estructurales y químicos que operan su cuerpo afectan su conducta en: La postura, la coordinación motriz, el cambio de la voz, la expresión facial , estos cambios producen en él la conciencia de que está creciendo.

- El niño de trece años: El niño alcanza seguridad en sí mismo que le permite sentirse tranquilo y contento, tiene un interés en la gente y de la comprensión de las diferencias que existen entre distintas personalidades. Sus amistades se basan en intereses comunes y en la compatibilidad de rasgos personales. El interés por su personalidad se muestra en su identificación con héroes y personajes del cine y literatura.
- El joven de quince años: Existe un creciente espíritu de independencia que se manifiesta por mayores tensiones, estallidos y hostilidad ocasional en las relaciones con los padres y en la escuela. Quiere tener tiempo y elecciones libres y tenderá a mostrarse intransigente ante el control exterior. Es más perceptivo y consciente de sí mismo.
- El joven de dieciséis años: Considerada como adolescencia media, la conciencia de sí mismo, la autonomía y la adaptación social personal han llegado a un equilibrio y de integración. Suele controlar sus emociones, es alegre, amistoso, abierto y bien adaptado, se orienta hacia el futuro, las niñas de esta edad piensan en el matrimonio, hay compañerismo entre hombres y mujeres, pero no de tipo romántico.

1.3 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS.

Cuando el cambio biológico comienza en la adolescencia, los procesos de maduración dan lugar a un crecimiento físico acelerado, un cambio en las dimensiones corporales, modificaciones hormonales, así como impulsos sexuales fuertes.

Existen varias definiciones en cuanto a los cambios que se producen en la adolescencia como la de Laroche en su libro de pubertad distingue tres periodos de evolución (Rocheblave, 1978 p.24-25):

- El primer período prepubertario: Se caracteriza por una actividad en el crecimiento así como la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios, en particular la aparición del vello pubiano y del vello axilar. La transpiración axilar aumenta en los dos sexos. En este periodo se produce en el niño un crecimiento rápido de los testículos y del pene, y en la niña el comienzo del desarrollo de los senos.
- El segundo período: El crecimiento se aminora, los caracteres sexuales se desarrollan, es la época de la primera regla en la niña y de la primera eyaculación en el niño.

- El tercer periodo pospubertario: Las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y sus caracteres funcionales son completos.

1.3.1. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS

La evaluación de este período se inicia con la pubescencia que proviene del hipotálamo, a través de conexiones nerviosas y celulares con la corteza cerebral, por su parte superior, y con la pituitaria por la parte inferior, el hipotálamo actúa como un integrador del sistema nervioso y endocrino (Kaplan, 1986).

Cuando el niño ó la niña cumple 12 ó 13 años el hipotálamo ordena a la hipófisis que produzca hormonas, enviándolas a través de la corriente sanguínea con el fin de activar la producción de hormonas sexuales en los órganos genitales.

Las hormonas desencadenan cambios que se producen, la testosterona (hormona sexual), actúa sobre receptores en las células del pene, la piel de la cara, los cartílagos de las uniones del hombro y algunas partes del cerebro. Entre otros cambios que se producen es que afectan el aumento de la longitud del cuerpo, a su forma y a las relaciones entre las partes, al desarrollo de los órganos reproductivos y a los caracteres sexuales secundarios (Delval, 1995).

Los tejidos blanco tienen la capacidad de reaccionar frente a las hormonas sexuales: el estrono y progesterona. La hipófisis produce hormonas entre las que se encuentran la hormona del crecimiento, somatotropina, que estimulan y regulan el funcionamiento de glándulas sexuales como los testículos y ovarios, que tienen dos funciones (Garrison, 1973 citado en Craig, 1988):

- Producir gametos (espermatozoides y óvulos).
- Segregar las hormonas sexuales que son indispensables en el desarrollo de los órganos reproductores.

En las niñas estas hormonas estimulan los ovarios que segregan hormonas sexuales (estrogénos), donde el cuerpo forma una mucosa en el útero que está listo para acoger al óvulo fecundado, cuando esto no ocurre, se efectúa un desprendimiento de toda la capa de células que cubrían el útero, llamándose a este desprendimiento menarca ó menstruación (Papalia, 1995).

El tiempo promedio que transcurre entre una menstruación y otra puede tener un rango que oscile entre 24 y 35 días con una duración de tres a cinco días, los primeros ciclos pueden presentarse de manera irregular y posteriormente regularizarse.

Otros cambios que se producen en esta etapa, son en las mamas que consisten en la elevación conjunta del seno y el pezón que dan lugar a una

protuberancia pequeña, se agranda también en forma leve el círculo areolar que rodea el pezón, el color rosado del pezón se va oscureciendo junto con la areola, área pigmentada que rodea el pezón, se agranda y los senos toma primero una forma cónica y después redondeada (Kaplan, 1986).

Mientras continua el crecimiento mamario, el contorno de la niña va redondeándose gradualmente, debido al ensanchamiento de la pelvis y la distribución de grasa en la cadera, hombros y glúteos.

El vello axilar se presenta uno ó dos años después del crecimiento del vello púbico, las glándulas apocrinas (secretoras de sudor) incrementan su función, las glándulas cutáneas se hacen más activas alrededor de esta etapa, por lo que se puede presentarse acné en cara, tórax y espalda (Malacara, 1980).

En los órganos genitales se dan cambios en la vulva, los labios mayores se engruesan y su consistencia es más firme, crece el clítoris, la vagina, el útero y los ovarios en forma acelerada, hasta alcanzar el desarrollo completo y su plena capacidad de funcionamiento.

La influencia de la testosterona, producida por las glándulas suprarrenales se manifiesta por la aparición del vello sobre los labios mayores ó en el monte de venus. El vello a medida que crece es más oscuro y adquiere la distribución de un triángulo invertido (Katchadourian, 1981).

Con respecto a los cambios que ocurren en el varón la testosterona es la hormona responsable de estos. Se inicia con el crecimiento del pene y los testículos, así como la aparición de vello en la base del pene. Este vello se extiende hacia el escroto que lo cubre y se torna más rizado y grueso; por último se continua sobre la línea media del abdomen y hacia abajo del escroto abarcando y cubriendo la parte interna de los muslos (Kaplan, 1986).

Después del desarrollo del vello púbico, sigue el crecimiento del vello axilar y la aparición del vello fino sobre el labio superior llamado bozo; desarrollándose el vello facial y torácico.

Aparece el cambio de voz que puede ser radical ó una ligera variación en el timbre debido al crecimiento de la laringe a la separación de las cuerdas vocales y el ensanchamiento de la caja de resonancia (laringe y boca).

Simultáneamente a los cambios físicos externos, se manifiesta la espermatogénesis, que es la maduración de los espermatozoides; proceso que está condicionado por la acción de las hormonas HFE, HL y testosterona. Una vez efectuada la maduración de los espermatozoides, se presenta la primera eyacuación llamada ESPERQUIMIA (Kaplan, 1986).

Tanto en el hombre como en la mujer estos cambios tienen cierta secuencia; sin embargo se deben considerar algunos factores que permitan identificar si una asincronía entre ellos es normal ó no.

1.3.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.

Los cambios más notorios que provoca el crecimiento son los que se producen en los huesos largos de las piernas, brazos y tronco. Este crecimiento es causante directo del aumento rápido de estatura que ocurre durante la pubertad. En las niñas el aumento de talla puede comenzar entre los 9 ½ y 14 ½ años, mientras que en los varones se da entre los 10 ½ y 14 ½ años (Kaplan, 1986).

Las niñas maduran más rápidamente que los niños. El aumento de estatura finaliza dos años antes, al igual que las diferencias entre los caracteres sexuales en las niñas. Mientras que los varones crecen durante un periodo más prolongado y son más altos que las niñas cuando culminan la pubertad (Kaplan, 1986).

Durante la adolescencia cambian las proporciones del cuerpo referente al tamaño relativo de la cabeza, tronco y las piernas. Las piernas aumentan de longitud, seis a nueve meses antes que el tronco. La cabeza tiene un cambio en la frente, haciéndose más prominente y las dos mandíbulas crecen hacia adelante, la inferior más que la superior.

Otro cambio que se produce en niños como en niñas es la amplitud de los hombros y caderas, ambos muestran un crecimiento de la pelvis (hueso plano y largo que determina la forma del tronco inferior). Los huesos largos en el cuerpo especialmente brazos y piernas crecen a medida que oscila el cartilago cerca de los extremos del hueso. Durante la adolescencia hay un aumento de este proceso y disminuye posteriormente en forma gradual alrededor de los 18 años en las muchachas y 20 años en los muchachos (Helen y Mitchell, 1987).

1.3.3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

En la teoría de desarrollo propuesta por Piaget, se menciona que el hito de los cambios cognoscitivos en el adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales, donde este procesamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de las circunstancias y del ambiente inmediato, se incluye el pensar en las posibilidades, comparar la realidad con aquello que puede ocurrir ó no (Craig, 1988).

Los adolescentes manifiestan una creciente inclinación para tratar todo como una variación de lo que pudiera ser. El pensamiento de las operaciones formales requiere la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. El

pensamiento hipotético incluye no sólo la manipulación de elementos conocidos y verificables, sino también aquellos que son contrarios a los hechos, mostrando una capacidad de planear y prever las cosas.

Otra capacidad cognoscitiva es la reflexión del pensamiento, donde los jóvenes aprenden a examinar y modificar su pensamiento intencionalmente. repiten varios hechos hasta memorizarlos por completo, se abstienen de sacar conclusiones apresuradas si no tienen pruebas. Los adolescentes se vuelven introspectivos, empiezan a rechazar los viejos límites y categorías, excluyen las actitudes tradicionales y son creativos (Keating,1980 citado en Craig, 1988).

El pensamiento de las operaciones formales consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre relaciones y echar mano con fluidez entre la realidad y la posibilidad. Existen tres características del pensamiento del adolescente (Gallangher, 1973 citado en Craig, 1988):

- 1.- La capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución al problema.
- 2.- La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.
- 3.- La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo.

Dentro de las características psicológicas que presentan los adolescentes es el egocentrismo que según Piaget (1964) interfiere con su habilidad de pensar abstractamente y en forma hipotética, muchas veces no les es fácil distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otros. Por lo que tienden a anticiparse a las reacciones de aquellos quienes lo rodean, suponiendo que los demás los aprueban ó los critican con la misma intensidad que ellos mismos.

Existen dos formas para ejemplificar el egocentrismo adolescente que son:

- La audiencia imaginaria, que es una fuente de gran parte de la conciencia de sí mismo, de sentirse observado en forma constante y dolorosa. Los adolescentes no están seguros de su identidad interna, reaccionan de manera exagerada frente a las opiniones ajenas con el fin de averiguar lo que realmente son. Al mismo tiempo que no logran diferenciar los sentimientos de la gente, se concentran en sus propios sentimientos: creen que sus emociones son exclusivas, que nadie ha conocido y no conocerá jamás ese sufrimiento ó éxtasis tan profundos (Craig, 1988).

-La fábula personal, es la creencia del adolescente de que es especial porque mucha gente está interesada en él ó ella. Está creencia le hace pensar que es único y que no está sujeto a las reglas que gobiernan al resto del mundo; que están mágicamente protegidos de las cosas que pueden ocurrirle a otras personas (Papalia, 1995).

Elkind (1967) Considera que el egocentrismo disminuye entre los 15 y 16 años, cuando la persona joven llega gradualmente a reconocer la diferencia entre sus propias preocupaciones y los intereses de los demás. En este momento el auditorio imaginativo se convierte en el auditorio real y la fábula personal cede ante la comprensión de que se es como las demás personas (Papalia, 1995).

Posteriormente Elkind en 1984, menciona varios procesos de pensamiento en la personalidad de los adolescentes que reflejan egoísmo (Papalia,1995):

- Encontrar falta en las figuras de autoridad.
- Controversia.
- Conciencia de sí mismo.
- Centrarse en sí mismo.
- Indecisión.
- Hipocresía aparente.

Sin embargo también existen otras características en los adolescentes como es el desarrollo de la identidad donde el adolescente busca ratificar su forma de pensar y de vivir, lo que le ayudará a definir su personalidad frente a sí mismo.

La identidad del ser humano hombre o mujer aparece alrededor de los 18 meses por medio del juego, de la forma en como se relaciona con la familia, quedando establecida a los tres años de vida, surgiendo como una necesidad de reafirmarse en la adolescencia.

Los cambios psicológicos que se pueden denominar como universales en los adolescentes de cualquier ambiente social, son: el aumento de la agresividad, el aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, la intensificación de la imaginación y del impulso erótico (Rocheblave, 1985).

Por otra parte Kholberg en su teoría menciona que el razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo continúa en la adolescencia, como una habilidad para pensar en abstracto, por lo que le da habilidades al joven para que pueda entender los principios morales universales. Indica que el estadio de desarrollo que una persona ha alcanzado es la base del razonamiento que una persona formula en respuesta a un problema moral, y en donde los adolescentes pueden encontrarse en tres niveles (Papalia, 1995 p.362).

- Nivel preconventional: Los adolescentes piensan en el temor al castigo ó de la magnitud de un acto hecho por ellos, por ejemplo: Cuando copian en un examen para obtener una buena calificación , diciendo que hicieron un poco de trampa, temiendo ser descubiertos.
- Nivel convencional: Los adolescentes se ajustan a las convicciones sociales, están motivados par a sostener el statu quo y piensan en términos de hacer lo correcto para agradar a los otros y obedecer la ley.

- Nivel posconvencional: El adolescente cuando sea adulto será capaz de desarrollar sus propios principios morales.

Por otra parte Erickson(1968) la búsqueda de la identidad está presente a lo largo de toda la vida, y alcanza su punto crítico durante la adolescencia, ya que en ésta hay muchos cambios significativos en toda la persona (Dicaprio,1986).

La identidad se refiere a una integración de papeles y a la incapacidad de lograr un sentido de la identidad lo que es denominado como confusión de papeles, y en el cual la formación de la identidad es un proceso complejo, que se lleva a cabo en un período largo y a menudo el individuo es víctima de circunstancias que no puede controlar y propicia difusión y confusión de papeles (Dicaprio, 1986).

Una mejor solución para resolver los conflictos que enfrentan los adolescentes es la inducción dentro de la cultura como adultos contribuyentes que ocupan posiciones aceptadas y reglas aprobadas, llamado a esto IDEOLOGIA por Erickson (Dicaprio, 1986).

Durante los primeros años de la adolescencia generalmente el joven siente una intensa presión para conformarse a las normas y expectativas de varios grupos de referencia. Su autoimagen se centra en como él encaja en un grupo ó corresponde a las exigencias de sus compañeros. Su sistema de valores a menudo dependen de los valores de los demás (Craig, 1988).

El desarrollo de la conciencia y de los valores empieza tempranamente en el proceso de socialización. Durante la niñez, las técnicas del aprendizaje social están íntimamente relacionadas con la aparición del sentido moral del niño. Cuando llega a ser un adulto maduro, el individuo debe reevaluar y analizar esos principios para construir un conjunto coherente de valores.

Para Hoffman (1980), el desarrollo moral se lleva a cabo de tres formas diferentes que se sobreponen:

- La inhibición basada en la ansiedad, que es una conducta socialmente aceptable provocada por el castigo que imponen las autoridades.
- El interés por los demás basado en la empatía, que es una combinación de la capacidad humana de compartir sentimientos y de la capacidad cognoscitiva de alterar el estado interno de los demás.
- El paso por el desarrollo moral al ejercitar el pensamiento propio de las operaciones formales al probar hipótesis, al reevaluar información y al reformular conceptos (Craig,1988).

1.4 DESARROLLO SOCIAL.

1.4.1. CAMBIOS SOCIALES.

Existen varias opiniones de autores en relación con el papel que juega el adolescente dentro de la sociedad en la que vive, como es el punto de vista de Lehallé (1990). Los adolescentes tienen que enfrentarse a situaciones sociales en las que a la posición y los roles son ambiguos y mal definidos. Las situaciones son contradictorias, en ocasiones se considera al adolescente como un adulto que tiene que ser responsable, que se limitará a su independencia ó será considerado incapaz de tomar decisiones.

1.4.1.1. Adolescencia y Familia.

Algunos adolescentes dedican casi todo su esfuerzo y su tiempo para reevaluar los valores, probar límites para criticar todo y a todos. Su intento por reorganizar las cosas le provoca confusión, ira y sufrimiento. El adolescente requiere de mayor apoyo en comparación con los niños pequeños, ya que busca ser independiente. Según investigadores se distinguen tres dimensiones en el funcionamiento de la familia: Cohesión, adaptabilidad y la capacidad de comunicación (Craig, 1988).

Durante la adolescencia se le da importancia al grupo de compañeros de la misma edad (grupo de pares), busca el apoyo en otros para hacer frente a las transformaciones físicas, las crisis emocionales y los problemas en su autoestima. Hay una identificación con compañeros que sufren de los mismos problemas, estos ayudan a reducir la dependencia que existe con sus padres.

Los problemas que se presentan entre los adolescentes y sus padres se deben a que él tiene que enfrentar las críticas y superar su dependencia hacia estos, de contener y orientar sus impulsos sexuales, desligándolos de las personas que han sido los objetos primarios de su adhesión afectiva y sexual, cuando han sido cumplidas estas tareas podrá consolidar su identificación para integrarse como adulto (Lidz, 1969).

En su ansia por liberarse de la supervisión de sus padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar inconformidad a la escala de valores de la otra generación, en que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un sentimiento intenso de culpabilidad sexual (Masters y Jhonson, 1987).

Con frecuencia los padres expresan temor de que los jóvenes se metan en problemas por el solo hecho de seguir a sus compañeros. La tendencia a asociarse es fuerte durante la adolescencia, así como el deseo de ser aceptado por las demás personas.

Por otra parte los jóvenes sienten que nada tienen que aprender de sus mayores, consideran que sus compañeros pueden enseñarles puntos de vista mucho más valiosos, de modo que pasan gran parte de su tiempo con gente de su misma edad. Los amigos se dan entre sí el apoyo emocional que los adolescentes necesitan, y que ya no pueden aceptar de sus padres. Existen cuatro dimensiones específicas de la amistad que son (Craig, 1988):

1. **Semejanza:** En personalidad, valores ó actitudes, donde destaca la mutua sinceridad y la habilidad para compartir asuntos confidenciales.
2. **Compatibilidad:** El disfrutar estar juntos.
3. **Contexto:** Cercanía geográfica, facilidad ó prolongación de un compromiso.
4. **Modelamiento de papeles:** Admiración y respeto por las buenas cualidades de las personas amigas.

Por ser la adolescencia una etapa de tempestad y calma, se trata de un período de crisis, es decir, que cuando se es niño se manifiesta con entera libertad en su medio social.

1.4.1.2. Adolescencia y Nutrición.

La sociedad influye en el adolescente de manera directa sobre sus hábitos alimentarios, su organismo requiere comer una mayor cantidad que los adultos. En la sociedad hay una exigencia de tener una buena figura, con el fin de mantener una buena imagen social que sea aceptable.

El joven se ve acosado por el mercado de consumo donde se le invita a ingerir una gran variedad de productos que le permitan ser atractivo y con prestigio. En relación con los alimentos estos sirven para canalizar la angustia y la desadaptación, adquiriéndose el hábito de comer compulsivamente lo que provoca que exista obesidad.

Durante el período de crecimiento, el adolescente necesita de mayor cantidad de comida para atender las necesidades de su cuerpo, lo que da como consecuencia que se desarrolle un apetito feroz. El estomago incrementa su capacidad para ingerir mayor cantidad de comida.

CAPITULO II

AUTOESTIMA

2.1. DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA.

La autoestima es de gran importancia en el individuo por lo que se han realizado estudios cuya finalidad es la de conocer que es lo que la causa, sus motivos y origen. Según teóricos el comportamiento que tiene el individuo en la sociedad es debido entre otras a la influencia que tiene el autoconcepto que posee de sí mismo.

Existen varias definiciones en relación a este tema:

Newcomb (1950) menciona que la importancia de la autoestima radica en que la conducta de la persona en cualquier situación depende de la forma en como percibe tal situación, la forma en como se percibe a sí mismo y a sus actitudes, concluyendo que la autoestima es " El individuo tal como es percibido por ese mismo individuo en un marco de referencia determinado socialmente." (p.386).

Cooley (citado por Newcomb, 1950) afirma que el sí mismo, es algo social y reflejante, definiendo a su vez al "SI MISMO ESPEJO", como la imaginación de nuestra apariencia para la otra persona, la imaginación de su juicio de esa apariencia y algún tipo de sentimiento con respecto a sí mismo, como el orgullo ó la mortificación. Cooley junto con Mead en 1934, sostienen que únicamente a través de los demás podemos lograr el concepto de nosotros mismos.

Coopersmith (1967) afirma que la autoestima se refiere a la "evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación ó desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante y valioso. La autoestima es el juicio personal del valor que se expresa en la actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo" (p.5). También señala que la autoestima es una abstracción que el individuo desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que el posee ó persigue. Explica que el niño en sus primeros años, desarrolla un concepto de que las partes de su cuerpo, las respuestas de otros a él y los objetos que recibe tienen un punto de referencia en común.

Sherif (1969) menciona que la autoestima se forma a partir de la interacción que el individuo tiene en relación con las normas y valores que corresponden a su grupo social, de la relación que tiene con su familia y con la relación de su grupo social.

Para Lindgren (1972) la autoestima se aprende de los otros y llega a ser una reflexión de lo que las personas piensan que uno es ó vale y la interacción de dicha reflexión con la imagen que uno posee de sí mismo.

Fitts (1965) menciona que algunas veces el autoconcepto y autoestima tienen el mismo significado, puesto que ambos parten de la evaluación que la persona tiene hacia sí mismo por lo que juega un papel importante para determinar su conducta. La autoestima queda determinada por la acción de algunos elementos como son el self físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica.

Para Rosenberg (1973) el desarrollo de la autoestima surge en gran parte de la interacción que existe entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales, donde los factores sociales determinan los autovalores del individuo los cuales tienen influencia en su autoestima. El desarrollo de la autoestima también está relacionado estrechamente a las relaciones familiares en el hogar del adolescente.

La autoestima de acuerdo con Rosenberg (1973) comprende dos procesos sociopsicológicos distintos que son:

- a) Autovaloración: Representa un sentido de inseguridad y mérito personal que un individuo tiene como persona.
- b) Autoevaluación: Que es el proceso de realizar un juicio consciente de la importancia ó significancia social del yo, la cual varía de una situación a otra. (p.95).

Grinberg (1991) describe la autoestima como los pensamientos, sentimientos del individuo sobre su conducta consciente y su aspecto físico.

Pope, McHale y Craighead (1988) describen la autoestima como una evaluación de la información contenida en el autoconcepto y se deriva de los sentimientos que tiene el niño sobre todas las cosas que él es (Mruk, 1999).

Rogers (1972) la autoestima depende del amor que el niño reciba, donde los juicios de los padres son determinantes para la conducta del niño.

Satir (1981) afirma que la autoestima del sujeto está determinada por la relación que existe en la familia, la relación de los padres y la relación con los hijos. Puesto que si un individuo logra la mayor parte de sus aspiraciones se considerará una persona capaz, valiosa, ya que nuestros logros son medidos en relación con nuestras aspiraciones (Coopersmith,1967).

Sin embargo, James Mead (1934) considera al sí mismo social y argumenta que en el proceso de integración, el individuo interioriza las ideas y actitudes expuestas por las personas más representativas en su vida (observando sus

acciones, actitudes y aceptándolas) para después manifestarlas como propias. Si el individuo se da un gran valor a sí mismo, indica que existieron personas claves en su vida que lo respetaron y consideraron; si se considera de poco valor, las personas dentro de su marco de referencia lo trataron como un objeto inferior (Coopersmith, 1967).

De acuerdo con Sullivan (1953) las experiencias tempranas que el niño tiene dentro de su familia juegan un papel importante en las concepciones que tiene de sí mismo y considera que desde el primer día de vida del sujeto, este se encuentra inmerso en un flujo de reflejos evaluativos, a través de los cuales se empieza a desarrollar expectativas y actitudes hacia sí mismo como individuo.

Afirma además Sullivan que si se encuentran personas con autoestima baja se puede inferir que personas significativas para el individuo lo han denigrado y que anticipa ó percibe denigración en la circunstancia actual. Manifestando también que para mantener un grado alto de estima es importante la habilidad para disminuir ó evitar la pérdida de autoestima.

Junto con Fromm se encuentra Rogers (1951) quien propone que todas las personas desarrollan una imagen de sí mismo " que sirve para guiar y mantener su ajuste con el mundo externo". Esta imagen es producto de la interacción con el ambiente y refleja los juicios, preferencias y limitaciones del escenario familiar y social (Coopersmith, 1967).

Cuando el individuo hace juicios duros ó rechazantes sobre sí mismo, ocasiona que este surja y su autoestima sea baja. Concluye así que los conflictos pueden evitarse si los padres y personas que son significativas para el niño aceptan su punto de vista y valores.

Por otra parte Coopersmith (1967), informa que son cuatro factores que contribuyen en la formación de la autoestima y son:

- 1.- El trato respetuoso, aceptativo y de preocupación que el individuo recibe de las personas que le son significativas en su vida.
- 2.- La historia de éxitos y el lugar que ocupa el individuo en su sociedad.
- 3.- Los valores y aspiraciones del individuo, ya que estos vienen a modificar e interpretar las experiencias del mismo.
- 4.- La forma que el individuo emplea para responder a la devaluación.

Por lo que esta habilidad para responder y defender la autoestima, reduce la ansiedad y ayuda a mantener un equilibrio personal. (p.79 - 80).

En la cultura occidental se pueden determinar cuatro indicadores de éxito que proporcionan sus propios criterios de juicios que determinan el logro del objetivo y todos proporcionan una sensación de incremento de la autoestima, si son alcanzados. Estos criterios que definen éxito son: (citado en Coopersmith, 1967 p. 81 -86).

PODER: La habilidad de influenciar y controlar a otros (medido por el respeto y reconocimiento que el individuo recibe de los demás y el peso que se le da a sus opiniones y derechos).

IMPORTANCIA: La atención, aceptación y efecto de los otros hacia el individuo (medido por la preocupación, atención y amor expresado por otros).

VIRTUD: La adherencia hacia estándares morales y éticos (caracterizado por la afiliación a unos principios religiosos).

HABILIDAD: La ejecución exitosa a enfrentarse a las exigencias propias para el logro (medido por los altos niveles de ejecución de las tareas que desempeña).

Menciona Coopersmith que la defensa no sólo es un medio de atacar la ansiedad, sin una definición e interpretación que antecede a cualquier evento y que lleva al individuo a suponer una actitud más activa ó pasiva frente a su sociedad.

La autoestima es definida como el valor, opinión ó sentimientos de nosotros mismos acerca de nuestros actos, valores y conductas. Autores como Maslow, (1988), Branden (1983), afirman que la autoestima es una parte fundamental para el ser humano la plenitud y autorrealización en el plano físico y mental, en la productividad y creatividad.

Entendiéndose también el concepto de autoestima como la confianza que se tiene en el sí mismo, como la conciencia que se tiene al evaluar en un sentido profundo de la persona, la eficacia de tomar sus propias decisiones, ó elecciones, de señalar el curso de su propia vida, cuando se está abocado a la tarea de comprender la realidad y desenvolverse en ella (Branden,1983).

2.1.1 TEORIA DE KAREN HORNEY.

Horney (1974) postula que las diversas expectativas de los niños son el resultado de diversos conflictos y modelos de personalidad, donde las emociones de aislamiento ó impotencia se desarrollan durante las primeras interacciones que existen entre los padres y el niño que lo bloquean en su crecimiento interior.

El hombre es producto de la interacción que tiene con los demás y sobre todo de la cultura, normas, costumbres y los roles de los grupos humanos. En la cultura en la cual se desenvuelve el individuo genera una gran cantidad de ansiedad, lo que origina neurosis en este.

Para Horney cada individuo tiene un yo real ó actual, que desea lograr una realización completa de todas sus necesidades, para alcanzar el máximo de su desarrollo, y esto es un sentimiento universal. Para lograr la autorrealización, el hombre debe poseer un yo idealizado al cual deberá seguir como modelo.

Menciona que todas las personas enfrentan diez necesidades, durante el transcurso de su vida, para resolver el problema de la ansiedad básica, las cuales son las siguientes:

1. Necesidades básicas de afecto y aprobación.
2. Necesidad de un compañero dominante en la vida.
3. Necesidad de restringir los límites de la vida hasta donde sea posible.
4. Necesidad de poder.
5. Necesidad de explotar a los demás.
6. Necesidad de prestigio.
7. Necesidad de admiración personal.

8. Necesidad de ambición de logro personal
9. Necesidad de autosuficiencia e independencia.
10. Necesidad de perfección. (p.87).

El individuo logra completar más unas necesidades que otras, mientras que el individuo neurótico no logra integrar ninguna de ellas en el carácter, acercándose más a una imagen que no es real.

Posteriormente hace una clasificación de las diez necesidades en tres tipos de conducta que el sujeto puede adoptar para satisfacerlas:

- Actitud de Sumisión- Parte de la premisa de no lastimar a quienes se ama, el sujeto hace un esfuerzo por ganarse el afecto de los que lo rodean, en donde adquiere una actitud de sumisión. Ejem: La infancia.
- Actitud Agresiva- Son sujetos que utilizan la violencia para creer que el mundo es hostil y para demostrar que son más fuertes y derrotan la oposición. Ejem: La adolescencia.
- Actitud de Desprendimiento- Aquí el sujeto vive por y para sí mismo, donde se mantiene alejado de los demás Ejem: La adultez. (p.98).

También existen técnicas que el individuo proyecta de su personalidad, para disminuir los conflictos básicos del hombre en su relación con los demás, los cuales son:

- Cinismo.
- Decisión arbitraria.
- Elusividad.
- Autocontrol excesivo.
- Racionalización.
- Dividir en comportamientos.
- Puntos ciegos (ignora aspectos erróneos que posee). (p. 104 - 114).

Cuando el yo ideal sobresale, el individuo pierde la noción y contacto con la realidad en donde se produce una imagen de sí mismo errónea que puede producir en el sujeto una autoestima muy alta ó una autoestima muy baja.

2.1.2 TEORIA DE CARL JUNG.

Jung (1984) centró su estudio en el estudio del inconsciente, el que se puede dividir en inconsciente personal compuesto por complejos, como estructuras primarias y el inconsciente colectivo compuesto por arquetipos como estructuras primarias. Las que describe como:

-El **Inconsciente personal**: Se forma por el almacenamiento de las experiencias que sujeto tiene después de su nacimiento, las cuales pueden ser deseos, recuerdos, impulsos, que no son aceptados por el centro de la conciencia, siendo su función principal el lograr la adaptación en el comportamiento de su vida diaria.

- **Los Complejos**: Son una fuerza impulsora, ya sea negativa ó positiva, despertados con ciertos estímulos.

- **El Inconsciente Colectivo:** Está formado por aquellos pensamientos que permanecen latentes en el individuo, los cuales son heredados y son compartidos por todos los seres humanos, son universales (p.129).

Jung (1984) menciona que las personas se pueden clasificar en dos tipos, proponiendo dos tipos de actividades principales:

-INTROVERTIDOS: Atienden más a su vida interior, su yo, resiste el poder de los objetos y saca la energía de la vida lejos de ellos hacia sí mismos.

-EXTROVERTIDOS: Estos sujetos centran su interés en objetos fuera de ellos mismos, invierten energía en los objetos y encuentran el máximo valor en aquello que está fuera de sí mismo, tienden a estar en contacto con el mundo, son abiertos y deseosos de participar en lo que lo rodea.

La persona es el yo ideal, es la suma total de los papeles sociales(mascaras sociales), está determinada en gran parte por las expectativas culturales. Jung creía que toda persona tiene una Sombra, que es el perverso de la naturaleza, esta se haya en conflicto con la persona, ya que se opone a la imagen social que se presenta ante el mundo.

Para Jung, es importante que el individuo llegue a conocerse, así la conciencia se expandiría y se podría experimentar todos los aspectos de la psique, dejando a un lado los impulsos primitivos que no están bajo nuestro control, lo que ocasiona trastornos en la personalidad, siendo uno de ellos en la **Autoestima** que es ocasionada por el desconocimiento de los potenciales del individuo, haciéndolo sentir devaluado, inferior, indigno por la falta de conocimiento de sí mismo, puesto que si el individuo se conociera aprenderá a manejar sus potencialidades y lograr un enriquecimiento de su persona y una mayor autoestima.

2.1.3. TEORIA DE ALFRED ADLER.

Adler (1975) considera que los sentimientos de inferioridad aumentan en proporción con la magnitud de fracasos que se sufren cuando se quieren alcanzar las metas de la vida de cada individuo. También consideraba que la gente tenía un impulso agresivo innato, una lucha para lograr poder ó superioridad sobre todos. Ser fuerte y dominante, obtener superioridad sobre los demás, es la meta de todos.

En cada persona existe una meta sobresaliente, que puede ser consciente ó inconsciente, y juega un papel importante en la vida. Las metas concretas en la vida nacen de un sentimiento de inferioridad, y se pueden comprender en función de la última meta, pueden ser interpretadas por la comprensión del estilo de vida de la persona, donde el estilo de vida se refiere a la configuración única de las características que identifican a una persona, tiene dirección cuyo determinante principal es el ambiente familiar en el que crece el niño. Adler hace una clasificación de las personas según su carácter:

Carácter de tipo gobernante: Estas personas son enérgicas y dinámicas en sus intentos por alcanzar las metas; trabajan arduamente, pero para sí mismos, aún a costa de otros.

Carácter de tipo que obtiene logros: Estas personas tienen baja actividad, alto interés social, no enfrentan sus problemas y exigencias, buscando ayuda en los demás.

Carácter de tipo huidizo: Tienen baja actividad, bajo interés social, sufre por su falta de actividad y de interés social, buscan evadir sus responsabilidades para no fracasar.

Carácter de tipo de persona normal: Tienen alta actividad, alto interés social, estas personas se enfrentan con energía a los problemas y exigencias de la vida, trabajan y reaccionan bien con los demás, son sociales y cooperativos.

El sentimiento de inferioridad tiene una función importante, es el motivador del individuo que le impulsa a lograr la superioridad, siempre y cuando no se convierta en anormal. Su lucha por la superioridad debe estar acorde con el estilo de vida, las metas ficticias mantienen la esperanza del sujeto para lograrlas, donde es importante que sepa distinguir entre metas reales y metas ideales, con el fin de evitar la frustración, el poco interés en sí mismo y los demás, lo que contribuirá a afectar la autoestima (Adler, 1975).

2.1.4. TEORÍA DE ABRAHAM MASLOW

Maslow (1988) sostenía que las necesidades de desarrollo son parte de la constitución de los seres humanos, por lo que hace una distinción entre una necesidad que es la falta de algo, un estado deficitario y un motivo ó deseo, que es un deseo consciente, un impulso ó urgencia que puede ser una expresión distorsionada de las necesidades. Por otra parte introduce el concepto de las jerarquías a las necesidades, donde una jerarquía se refiere a una estructura organizacional con diferentes grados de potencia. Divide las necesidades en:

2.1.4.1. Necesidades básicas

Fisiológicas. (Hambre, sed, sueño, abrigo, conservación, sexo y procreación.)

La autoestima se da en la medida en que el hombre comprende sus necesidades básicas.

- La persona se ocupa de sus necesidades físicas, comida, techo.
- La persona se ama a sí misma y a los demás.
- Se arriesga explorando y creando.
- Aprende, estudia y reflexiona.
- Ayuda y coopera.
- Acepta sus limitaciones y capacidades.
- Lucha por su dignidad y autorrespeto.

Seguridad. (Libertad, trabajo, derecho, justicia)

Cuando el individuo expresa sus sentimientos refleja su autoestima, en:

- La persona es abierta y espontánea.
- Es capaz de intimar con otra persona.
- Expresa depresión y tristeza con lágrimas y angustia.
- Expresa sus temores, ansiedades y preocupaciones.
- Expresa su alegría y felicidad con risas y júbilo.
- Expresa sus frustraciones y enojos.
- Disfruta de la vida con otras personas.

Pertenencia (Aceptación, solidaridad, afecto, intimidad, sexualidad)

La autoestima se da cuando el individuo tiene control y conciencia de sí mismo, por lo que:

- El individuo se da cuenta de las sensaciones de su cuerpo.(respiración, vista, gusto, olfato, oído tacto).
- Tiene fe en sus habilidades y talentos.
- Tiene sensibilidad y percepción por los sentimientos de otros.
- Maneja y supera sus conductas indeseables.
- Planea y dirige su propio futuro)

Reconocimiento (Amarse, sentirse amado y valorado)

La autoestima es el estar consciente de los valores humanos a medida que la persona:

- Aprecia y refuerza su conducta deseable.
- Desea cosas grandes y las fantasea.
- Desarrolla conciencia del fin que tiene el poder y la riqueza.
- Atiende, sirve y apoya a los demás.
- Desarrolla la apreciación por la belleza y el arte.
- Se compromete a sí mismo a seleccionar sus valores y expectativas.
- Aprende a dar y a amar más plenamente.

2.1.4.2. Necesidades de crecimiento.

Autorrealización. (Productividad, creatividad, trascendencia, verdad, bondad, belleza, plenitud, perfección, sentido del humor, justicia, riqueza, esfuerzo, autosuficiencia, significado de la vida.)

La autoestima se da cuando se ha desarrollado la madurez personal y social, de modo que:

- La persona sea responsable de las consecuencias de su conducta anticipadamente.
- Asuma la responsabilidad de sus propias decisiones.
- Se adapta a los cambios sociales y de la comunidad.
- Se identifica con los problemas de los demás y ofrece su ayuda.

- Trasciende la conciencia del yo y del egoísmo a través de una identificación con el universo.
- Renueva y crea su ser.

El individuo cuando se autorrealiza es menos dependiente y más autónomo y autodirigido, sus motivaciones son de desarrollo, llenas de gratificación y excitación como es la realización de los anhelos y ambiciones, de ser cada vez un mejor ser humano, se encuentra dispuesto a dar y tiene especial preferencia por la intimidad y reflexión, en contraste con las motivaciones que pueden ser satisfechas por los demás, implica una dependencia considerable del exterior, sus satisfacciones provienen de fuentes que cubren sus necesidades, deseos y caprichos. La autoestima abarca diferentes aspectos del ser humano, pues si la 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 una buena autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí mismo, no se acepta y no se respeta, entonces tiene una autoestima baja.

A la autoestima la conforman una serie de pasos, que son:

Autoconocimiento: En este paso se encuentran las necesidades, manifestaciones y habilidades que tiene el individuo, a través de los cuales conoce el por qué, cómo actúa y siente. En el momento de conocer todos sus elementos, el individuo logra tener una personalidad fuerte y unificada; si una de sus partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida por sentimientos de ineficiencia y devaluación. El autoconocimiento es la serie de creencias de sí mismo, que se manifiestan en la conducta.

Autoevaluación: Se refleja en la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si es que lo son para el individuo, si le satisfacen y le son interesantes, enriquecedoras, puesto que le permiten crecer, aprender, ó contrario a esto considerarlas como malas.

Autoaceptación: Es el hecho de admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir. Se refiere a la actitud de autoevaluación y compromiso consigo mismo que deriva de una contemplación de la propia experiencia desentendida de los conceptos de aprobación y desaprobación.

Autorespeto: Es entender y satisfacer las propias necesidades y valores, el expresar y manejar en forma conveniente sentimientos, emociones, sin hacerse daño, ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que haga a la persona sentirse orgullosa de ella misma.

Los individuos son capaces de la autorrealización cuando logran la agudeza de su percepción y de su apreciación de la realidad. Se aceptan a sí mismos, reconocen sus limitaciones y en este sentido aceptan al mundo y a los demás. Las necesidades de estima se dividen en dos clases:

1.- Las que se refieren al amor propio, al respeto a sí mismo, la estima propia y la autoevaluación.

2.- Las que se refieren al respeto de los demás, reputación, condición, éxito social, fama, gloria, etc.

Los individuos que no hayan cubierto sus necesidades de manera satisfactoria sufrirán de frustración, es el individuo que funcionará siempre en un nivel inferior en la satisfacción de sus necesidades y experimentará en mayor grado una frustración similar, y en relación con su autoestima sufrirá de inadaptación, sentimientos de culpa y vergüenza (Maslow, 1988 p.207 - 214).

2.2. CONDICIONES DE UNA ADECUADA AUTOESTIMA.

Todo ser humano necesita del respeto de sí mismo, necesita experimentar su valor como persona y su seguridad. Cada persona debe actuar, debe valorarse como beneficiario de sus propias acciones. La autoestima se afianza internamente y no en los éxitos y fracasos externos (Branden, 1983).

Los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando:

- Transmiten que el niño no es suficiente.
- Le castigan por expresar sentimientos inaceptables.
- Le ridiculizan ó humillan.
- Transmiten que sus pensamientos ó sentimientos no tienen valor ó importancia.
- Intentan controlarle mediante la vergüenza ó la culpa.
- Le sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su aprendizaje normal y confianza en sí mismo.
- Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, ó con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas, donde se inhiben el crecimiento normal (p.34).

2.3 AUTOESTIMA ALTA

Cuando se observa a las personas poseedoras de una seguridad fundamental en sí mismas que permanecen intactas ante los problemas de la vida, se percibe como una persona con una alta autoestima (Branden, 1983).

La autoestima alta es el reconocer las limitaciones y debilidades propias, sintiendo un orgullo sano por las habilidades y capacidades, teniendo confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones, y en la medida que va evolucionando hacia una autoestima buena, se desea y se espera que los demás perciban el valor

propio. Se quiere que los demás perciban como es la persona en la realidad y que no sólo la interpreten mediante sus fantasías (Branden,1983).

Una estructura familiar sana donde el hombre y la mujer guardan una estrecha vinculación de amor entre ellos mismos y para con sus hijos, y a la vez tienen plena conciencia de la responsabilidad y el compromiso de ser padres para buscar el máximo desarrollo de sus potencialidades, a partir de la educación, la adaptación al medio social, el otorgamiento de la salud, el bienestar y el afecto. En estas condiciones, cualquier niño ó niña tendrá un alto índice de probabilidades de tener una alta autoestima basada en la coherencia y el equilibrio. Dichas condiciones estructurarán de paso, la seguridad ó la confianza básica, que Erick Erickson señala como elemento esencial en el desarrollo de la etapa infantil.

Así, cualquier niño ó niña dentro de un ambiente de control democrático, caracterizado por la flexibilidad y los límites, lleno de cálidez donde reciba todo tipo de estímulos y motivaciones positivas, le harán sentirse querido y aceptado, asumirá un concepto valioso y en lo futuro tendrá conciencia de ser persona y manifestará su autonomía y voluntad propias.

Asimismo, mostrará capacidad de tomar sus propias decisiones, tendrá una actitud de autocuidado a su salud y buscará su bienestar y desarrollo. Será mucho menos vulnerable y más asertivo; tendrá amplia capacidad social y un gran sentido de cooperatividad y trabajo en equipo, siendo así un adulto más sano y adaptado a su entorno social.

Para Coopersmith (1967) las personas con alta autoestima, como por ejemplo en niños, estos se enfrentan a las tareas y a las personas con la expectativa de que serán bien recibidos y tendrán éxito, confían en sus percepciones y en sus juicios, creen que el esfuerzo que realizan conduce a soluciones favorables, aceptan sus propias opiniones, encuentran una mayor independencia social y creativa, cuando participan en un grupo de discusión generalmente son participantes activos y presentan menos dificultades en la formación de amistades.

Rogers (1972) propone que las personas con alta autoestima han desarrollado un locus interno y evaluación, por lo que son menos susceptibles a la influencia social.

Rosenberg (1973) considera que las personas con alta autoestima expresa el sentimiento de que uno es lo suficientemente bueno, siente que es una persona digna de la estima de los demás, se respeta por lo que es, pero no se teme ni espera que otros le teman, no se considera superior a los otros, se respeta , se estima a sí mismo, reconoce sus limitaciones y espera madurar y mejorar.

Para Lindenfield (1996) las personas con alta autoestima, presentan cualidades que pueden observarse en su aspecto y comportamiento como son :

•**TRANQUILIDAD Y RELAJACION**; Parecen estar tranquilos y dominan la situación, se enfrentan a los retos difíciles y temibles, suelen adoptar una postura erguida y generalmente no hay señales de tensión en sus caras ó en sus miembros.

•BIEN CUIDADOS: Tienen una sensación de bienestar y gusto por su cuerpo, lo ejercitan.

•ENERGICOS Y RESUELTOS: Están llenos de vida, tanto mental como físicamente, suelen disfrutar con el trabajo y emprenden todas sus actividades con entusiasmo y placer.

•ABIERTOS Y EXPRESIVOS. Son personas directas, se comunican en forma directa y clara, utilizan un lenguaje no verbal que expresa lo que sienten, son espontáneos cuando lo desean, son capaces de controlar sus emociones.

•POSITIVOS Y OPTIMISTAS: Su forma de hablar y de actuar indica que esperan lo mejor de las personas y del mundo que los rodea, no pierden tiempo en lamentarse, consideran los errores como experiencias útiles de aprendizaje.

•SEGUROS DE SI MISMOS: Son capaces de actuar con independencia y autonomía, no buscan la aprobación continuamente ó la opinión de los demás antes de tomar decisiones ó actuar.

•SOCIALES Y COOPERATIVOS: Son introvertidos por naturaleza, son sociales y confían en los demás, cualquiera que sea su religión y cultura.

•SON ASERTIVOS: Defienden sus derechos y necesidades. (pp 23 - 26)

2.4 AUTOESTIMA BAJA.

Según Branden (1983) los factores predisponentes para una baja autoestima, se sitúan primero, en contextos culturales donde se promueve la negación ó subestimación individual de las propias capacidades; en donde se exalta la "modestia" mal entendida, en donde principalmente, se difunde una imagen devaluada de la mujer. Por otra parte, participa también el ámbito de una familia disfuncional, donde los padres - ejes fundamentales-, otorgan una deficiente estimulación temprana al niño, así como una mínima satisfacción de sus necesidades básicas.

Los niños y niñas originarios de estas estructuras familiares, tienen expectativas muy pobres de desarrollo en sus esferas afectiva y psicológicas; muchos niños son víctimas de sistemas obsesivamente estrictos y autoritarios y expresan ansiedad continua por la presión de sus padres y por el temor de no satisfacerlos.

Pocas veces reciben reconocimiento a sus capacidades y a sus logros escolares bajo el argumento de que es su obligación. Otros niños, en contraparte, son víctimas de indolencia y abandono por parte de sus padres; son maltratados y humillados por añadidura. Los niños bajo ambos sistemas educativos familiares han aprendido a tener un autoconcepto pobre y a ser altamente dependientes.

Precisamente, las manifestaciones de una baja autoestima se reflejan en todos los ámbitos y en la infinitas actividades humanas, y una persona con baja autoestima manifiesta inseguridad, poca confianza en sí misma, autodevaluación, poca capacidad para amarse y amar a los demás. Puede tener actitudes de alarde ó de aparentar lo que no se es, no tiene tolerancia a la frustración, por lo que puede tornarse agresiva y mostrar actitudes negativas que predisponen al fracaso. Es una

persona muy vulnerable, y poco asertiva, es hipersensible a la crítica y muestra mucho temor a la competencia.

Dentro de las carencias de autoestima se encuentra la preocupación excesiva por obtener la aprobación de los demás, y para conseguir esa aprobación ó autoafirmación la buscan en el amor de alguna otra persona. Pero el problema es esencialmente interno y ya que la persona no cree en sí misma, ninguna fuente externa puede llegar a satisfacer estas necesidades, solo momentáneamente.

Las personas con una autoestima baja piensan que no valen nada, por lo que permiten que las engañen, menospreciadas por los demás, así como también tienden a engañar y despreciar a otros. Puesto que ponen un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Cuando sufren de autoderrotas se sienten desesperadas y no tienen confianza, ni un buen concepto de sí mismas.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufre la persona, la lleva a sentir envidia, celos, a ser posesiva(que acepta difícilmente), manifestándose en actitudes de tristeza, depresión, renuncia, abnegación aparente, ansiedad, miedo, agresividad y rencor. Todo lo que amenace con derrumbar su valoración personal, lo que ocasiona una fuente de ansiedad en su autoestima

La ansiedad se da por una amenaza y peligros de su interior, que son percepciones, pensamientos, recuerdos, sentimientos, ó emociones sofocadas de las cuales el individuo se ha protegido para mantener su equilibrio psicológico.

Para Horrocks (1984) las personas con baja autoestima muestran una tendencia exagerada de dependencia, de fuentes de amor y admiración externas, como un medio de mantener en equilibrio su autoestima.

Fromm(1962) observa una correlación entre la autoestima baja y una serie de síntomas psicósomáticos de ansiedad, entre los que se encuentran: Problemas al dormir y permanecer dormido, insomnio, temblor en las manos, nerviosismo, latidos fuertes del corazón, presión ó dolor de cabeza, morderse las uñas, respiraciones cortas en ausencia de ejercicio ó trabajo. La baja autoestima implica autorrechazo, autoinsatisfacción y autodesprecio, la autoimagen es desagradable .

Pick(1997) considera que una persona con baja autoestima piensa que es insignificante, se pasa la vida esperando que le ocurran las peores catástrofes, hasta que le ocurren, vive con el temor de ser pisoteada, menospreciada, abandonada, engañada, vive sus días aislada del mundo, la soledad parece perseguirla, y tiene enormes dificultades para comunicarse.

Satir (1981) dice que siempre hay una esperanza de que la vida cambie porque siempre se puede aprender nuevas cosas, y por eso menciona algunos pasos principales para mejorar la autoestima que son:

- 1.- Reconocer que nuestra autoestima es baja.
- 2.- Convencerse de que la autoestima se puede cambiar.
- 3.- Decidir cambiarla.
- 4.- Reconocer que solamente nosotros mismos podemos hacer el cambio.

5.- Hacer un balance de las virtudes y defectos. Todos tenemos cualidades y defectos y todos podemos sacarle partido a nuestras cualidades y cambiar algunas de las características propias que nos disgustan.

Rosenberg (1973) menciona que la baja autoestima genera ansiedad, por lo que menciona algunos factores asociados con esto que son :

1. - Inestabilidad de la autoimagen: las personas que tienen opiniones bastante negativas acerca de sí mismos parecen tener autoimágenes más inconstantes.
2. - El sí mismo que se muestra: el individuo presenta al mundo una fachada ó un rostro falso, lo cual es esencialmente un mecanismo para hacer frente al mundo, siendo su objetivo principal el de vencer el sentimiento de desvalorización, convenciendo a quienes lo rodean de que uno es valioso.
3. - La vulnerabilidad: el sentimiento de autoconsideración es importante para la vida emocional del sujeto, se puede suponer que las opiniones negativas acerca de sí mismo, no se aceptan con ecuanimidad.
- 4.- Los sentimientos de aislamiento: El sujeto atormentado por el desprecio a sí mismo, puede retraerse al mundo de la imaginación, donde le es posible verse como alguien valioso y puede presentar una falsa fachada a los otros para convencerlos que lo es (p 131 - 137).

CAPITULO III

IMAGEN CORPORAL

3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS EN EL CAMPO DE ESTUDIO DE LA IMAGEN CORPORAL.

La primera estrategia que se le ocurrió a los hombres, en sus esfuerzos por imponer un orden en el complicado asunto de las diferencias individuales fue clasificar a la gente por tipos. Ya en la antigüedad se propusieron varios métodos clasificatorios, y aún en nuestros días los conceptos de tipo desempeñan una función útil en las investigaciones acerca de la personalidad. En el siglo V a. C. Hipócrates presentó un doble sistema basado en la estructura del cuerpo: el habitus apoplecticus y el habitus phthisicus. Galeno, el último de los famosos médicos griegos, propuso una cuádruple clasificación basada en la predominancia de los diferentes "humores" o fluidos bioquímicos del cuerpo. Sus cuatro tipos eran el sanguíneo, el colérico, el flemático y el melancólico. Variantes de estas clasificaciones han aparecido bajo diversos nombres hasta la actualidad y han sido ampliadas con tipologías basadas en otros aspectos de la personalidad (Tayler, 1965).

La psicología constitucional busca establecer una taxonomía básica de los seres humanos; trata de hallar un sistema de referencia que sirva para comparar, clasificar y medir la individualidad un sistema de referencia suficientemente sencillo para ser comprensible y, sin embargo suficientemente amplio para dar razón de la mayor parte de la variedad de las diferencias humanas (Sheldon, 1972).

Sheldon (1972), en sus esfuerzos por arribar a una taxonomía morfológica utilizó el método comparativo antropométrico y antroposcópico, por medio de este último se clasifican fotografías de sujetos en una pose estándar desde las posiciones frontal, lateral y dorsal, lo que reveló la presencia de tres componentes de la variación estructural:

- Endomorfía: componente en la que las vísceras digestivas son pesadas y sumamente desarrolladas, al par que las estructuras somáticas son relativamente débiles y poco desarrolladas.
- Mesomorfía: en ésta predominan las estructuras somáticas (huesos, músculos y tejido conjuntivo). El físico mesomórfico tiene un alto peso específico. Sus características distintivas son la robustez y la verticalidad de la estructura.
- Ectomorfía: en ésta existe un desarrollo relativamente débil tanto de las estructuras viscerales como somáticas. Su sistema nervioso y su tejido sensorial poseen una protección relativamente pobre (Sheldon, 1972, p. 94-97.)

En una etapa ulterior de sus trabajos Sheldon (1972) llega a una clasificación de los temperamentos en tres componentes:

Viscerotonía= tranquilidad, sociabilidad, jovialidad, oralidad.

Somatotonía= afirmación de sí, vigor, ascendente, rudeza.

Cerebrotonía= comedimiento, introversión, tensión mental, hipersensibilidad.
(p. 97-99.)

Sheldon (1972) opina que, cualquier individuo puede clasificarse a grandes rasgos en una ubicación principal a lo largo de la escala de un tipo, puede hasta cierto grado ocupar posiciones menores en las otras dos escalas. Las escalas se denominan endomórfica, mesomórfica y ectomórfica, este autor sostiene que las tres capas germinales del embrión, el endodermo, el mesodermo, y el ectodermo, producen tres tipos de tejido, y que los tres tipos corporales son el resultado de las proporciones significativamente diferentes en las que esos tejidos ocurren en diferentes estructuras físicas. En términos generales la persona endomórfica es algo gorda; la ectomórfica es delgada y la mesomórfica muestra excepcional crecimiento óseo y muscular.

Por su parte Kretschmer (1967) a partir de la observación de enfermos clínicos que le permite percibir algunas regularidades describe tres tipos fundamentales: Tipo leptosómico o asténico: Se refiere al grupo de formas constitucionales que se manifiestan por una figura delgada (de leptos = delgado, soma= cuerpo). Este tipo parece mentenerse constante en sus características esenciales a lo largo del desarrollo vital. Ya en su infancia, estas personas se conceptúan generalmente débiles y delicadas, a menudo llegan a la pubertad sin haber engordado, y tampoco en la madurez o la senectud muestran menor tendencia a la aposición ordenada de grasa y músculo.

Tipo atlético: El tipo atlético masculino se caracteriza por el intenso desarrollo del esqueleto, de la musculatura y de la piel. Este tipo se presenta ya en la pubertad; con la madurez corporal adquiere un carácter más manifiesto y plástico al pasar de los 25 años. No se presenta más allá de los 60 años.

La estructura corporal de la mujer atlética da más impresión de anomalía, de exceso, de tosquedad, que la del varón, porque este se aproxima a veces a nuestro ideal artístico de belleza masculina, mientras que el ideal que poseemos de belleza femenina no es acorde con este tipo.

Tipo pícnico: A la edad media de la vida, en que ha alcanzado su morfología más típica, el tipo pícnico se caracteriza por un desarrollo intenso de los perímetros torácico y abdominal, y por la tendencia adiposa en el tronco, con mayor gracilidad del aparato locomotor (cinturón escapular y extremidades).

La adiposidad de los pícnicos afecta en primer lugar el tronco, en los hombres sobre todo en forma de vientre obeso, en tanto que en las mujeres la principal aposición de grasa se concentra en el pecho y las caderas. (p. 163-165.)

En los intentos de contravalidación de los resultados encontrados por Kretschmer y Sheldon la escuela americana se dedicó a describir unas dimensiones antropométricas antes de emprender investigaciones de tipo hipotético deductivo. Intentó descubrir los invariantes subyacentes a la diversidad de las estructuras corporales. Según las investigaciones consultadas que van desde 1938 a 1965 la estructura multifactorial de la morfología es bastante inestable de un estudio al otro, lo cual no es sorprendente dada la diversidad de los sujetos, de las medidas, etc. (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Slade (1985), evaluó la apreciación de la imagen corporal en mujeres anoréxicas y no anoréxicas, utilizando dos grupos de técnicas: 1) técnicas de distorsión de imágenes y, 2) técnicas de estimación del tamaño, y encontró lo siguiente:

- a) Las anoréxicas, ciertamente, tienden a sobreestimar los tamaños de sus cuerpos, sin embargo esta tendencia no es exclusivamente de la anorexia, ni tiene carácter diagnóstico.
- b) Al utilizar los métodos de estimación del tamaño, la mayoría de las adolescentes estudiadas, tanto anoréxicas como no anoréxicas, tienden a la sobreestimación.
- c) Al utilizar los métodos de distorsión de imágenes, la mayoría de las mujeres no anoréxicas tienden a la subestimación, en cambio más del 50% de las anoréxicas sobreestiman su tamaño corporal. (p.213-220.)

3.2 DEFINICION DE IMAGEN CORPORAL

El campo de la investigación dedicado al estudio de la Imagen Corporal insatisfacción y alteración o distorsión de la misma, aparece en la literatura de los desórdenes del comer, éstos son producto de las condiciones socioambientales y específicas, principalmente de los países del primer mundo, como Estados Unidos de Norteamérica, donde los problemas de anorexia y bulimia se incrementan alarmantemente (Agris, 1988).

Dondis (1990), argumenta que captamos la información visual de muchas maneras, que las fuerzas kinestésicas de naturaleza fisiológica, son vitales para el proceso visual. Todas estas respuestas son naturales y actúan sin esfuerzo, no tenemos que estudiarlas ni aprender a darlas. Pero nuestra percepción está influida y posiblemente modificada por estados psicológicos de ánimo por

condicionamientos culturales y por expectativas ambientales. El cómo vemos en general al mundo afecta casi siempre lo que vemos.

Frazier y Carr (1976, citados por Pérez y Platas, 1998) señalan que la imagen o esquema corporal, se refiere al modo en que se siente y evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo, contribuyen al esquema corporal. Esto implica el grado de claridad o distorsión en la percepción del cuerpo, la satisfacción o descontento que se experimenta por el mismo y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

Para Schlundt y Bell (1993), la imagen corporal es una red multicomponente de cogniciones (percepciones) almacenadas en la memoria a largo plazo, usada para procesar información en situaciones en las cuales el tamaño, la forma y la apariencia corporal es pertinente. Como tal, nunca habrá una sola medida de la imagen corporal. Más bien, una variedad de tareas de medición pueden ser causadas para probar estas estructuras y generar información cuantitativa que sea útil par propósitos clínicos y de investigación.

Para Gómez Pérez-Mitré (1995), la imagen corporal se refiere a una representación psicosocial, es como una fotografía dinámica, en movimiento, producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

Hamachek (1981), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen, es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser, o negativa si discrepa con lo que se desea.

Grinder (1987), señala que en Ciencias Sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social, parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

El desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión de si mismo como objeto de sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992).

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

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

diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención (Rosenbaum, 1979 en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por los cambios biológicos, b) las relacionadas con cambios psicológicos (como el desarrollo cognoscitivo) y c) las debidas al contexto social y al entorno cultural, como la etapa de la vida y la clase social. Por lo tanto hablamos de imagen del cuerpo para describir aspectos de la experiencia corporal, tal como lo percibe el propio sujeto, y no sólo como un cuerpo con propiedades físicas sino también como un cuerpo lleno de afectos complejos y estos pueden ser conscientes y de naturaleza autoevaluativa (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

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

Hay dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial), la cual es llamada imagen espacial del cuerpo. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo subjetivo, identidad corporal percibida...), es decir, a una imagen afectiva del cuerpo. El término de imagen corporal parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objetivo provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen, orientación...) sino también a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes, y frecuentemente de naturaleza autoevaluativa. Así, experimentamos nuestra imagen corporal y la de los cuerpos de los otros en un íntimo entrelazamiento; así como nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, de la misma manera, las emociones y acciones de los demás son inseparables de sus cuerpos (Schilder, 1977).

También la persona aprende de las sensaciones que provienen de otros cuerpos, la mirada, la postura, el cuerpo de los otros, nos van construyendo la representación. Sin el conocimiento de nuestro propio cuerpo y la estructuración de

su representación dentro de cada uno. De acuerdo con lo anterior, para la adolescente, resulta de gran importancia poseer el cuerpo de la mujer arquetípica ideal que tiene un cuerpo perfecto. La idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una gran influencia en la conciencia de las mujeres y comienza a crear conflicto durante la pubertad. Las mujeres interiorizan el mensaje de que el cuerpo natural no es presentable ni atractivo y es necesario cambiarlo. En tanto los mensajes en los medios de comunicación advierten a la joven que su cuerpo le dará la felicidad: a través de este atracción a un hombre, podrá ser observada por otras chicas y cualquier persona admirará su cuerpo. Estos objetivos provocan una preocupación constante por su peso y aspecto, y una insatisfacción con su cuerpo. La transformación del cuerpo durante la adolescencia causa angustia en las muchachas ya que la mayoría de las veces este cuerpo se convierte en más pesado y redondo (Kesselman, 1989, p. 29-36.)

3.3 AUTOPERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES

Según Craig (1997) Los adolescentes pertenecen a lo que los sociólogos llaman un grupo marginal un grupo entre culturas o al margen de la dominante que habitualmente exhibe una necesidad intensa de conformarse. Los adolescentes pueden ser en exceso intolerantes con las desviaciones, tanto en lo que se refiere al tipo de cuerpo ser demasiado gordo o flaco como al tiempo madurar antes o después. Los medios de comunicación masiva manipulan esa tendencia a la intolerancia vendiéndoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que se deslizan por la adolescencia sin barro, frenos, torpezas ni problemas de peso. Como muchos adolescentes son muy sensibles a su apariencia física y pasan horas escrutándose frente al espejo, a menudo esta discrepancia entre su autoimagen menos que perfecta y los ideales lustrosos que ven en los medios causan ansiedad y dudas sobre su persona.

La imagen corporal ha sido estudiada con amplitud y también podemos ver que dicha imagen esta vinculada al momento en que ocurre la maduración. Así muchos investigadores han dirigido gran parte de su atención a la imagen corporal que atormenta a los adolescentes que no aceptan su cuerpo como es.

Durante la niñez media los individuos se vuelven conscientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpo, y obtienen una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones y habilidades corporales. Pero en la adolescencia, la clase de cuerpo recibe un escrutinio mucho más detallado (Craig, 1997).

La incidencia de los desórdenes de la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Este parece haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak & Crago, 1987).

El hecho de encontrar que la población adolescente presenta alto riesgo en cuanto se refiere a la probabilidad de mostrar alteraciones en la conducta alimentaria se ha explicado en algunas ocasiones como resultado de la adaptación a los cambios físicos que ocurren durante la pubertad (Abell & Richards, 1996).

Havighurst (1972), menciona que la pubertad es caracterizada por una aceleración en el ritmo de crecimiento y un gran número de cambios físicos, estos cambios llevan al adolescente a elaborar otras representaciones de sí mismo, de su ambiente social y de sus relaciones. Así mismo, tales cambios o aquellos menos conspicuos que resultan en experiencias no conocidas en cuanto a sensaciones e impulsos, inevitablemente guían el desarrollo de representaciones, sentimientos y actitudes en relación con su cuerpo. Esta elaboración de la nueva imagen corporal es una de las tareas más importantes del adolescente. Los cambios puberales atraen la atención del sujeto hacia su cuerpo porque es la base de la emisión de su identidad. Los adolescentes observan y evalúan sus cambios, intentando integrarlos a su visión personal. Un amplio rango de experiencias participa en estos procesos: percepciones visuales, kinestésicas, reacción a los juicios de otros, comparación social con pares, confrontación con estándares culturales del ideal corporal, etc. (citado en Rodríguez-Tomé, Bariaud, Cohen Zardi, Delmas, Jeanvoine, & Szylagyi, 1993).

Cuando el adolescente está insatisfecho con su imagen corporal que según cree tienen de él los demás, entonces trata de alterar su apariencia personal, el adolescente adopta un enfoque más constructivo. Se acerca a otros en procura de consejo, presta atención a los anuncios de revistas y diarios y a los proyectados por televisión experimenta por medio de ensayo y error, técnicas para modificar su cuerpo y apariencia personal, los medios de comunicación y los héroes del atletismo contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal (Schonfeld, 1973).

Kaplan (1986), señala que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero, la impresión que una persona les causa a las demás y segundo el modo, en que el adolescente percibe a su cuerpo, o sea su imagen corporal de él.

Osterrieth (1984), señala que el hecho de tener un cuerpo que cambia, de ser un cuerpo en proceso de cambio atraerá inevitablemente la atención del sujeto hacia ese cuerpo que cambia por lo tanto hacia el yo. Este encuentro del adolescente consigo mismo está expresando en la imagen de los adolescentes que se estudian ante un espejo y tratan de determinar quien y que es él o ella (citado por Carretero & León, 1990).

Kaplan (1986), dice que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo. El tamaño del cuerpo, la fuerza física y las nuevas sensaciones sexuales ahora positivas en los adolescentes, son debido a los cambios puberales de la adolescencia, que hacen que el adolescente se encuentre preocupado y afectado por su físico y por la apariencia de su figura corporal.

Según la morfología personal (peso, estatura, relación de la estatura con la raíz cúbica del peso que indica la forma del cuerpo) la adhesión a los modelos comunes varía sensiblemente. Las mujeres más conformistas son esbeltas, altas y de tendencia ectomorfa, mientras que las más discrepantes son las de la estructura endomorfa.

En nuestra sociedad, algunos jóvenes se someten a dietas intensivas mientras otros se embarcan en programas rigurosos de acondicionamiento y entrenamiento físico, porque la estatura y los músculos son importantes para ellos. Por el contrario, a las jóvenes les inquieta ser demasiado gruesas o altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de sus desvelos por la aceptación social (nuestra sociedad esta en contra de la gordura). Así muchas chicas normales, y aun delgadas, se consideran obesas y tratan de perder kilos.

Estatura, peso y complexión son las principales inquietudes de los adolescentes, y muchos de ellos desearían una o más modificaciones físicas. La conciencia del propio cuerpo disminuye al final de la adolescencia. Un estudio longitudinal reciente mostró que la satisfacción con la imagen corporal está a su nivel más bajo en las niñas de 13 años y los niños de 15; después, se eleva con constancia. Sin embargo, en cada año de los 11 a los 18 es más baja en las niñas que en los niños (Abell & Richards, 1996).

En la actualidad se considera que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales que obtuvo en su desarrollo, es decir como los otros resaltan sus atributos físicos y de la manera en que se percatan que son aceptados socialmente. La imagen corporal depende, la mayoría de las veces, de las relaciones con los otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de su capacidad para ejecutar metas, su autoestima, los sentimientos de seguridad y los de frustración. Si dentro de su familia se valora el cuerpo hermoso y los buenos músculos, el idealiza el cuerpo que el debe tener. Si los padres hacen observaciones despectivas en cuanto a las características físicas, pueden fomentar la ansiedad en sus hijos adolescentes (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Schonfeld (1973) Menciona que cuanto más eficaces fueron las adaptaciones en la primera fase de la niñez mejores serán los cambios físicos normales en la adolescencia, y por lo que tendrán una mejor construcción de su imagen corporal.

La imagen corporal es de mayor importancia crítica para la muchacha que para el chico, ya que la sociedad le da más relevancia a la forma femenina con el fin de que la mujer haga resaltar su atractivo (Grinder, 1987).

Hurlock (1973), las muchachas como grupo se preocupan más que los varones por su cuerpo en desarrollo, porque para ellas sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones. El adolescente sabe que su cuerpo en particular su tamaño, adecuación al sexo y el atractivo personal llama la atención de las otras personas y afecta sus reacciones hacia él, esto a su vez afecta su actitud

hacia sí mismo. Además sabe que la gente acepta los estereotipos culturales que vinculan los aspectos físicos con los rasgos de popularidad.

Kelson, Kearney & Lansky (1990), hacen una diferenciación en cuanto a la percepción de la imagen corporal:

- **Conciencia corporal pública:** se refiere a los aspectos externos del propio cuerpo que son visibles para los otros.
- **Competencia corporal:** se refiere a la atención enfocada hacia el funcionamiento del cuerpo; por ejemplo, agilidad, fuerza, flexibilidad, etc.
- **Conciencia corporal privada:** se refiere a la atención enfocada al funcionamiento interno del cuerpo, lo que no es visible para los otros. La satisfacción que las mujeres tienen con su cuerpo depende de la importancia relativa que le da a cada uno de los aspectos de su imagen corporal (p. 282-289.)

Así el adolescente que tiene una imagen corporal favorable no está expuesto a la discriminación o el rechazo del otro sexo. Las revistas, películas, televisión, anuncios, contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal. Por otro lado la imagen corporal, en general es más importante para las mujeres que para los hombres. La sociedad concede más relevancia a la forma femenina que a la masculina por lo que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Kurtz, 1970; citado en Grinder, 1987).

La sociedad da más relevancia al cuerpo femenino que al masculino, por lo tanto, las mujeres tienden a preocuparse más por su apariencia. Si la adolescente posee una imagen corporal atractiva puede agrandar sus relaciones heterosexuales y por lo mismo adquirir inclinaciones sexuales tempranas y demás prácticas sociales; es decir, que se sentirá poseer cualidades personales deseables (Kinsey, 1948; citado en Papalia, 1992; Brownell, 1991).

Otro aspecto que explica las diferencias entre sexos en la percepción de la imagen corporal es la presión que sobre la mujer ejerce la cultura de la delgadez. La prevalencia de los desórdenes alimentarios en la niñez y adolescencia se incrementó durante la década pasada. Este incremento se debe en parte a la presión social sobre la mujer a conformarse con la figura femenina ideal (Willcox & Sattler, 1996).

Sin embargo, el deseo de ser delgada no afecta de la misma manera a todas las mujeres. Las mujeres de nivel socioeconómico alto presentan mayor insatisfacción con su figura corporal (de hecho tienden a percibirla más pesada o gruesa de lo que es en realidad) que las de nivel socioeconómico bajo, estas últimas parecen no depender tanto de su apariencia para tener sentimientos positivos acerca de sí mismas (Abell & Richards, 1996).

Este hallazgo parece bastante congruente con los datos de prevalencia del trastorno alimentario denominado anorexia nervosa que se presenta con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos medios y altos.

De la misma manera Aguilar & Rodriguez (1997), al plantearse como objetivo conocer la relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución estudiaron una muestra de adolescentes del sexo femenino de nivel socioeconómico medio y bajo. Reportaron que las adolescentes eligieron como figura corporal actual las siluetas de peso normal, sin encontrar diferencias significativas por nivel socioeconómica. Respecto de la elección de la figura ideal vieron que en ambos niveles socioeconómicos las adolescentes eligieron una figura de bajo peso. Este hallazgo implica la misma actitud positiva hacia la delgadez que se observó en los estudios citados anteriormente.

Al analizar la variable satisfacción / insatisfacción pudieron observar que le 81.5% de las adolescentes mostraron insatisfacción. Cuando tal variable fue analizada por nivel socioeconómico encontraron un mayor porcentaje de sujetos con insatisfacción en el nivel socioeconómico bajo (85%) que en el nivel socioeconómico medio (78%), aunque las diferencias no resultaron significativas. El porcentaje de sujetos insatisfechos detectado resulta relevante pues como lo manifiestan las autoras es un factor de riesgo que puede dar lugar a respuestas dirigidas a modificar la imagen corporal.

Estrada & Zuñiga (1997) siguiendo la misma línea de investigación estudiaron la relación existente entre la autopercepción de la imagen corporal y el nivel de escolaridad en una muestra de 257 adolescentes de escuelas públicas y privadas. Al analizar la variable satisfacción / insatisfacción por sexo observaron que los hombres se encontraron más satisfechos con su imagen corporal que las mujeres. Además notaron una tendencia en las mujeres a elegir una figura más delgada como ideal y en los hombres a elegir una figura más gruesa. Al hacer intervenir también la variable nivel escolar vieron que las mujeres que cursaban secundaria estaban más satisfechas que los hombres, pero la situación se invirtió en los sujetos de bachillerato, pues los hombres estuvieron más satisfechos que las mujeres. También en su muestra detectaron alteración de la imagen corporal con tendencia a la sobreestimación en sus sujetos de nivel escolar de secundaria, mientras que en los del nivel bachillerato menos de la mitad mostró alteración, pero los sujetos que si presentaron alteración tendían a subestimarse. Es importante mencionar que en esta muestra tanto varones como mujeres presentaron alteración de la imagen corporal, tendiendo a la sobreestimación.

Como puede verse existen diferencias en los resultados de los estudios en cuanto a la dirección que sigue la alteración (subestimación o sobreestimación), pero su presencia por si misma representa un factor de riesgo ante el cual se deben tomar medidas preventivas.

Estas investigaciones, de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel indican que las mujeres mexicanas, en general, también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, demostrándose con esto, que al contrario de los supuestos originales en los que se planteaba que los problemas asociados con imagen corporal y con trastornos de la alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas (así como las clases sociales altas, de la raza blanca, etc.) son problemas que se extienden rápida e interculturalmente y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna independiente del nivel desarrollo en el que se encuentre.

La adolescencia es un momento particularmente difícil para los que tienen defectos físicos. El proceso de reelaboración de la imagen corporal y de la aceptación de su cuerpo les resulta más difícil que a los otros adolescentes. La comparación que no pueden dejar de establecer con los otros les da un sentimiento de derrota y la sensación de que no pueden establecer con ellos relaciones paritarias, no sólo por las dificultades objetivas determinadas por su falta de autonomía, sino también porque se sienten disminuidos y son tratados como tales (Lutte, 1991).

3.4 SATISFACCION-INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

La satisfacción-insatisfacción para Garner y Garfinkel (1980) es el grado que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo y que a menudo se mide por cuestionarios y escalas, por ejemplo, con la Body Cathexis Scale (BCS) que mide satisfacción con diferentes partes del cuerpo y la Self Cathexis Scale (SCS) que evalúa diferentes aspectos de la personalidad del sujeto; ambas escalas fueron construidas por Secord y Jourard (1953; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). Las relaciones que encontraron con estas escalas, son significativas. Es decir, que la satisfacción corporal predice la satisfacción con uno mismo (se tiene autoestima elevada). Esto se encontró en un estudio con mujeres estudiantes, realizado por Davis (1986), en donde las que se consideraban delgadas tenían las puntuaciones de satisfacción más altas; mientras que, las que se consideran con sobrepeso tenían las puntuaciones más bajas. Lo que implica que entre más aumenta la distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal, más grande es la insatisfacción.

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989). Lo anterior nos lleva a definir el concepto de distorsión de la imagen corporal, como la deformación o alteración de la percepción del propio cuerpo.

Gómez Pérez-Mitré (1993a) realizó estudios con mujeres pre y post adolescentes con el fin de comparar las características de la imagen corporal de

éstas, utilizando la técnica del espejo distorsionante y la selección de las siluetas. La media del grupo prepúber fue de 9.3 y la del postpúber de 14.1 el criterio para la formación de estos grupos fue si ya existía o no, período menstrual. Los investigadores encontraron que sin importar la etapa de la adolescencia la diferencia entre la imagen percibida y la ideal fue significativa.

Las adolescentes mostraron una ligera tendencia al percibirse más gordas que como realmente eran, sin embargo existía un interés por ser más delgadas y las pos adolescentes mostraron diferencias más marcadas entre la imagen percibida y la imagen ideal con las dos técnicas mencionadas anteriormente.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la imagen percibida e imagen ideal con las dos técnicas ya que tanto las pre, como las post, estaban igualmente interesados en su imagen corporal, sólo que las prepúberes tenían que desarrollar todavía tal insatisfacción.

Bruchon-Sweitzer (1992), confirma que la insatisfacción corporal aumenta en relación con la edad, esto es a menor edad mayor satisfacción con la imagen corporal. La satisfacción-insatisfacción constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes, ya que modula las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas, por ejemplo, cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros, y las realidades internas de orden subjetivo, por ejemplo, la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución. La satisfacción corporal contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestimación favorable, así como el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992). Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o la insatisfacción con la imagen corporal es la que depende de la distancia entre la realidad y la idealidad (Tuker, 1984; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1998). La dirección de la autopercepción positiva o negativa ha mostrado ser el mejor predictor de la satisfacción corporal. Es así que considerarse como una persona atractiva correlacionará más alto con satisfacción corporal que ser objetivamente atractiva.

Mientras que en la anorexia nervosa la insatisfacción con la imagen corporal puede basarse en una autopercepción muy alejada de la realidad, en la bulimia no necesariamente sucede así. Sin embargo la persona bulímica comparte con la anoréxica el mismo temor hacia la gordura, que la lleva a prácticas de evitación – uso de supresores de hambre, ayuno y dietas altamente restringidas- y a prácticas de expulsión como son, vómito autoinducido, uso de diuréticos y de purgantes que, junto con una forma de comer, caracterizan y constituyen el síndrome de la bulimia propiamente dicha (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La belleza puede ser una promesa de completa satisfacción; ya que la belleza y la fealdad no sólo figuran en la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, sino también en la que los demás se forman de nosotros. La imagen corporal es el resultado de la vida social, la belleza y la fealdad, no son fenómenos que se den en el individuo aislado, sino que son esencialmente sociales. Así, dicha

imagen no es completamente rígida: los individuos construyen y reconstruyen esa imagen e influyen en la de los demás. Estos intercambios se dan por medio de la socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1977).

La imagen corporal, tiene una influencia cultural pues propone ideales estéticos que impactan en la autoestima de las mujeres principalmente, para lo cual tiene mucho que ver la imitación y la sensación de control; tales creencias involucran a la imagen corporal provocando desórdenes alimentarios. Los medios de comunicación, en este caso la televisión, influyen en las adolescentes, generando así insatisfacción con su imagen corporal, la que se relaciona con los trastornos alimentarios (Thompson, 1996).

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria en tanto constituye el común denominador de los mismos. La insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada esto es, más o menos alejada de la realidad. La insatisfacción con la imagen corporal tiene un origen de carácter psicosocial y cognoscitivo, en el que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos-percepción, aprendizaje y pensamiento y, por otro lado tiene un origen actitudinal, ya que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. De esta manera, la insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, valores, expectativas y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y constituye, como parte de una cultura (Gómez Pérez-Mitre, 1993b)

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, ocupa un lugar importante la existencia de un modelo de belleza corporal establecido y compartido socialmente, quien encarna las características del modelo tiene razones para autoevaluarse positivamente; aquellas que se apartan de él sufren y suelen padecer una baja autoestima (Toro y Vilardeñell, 1987).

Otros aspectos comunes a los sujetos que sufren estos trastornos, a excepción del comedor compulsivo, son, la presencia de estados afectivos negativos, básicamente ansiedad y depresión, el deseo por adelgazar, deterioro de la percepción y cogniciones sobre su imagen corporal y una baja autoestima, como consecuencia de las dificultades para controlar su peso (Saldaña, 1994).

Así una de las motivaciones principales para llevar a cabo dietas reductivas se debe a la creencia de que para ser considerada físicamente atractiva y socialmente aceptada como mujer se debe estar delgada. Schwartz y Johnson (1982), dicen que los desórdenes del comer, podrían estar atribuidos a la preocupación por los alimentos y los tratamientos de dietas.

Numerosos estudios han demostrado (a partir de la encuesta realizada en los Estados Unidos a miles de americanos, por Bohmstedt & Walster 1973), que la

diferencia más señalada entre ambos sexos en cuanto a la evaluación de su propio cuerpo, es la insatisfacción, en particular del sexo femenino con respecto a su peso.

Así se ha encontrado que el porcentaje más alto (90.5) de la mujeres que acuden a tratamiento para reducción de peso, no precisamente está formado por obesas ni siquiera por mujeres con sobrepeso, sino por personas que de acuerdo con su índice de masa corporal, está dentro de los límites del peso normal, ligeramente con sobrepeso y con peso inferior al normal (Stunkard, 1984).

Hsu (1982), señala que en las mujeres con o sin desórdenes del comer se presenta el problema de la sobreestimación de la imagen corporal, sin embargo encontró que son las mujeres con desórdenes del comer las que más tienden a distorsionar su imagen corporal.

En investigaciones realizadas por Davies & Fumham (1986), con adolescentes inglesas de 12 a 18 años de edad encontraron, que el 50% de éstas se consideraron así mismas "gordas" a los 18 años de edad, mientras que un 4% realmente sí se entraba por arriba de las normas de peso.

Halmi, Goldberg y Cunningham (1977), realizaron un estudio con 86 adolescentes femeninas con peso normal, entre las edades de 10-19 años, y encontraron una tendencia de subestimación con respecto a la longitud del cuerpo y una sobreestimación con la anchura corporal, de éstas.

Gómez Pérez-Mitré (1993 a, 1993 b), encontró en estudios realizados, patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo, y el hecho contradictorio de satisfacción con la figura corporal y el deseo de querer pesar menos. La imagen corporal está basada en la evaluación favorable o desfavorable, que cada sujeto realiza sobre su propio cuerpo, este resultado corresponderá a los conceptos de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal.

El problema de la distorsión de la imagen corporal o alteración aparece en la literatura de los desórdenes del comer con Bruch (1962). Se le conoce como distorsión de la imagen corporal, a la diferencia entre peso real y peso imaginario, o sea, al mayor o menor alejamiento específico, concreto, del peso real y esta alteración se expresa ya sea sobrestimándolo o subestimándolo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Schulnd & Bell (1993), para estos autores la distorsión perceptual es la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y es usualmente medida usando tareas visuales de estimación del tamaño tales como distorsión de video o rayos de luz. La insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpo, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

La satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la Body Cathexis Scale (BCS) de Secord y Jourard (1953, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992), que está constituida por 46 ítems referentes a partes del cuerpo o a funciones corporales y permite evaluar la satisfacción relativa a cada aspecto (en una escala de Likert de 5 grados; desde 1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho), o la satisfacción global (puntuación total). Además la Body Cathexis Scale está asociada a numerosos aspectos del concepto de sí, de la personalidad y de las conductas.

Las relaciones obtenidas por Secord y Jourard entre satisfacción corporal y satisfacción con respecto a sí son muy elevadas. Estas relaciones se han confirmado después muy a menudo y en poblaciones muy diversas desde 1953, incluso utilizando escalas un poco diferentes. La satisfacción corporal preside con bastante fuerza la satisfacción con respecto a sí mismo en uno y otro sexo. Pero no se puede afirmar completamente que esta relación sea de sentido único, ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo. Una observación de especial importancia es que, si se quiere predecir la satisfacción con respecto a sí a partir de la satisfacción corporal, se ha visto que es inútil utilizar todos los ítems de esta última escala.

Al parecer desde la adolescencia, la estatura es una fuente de insatisfacción corporal: las jóvenes más altas y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Según diversos estudios, el sobrepeso es un buen predictor de la insatisfacción no sólo en las mujeres, sino, desde los años setenta, en los hombres. Un punto interesante es que esta característica indeseable (principalmente cuando es autoevaluada) parece incorporar otras (dientes, pecho, forma de las piernas, estructura del cuerpo, posturas), como si el hecho de ser demasiado gordo - objetiva o subjetivamente- produjera una insatisfacción, no específica, sino difusa (Gray, 1977; Pryturla y Hiland, 1975; Young y Reeves, 1980; Young, Reeves y Elliot, 1978, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Las actitudes sociales son discriminatorias hacia los obesos penalizados por los demás desde la infancia. Existe una disminución dramática de la autoestima en los niños obesos (hacia los 12 años en los niños y hacia los 14 años en las niñas) y la insatisfacción corporal constante de dichos sujetos, es significativa desde la edad de 8 años (Mendelson y White, 1985, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). Lo anterior, también es expresado por Lutte (1991), los adolescentes obesos tienden a considerarse y a percibir su cuerpo de una forma negativa, pueden ser considerados como desviados de la normalidad en el sentido de que no consiguen respetar las normas culturales dominantes, habitualmente se les considera débiles y glotones, tienden a aislarse porque la gente se burla de ellos y a menudo tienen menos éxito con el otro sexo, asimismo, son discriminados en la escuela y en el lugar de trabajo.

Davis (1984, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) realizó un estudio con 91 estudiantes mujeres, reportando que las que se consideran ectomorfas tienen las puntuaciones de satisfacción corporal más altas, las que se creen endomorfas tienen las puntuaciones más bajas. Esto es, cuánto más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción. Todo esto confirma y completa los resultados de Jourard y Secord (1954, 1955). Se confirma pues que las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal.

Gómez Pérez-Mitré (1995a), señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distorsión de la imagen corporal como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Y define por peso real el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

En relación con la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción con la imagen corporal tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal o no tan importante, por ejemplo, en el caso del sobrepeso, y darse de cualquier manera esa sobrevaloración. Dicha insatisfacción se caracteriza, además, por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo. En general las personas con problemas de obesidad o sobrepeso se convierten en distantes crónicos y suelen exhibir conductas reactivas y recurrentes: periodos de dietas altamente restrictivas, que llevan a accesos bulímicos con o sin prácticas de expulsión (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

De ésta manera las mujeres buscando ser tan delgadas como la cultura lo exige, comenzaron a desarrollar desórdenes de la alimentación o a alternar entre periodos anoréxicos y bulímicos (Holtz, 1995).

En general el estereotipo del físico femenino delgado como socialmente deseable contribuye a las presiones hacia la delgadez entre las mujeres. Tal presión ha fomentado el incremento en la incidencia de los desórdenes alimentarios en la mujer (Brodie, Bagley & Slade, 1994). Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres dietantes crónicas presentan mayor insatisfacción con la imagen corporal que las mujeres no dietantes, así mismo, entre las mujeres dietantes restrictivas y las bulímicas se han encontrado problemas similares con la imagen corporal. Este tipo de estudio ha investigado la distorsión de la imagen corporal como la diferencia entre imagen o figura real y la ideal, encontrándose que a mayor diferencia mayor distorsión y mejor disposición a utilizar prácticas más extremas para perder peso. En relación con la percepción de la imagen corporal deseable, los varones están más satisfechos con lo que perciben mientras que las mujeres no. Por lo general una mayoría importante de mujeres desea ser más delgada de cómo se percibe y más delgada de lo que a los hombres les gusta, sin embargo, el grado de

pérdida de peso deseado se relaciona con la presencia o no, de conductas alimentarias anómalas. Los resultados de investigaciones más recientes, confirman las diferencias encontradas con respecto al género, más mujeres que hombres sobreestiman su peso, cuando realmente sólo pequeños porcentajes de hombres y mujeres son obesos o tienen sobrepeso de acuerdo con sus índices de masa corporal, o según otras mediciones o estimaciones objetivas (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

3.5 TEORIAS SOBRE LA INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL.

3.5.1. TEORIA PERCEPTUAL.

Se refiere al déficit cortical, fallas adaptativas e ilusiones perceptuales, que tienen que ver con la autopercepción, es decir, si el individuo subestima o sobrestima su imagen real, en cuanto a talla y peso (Heinberg & Thompson, 1992).

3.5.2. TEORIA DEL DESARROLLO.

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

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

3.5.3. TEORIA SOCIOCULTURAL.

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

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

3.5.4. TEORIA DE LA DISCREPANCIA DEL YO IDEAL.

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

3.5.5. TEORIA FEMINISTA Y SOCIALIZACION DEL ROL DE GENERO.

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

Las feministas aseguran que las mujeres son vulnerables a la cultura de la delgadez que plantea la cultura occidental. Las dietas, los desórdenes alimentarios y la insatisfacción con la imagen corporal son vistos como respuestas naturales a la patología de la presión de la sociedad a ser delgada (Thompson, 1996).

3.5.6. TEORIA DE LA COMPARACIÓN SOCIAL.

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

En un estudio realizado por Heinberg y Thompson (1992) encontraron que los sujetos que se compararon con otros amigos o compañeros del mismo sexo reportaron gran ansiedad y angustia con la imagen corporal, que los sujetos quienes se compararon con los del sexo opuesto. Lo que se ha encontrado es que la mayoría

de las variaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios pueden deberse a la tendencia de hacer comparaciones sociales y a la tendencia de la internalización de las normas socioculturales hacia la delgadez y el atractivo físico. La belleza humana no ha podido ser definida por unas propiedades mensurables y todavía se ignora la relativa generalidad o especificidad de los criterios propios de cada cultura. El acuerdo de los juicios de la belleza / fealdad, en cada cultura, se definen casi siempre por el consenso social, es decir, por la concordancia intersubjetiva de la percepciones relativas al atractivo físico.

Se puede resumir que la satisfacción de la imagen corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la satisfacción favorable de las propias capacidades, al equilibrio emocional y a la salud.

CAPITULO IV

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

El progresivo y alarmante incremento de la prevalencia de anorexia y bulimia nervosas ha dado lugar en los últimos años a una multiplicación de estudios e investigaciones relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario. En muy pocos lustros, las clasificaciones internacionales de enfermedades psiquiátricas (DSM), tras haber incluido estos trastornos, han ido procediendo a sucesivas mejoras y ampliaciones en cada una de sus ediciones. Las primeras descripciones científicas de anorexia nervosa fueron realizadas por Gull y Lasegue a finales del siglo diecinueve. Desde esa época hasta bien entrada la década de los sesenta apenas se habla en el ámbito psiquiátrico de ese trastorno de inicio casi específico en la adolescencia. La bulimia nervosa, por su parte, no se define "oficialmente" hasta los años setenta. En consecuencia, es durante los últimos veinte años cuando se aportan conocimientos, datos y resultados suficientes y suficientemente fiables, habiéndose facilitado así el progresivo establecimiento de unos modelos aceptablemente válidos del curso evolutivo de ambos trastornos. En este momento puede asegurarse que en el mundo occidental, de cada 100,000 jóvenes de edad comprendida entre los 15 y los 24 años, de 30 a 40 sufren de anorexia nervosa cada año. Los más elementales estudios indican que estas cifras van a aumentar radicalmente en los próximos años. Lo que se traduce, que de una frecuencia casi nula se va a pasar a una incidencia altamente significativa, lo suficiente para constituir todo un problema social y no estrictamente individual (Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia nervosa constituye un cuadro muy complejo en el que se conjugan diversos factores, como hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognoscitivos y emocionales. En Estados Unidos y Europa se han llevado a cabo investigaciones que muestran que la mayor incidencia de estos trastornos se presenta en mujeres jóvenes entre 12 y 30 años de edad, de nivel socioeconómico medio y alto. Diversos autores Garner y Garfinkel, 1980; Hamilton, Brookss-Gunn y Warren, 1985; Szmukler, 1985, estudiaron poblaciones específicas de bailarinas y gimnastas, en las que existen altos ideales de delgadez y grandes expectativas de logro en la ejecución, encontrando una incidencia mucho más alta de estos trastornos (Citado en Warren, Stanton y Bleissing, 1990).

Con respecto al área social, es importante enfatizar que la inmensa mayoría de los pacientes anoréxicos son mujeres adolescentes y jóvenes; ya que en la actualidad los estándares de belleza imponen un cuerpo sumamente esbeto, principalmente entre las mujeres. Es a partir de 1950 que la figura femenina fue

siendo cada vez más delgada hasta llegar a ser extremadamente estilizada, como lo demuestran los estudios de Agrad y Kirkley (1986) y Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980). Se suma a esto también, la influencia que tuvo el cambio que sufrió la concepción médica sobre salud-enfermedad, pues si hasta antes de los años 50 la delgadez se asociaba con enfermedad, a partir de entonces se fueron encontrando datos que señalaban una relación inversa entre obesidad y expectativas de vida (Braguinsky, 1987).

4.2 PRIMERA DESCRIPCIÓN DE ANOREXIA NERVOSA Y ALGUNAS CONCEPTUALIZACIONES.

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

Bliss y Branch (1960) revisando el desarrollo histórico del concepto y los aspectos clínicos de la anorexia nervosa en 1960, no encontraron en la literatura una clara solución para diferenciarla de otras formas de desnutrición. Para su estudio, ellos decidieron considerar una pérdida de 25 libras (12.5 kg.) como una conveniente definición de la condición, si la disminución en peso fuera atribuible a causas psicológicas.

Hilde Bruch plantea en 1962 los síntomas clínicos y datos psicodinámicos de la anorexia nervosa como manifestaciones de disturbios en los campos perceptual y conceptual, así como distorsiones en la imagen corporal y un profundo sentido de incapacidad, como resultado de un desarrollo de la personalidad con una deficiencia de confirmación de conducta iniciada en la niñez.

4.3 DESCRIPCIÓN DE BULIMIA.

Fue hasta 1980 cuando la bulimia se incluyó como diagnóstico independiente en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM- III, 1980). Pero, no es un trastorno tan reciente como se piensa, ya que el término "boulimie" se utilizó en el siglo XVIII en la literatura francesa, describiendo un patrón de sobre-alimentación (citado en Gordon, 1990).

Russell introdujo en 1979 el término bulimia nervosa, describiendo una categoría de pacientes con una tendencia a comer en exceso y que mitigaban los efectos engordadores de la comida a través de vómito auto-inducido o del abuso de laxantes.

La anorexia y bulimia nervosas fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III, 1980).

En el DSM IV (APA, 1994) aparece una nueva categoría diagnóstica, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, el cual incluye casos de anorexia y bulimia nervosa, en donde se cumplen todos los criterios diagnósticos excepto uno, o donde no se cumple con la duración de un síntoma específico y el síndrome de comer en exceso, el cual consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento, sin el uso de métodos compensatorios.

4.4 DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Gómez Pérez Mitré (1995), define distorsión de la imagen corporal, al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, esto es, a la diferencia entre peso real y peso imaginario. Por peso real, entendemos el resultado de la medición realizada con báscula y/o el valor del índice de masa corporal (peso/talla 2). El peso imaginario puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Así se puede definir la distorsión de la imagen corporal como la deformación o alteración del propio cuerpo.

Dentro de las alteraciones cognoscitivas experimentadas por la anoréxica a lo largo de su evolución se encuentran las alteraciones de la imagen corporal. Este hecho parece resultar central en muchos casos de anorexia nervosa. La paciente, extremadamente delgada niega su extremada delgadez, parece sobrevalorar sus dimensiones y no reacciona ante ellas del modo que sería normal. Esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan acusada en ciertos casos que se ha hablado de "dimensiones delirantes" (Bruch, 1962, citado en Toro y Vilardell, 1987), y en alguna ocasión se relacionó la anorexia con procesos psicóticos, planteando frontalmente la posible existencia de un trastorno perceptivo o del pensamiento semejante al observado en la psicosis (Toro y Vilardell, 1987).

Estos autores señalan que la sobreestimación del propio cuerpo no es patognomónica (síntoma que caracteriza una enfermedad) de la anorexia nervosa. Señalan también, que se presenta en obesas y en adolescentes, en mujeres de población general, en accidentes con desfiguraciones físicas, y en otros grupos.

De acuerdo con Cooper y Fairburn (1983) "la insatisfacción con la imagen corporal es un hecho prominente de la psicopatología de la bulimia nervosa. Usualmente está presente en grado severo, es lábil y se ve firmemente asociado con

el nivel de humor depresivo. No tiene, sin embargo, significación diagnóstica: no está presente en todos los pacientes y sí se encuentra en muchos individuos sin trastornos de la alimentación. Por el contrario, ideas sobrevaloradas acerca de la imagen corporal o el peso son peculiares de la bulimia y la anorexia nervosas, relativamente estables, firmemente relacionadas con la baja autoestima de los pacientes y un dato indispensable para el diagnóstico de ambos trastornos" (citados en Ponce de León, Montjo, Berenguer; Ruiz y Scigliano, 1995).

4.5 INCIDENCIA DE ANOREXIA NERVOSA EN DIVERSOS PAÍSES.

Theander (1970) ha descrito la incidencia de anorexia nervosa en una zona del sur de Suecia entre 1930 y 1960. Durante todo este tiempo la incidencia promedio fue de 0.24 casos por cada 100,000 habitantes, pero durante la última década estudiada (1951-1960) esa tasa ascendió a 0.45 por 100.000 habitantes. En conclusión, se produjo un incremento de la morbilidad anoréxica, pues se pasó de 1.1 casos nuevos por año a 5.8. Es decir, en treinta años se quintuplicó la incidencia anual. En el condado americano de Monroe se estimó la incidencia de anorexia nervosa durante dos periodos de tiempo: 1969-69 y 1970-76. El número de casos diagnosticados pasó de 0.35 por 100.000 habitantes en el primer periodo a 0.64 en el segundo. Es decir, la incidencia casi se dobló. Este aumento de la incidencia se produjo en la población femenina, no afectando en absoluto a la masculina, siendo mucho más evidente en el grupo de mujeres comprendidas entre los 15 y 24 años de edad (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980). Un estudio sobre incidencia de anorexia nervosa en Malasia revela interesantes datos (Buhrich, 1981). El Departamento de Psiquiatría del Hospital General de la capital, Kuala Lumpur, no recibió ni un solo caso entre 1976 y 1978. En una encuesta realizada con los 18 psiquiatras existentes en toda Malasia se puso de manifiesto que habían atendido 30 anoréxicos (28 mujeres y 2 varones) a lo largo de unos nueve años y dentro de una población psiquiátrica de 60,000 pacientes. Pero de esos 30 pacientes anoréxicos, 19 eran chinos, siete indios y uno euroasiático. Sólo había una mujer malaya. Este hecho presenta importancia dadas las características socioeconómicas elevadas y occidentalizadas de las poblaciones chinas e india. Asimismo es interesante observar que los malayos -pero no los chinos, ni los indios- hacen frecuentes bromas acerca de que la delgadez es consecuencia y señal de "excesos" sexuales. Se especula sobre la posibilidad de que estas actitudes sociales y culturales desanimen a las muchachas malayas posiblemente anoréxicas en su persecución de la delgadez (Toro y Vilardell, 1987).

En 1993, Suematsu (citado en Prince, 1983) publicó un estudio de los 224 casos de anorexia nervosa detectados en los hospitales universitarios de todo el Japón desde la finalización de la segunda guerra mundial. Al parecer, este trastorno era prácticamente desconocido con anterioridad. También allí, la incidencia está aumentado en los últimos años.

4.6 ANOREXIA NERVOSA EN LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS

La anorexia nervosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de las poblaciones. En concreto las clases sociales, es decir, los diferentes niveles socioeconómicos y por tanto socioculturales, presentan tasas distintas.

En el año 1976, Crisp, Palmer y Kalucy llevaron a cabo un minucioso estudio de nueve escuelas de Londres. Confirmaron el número de casos graves de anorexia nervosa existentes, entre las muchachas de más de 16 años que cursaban estudios en esas escuelas. Hallaron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Es decir, existían diferencias significativas de incidencia en función de la clase social, tomando en cuenta que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel socioeconómico claramente superior al representado en las escuelas públicas. Garner y Garfinkel (1982) han confirmado también este hecho. Los resultados del estudio llevado a cabo en su clínica de Toronto muestran una diferencia existente antes de 1975 entre los porcentajes de anoréxicas procedentes de las clases altas y de las bajas. La diferencia entre el 70% y el 30%, respectivamente, es tanto más relevante cuanto que las clases superiores son las minoritarias, situándose los estratos más numerosos de la población en los niveles más bajos. Sin embargo, hay que atender también a otro hecho significativo. Aproximadamente en 1976 hasta 1979 aumenta la cantidad total de pacientes asistidas, pero ya no es tanta la diferencia entre niveles socioeconómicos. Esto quiere decir, que las cosas suceden como si se tendiera a una homogenización, a una aproximación de las diferentes incidencias en función de la clase social. Así, diferencia entre clases, junto con cierta tendencia a la igualación, son los dos fenómenos a estudiar, por supuesto dentro de un país industrial altamente desarrollado como es Canadá (citado en Toro y Vilardell, 1987).

4.7 DIFERENCIAS ÉTNICAS.

Distintos estudios notaron la escasez de desórdenes del comer en personas negras. Esto se pensó estaba relacionado con diferentes actitudes culturales hacia la obesidad entre negros y otros miembros de clases socioeconómicas más bajas y a diferencias en los sistemas de salud. Sin embargo, en 1981 Nwaefuna describió un caso de una mujer nigeriana de 22 años de edad (además gravemente depresiva) quien desarrolló anorexia nervosa durante el embarazo, rehusándose a la comida y auto-induciéndose el vómito. Desde entonces, más reportes de anorexia nervosa entre negros han aparecido, despertando un interés general en los aspectos culturales de este desorden (Buchan y Gregory, 1984).

También rasgos característicos clínicos de la anorexia nervosa en negros han sido reportados, como conflictos con la sexualidad, posible depresión y una historia de conflictos maritales de los padres (Pumariega et al, 1984). Así como ansiedad, abuso de alcohol, rasgos distintivos psicopáticos y obesidad premórbida fueron también notados (Holden y Robinson, 1988; Robinson y Andersen, 1984). Ahí parece haber una tendencia de anoréxicas negras a mostrar la variante bulímica del desorden (Dolan, 1991). Theander (1970) postuló que la anorexia nervosa llegaría a estar aún más distribuida entre todas las clases sociales, como actitudes de clase alta preocupadas por el peso corporal, logrando penetrar hacia abajo a todos los sectores de la sociedad. También se espera que la anorexia nervosa se incremente entre mujeres negras.

Un estudio reporta los primeros tres casos de anorexia nervosa en negras caribeñas (Thomas y Szmukler, 1985), trata de tres jóvenes de 17, 19 y 20 años de edad respectivamente. Su sintomatología es total y absolutamente coincidente con la observada en la anoréxica occidental media. Pero es preciso indicar que se trata de tres pacientes atendidas en Londres, hijas de inmigrantes caribeños plenamente integrados en la sociedad británica y de niveles socioeconómicos relativamente elevados para la población de origen. La ausencia de mujeres no caucásicas en estudios epidemiológicos de estos desórdenes ha sido el tema de observaciones. Hsu (1982) señaló que las mujeres asiáticas no están bajo la misma presión cultural hacia la delgadez. En la cultura Árabe la comida juega un papel muy importante y el atractivo es igualado con un grado de gordura, debido a que, la delgadez es considerada socialmente indeseable. Así podemos decir, que el énfasis relacionado con la inmigración y con la aculturación puede conducir a la emergencia de desórdenes del comer en poblaciones no consideradas previamente de riesgo. La sensibilidad a la apariencia del cuerpo, común durante la adolescencia, está elevándose por este conflicto cultural; estas niñas deben negociar la tarea de ser asiáticas en un mundo occidental, mientras que al mismo tiempo deben separarse ellas mismas del mundo de sus padres. Los desórdenes del comer se encuentran más frecuentemente en las clases socioeconómicas altas de las naciones industrializadas. La asociación de anorexia nervosa y clase comienza a la edad de 15 años, y la incidencia aumenta de acuerdo con el estrato socioeconómico (Toro y Vilardell, 1987).

4.8 DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

Todos los estudios epidemiológicos muestran una clara inclinación de la balanza del trastorno anoréxico hacia el sexo femenino, estos estudios coinciden en cifras semejantes respecto a que del 90% al 95% de los pacientes anoréxicos son mujeres (Halmi, 1974; Jones y cols., 1980). De modo que se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina. Es claro que este trastorno es de morbilidad predominantemente adolescente y juvenil, las edades más afectadas son entre los 12 y los 25 años. Antes y después de tales edades la incidencia del

trastorno, o mejor dicho la aparición del mismo, es irrelevante a efectos estadísticos. También se ha observado que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades (Halmi, 1974; Jones y cols., 1980, citados en Toro y Vilardell, 1987).

4.9 FACTORES DE RIESGO EN POBLACIONES NORMALES.

En el año 1969 los autores Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer estudiaron las actitudes hacia su peso de una muestra bastante numerosa de estudiantes de segunda enseñanza. Hallaron que el 80% de las muchachas deseaban pesar menos, al tiempo que sólo compartían este deseo el 20% de la varones. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta estaban siguiendo algún tipo de dieta restrictiva el 30% de la población femenina y tan sólo el 6% de la masculina. También encontraron que el 60% de las muchachas habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, contra un 24% de los varones que habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva.

Los autores Davies y Furnham (1986) estudiaron en un grupo de 182 adolescentes británicas, de 12 a 18 años de edad, el grado de satisfacción experimentado respecto a nueve características corporales. En general todas ellas, pero sobre todo las dimensiones de la parte superior del muslo, las nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al aumentar la edad. Asimismo, esa insatisfacción se correlacionaba con el sobrepeso autopercebido (es decir, real o no). Los autores concluyen que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima y a la práctica de dietas restrictivas.

Un estudio en la Universidad de Leicester, realizado por Clarke y Palmer (1983, citados en Toro Y Vilardell, 1987) en el cual mediante envíos postales administraron el Eating Attitudes Test a una población de estudiantes universitarios constituida por 156 muchachas y 120 varones. En este test, una puntuación por arriba de 30 indica actitudes ante la ingesta comparables a las mostradas por los pacientes anoréxicos. Pues buen, superaron tal puntuación el 11% de esa población femenina, mientras no lo hizo ni un solo varón; algunas de estas muchachas fueron analizadas psiquiátricamente, no apareciendo ninguna anoréxica, pero la mitad de ellas presentaron importantes trastornos del comportamiento alimentario.

Los autores Toro, Castro y García (1985, citados en Toro y Vilardell, 1987) también administraron el Eating Attitudes Test a una población de 1.030 estudiantes adolescentes de Barcelona y su cinturón metropolitano. Estableciendo el punto de corte en una puntuación de 34, se detectaron 58 sujetos como supuestamente patológicos, correspondiendo al 5.63% de la población estudiada. Este subgrupo "anoréxico" estaba compuesto por siete varones y 51 muchachas, constituyendo el 1.35% y el 9.98% de sus respectivos sexos. Los autores señalan que se refirieron a una población en riesgo y no a una población clínicamente

patológica. Los autores confirmaron que estos trastornos sólo se dan en poblaciones adolescentes así como en una proporción de 1 hombre contra 9 mujeres. Así como, pudieron comprobar también, la relación directa entre el E.A.T., peso corporal, edad y clase social.

Otro estudio similar realizado en la Universidad de Manitoba por Leichner, Arnett y Rallo (1986, citados en Toro y Vilardell, 1987) en el que administraron el E.A.T a 5,150 estudiantes de 12 a 20 años de edad. Superando el punto de corte, y por lo tanto se situaban en una zona posiblemente patológica, el 5% de los varones y el 22% de las muchachas. Ellos observaron que la población adolescente urbana tendía a puntuar por arriba de la rural y que los incrementos de puntuación se establecían entre los 12 y 13 años, manteniéndose a partir de esa edad relativamente estables.

4.10 ALGUNOS ESTUDIOS DE IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.

En la literatura se indica que la edad en investigaciones de imagen corporal es importante y necesita ser controlada. Se ha reportado que la distorsión de la imagen corporal es mayor en adolescentes que en adultos jóvenes. Los autores Halmi, Goldberg y Cunningham (1977) realizaron un estudio de la distorsión de la imagen corporal en 86 adolescentes mujeres con peso normal y edades de 10 a 19 años, encontrando una tendencia a sobreestimar la anchura del cuerpo y a subestimar la longitud corporal, así como, una asociación entre las edades más jóvenes y el grado de sobreestimación de la anchura corporal.

En otro estudio se encontraron resultados similares a través de un rango de edad de 15 a 27 años. También, otros estudios indicaron que adolescentes sobreestiman su tamaño corporal, mientras que los adultos jóvenes no lo hacen. Estos resultados han llevado a hipotetizar que la habilidad para reportar exactamente la imagen corporal involucra desarrollo perceptual y maduracional (Button, Fransella y Slade, 1977; Slade, 1985; Wingate y Christie, 1978; citados en Brodie, Bagley y Slade, 1994)

En segundo lugar, la edad ha sido relacionada con ideales de la imagen corporal. Una investigación reportó que a medida que se incrementa la edad la definición de ideal se vuelve más delgada. Esto sugiere que hay una presión creciente para la delgadez en las poblaciones relativamente más grandes. También, se ha encontrado que en la pospubescencia femenina ocurren con mayor frecuencia los desórdenes alimentarios y que la anorexia nervosa es relativamente rara en las niñas prepúberes. Se han hecho supuestos con respecto a que la preocupación con la forma y la apariencia del cuerpo se relacionan o se encuentran en función de la edad y que esta "obsesión" con el peso y tamaño del cuerpo llega a ser firmemente establecida durante la adolescencia. Está emergiendo evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9

años. En otra investigación se mostró que de las 213 niñas de 9 años de edad entrevistadas, una de cada tres deseaba ser más delgada y muchas de ellas estaban haciendo dieta. El estereotipo de que la mujer con un físico delgado es la más socialmente deseable contribuye a las presiones de delgadez entre las mujeres. Esta presión ha sido implicada en la contribución de la más alta incidencia de los desórdenes del comer en las mujeres. Se desconoce cómo y hasta qué punto los jovencitos incorporan tales presiones (Burton, 1992; Cohn, Adler, Irwin, Melstein, Kegeles y Stone, 1987; Fowler, 1989; Garner, Garfinkel, Stancer y Modofsky, 1976; Muuss, 1985; Slade y Russell, 1973; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; citados en Brodie, Bagley y Slade, 1994).

Los autores Brodie, Bagley y Slade (1994) realizaron un estudio en el que examinaron la imagen corporal percibida e ideal para establecer si el proceso de la adolescencia era un factor contribuidor. Fueron usados un espejo distorsionante y unas imágenes de siluetas para examinar la imagen en dos grupos: uno de 59 preadolescentes y el otro de 41 muchachas postadolescentes, la media de la edad del grupo prepúber fue de 9.3 años y la del grupo postpúber fue de 14.1. El criterio para la formación de estos grupos fue si ya había o no período menstrual. Los autores encontraron que la percepción de ellas mismas fue razonablemente exacta pero ambos grupos tuvieron una figura ideal significativamente más delgada, sin tomar en cuenta la etapa de la adolescencia. Las diferencias entre los dos grupos fueron no significativas usando el espejo distorsionante o las imágenes. La única diferencia que los autores encontraron fue cuando se usó una escala de satisfacción corporal, ya que las posadolescentes estuvieron significativamente menos satisfechas acerca de sus partes del cuerpo (exceptuando las de la cabeza). Los autores concluyen que los disturbios en la imagen corporal no se relacionen con la pubertad, ya que tanto las preadolescentes como las postadolescentes están igualmente interesadas en su imagen corporal, pero las prepúberes tienen aún que desarrollar tal insatisfacción crítica. Esto podría deberse, en parte, a que las perspectivas de las sociedades desarrolladas es que las mujeres deben estar delgadas para ser atractivas.

4.11 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO.

En México se han realizado pocos estudios acerca de desórdenes alimentarios, uno de estos es el de Sosa y Castanedo (1981) el cual consistió en una revisión bibliográfica e investigación de los casos reportados como anorexia nervosa en un hospital privado de la Ciudad de México. Otro estudio es el de Holtz (1992) con una muestra de 90 estudiantes de una preparatoria privada de la Ciudad de México, en la que se aplicó una traducción del Eating Disorders Inventory-2 (Garner, 1991). Los resultados de este estudio señalaron que la media del peso de las adolescentes de la muestra, se encontraba dentro de los rangos normales para estatura y edad, presentando sin embargo, un peso deseado de 3 kilogramos por debajo de éste. Entre las conductas anómalas alimentarias se encontraron porcentajes elevados de seguimiento de dietas (59%), accesos bulímicos (51.8%),

consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%), amenorrea (19.3%) y preocupación por el peso corporal (81% de los casos).

Otra investigación es la de Escobar (1993) con una muestra de 929 estudiantes mujeres de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura, su instrumento estaba formado por reactivos que exploran desórdenes del comer y prácticas relacionadas con éstos. El autor no encontró casos de anorexia o bulimia nervosas, pero si la práctica frecuente de seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas y 37% en escuelas públicas, 48% en estudiantes de nutriología y 64% en otras licenciaturas. "Una preocupación por el comer" de 45% en escuelas secundarias y preparatorias privadas y un 47% en escuelas secundarias y preparatorias públicas, así como porcentajes menores en estudiantes de nutriología 10%, y 32 en otras licenciaturas.

En una investigación Gómez Pérez-Mitré (1993 a) la cual tuvo como objetivo detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en una muestra de 197 estudiantes hombres y mujeres, alumnos de preparatoria, licenciatura y posgrado, mostrando como resultado la inexistencia del problema de obesidad (2%), un sobrepeso de 41%. También se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas bulimianoréxicos. La autora concluyó que los factores encontrados prometen mejores resultados dada la complejidad de la conducta alimentaria anómala. En otro estudio, Gómez Pérez-Mitré (1993b) investigó las distribuciones y las relaciones entre variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y variables que exploran problemas y prácticas relacionadas con el peso corporal. Los datos se obtuvieron de una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró una tendencia favorable en la percepción del propio peso y en el grado de satisfacción con la propia figura aunque posteriormente cuando se les preguntó peso deseado respondieron que querían pesar menos. Estos resultados indican una dirección opuesta a la de los reportados en investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales.

Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996) su objetivo evaluar la relación entre los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia social del modelo estético corporal y el trastorno de la imagen corporal, en una muestra de jóvenes mexicanas. De la población de 524 estudiantes de sexo femenino, un rango de edad de 15 a 25 años, provenientes de las diferentes carreras de la UNAM-Campus Iztacala, se derivó una muestra a las cuales se les detectó un trastorno alimentario (a partir de la aplicación del Eating Attitudes Test) y que fungió como grupo experimental (n=40), mientras que el grupo control (n=40) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin trastorno alimentario.

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (C.I.M.E.C.) y el Cuestionario de imagen corporal (B.S.Q.). Los resultados obtenidos reportan una correlación positiva significativa entre la presencia de un trastorno alimentario y de un trastorno de la imagen corporal, entendido éste como una acentuada insatisfacción y distorsión; incluso se

observó que los puntajes de trastorno de la imagen corporal de la población sin trastorno alimentario fueron infinitamente inferiores a los del grupo experimental. Por otra parte, los investigadores difieren de lo enunciado por algunos autores respecto a que los trastornos de la imagen corporal no son determinantes y exclusivos de aquellas poblaciones con trastorno alimentario.

4.12 ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. (Toro 1996).

Chinchilla (1994), define la anorexia nervosa como un severo y prolongado desorden alimentario que se caracteriza por una pérdida de peso autoimpuesta que luego se torna indomable, y se ve inducido por una disminución en la ingesta y exceso de actividad física. La hipótesis de la continuidad propone dos ideas centrales: a) la preocupación por el peso y b) la idea sobrevalorada de adelgazar, distribuyéndose a lo largo de un continuo en función de que esta sintomatología vaya o no acompañada de un determinado peso, de seguimiento de dietas más o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal

Las características esenciales de la anorexia nervosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, existe un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia sufren de amenorrea. El término anorexia significa literalmente pérdida del apetito. Sin embargo, las personas que padecen anorexia nervosa no pierden el apetito, sino que, aún y cuando lo experimentan, lo "ignoran" o lo reprimen sometiéndose a rigurosas dietas. Junto a este estado disfórico permanente, las preocupaciones alimentarias se hacen auténticamente obsesivas, y la alimentación y los alimentos constituyen de continuo ocasión de múltiples ritualizaciones. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación se distorsionan convirtiéndose en absurdos, irracionales y desadaptativos. Las comidas no sólo se reducen, sino que se convierten en prácticas extravagantes. Los alimentos pueden no ingerirse, pero en cambio sí pueden ser troceados, exprimidos, olisqueados, almacenados, es decir, sometidos a cualquier género de manipulación (Toro, 1996).

Respecto a las manifestaciones fisiológicas, en un primer examen físico, en el caso de la anorexia nervosa, se encuentran un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una

apariciencia seca y agrietada, en ocasiones recubiertas de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. Las extremidades, manos y pies, están fríos, probablemente por una vasoconstricción generalizada. Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo (Toro y Vilardell, 1987).

Autoimagen y autoestima acostumbran a ser sumamente negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y, por consiguiente, del comportamiento. Por regla general, la dedicación al estudio es superior a lo normal. Lo mismo ocurre cuando se practica una actividad deportiva. Las relaciones interpersonales siempre están alteradas. La conflictividad familiar, en la mayor parte de los casos secundaria a la aparición del trastorno, suele ser la norma. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la disforia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva malnutrición (Toro, 1996).

Las causas de la anorexia nervosa son múltiples, interviniendo unas u otras de modo diferencial en distintos pacientes. Las investigaciones sobre prevalencia familiar del trastorno y los estudios de concordancia gemelar ponen de manifiesto la existencia de factores genéticos causales, probablemente cubriendo funciones de predisposición (Toro y Villardell, 1987).

Según el DSM IV (APA, 1995). El criterio A, menciona que la persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado.

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

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

Criterio D: La amenorrea generalmente, es consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

SUBTIPOS DE ANOREXIA: (DSM IV, 1995).

Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayudando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren ni a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo-purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito y, utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

4.13 BULIMIA NERVOSA

Las características esenciales de la bulimia nervosa consisten en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores en periodos cortos de tiempo a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón (Toro, 1996).

La aparición de una bulimia nervosa suele ir precedida de períodos de restricción alimentaria. En muchos casos, el antecedente más próximo es una anorexia nervosa restrictiva. Alrededor del 80% de los pacientes inician su trastorno incurriendo en atracones consiguientes a la imperiosa necesidad de comer que experimentan. Tal necesidad consiste en una sensación mixta de hambre y desasosiego intensos. Una minoría comienza su bulimia mediante vómitos provocados destinados a complementar otros procedimientos para disminuir o controlar el peso. En el primer caso, los atracones dan lugar a los comportamientos compensatorios, especialmente los vómitos. En el segundo, los vómitos y la restricción alimentaria asociados van seguidos de la aparición de los atracones (Garfinkel y Garner, 1982).

Características diagnósticas de la bulimia nervosa, según el DSM IV (APA, 1995):

Criterio A: Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimento en un corto período de tiempo (por ejemplo en un período de dos horas) en cantidades superior a la que la mayoría de las

personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

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

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

Criterio C: Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces por semana durante un período de tres meses.

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

Criterio E: Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nervosa por el miedo a ganar peso y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nervosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nervosa.

SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA (DSM IV, 1995):

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

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

Los síntomas referidos por pacientes bulímicos pueden ser variados, la mayoría son secundarios a los vómitos, el uso de diuréticos y laxantes:

- Dolor de garganta, de estómago, que se presentan cuando el contenido de ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica y de las fauces.
- Debilidad o fatiga cuando existen trastornos del medio interno.
- Quienes han sufrido pérdidas de agua significativas, refieren un síncope.
- Facies abotagada (cara hinchada), cuando existe tumefacción de las glándulas salivales.
- Con posterioridad en un atracón, pueden referirse malestar o dolor abdominal, náuseas, distensión, dolor. Los síntomas dependen de la cantidad y tipo de

comida ingerida, de las alteraciones del vaciamiento gástrico y probablemente, de factores como modificaciones de las hormonas gastrointestinales.

- Diarrea o constipación; la primera por abuso de laxantes o cuando han mezclado alimentos que producen intolerancia. Constipación, en períodos de restricción alimentaria de uso exagerado y prolongado de laxantes.
- Vómitos de sangre.
- Irregularidades menstruales.
- Episodios de sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia y/o letargo que tienen lugar después de los atracones (Herscovici y Bay, 1990, p. 116-123).

4.13.1 ETIOLOGÍA.

La etiología de los trastornos de la alimentación incluye: 1) factores socioculturales; 2) factores biológicos; 3) consecuencias de las crisis adolescentes; 4) factores familiares. Sólo Quiroga (citado por Zukerfeld, 1996) hace mención al tema de incidencia de la crisis adolescente como correlato del surgimiento de la pulsión genital y sus consecuencias en el nivel de la integración con las pulsiones perciales, y los cambios económicos dinámicos y estructurales en el aparato psíquico que ello acarrea. El desenfreno pulsional y la ingobernabilidad de la propia sexualidad, sumados al déficit de las identificaciones debido al cambio psíquico y los procesos de duelo, constituyen puertas abiertas para la instalación de las patologías de la acción como los trastornos que aquí nos ocupan. En este sentido la bulimia nervosa es uno de los síntomas que suelen instalarse como pasajeros en la adolescencia femenina. Sin embargo las experiencias previas de vida determinarán en que medida tal trastorno se instala como enfermedad permanente (Zukerfeld, 1996).

4.13.2. FACTORES DE RIESGO.

Algunos factores de riesgo comúnmente aceptados se han asociado a una morbilidad psiquiátrica general fueron: la presión paterna para comer más, hacer ejercicio para perder peso, percibir estrés en el hogar y registros de ansiedad y depresión en la historia familiar (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1988).

Los factores de riesgo, no constituyen necesariamente la etiología de la enfermedad pero si son factores que aparecen asociados a ella y varían de una población a otra y de una enfermedad a otra. Estas variaciones se deben especialmente a los modos de vida, a los comportamientos frente a la salud, a los cambios en las condiciones ambientales de vida, a la demografía, entre otros (San Martín, 1984).

4.13.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Los factores socioculturales juegan un papel altamente significativo tanto en la aparición como en el mantenimiento del trastorno bulímico. Las experiencias previas y las circunstancias socioculturales son factores imprescindibles para explicar la etiopatogenia de la bulimia nervosa. Sin embargo, en comparación con la anorexia nervosa, el papel de lo estrictamente ambiental parece desempeñar en este trastorno un papel de menor entidad. Lo que es lo mismo, en la bulimia los factores biológicos parecen ser más importantes. Esta afirmación se basa en hechos como su mayor precipitación por estresores, el carácter crítico de los episodios de descontrol, la respuesta terapéutica a los antidepresivos, la frecuente mayor incidencia de episodios, etc. (Toro, 1996)

4.13.4. FACTORES PREDISONENTES

Son aquellos productores o mantenedores de la enfermedad en la comunidad. Pueden crear o favorecer la enfermedad, pueden causar directamente la enfermedad, pueden influir sobre la causa específica de la enfermedad (San Martín, 1984).

4.13.5. FACTORES PRECIPITANTES

Son aquellos que actúan como desencadenantes o precipitantes de la enfermedad. Es decir marcan el momento de su inicio (Toro 1987). Se han detectado algunos factores precipitantes como el deseo de adelgazar, dificultades psicosociales, el trauma físico importante y alguna operación puede provocar anorexia nervosa. Especialmente cuando se añade el factor de pérdida de peso moderada. (Nygaard, 1990).

4.13.6. ALIMENTACIÓN CORRECTA

De acuerdo con Zubirán y Miranda (1985), una alimentación correcta debe ser: completa, suficiente, equilibrada, higiénica, variada, adecuada a la edad, sexo, tamaño, actividad, estado de salud, recursos económicos y disponibilidad local y estacional de alimentos. Además, se debe incluir dos o tres alimentos de cada grupo alimenticio y variarlos tanto como sea posible. Los tres grupos aportan principalmente:

- a) energía (cereales, tubérculos, azúcares, y grasas),
- b) proteínas (frijoles, garbanzo, haba, alimentos de origen animal),
- c) vitaminas y minerales (todas las frutas y verduras).

4.13.7. DIETA.

Es uno de los medios para conseguir la disminución del aporte calórico es el régimen, que consiste en la elaboración de dieta basada en la reducción de un aporte calórico (Saldaña y Rossell, 1988).

El cuerpo reacciona ante las dietas como si estuviera sufriendo un hambre voraz. Cada vez que se sigue un régimen, el metabolismo se hace más lento, con el propósito de almacenar grasa, cuánto más tiempo continúe el régimen, más lentamente funcionará el metabolismo y con cada dieta se hará más difícil perder peso (Bennet y Gurin, 1982).

Para Duker y Slade (1992), la inanición voluntaria y el ejercicio excesivo son como el alcohol, en el sentido de que ejercen ciertos efectos psicotrópicos o sea, estados de conciencia alterada que pueden experimentarse como de bienestar. La inanición puede generar cierto sentido de bienestar y cerrar la conciencia a aquellos aspectos de la vida que es problemático enfrentar, al inducir un sentimiento de que se está activo y confiado. Los efectos psicotrópicos de la inanición se manifiestan más rápido de lo que se cree. Unas cuantas horas de no comer pueden producir sensaciones de euforia. La inanición, continua trastorna gradualmente la base bioquímica del funcionamiento intelectual normal.

4.13.8. AYUNAR.

La práctica del ayuno resulta peligrosa, ya que la mayoría de las muertes se producen tras períodos prolongados, obedeciendo a la deficiencia de determinados substratos (aminoácidos, vitaminas y minerales) indispensables para el correcto funcionamiento metabólico de las células (Grande 1984; citado en Saldaña y Rossell, 1988).

4.13.9. FÁRMACOS ANOREXÍGENOS

Actúan a nivel del sistema nervioso central, disminuyendo la sensación del hambre, aunque algunos de ellos provoquen también acciones periféricas a nivel de tejido adiposo. Se pueden dividir en dos grandes grupos, según su mecanismo de acción: fármacos que actúan sobre las catecolaminas y sobre el sistema serotoninérgico (Munro 1982; citado en Saldaña y Rossell, 1988).

4.13.10. ESTADOS DE ÁNIMO Y CONDUCTAS ASOCIADAS CON LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

El inicio de la bulimia frecuentemente se acompaña por el incremento de preocupación por el peso, que se manifiesta por la intención de hacer dietas o vigilar el peso. Con frecuencia los intentos de hacer dietas terminan en un fracaso,

en tales circunstancias los pacientes desarrollan rápidamente un patrón en el que alternan los períodos en que se matan de hambre y los accesos bulímicos o atracones. En otros casos la bulimia se presenta después de un período de dietas con razonable pérdida de peso (Toro, 1987).

Quienes padecen este trastorno se sienten generalmente avergonzados de su conducta e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones se realizan generalmente a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan aunque no siempre, por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más o incluso hasta sentir dolor por la plenitud (DSM IV, 1995).

Algunos autores han intentado mostrar la posible relación entre estados emocionales, estrés o ansiedad y sobreingesta. Desde hace más de 40 años Bruch (1962), propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada, y consideraba posible que el individuo obeso confundiera con frecuencia sus diversos estados de activación emocional con el hambre, y como consecuencia de este error de discriminación comiera cuando estuviera activado emocionalmente (Saldaña y Rossell, 1988).

Johnson y Larson (1982), analizaron la secuencia de los estados de ánimo que tienen lugar entre los accesos bulímicos o atracones y los episodios de purga. Los resultados señalan que las mujeres reportaron estados de ánimo negativos: irritable, débil, y más molesta que en promedio. También indicaron sentir más hambre, sentimientos de falta de control e inadecuación.

En los adultos con trastornos alimentarios, es frecuente observar que fueron niños con tendencia a ser socialmente y emocionalmente aislados. Para ellos la comida fue muy significativa desde una edad temprana. El alimento fue el sustituto de la madre cuando ella carecía de recursos emocionales. Los padres disfuncionales, con frecuencia se preocupaban por la comida, la talla y la imagen como una forma de control. Para algunos, la comida proporciona el cuidado en períodos de estrés (Johnson y Larson, 1982).

La comida anestesia el dolor acumulado a través de los años y llena el vacío que acompaña a la vergüenza. Los anoréxicos o bulímicos buscan escapar de los sentimientos de inadecuación impulsados por el deseo de lograr cuerpos perfectos matándose de hambre y purgándose (Black, 1990).

Filstead, Parrela y Ebbitt (1988) examinaron una muestra de pacientes hospitalizados con el propósito de conocer eventos o situaciones de alto riesgo asociadas al uso de drogas, alcohol y a los accesos bulímicos. Reportaron como situaciones de alto riesgo para los accesos bulímicos los estados emocionales negativos, las incitaciones o tentaciones y los conflictos interpersonales. Los episodios de bulimia preceden a estados de ánimo disforicos. Los atracones pueden

aliviar la disforia temporalmente, sin embargo posteriormente, muchos pacientes experimentan sentimientos negativos tales como depresión y autodesprecio.

Algunos pacientes han descrito un número de factores considerados como precipitantes de los episodios bulímicos que podrían clasificarse como sentimientos o eventos que se citan a continuación: tensión, comer algo (cualquier cosa o todo), estar solo, pensar en la comida, tener antojos, regresar a casa después de un período de vivir lejos, sentirse aburrido, sentirse solo, beber alcohol, salir con un miembro del sexo opuesto, comer fuera de casa, y salir a fiestas. También asociaron algunos síntomas físicos con la bulimia como hinchazón de pies y manos, abdomen lleno, fatiga, dolor de cabeza, nauseas y dolor abdominal (Abraham y Beumont, 1982).

Hay quienes dicen que la anorexia y bulimia pueden representar variantes de depresión, y esto apoya en dos hechos: 1) muchos sujetos con trastornos alimentarios tienen síntomas de depresión y 2) varios estudios han encontrado una incidencia mayor de la esperada de trastornos afectivos primario y alcoholismo entre familiares de primer grado de pacientes bulímicos y anoréxicos (Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Todd, 1983).

Sin embargo, lo anterior es un tema de controversia pues otros autores afirman, que la concurrencia de bulimia y una historia familiar de depresión no es suficiente para señalar una relación causal entre estos trastornos y sus determinantes (Cooper y Fairburn, 1983).

4.13.11. SOBREALIMENTACIÓN

Inicialmente se pensaba que la sobreingesta era una conducta aprendida, utilizada por los sujetos para reducir la ansiedad. Sin embargo, hasta el momento puede concluirse que la conducta de sobreingesta esta inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés aunque no se puede demostrar claramente que dicha conducta actúe como reductor de los estados emocionales (Saldaña y Rossell, 1988).

De acuerdo con Bruch (1973, citado por Marcelli y Braconneur, 1986), reagruparemos las distintas situaciones en las que la corpulencia y/o la absorción alimentaria sirven para resolver o disimular los problemas adaptativos internos o externos. En clínica, estas perturbaciones toman el aspecto de modificaciones ponderables estables (obesidad, anorexia mental) o fluctuaciones de preocupaciones dietéticas excesivas, ligadas en general a la apariencia corporal y conllevando costumbres alimentarias particulares.

El peso de la mayoría de los bulímicos, alrededor del 70%, se sitúa dentro de la normalidad. El 30% restante se subdivide de manera bastante equilibrada entre los que tienen sobrepeso y los que cuentan con infrapeso (Fairburn y Cooper, 1983).

4.13.12 COMPULSIÓN.

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos (DSM IV, 1995).

Los consumidores no compulsivos se alimentan cuando tienen hambre varias veces al día. La situación de los consumidores compulsivos es totalmente distinta, su problema es emplear la comida para calmar la ansiedad, utilizan la comida más como una medicina o un socorro que como un elemento nutritivo. La comida, como símbolo de consuelo es ineficaz; no es un antídoto para la ansiedad (Hirschmann y Munter, 1988).

4.13.13. ESTRÉS

La respuesta ortodoxa al estrés se describe como un mecanismo de defensa que incrementa la capacidad física y mental bajo condiciones de emergencia. Los concomitantes fisiológicos a esta respuesta son los siguientes:

- 1.- Dilatación de la pupila, que representa al mismo tiempo una señal de alarma para el enemigo y una manera eficiente de ampliar el campo visual.
- 2.- Incremento de la presión sanguínea y el ritmo cardíaca, lo que provee mejor oxigenación.
- 3.- Redistribución del torrente sanguíneo a diferentes órganos y tejidos.
- 4.- Incremento de la coagulación sanguínea para prevenir hemorragias.
- 5.- Incremento de la glucogénesis de lípidos y proteínas, resultando la hiperglicemia que prepara al organismo para un mayor gasto de energía.
- 6.- Depresión de algunos instintos, incluyendo el hambre y el sexo. La inhibición del hambre se relaciona con la hiperglicemia. La inhibición del sexo se relaciona con la descarga de epinefrina y que actúa en los tejidos genitales (Silvestrini, 1990)

Los síntomas específicos con los cuales se pueden detectar los problemas de estrés difieren de un individuo a otro. Para algunos la primera señal puede ser dolor de cabeza, estado de ánimo irritable, dolor de pecho, trastornos del sueño o sentirse cansado. Para otros padecer insomnio, desarrollar pensamientos obsesivos, o sentir náuseas, desafortunadamente el estrés puede ocasionar úlceras, o trastornos cardíacos entre otros padecimientos. Muchas personas pueden sufrir durante un largo período de estrés y presentar algunas de las molestias antes mencionadas o cualquiera de las combinaciones de los síntomas (Powel y Enright, 1987).

Existen algunos individuos o circunstancias en las cuales la respuesta al estrés produce los efectos opuestos causando otras alteraciones, por ejemplo: incrementar la ingesta de alimentos en condiciones estresantes, en lugar de quemar los azúcares endógenos. Tomando en consideración que la respuesta ortodoxa y la paradójica al estrés son distintas, entonces la patología en consecuencia debe ser diferente. Es decir si la respuesta al estrés incrementa el hambre, a largo plazo esto no conduciría a la anorexia sino a la obesidad o probablemente a la bulimia (Silvestrini, 1990).

CAPITULO V

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGIA

5.1. OBJETIVO.

El presente estudio tuvo como propósito describir la relación que existe entre el sexo de los adolescentes y su autoestima, así como la percepción de su propia imagen corporal, en estudiantes de educación secundaria pública.

5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Problema General.

¿ La autoestima y el sexo de los adolescentes se relaciona con la imagen corporal ?

Problemas Específicos.

1.- ¿Ser hombre ó mujer se relaciona diferencialmente con la propia imagen corporal (Satisfacción/Insatisfacción) ?.

2.- ¿ Ser hombre ó mujer se relaciona diferencialmente con la autoestima?.

3.- ¿ El grado de autoestima influye en la percepción la propia imagen corporal (Satisfacción/Insatisfacción) ?.

5.3. HIPOTESIS DE TRABAJO.

1.- Existen diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción de los hombres adolescentes comparada con la de las mujeres adolescentes.

2.- Existen diferencias significativas en la variable autoestima de los hombres adolescentes comparada con la de las mujeres adolescentes.

3.- Existen diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción entre los adolescentes con autoestima baja y alta.

5.4 DEFINICION DE VARIABLES.

5.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición Conceptual.

SEXO: Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide en los que producen óvulos (mujeres) y los que producen esperma (hombres). Referente a la función reproductora (Warren, 1987).

Definición Operacional.

SEXO: Operacionalmente se define como la respuesta que los adolescentes darán y que los distinguirse como hombre ó mujer.

Definición Conceptual.

AUTOESTIMA: Es la satisfacción personal que tiene el individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y la actitud evaluativa de aprobación que él siente hacia sí mismo (Pope, McHale y Craighead, 1988).

Definición Operacional.

AUTOESTIMA: Esta variable se midió a través de la aplicación de la prueba de Autoestima, realizado por Pope, McHale y Craighead (1988, validado en México por Caso-Niebla, 1999).

5.4.2. VARIABLES DEPENDIENTES.

Definición Conceptual.

IMAGEN CORPORAL: Es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y la imagen del cuerpo. Es casi siempre una representación social evaluativa (Bruchon - Schweitzer, 1992).

SATISFACCION / INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL: Constituye la dimensión evaluativa predominante percibida de un cuerpo globalmente amado ó no, globalmente conforme ó no con las normas, ideas, y del que se obtiene más ó menos placer ó sufrimiento (Bruchon- Schweitzer,1992).

Definición Operacional.

IMAGEN CORPORAL. Es la diferencia que puede encontrarse entre la elección de la figura ideal y la figura actual.

Elección de Figura actual - Elección de figura ideal = 0 satisfacción.

Elección de Figura actual - Elección de figura ideal = Diferencia positiva insatisfacción (porque se quiere estar más delgado).

Elección de Figura actual - Elección de figura ideal = Diferencia negativa insatisfacción (porque se quiere estar más robusto ó grueso). A mayor diferencia mayor insatisfacción. (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

Figura actual: Es la elección que el sujeto hace de una silueta cuando se le pide que escoja aquella que más se le parezca.

Figura ideal: Es la elección que el sujeto hace de una silueta cuando se le pide que escoja aquella que más le gustaría tener. (Gómez Pérez - Mitré, 1997).

5.5 METODO.

5.5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es de carácter confirmatorio, transversal y de campo , con un diseño factorial de 2x2 con observaciones independiente.

5.5.2.MUESTRA.

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional que se extrajo de una población formada por estudiantes adolescentes hombres y mujeres que estaban cursando la Educación secundaria en escuela pública del D.F.

El tamaño de la muestra total fue de N= 118 adolescentes hombres y mujeres de 13 a 15 años que se encontraban estudiando el 3º. Año de secundaria, de los cuales n1= 52% hombres y n2 =48 % mujeres.

5.5.3. CONTROL DE VARIABLES.

Se controló la edad (rango de edad entre los 13 y 15 años), y que no tuvieran algún defecto físico visible.

5.5.4. INSTRUMENTOS Y APARATOS.

Se aplicó un instrumento llamado " Estudio sobre alimentación y Salud " (Gómez Pérez- Mitré, 1993, 1993b, 1995 y 1997), en sus dos versiones para hombres XY y mujeres XX. Este instrumento exploró las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica: El cual consta de 13 reactivos de la sección A y que indagan en torno al ingreso familiar, edad, sexo, etc.
- 2) Figura Actual : Se aplicó la sección C formada por una escala visual que contiene 9 siluetas ordenadas al azar que constituyen un continuo de peso corporal que va desde una silueta delgada (puntaje 1) hasta una muy gruesa (puntaje 9) que es aquella en la cual el adolescente se identificó la figura que más se parecía a su cuerpo.
- 3) Figura Ideal: Se aplicó la sección G que contiene 9 figuras ordenadas al azar en las que se preguntó que figura le gustaría tener al adolescente.

5.5.5. PRUEBA DE AUTOESTIMA.

La autoestima se midió con el " Test de Autoestima de Pope, McHale y Craighead (1988) " validada por Caso, 1999, compuesta por 21 reactivos con 5 opciones de respuesta que van de NUNCA a SIEMPRE. Agrupadas en los factores Evaluación positiva (8 reactivos) Percepción de competencia (7 reactivos) y Evaluación negativa (6 reactivos)

Los reactivos se calificaron de acuerdo con cada escala, al obtener un puntaje alto significa que se posee una autoestima alta, mientras que si se obtiene una puntuación baja indica que el adolescente tiene una autoestima baja. El valor que se le dió a cada opción de respuesta depende del reactivo, siendo este positivo ó negativo.

Los reactivos positivos se calificaron de la siguiente manera:

Siempre = 4
 Usualmente = 3
 La mitad de las veces = 2
 Rara vez = 1
 Nunca = 0

Los reactivos negativos se calificaron:

Siempre = 0
 Usualmente = 1
 La mitad de las veces = 2
 Rara vez = 3
 Nunca = 4

Se utilizó una báscula pesa personas marca Excel con capacidad de 300 kg. Con una precisión de 100 grs.

Se utilizó un estadiómetro de madera para medir la estatura de los adolescentes.

5.5.6. PROCEDIMIENTO.

Se solicitó el permiso al Director de la Escuela Secundaria, teniendo la aprobación del mismo, se solicitó la participación voluntaria de los alumnos dentro de los salones de clase. Se señaló que los datos que se les pedían eran totalmente confidenciales y que se requerían para realizar una investigación en la Facultad de Psicología de la UNAM. Se les dio las siguientes indicaciones.

“ 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 al mantenimiento mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad. El logro de nuestros propósitos dependen de ti, de tu sentido de cooperación, que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como veras no pedimos tu nombre y la información que nos des, es confidencial y anónima”.

De esta aplicación se tomó una muestra de selección sistemática al azar del 20% para tomar medidas antropométricas (peso y talla).

CAPITULO VI

RESULTADOS

El presente estudio tuvo como finalidad describir la relación que existe entre las variables sexo de los adolescentes, autoestima y satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal. Para tal efecto se procedió a la realización del análisis estadístico de los datos a través del programa SPSS versión 8.0, a continuación se describen los resultados.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra total estuvo formada por N= 118 adolescentes de educación secundaria de escuelas públicas. La muestra total se dividió en 4 grupos, los cuales quedaron formados de la siguiente manera: el grupo 1 formado por hombres con autoestima baja con una n=61; el grupo 2 formado por hombres con autoestima alta con una n=38; el grupo 3 formado por mujeres con autoestima baja con una n=22 y por último el grupo 4 formado por mujeres con autoestima alta con una n=35. (Ver tabla 1).

En la siguiente tabla se puede observar que la media de edad de los 4 grupos fue de 14 años, con una desviación igual a .35. (Ver tabla 2).

. Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y autoestima

AUTOESTIMA	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
BAJA	38%	39%	38%
ALTA	62%	61%	62%
TOTAL	100%	100%	100%

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de la variable edad por grupo.

SEXO	MEDIA	DESVIACION STD.
MASCULINO AUTOESTIMA BAJA	14.39	.5830
MASCULINO AUTOESIMA ALTA	14.21	.4741
FEMENINO AUTOESTIMA BAJA	14.22	.4289
FEMENINO AUTOESTIMA ALTA	14.14	.3550
TOTAL	14.22	.4606

En relación con el ingreso familiar se observó que los 4 grupos tenían un ingreso familiar muy similar: con los porcentajes más altos en las dos primeras categorías (de menos de 2 mil hasta 4 mil pesos).

Mientras que difieren en las categorías de 4 mil a 8 mil pesos en las que hay más mujeres y hombres de autoestima alta que de autoestima baja. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable ingreso mensual familiar (INGMFAM) por grupo

	INGMFAM	SEXO	
		Masculino	Femenino
Autoestima baja	2,000 o menos	44%	50%
	2,001 a 4,000	21%	32%
	4,001 a 6,000	4%	9%
	6,001 a 8,000	9%	4%
	8,001 a 10,000	9%	
	10,000 o más	13%	5 %
Autoestima alta	2,000 o menos	29%	40%
	2,001 a 4,000	32%	23%
	4,001 a 6,000	21%	11%
	6,001 a 8,000	11%	15%
	8,001 a 10,000	5%	11%
	10,000 o más	2%	

6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

6.2.1. MADURACIÓN SEXUAL.

Con respecto a la relación que existe entre la autoestima y la edad en que presentaron su primera emisión nocturna y su menarca se observó que tanto para los hombres como para las mujeres e independientemente del nivel de autoestima presentaron su primera emisión nocturna y menarca respectivamente dentro del rango de 9 a 14 años, encontrándose los porcentajes más altos de 12 a 14 años. Grupo 1 (61%) y Grupo 2 (73%).

Llama la atención que el total de las mujeres cayó en el rango de 9 a 14 años, mientras que entre los hombres se encontraron porcentajes pequeños fuera de dicho rango. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de las variables de madurez sexual por grupo.

	Edad de primera Emisión y edad de la menarca.	SEXO	
		Masculino	Femenino
Autoestima baja	Menos de 9 años	4%	
	De 9 a 11 años	26%	27%
	De 12 a 14 años	61%	73%
	De 15 a 17 años	9%	
Autoestima alta	Menos de 9 años	8%	
	De 9 a 11 años	29%	29%
	De 12 a 14 años	63%	71%

6.2.2. ELECCIÓN DE FIGURA ACTUAL.

Con autoestima alta hay porcentajes más altos de delgadez encontrándose hasta un 15% de emaciación en las mujeres; hay menores porcentajes de peso normal y de sobrepeso y cero obesidad en comparación con los grupos de autoestima baja.

En el 9% de hombres con autoestima baja se percibe con sobrepeso en comparación con los hombres con autoestima alta los cuales sólo un 3% se perciben con sobrepeso.

En el grupo de mujeres con autoestima baja sólo un 9% eligió como figura actual una silueta con emaciación, contra un 15% del grupo de mujeres con autoestima alta.

El 50% de mujeres con autoestima baja se percibieron delgadas contra un 62% del otro grupo; es decir que en el grupo de mujeres con autoestima alta se encontraron porcentajes mayores de mujeres que se perciben delgadas en comparación con el otro grupo.

Ahora bien, más mujeres con autoestima baja (32%) se perciben con peso normal, en comparación con el grupo de mujeres con autoestima alta las cuales sólo un 17% se perciben con peso normal. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Porcentajes de la variable elección de figura actual por grupos.

		SEXO	
Figura actual		Masculino	Femenino
Autoestima baja	Emaciación	4%	9%
	Delgadez	52%	50%
	Peso normal	30%	32%
	Sobrepeso	9%	9%
	Obesidad	5%	
Autoestima alta	Emaciación	3%	15%
	Delgadez	76%	62%
	Peso normal	18%	17%
	Sobrepeso	3%	6%

6.2.3. ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL.

En relación con las variables autoestima y elección de la figura ideal se encontró que:

Independientemente del nivel de autoestima las mujeres con porcentajes más altos como del 90% desean una figura ideal delgada y anorexica. Mientras que los hombres también independientemente del nivel de autoestima desean una figura ideal delgada y normopeso. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Porcentajes de la variable elección de figura ideal por grupos.

Autoestima	Figura ideal	SEXO	
		Masculino	Femenino
Autoestima baja	Emaciación		18%
	Delgados	96%	73%
	Peso normal	4%	5%
	Sobrepeso		4%
Autoestima alta	Emaciación	3%	31%
	Delgados	76%	63%
	Peso normal	18%	3%
	Sobrepeso	3%	3%

6.2.4 SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

Más hombres con autoestima alta (42%) que hombres con autoestima baja (22%) presentaron insatisfacción negativa; es decir que deseaban ser más robustos, este hecho se observa en las medias de ambos grupos $X_{AB} = .61$ y $X_{AA} = -11$

Tabla 7. Porcentajes de las variables autoestima y satisfacción-insatisfacción por grupos.

	Autoestima baja		Autoestima alta	
	H	M	H	M
Insatisfacción (-)	22%	19%	42%	26%
Satisfacción (0)	26%	27%	32%	23%
Insatisfacción (+)	52%	54%	26%	51%
X	.61	.77	-.11	.51
S	1.59	1.54	1.26	1.54

6.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS.

TABLA 8. Resultados de ANOVA, Satisfacción / Insatisfacción por sexo y autoestima.

FUENTE	SUMA DE CUADRADOS	G.L	MEDIA CUADRADA	F	SIG DE F
EFFECTOS PRINCIPALES	11.172	2	5.586	2.568	.081
AUTOESTIMA	6.142	1	6.142	2.824	.096
SEXO	5.029	1	5.029	2.312	.131
Interacción de Doble entrada	1.129	1	1.129	.519	.473
AUTOESTIMA POR SEXO	1.129	1	1.129	.519	.473
EXPLICADA	12.300	3	4.100	1.885	.136
RESIDUAL	247.979	114	2.175		
TOTAL	260.280	117	2.225		

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo planteadas en el capítulo de metodología, se aplicó ANOVA y Prueba t de Student a las variables independientes. Como se observa en la tabla 8 no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en ninguno de los efectos principales Sexo ($F(1,114) = 2.312, p = .131$) y autoestima ($F(1,114) = 2.824, p = .096$).

Por lo tanto no se confirman las hipótesis de trabajo 1 que dice "Existen diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción de los hombres adolescentes comparada con la de las mujeres adolescentes" y la hipótesis 3 "Existen diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción entre los adolescentes con autoestima baja y alta"

Tabla 9. Resultados de la Prueba t autoestima por sexo.

	PRUEBA T		
	T	GL	SIG.
AUTOESTIMA	.556	116	.579

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se acepta

$H_1 = X_1 \neq X_2 \neq 0$, No se confirma la hipótesis de trabajo 2.

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la variable autoestima teniendo como variable independiente el sexo ($t(116) = .556, p = .579$) (Ver tabla 9).

Por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo 2 que dice " Existen diferencias significativas en la variable autoestima de los hombres adolescentes comparada con la de las mujeres adolescentes".

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación que existe entre el sexo de los adolescentes y su autoestima, así como la percepción de su propia imagen corporal en estudiantes de educación secundaria pública. La muestra se formó con cuatro grupos: hombres con autoestima alta y autoestima baja y mujeres con autoestima alta y autoestima baja.

En lo que se refiere a la variable maduración sexual se pudo observar que más de la mitad de los hombres tuvieron su primera emisión nocturna entre los 12 y 14 años, mientras tres cuartas partes de mujeres presentaron su menarca ente los 12 y 14 años. Tanto la mayoría de mujeres como hombres presentaron su madurez sexual a la edad esperada, es decir que tanto hombres como mujeres presentaron su madurez sexual entre los 12 y 14 años (Craig, 1997, Papalia, 1992).

En relación con la elección de figura actual se observó que independientemente del nivel de autoestima y sexo, ambos grupos eligieron una silueta por abajo del peso normal (60%). Por otro lado en la elección de la figura ideal se observó que tanto hombres como mujeres con autoestima baja y alta deseaban en su mayoría (77%) tener una figura delgada.

En cuanto a la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal se observó en los resultados que los hombres presentaron insatisfacción negativa con su imagen corporal, mientras que las mujeres presentaron insatisfacción positiva con su imagen corporal; es decir deseaban ser muy delgadas. Esto se relaciona con resultados de investigaciones previas Gómez Pérez-Mitré, 1998; encontró que en los hombres, la insatisfacción se debía a que deseaban ser más gruesos (insatisfacción negativa). Por otra parte las mujeres deseaban tener una figura delgada (insatisfacción positiva) debido a la importancia que se da a la figura corporal en nuestra cultura, donde existe presión social hacia la esbeltez, en tanto a través de los medios de comunicación social se vende la idea de quien tenga un cuerpo esbelto podrá tener éxito con el sexo opuesto, con lo amigos, pareja, en el trabajo, etc. (Gómez Pérez Mitré, Granados, Jáuregui, Tafuya y Unikel, 1998).

La insatisfacción con la propia imagen corporal puede verse como inadaptación social en general y como un factor de riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación, como la ingesta compulsiva, así como

conductas compensatorias como el vómito autoinducido (Cash y Deagle, 1995; Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; Polivy y Herman, 1985, citado en Gómez Pérez Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 1998).

Referente a la autoestima no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las áreas: académica, familiar, física, global y social, lo que nos lleva a señalar que en nuestra muestra de estudio no se encontró relación entre el nivel de autoestima y la percepción de la propia imagen corporal. No comprobándose por lo tanto la hipótesis de trabajo que así lo planteaba. Sin embargo en otras investigaciones se ha observado que las mujeres que están insatisfechas con su imagen corporal, obtienen puntajes bajos en las pruebas de autoestima, en comparación con mujeres satisfechas con su imagen corporal. (Fabián y Thompson, 1989; Martín; 1988, citado en Abell, 1996; Joiner; 1996; Sumán, 1997).

Se requiere por lo tanto más investigación para determinar la existencia o no de dicha relación.

SUGERENCIAS

Es preciso señalar que aún se requiere realizar más investigaciones en donde se pueda comparar la autoestima de los adolescentes de escuelas públicas y privadas. Se considera necesario que en otra investigación se tome la muestra al azar para poder generalizar los resultados.

Es importante recomendar la elaboración de programas preventivos con el fin de evitar que los y las adolescentes adquieran hábitos alimentarios inadecuados que pongan en riesgo su salud.

REFERENCIAS

- Abell, S., & Richards, M. (1996). The relations between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. Jornal of Youth and adolescence, 25, (5), 691-703).
- Abraham, S. F., & Beumont, P.J.V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. Psychological Medicine, 12, 625-635.
- Adler, A. (1975). Conocimiento del hombre. Madrid: Espasa-Calpe.
- Agras, W., S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. New York: Pergamon-Press
- Agras, W.S. y Kirkley, B.G. (1986). Bulimia: Theories of etiology. En K.D. Brownell y J.P. Foreut (Eds.) Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia, and bulimia (pp 365-378). Nueva York: Basic Books.
- Aguilar, C. I., & Rodriguez, C., A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.
- Alvarez, G. L., Román, M., Manríquez, E. y Mancilla, J.M. (1996). Imagen Corporal y Trastornos Alimentarios: en una muestra de universitarias mexicanas. La Psicología Social en México: AMEPSO, 6, 536-541.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III. Masson: España.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV. Masson: España.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV. Masson: España.
- Bennett, W. & Gurin, J. (1982). The dieter's dile mma. New York: Basic Books.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill.
- Black, C. (1990). Double duty. Valantine Books: New York: American Psychiatric Press.
- Bliss, E.L. y Branch, C.H. (1960). Anorexia Nervosa. Nueva York: Hoeber.

- Bohmstedt, K., & Walster, J., P. (1973). Perception of Body Shapes by Anorexics and Mature and Teenage Females. Journal of Clinical Psychology. 53, 167-175.
- Braguinsky, S. (1987). Obesidad, patogenicia clínica y tratamiento. Promedicina: México.
- Branden, N. (1983). El poder de la autoestima, México: Paidós.
- Branden, N. (1987). Como mejorar su autoestima, México: Paidós.
- Brodie, D., A. Bagley, K. & Slade, P., H. (1994). Body image perception in pre and postadolescent females. Journal of Perceptual and Motor Skills. 78, 147-154
- Brooks, F. D. (1959). Psicología de la adolescencia, Buenos Aires: Kapeluz.
- Brownell, K., D. (1991). DiETING and the research for the perfect body: where physiology and culture collide. Behavior Therapy 22: 1-12
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine. 24 (2), 187-194.
- Bruchon-Schweitzar, M. (1992). Psicología del cuerpo, Madrid: Herder.
- Buchan, T. y Gregory, L.D. (1984). Anorexia nervosa in a black Zimbabwean. British Journal of Psychiatry. 245, 326-330.
- Carretero, M., León, C. (1990). Psicología Evolutiva. Adolescencia, Madurez y Senectud III, Madrid: Alianza.
- Caso, N.,J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.
- Chinchilla, M., A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Margan
- Cooper, P. J. & Fairburn, C. G. (1983). Binge eating and self induced vomiting in the community: a preliminary study. British Journal of Psychiatry, 142, 139-144.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Guilford Press.
- Craig, G. (1988). Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Crisp, A. H., Palmer, R.L. y Kalucy, R.S (1976). How common is anorexia nervosa?. A prevalence study. British Journal of Psychiatry. 218, 549-554.

- Cueli, JI (1990). Teorías de la personalidad. México: Trillas.
- Davies, E., & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology. 59, 279-287.
- Delval, J. (1995). El desarrollo humano. México: Siglo XX.
- Dicaprio, N. S. (1986). Teorías de la personalidad. México: Interamericana.
- Dolan, B.J. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. International Journal of Eating Disorders. 10, 67-78.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México: Paidós.
- Dondis, D., A. (1990). La sintaxis de la imagen. Barcelona: Gustavo Gil.
- Duker, M. & Slade, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado. Limusa: México.
- Dwyer, J.T., Feldman, J.J., Seltzer, C.C. y Mayer, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearance. American Journal of Clinical Nutrition. 20, 1045-1056.
- Escobar, G.M.I. (1993). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de licenciatura inédita. México: Universidad Iberoamericana.
- Estrada, R. D., Zuñiga, F., T. (1997). Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autopercepción de esta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P.J. (1983). The clinical features of bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 144; 238-246.
- Filstead, W. J., Parrella, P.D., & Ebbitt, J. (1988). High-Risk situations for engaging in substance abuse and binge eating behaviors. Journal of Studies on Alcohol, 49, (2), 136-149.
- Fitts, W.H. (1965). Tennessee self concept scale manual. Los Angeles California: Western Psychological services (WPS).
- Franks, V. (1986). Sex stereotyping and diagnosis of psychopathology. Women and therapy. 5, 219-232.
- Fromm, E. (1962). El miedo a la libertad. Buenos Aires: Paidós.

- Garfinkel, P. E. y Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Nueva York: Brunner/Maze.
- Garner, D.M. (1991). Eating disorder inventory-2. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M. y Gaarfinkel, P.E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine 10, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. Psychological Reports 47, 483-491.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10, (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 b). 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 a). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12, (2) 185-198.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1998). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo o ser atractivo". Psicología y Ciencias Sociales, 2, (1), 27-33.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Avila Angulo, E. (1997). Como medir factores de riesgo asociados con imagen corporal: Insatisfacción / distorsión. Libro de resúmenes del V Congreso de Metodología de las ciencias de la Conducta Humana y Sociales. España.
- Gómez Pérez-Mitré, G; Granados, A; Jáuregui, J; Tafoya, S. y Unikel, C. (1998). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. Revista de Psicología Contemporánea, 7, (1), 4 - 14.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo Molina, T. & 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 Pérez-Mitré (compil.) Psicología Social: Investigación y aplicaciones en México (pp. 267-306). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gordon, R.A. (1990). Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic. Cambridge: Basil Blackwell.
- Grinberg, L. (1991). Identidad y cambio. Buenos Aires: Paidós.
- Grinder, R. (1987). Adolescencia. México: Limusa.

- Halmi, K.A., Goldberg, S. C. y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence. Psychological Medicine. 7, 253-267.
- Hamachek, R. (1981). Encuentros con el yo. México: Interamericana.
- Heinberg, L. J., & Thompson, J., K. (1992). Social comparison: Gender, target importance ratings, and relation to body image disturbance. Journal of Social Behavior and Personality. 7, 335-344.
- Helen, L. B. & Mitchell, S. K. (1987). El desarrollo de la persona. México: Harla.
- Hercovici, C. R. & Bay, L. (1990). Anorexia y Bulimia amenazas a la autonomía. Paidós: México.
- Hirschmann, J. R. y Munter, C. H. (1988). Overcoming overeating. Living free in a world of food. Nueva York: Addison Wesley Publishing.
- Holden, N.L. y Robinson, P.H. (1988). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in British Blacks. British Journal of Psychiatry. 152, 544-549.
- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis Licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la Anorexia Nerviosa, Psicología Iberoamericana. 3, (2), 5-13.
- Horney, K. (1974). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires: Paidós.
- Horrocks, J. E. (1984). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hsu, I. (1982). Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa? The journal of nervous and mental disease. 17, 305-307.
- Hudson, J.L., Pope, H. G., Jonas, J.M. & Yurgelun-Todd, D. (1983). The family history of anorexia nervosa and bulimia. British Journal of Psychiatry. 142, 133-138.
- Hurlock, E., B. (1973). Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
- Johnson, C. & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. Psychosomatic Medicine. 44 (4), 341-351.
- Johnson - Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes. In London School girls a prospective epidemiological

- study: factors associatec with abnormal response on screening questionnaires. Psychological Medicine. 18, 615-622.
- Joiner, G; Kashubeck, S. (1996). Acculturación body image, self- esteem and eating-disorder. Syntomatology in adolescents mexican american women.
- Jung, C. G. (1984). Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, L. (1986). Adolescencia: El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós.
- Katchadourian, D. (1981). Las bases de la sexualidad humana. México: CECSA.
- Kelson, T., Kearney- Cooke, A. & Lansky, L. (1990). Body image and body-beautiful among female college students. Perceptual and Motor Skills. 71, 282-289.
- Kesselman, S. (1989). El pensamiento corporal. Argentina: Paidós.
- Kretschmer, E. (1967). Constitución y carácter. Barcelona: Labor.
- Lidz, R. L. (1969). El adolescente y su familia. Buenos Aires: Paidós.
- Lindgen, H. (1972). Introducción a la psicología social. México: Trillas.
- Lindenfield, G. (1996). Autoestima. Barcelona: Plaza y Janes.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.
- Malacara, J. M. (1980). Fundamentos de endocrinología. México: Prensa Médica.
- Marcelli, D. y Braconnier, A (1986). Manual de psicopatología del adolescente. Barcelona: Masson.
- Maslow, A. (1988). El hombre autorrealizado. España: Kairós.
- Masters. W. & Johnson, V. (1987). La sexualidad humana Vol. I y II. Barcelona: Grijalvo.
- Mckinney, P. (1977). Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: Manual Moderno.
- Mendoza, M. S. (1997). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: Alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria, Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Inédita. Facultad de Psicología. UNAM
- Mruk, C. (1999). Autoestima: Investigación teórica y práctica. España: Desclee de Brouwer.

- Newcomb, T. M. (1950). Manual de psicología social. Buenos Aires: EUDEBA.
- Nygaard, J. A. (1990). Anorexia nervosa. Treatment and triggering factors. Acta Psychiatrica Scandinavica, 361, (82), 44-49.
- Papalia, D. E. (1992). Desarrollo humano. México: Mcgraw Hill.
- Papalia, D. E. (1995). Desarrollo humano. México: Mcgraw Hill.
- Pérez, L., R.E. y Platas, A., R.S. (1998). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna, Tesis de la Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Piaget, J. (1984). Seis estudios de psicología. Barcelona: Ariel.
- Pick de Weiss, S. (1997). Yo adolescente. México: Ariel.
- Ponce de León, C., Montejo, M.L., Berenger, J.C., Ruiz, M.V. y Scigliano, R. (1995). Psicopatología nuclear de la Anorexia Nerviosa. El debate diagnóstico I. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines. 23 (1), 29-33.
- Pope, A. W., MacHale, S.M., y Craighead, W.,E. (1988). Self-esteem enhancement with children and adolescents. New York: Allyn and Bacon.
- Powell, M. (1981). Psicología de la adolescencia. México: Fondo de cultura económica.
- Powell, T.J. & Enright, S. J. (1987). Anxiety and stress management. Biddles Ltd. Guilford and kings lynn. Great. Britain.
- Prince, R. (1983). Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? Transcultural Psychiatric Research Review. 20, (4), 299-300.
- Pumariega, A. J., Edwards, P. y Mitchell, C. B. (1984). Anorexia nervosa in black adolescents. Journal of American Academy of Child Psychiatry 23, 11-114.
- Rauste-von Wright, M. (1989). Body image satisfaction adolescent girls and boys: A longitudinal study. Journal of youth and Adolescence, 18, 71-83.
- Robinson, P. y Andersen, A. (1984). Anorexia nervosa in American blacks. Int. Conf. on Anorexia nervosa and Related Disorders. Swansea.
- Rocheblave, A. M. (1978). El adolescente y su mundo. Barcelona: Herder.
- Rocheblave, A. M. (1985). El adolescente y su mundo. Barcelona: Herder.

- Rodriguez-Tomé, H., Bariaud, F., Cohen Zardi, M.F., Delmas, C, Jeanvoine, B. & Szylagyi, P. (1993). The effects of puberal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. Journal of Adolescence. 16, 421-438.
- Rogers, E. M. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
- Rolf, E. M. (1984). Teorías de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Rolf, E. M. (1989). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med. 9, 429-448.
- Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. Y Rossell, R. (1988). Obesidad. Ediciones Martínez Roca: Barcelona, España.
- Satir, V. (1981). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax.
- San Martín, H. (1984). Salud y enfermedad. (4ª. ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós.
- Schonfeld, W. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. Buenos Aires: Paidós.
- Schulndt, D.,G. & Bell, C. (1993). Body image testing system: a microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 15, (3), 267-285.
- Schwartz, D. M., Johnson, C.,L. (1982). Anorexia nerviosa and bulimia: The sociocultural contex. International Journal of eating disorders. 1, 20-30.
- Sheldon, W., H. (1972). Las variedades del temperamento. Psicología de las diferencias constitucionales. Buenos Aires: Paidós.
- Sherif, M. Y Sherif, C. (1969). Psicología social. México: Harla.
- Shisslak, C. M., & Crago, M. (1987). Primary prevencion of eating disorders. Jornal of Consulting and Clinical Psychology. 55, (5), 660-667.

Silvestrini, B. (1990). The paradoxical stress response: a possible common basis for depression and other conditions. Journal of clinical psychiatry, 51, (9), 6-8.

Slade, M. (1985). Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado. México: Limusa.

Sosa, A.L. y Castanedo, L. A. (1981). Anorexia nervosa, revisión bibliográfica e investigación realizada en un hospital general privado. Tesis de la especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. México: UNAM.

Striegel, M. L; McAvay, R. & Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. International Journal of Eating Disorders, 5, 935-947.

Stunkard, A. J., Sorensen, T. y Schulsinger, F. (1984). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. The genetics of neurological and psychiatric disorders . Preadolescent dieting: Implication for eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 87-99.

Sullivan, H. S. (1953). Conceptions of modern psychiatry. New York: Norton.
Tayler, L. (1965). Psicología de las diferencias humanas. Madrid: Marova.

Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiatric Scandinavian (Supl.) 214, 1-194.

Thomas, J.P. y Szmukler, G. I. (1985). Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. British Journal of Psychiatry, 146, 653-656.

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

Thompson, J. K. (1996). Body image, eating disorders and obesity. Washington: American Psychological Association.

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

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Usmiani, S; 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. y Casillas, A. (1993). Soy importante. México: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.

Warren, H., C. (1987). Diccionario de Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Warren, B., Stanton, A. y Bleissing, D. (1990). Disordered eating patterns in female athletes. International Journal of Eating Disorders. 9, (5), 565-569.

Willcox, M., & Sattler, D. (1996). The relationship between eating disorders an depression. Journal of Social Psychology. 136, (2), 269-271.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A., J. y Gleaves, D., H. (1989). Development of simple procedure for assesing body image disturbances. Behavioral Assesment. 11, 433-440.

Zubiran, S. y Miranda, P. F. (1985). Fundamentos de una dieta equilibrada. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran. México. Mimcografiado.

Zukerfeld, R. (1996). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD (XY)

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 COOPERACION: 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 ANONIMA.

GRACIAS.

SECCIÓN A

Instrucciones Generales:

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta sólo una respuesta claramente. Utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1.- ¿Qué estás estudiando?

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

2.- ¿Trabajas?

- A) Si
- B) No

3.- Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano (s)
- D) ~~Esp~~osa o pareja
- E) Solo
- F) Amigo (a)

4.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5.- Edad de tu primera emisión nocturna

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

6.-¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

7.- ¿Tienes hijos?

- A) Si
- B) No

8.- 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

9.- ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

10.- Años de estudio de tu padre:

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

11.- Años de estudio de tu madre:

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

12.- ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

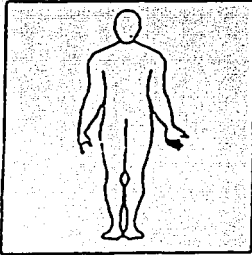
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13.- ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

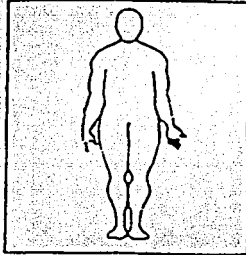
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

10- SECCIÓN C

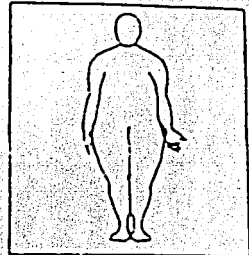
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



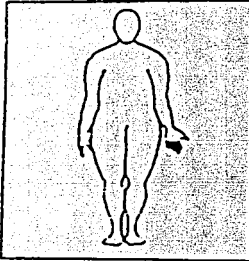
(A)



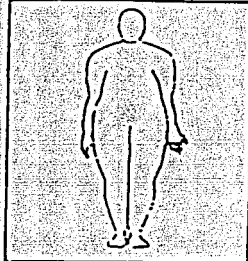
(B)



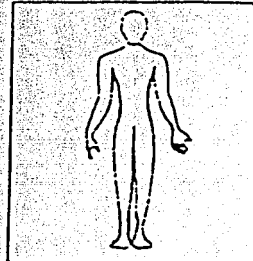
(C)



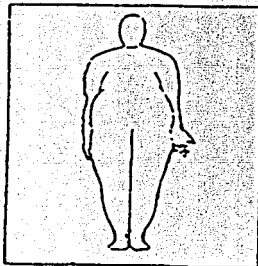
(D)



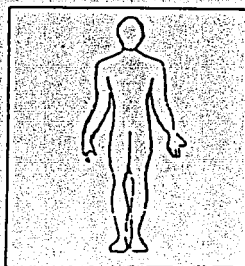
(E)



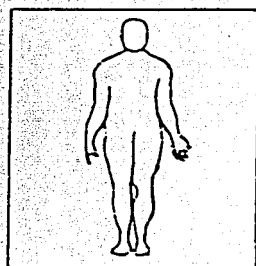
(F)



(G)



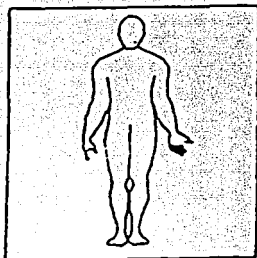
(H)



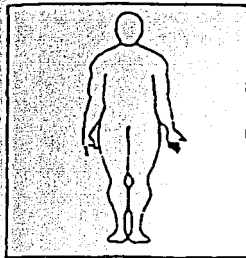
(I)

10- SECCIÓN C

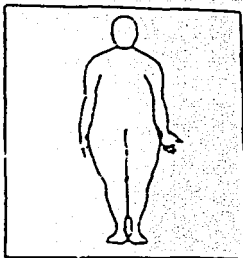
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



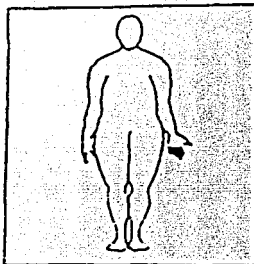
(A)



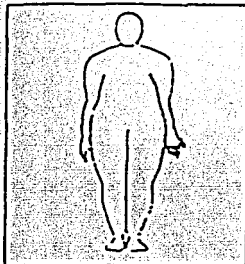
(B)



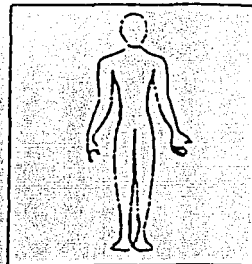
(C)



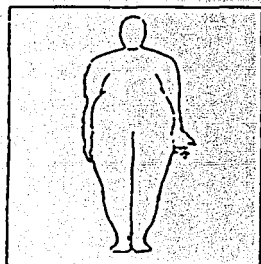
(D)



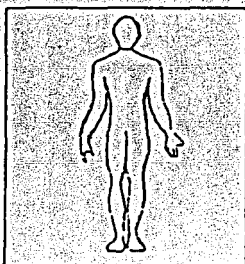
(E)



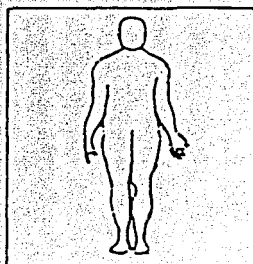
(F)



(G)

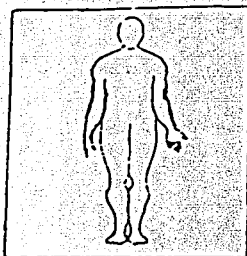


(H)

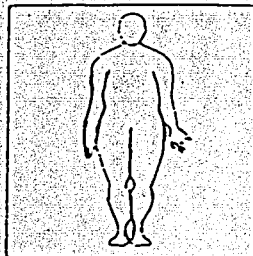


(I)

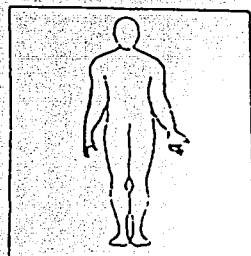
I. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



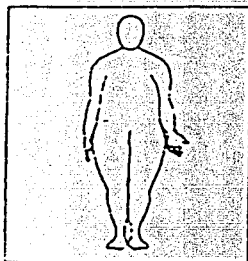
(A)



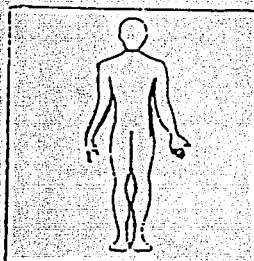
(B)



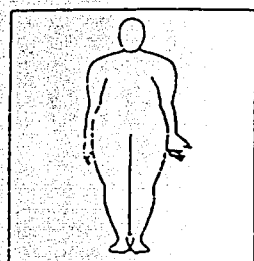
(C)



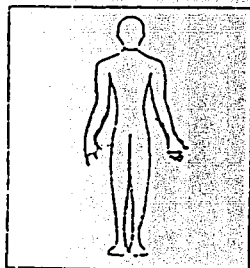
(D)



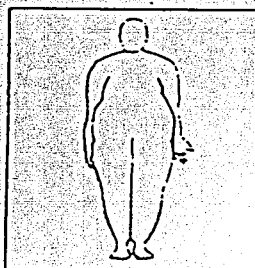
(E)



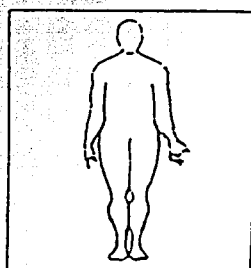
(F)



(G)



(H)



(I)

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION 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 COOPERACION: 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.

SECCION A

Instrucciones Generales:

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta sólo una respuesta claramente. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario. Utiliza lápiz.

1.- ¿Qué estás estudiando?

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

2.- ¿Trabajas?

- A) Si
- 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 8
- B) Si. Pasar a la siguiente pregunta

7.- ¿Tienes hijos?

- A) Si
- B) No

8.- 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

9.- ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

10.- Años de estudio de tu padre:

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

11.- Años de estudio de tu madre

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

12.- ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

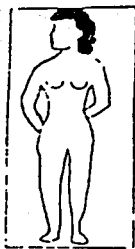
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13.- ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

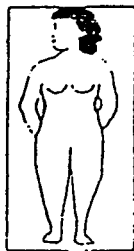
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

10 - SECCIÓN C

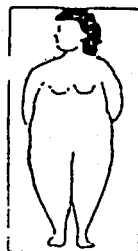
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



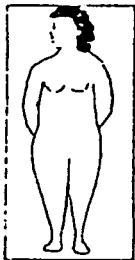
(A)



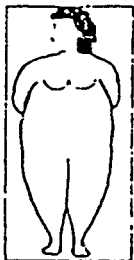
(B)



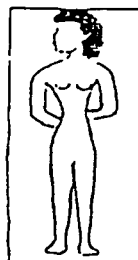
(C)



(D)



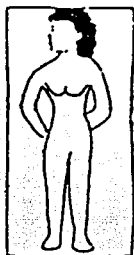
(E)



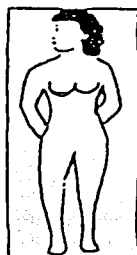
(F)



(G)



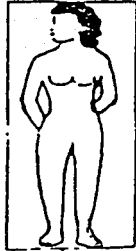
(H)



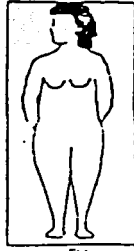
(I)

2J - SECCIÓN G

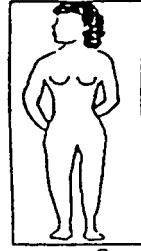
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



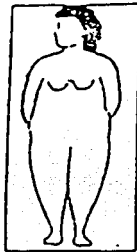
(A)



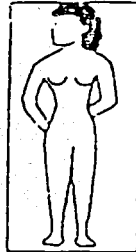
(B)



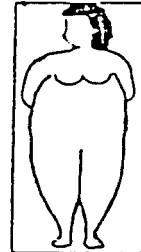
(C)



(D)



(E)



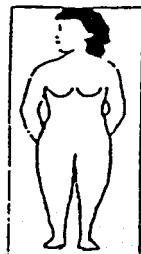
(F)



(G)



(H)



(I)

PRUEBA DE AUTOESTIMA INFANTIL DE POPE, MCHALE Y CRAIGHEAD

Versión para adolescentes

"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"

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta solo una respuesta.

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) buen (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 gustaria 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 opinion de mi 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