

31921
124

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

AUTOESTIMA, IMAGEN CORPORAL Y SUS TRASTORNOS
EN LA ADOLESCENCIA

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
NAVA JUAREZ BERENICE

EJEMPLAR UNICO

COMISION DICTAMINADORA:

MTRA. ALEJANDRA SANCHEZ VELASCO
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003



IZTACALA

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A MIS PAPÁS:

Por haberme colmado siempre de abrigo, confianza y amor. Por asegurarme que puedo alcanzar el éxito en cualquier cosa que me proponga si creo en mí de la misma manera que ustedes lo hacen.

A LA FAMILIA JUÁREZ:

Por estar al pendiente de mí y estimularme a seguir adelante.

A MIS MAESTROS:

Por transmitirme sus conocimientos. Por poner su granito de arena en mi formación, tanto profesional como personal y por todas las aportaciones que hicieron a mi trabajo.

A ENRIQUE:

Por apoyarme, crecer en mí y permitirme compartir contigo mis sueños. Por todo el cariño y alegría que das a mi vida. ҉ǒǒǒǒǒǒǒ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Actualmente es común escuchar el término autoestima, pues esta afecta a la mayoría de las áreas en las que se desenvuelve el ser humano. En estos días, parece ser que la autoestima es un tema cada vez más popular; libros para padres, maestros y consejeros insisten en la necesidad de una "autoestima positiva".

A través del tiempo la autoestima ha sido vinculada con aspectos como habilidades sociales, depresión y rendimiento escolar, entre otros. Por lo que el objetivo del presente trabajo es analizar la relación existente entre autoestima, imagen corporal y sus trastornos, durante el período adolescente.

Para alcanzar este objetivo se hace una amplia revisión bibliográfica que se expone en cuatro capítulos.

En primer lugar, se establece la diferencia que existe entre autoestima y autoconcepto. El autoconcepto es la descripción mental que el sujeto hace de sí mismo, siendo la autoestima la evaluación que la persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de sí misma. La autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida.

La conformación de la autoestima está vinculada con diferentes aspectos como son: autoconcepto, pautas educativas familiares, ambiente escolar, autocontrol, habilidades para solucionar problemas y habilidades sociales.

Así mismo, esta conformación se vincula con diversas áreas (escolar, familiar, social, moral-ético, aspecto físico) que influyen en el desarrollo del adolescente.

El área del aspecto físico parece jugar un papel importante en el autoconcepto y en la autoestima. Pues uno de los aspectos que más influye en la constitución de la autoestima es la imagen corporal o autoconcepto físico que cada persona tiene de sí misma.

La imagen corporal se va formando de las vivencias del individuo, pero sobre todo, a partir de las valoraciones procedentes de las personas significativas de su entorno: padres, hermanos, maestros, compañeros y amigos. La imagen corporal se adquiere y se forma a través de un continuo contacto con el mundo.

Esta imagen corporal es importante siempre, pero lo es más durante la adolescencia. Pues como sabemos ésta es una etapa de desarrollo del ser humano que se caracteriza por cambios psicológicos, sociales y físicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por esto, una de las tareas del adolescente es, precisamente, la asimilación y aceptación de los cambios físicos. El adolescente se encuentra entonces en la necesidad de recurrir a la actividad física, pues esta, contribuye al mejoramiento de la imagen corporal, del autoconcepto y por lo tanto de la autoestima. Los adolescentes recurren entonces a la actividad física para mejorar su imagen corporal. Sin embargo, cuando los adolescentes manifiestan una preocupación exagerada por la apariencia física puede generarse un trastorno de la imagen corporal.

Los trastornos de imagen corporal están íntimamente relacionados con trastornos alimentarios y psicosomáticos. Así mismo, se ha encontrado que los trastornos alimentarios tienen una estrecha relación con baja autoestima, sentimientos de ser una persona poco valorable y mucho miedo a ser despreciado o rechazado.

Por lo tanto, un método para prevenir la aparición o mantenimiento de un trastorno de la imagen corporal es aprender a mejorar la propia autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
1. Autoestima	6
1.1. La autoestima y sus diversas concepciones	6
1.2. Factores que influyen en la conformación de la autoestima	8
1.3. La autoestima y sus áreas de vinculación para el desarrollo del adolescente	16
2. Imagen corporal	19
2.1. Imagen corporal y sus diversas conceptualizaciones	19
2.2. El desarrollo de la imagen corporal en la adolescencia	21
2.3. La actividad física y el ejercicio como forma de mejorar la imagen corporal y la autoestima	25
3. Trastornos de imagen corporal	30
3.1. Trastornos de imagen corporal y su vinculación con trastornos psicósomáticos	30
3.2. Trastornos de alimentación y otros trastornos psicósomáticos	36
3.2.1. Anorexia nerviosa	39
3.2.2. Bulimia nerviosa	42
3.2.3. Ingesta compulsiva	45
3.2.4. Vigorexia	46
3.2.5. Otros trastornos psicósomáticos	48
4. Conclusiones	50
Bibliografía	59

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, durante el cual el ser humano llega a una nueva etapa de su desarrollo psicosocial. En algunas sociedades no se considera esta etapa de la vida. Los individuos pasan directamente de la niñez a la edad adulta. En el mundo occidental, la adolescencia es una etapa de preparación para asumir las responsabilidades propias del adulto. Se asumen precisamente en los años en que los jóvenes pasan por complejos cambios físicos y emocionales que les afectan tanto a su personalidad como a su socialización.

El individuo entra en la adolescencia con una buena parte de los sentimientos, actitudes, capacidades y dependencias que eran características de su infancia. Lo normal es esperar que culmine la etapa de la adolescencia completamente preparado para comprometerse como una persona responsable en el mundo adulto. Pero lo cierto es que esa preparación suele ser poco adecuada; la mayoría de los jóvenes se pasa la década de sus años veinte intentando corregir las carencias que encuentran en sus habilidades, en la confianza y en el conocimiento de sí mismos; carencias que no pudieron cubrir durante su época de adolescentes (Garrison y Loredo, 1996).

La adolescencia es la última etapa en la que los padres y demás personas encargadas de la educación de los chicos pueden tomar parte activa y ayudar a los jóvenes a sentar las bases de su vida como adultos.

Una de las mejores cosas que los educadores de los adolescentes pueden hacer para ayudarlos a construir su vida futura es reforzar su autoestima. Tener una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente.

Las investigaciones demuestran que un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presentan para trabajar productivamente y ser autosuficiente. También posee una mayor conciencia del rumbo que siguen, cosa que no le ocurre al adolescente con poca autoestima. Lo que es más, si el adolescente termina esa etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La autoestima parece estar relacionada con la salud mental positiva y el bienestar psicológico. Tal vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre la autoestima y el control interno, el ajuste positivo a la edad y sobre todo la autonomía.

Su carencia se relaciona con ciertos fenómenos negativos, como las enfermedades mentales. Las personas que solicitan ayuda psicológica expresan con frecuencia sentimientos de inadecuación, falta de valía y ansiedad asociada a la baja autoestima. Hay investigaciones que encuentran conexiones entre la falta de autoestima y la depresión, el suicidio, las relaciones tortuosas, ciertos trastornos de personalidad y muchas otras condiciones.

Es importante continuar con el estudio de la autoestima porque en la actualidad ha alcanzado un significado social que nunca antes ha tenido. Se habla de que existe una relación entre la autoestima y los principales problemas sociales contemporáneos como el abuso de sustancias, el embarazo adolescente, el fracaso escolar y la delincuencia. Muchos problemas de la sociedad tienen sus raíces en la baja autoestima de aquellas personas que configuran la sociedad y entre ellas encontramos a los adolescentes (Mruk, 1998).

Como hemos visto, la autoestima es un tema que cada día ha ido cobrando mayor interés en nuestro mundo actual. La gente ha incluido la palabra dentro de su vocabulario y en diferentes conversaciones cotidianas se llega a tocar el tema. A través del tiempo la autoestima ha sido vinculada con aspectos como habilidades sociales, depresión y rendimiento escolar, entre otros. Por lo que el objetivo del presente trabajo es analizar la relación existente entre autoestima, imagen corporal y sus trastornos, durante el período adolescente.

Para lograr este objetivo se hace una amplia revisión bibliográfica que se expone en cuatro capítulos.

En el primer capítulo se desarrolla el concepto de autoestima, tomando en cuenta opiniones y argumentos de diversos autores que la conceptualizan y que además introducen el término de autoconcepto, necesario para entender la autoestima.

Una vez que se ha desarrollado el concepto de autoestima se hace necesario identificar los factores que influyen en su conformación, como son las pautas educativas familiares, el ambiente escolar, el autocontrol, las habilidades para solucionar problemas y por último las habilidades sociales que caracterizan al individuo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así como existen factores que influyen en la conformación de la autoestima existen áreas como la escolar, familiar, relaciones sociales, moral-ético y aspecto físico que se vinculan a la autoestima; es por eso que se abre un apartado para mencionar y explicar en qué consisten cada una de estas áreas.

El segundo capítulo está dedicado a la imagen corporal, así como a sus diversas conceptualizaciones. Además, en este capítulo se habla del papel que juega la imagen corporal durante la adolescencia, pues esta es una época de diversos cambios, entre los que destacan los cambios físicos, que la mayoría de las veces no son aceptados adecuadamente por los jóvenes. El adolescente se encuentra entonces en la necesidad de recurrir a la actividad física, ya que contribuye a la mejora de la imagen corporal, del autoconcepto y la autoestima. Es por ello que en este capítulo también se dedica un apartado a la actividad física y al ejercicio, así como a los beneficios psicológicos que estos traen consigo.

El siguiente capítulo está dedicado a la imagen corporal y sus trastornos. Primero se conceptualiza el trastorno de la imagen corporal, se da un amplio panorama de este trastorno y su vínculo con diversos trastornos psicósomáticos. El trastorno de la imagen corporal, se ha asociado principalmente con los trastornos de alimentación, por lo que hay un apartado dedicado a caracterizar estos trastornos de forma general. Posteriormente se hace mención y caracterización de cada uno de los 4 principales trastornos de alimentación como son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, ingesta compulsiva y vigorexia. Por último, se hace una mención de algunos trastornos psicósomáticos que repercuten en la imagen corporal.

Finalmente, en el capítulo número cuatro se concluye con la realización de un breve análisis sobre la vinculación que existe entre la autoestima, imagen corporal y sus trastornos. Para llevar a cabo este análisis se hace una revisión de diversos estudios que relacionan estas tres variables (autoestima, imagen corporal y sus trastornos) con el periodo adolescente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. AUTOESTIMA

1.1. La autoestima y sus diversas concepciones

Actualmente es común escuchar el término autoestima, pues esta afecta prácticamente todas las facetas de la vida del ser humano. La autoestima es un constructo psicológico al que se le otorga vital importancia para el funcionamiento del individuo ya que es un aspecto importante en su proceder general.

En estos días, parece ser que la autoestima es un tema cada vez más popular; libros para padres, maestros y consejeros insisten en la necesidad de una "autoestima positiva". Las escuelas empiezan a asumir la responsabilidad de enseñar a los niños que son importantes y es común que se empleen planes de estudios encaminados a mejorar los sentimientos de los alumnos acerca de su valía.

Algunos autores sugieren que existen tres formas básicas de definir la autoestima. La primera es el enfoque actitudinal. En este caso, las definiciones se basan en la idea de que el yo puede ser tratado como un objeto de atención, es decir, del mismo modo que tenemos reacciones cognitivas, emocionales y conductuales hacia otros objetos, también podemos tenerlas hacia nuestra propia imagen. La segunda forma de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de sí misma, respuestas de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento, es decir, positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo. Por último, la autoestima puede verse como una función o componente de la personalidad: se considera como parte de uno mismo, normalmente vinculada a la motivación y/o auto-regulación.

Por otro lado, Smelser (1989, citado en Mruk, 1998) argumenta que existen tres aspectos a considerar en la definición de autoestima: un componente cognitivo, uno afectivo y un elemento evaluador. En el componente cognitivo: la autoestima implica caracterizar algunas partes del yo en términos descriptivos; poder, seguridad. Implica preguntar qué tipo de persona es uno. En el segundo componente, existe un elemento afectivo, una valencia o grado de naturaleza positiva adherida a esas facetas identificadas: llamamos a esto alta o baja autoestima. Finalmente, existe un elemento evaluador, la atribución de un valor en base a algún modelo ideal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pero en sí ¿qué es la autoestima? James (1980, citado en Branden, 2002) concibe la autoestima como un fenómeno afectivo que se vive como un sentimiento o emoción. La autoestima implica un acto de afirmación, pues actuamos de un modo que confirma o apuesta por eso hacia lo que aspiramos. Además, la autoestima puede cambiar modificando el nivel de aspiraciones individuales o aumentando o reduciendo la frecuencia de los éxitos, y es por esto que debe ser concebida como un fenómeno dinámico. Sintetizando la contribución de James tenemos que la autoestima es algo afectivo (cierto tipo de sentimiento), conductual (dependiente de los valores propios y la acción) y dinámico (abierto al cambio).

Por otro lado, White (1963, citado en Mruk, 1998) señala que la autoestima tiene sus raíces en la experiencia de eficacia. Se basa en lo que uno consigue obtener del medio. El sentimiento de eficacia se regula mediante el éxito o fracaso de los esfuerzos. Es acumulativa ya que se desarrolla gradualmente en conjunción con un largo historial de interacciones entre uno mismo y el mundo a lo largo del tiempo. Además, está afectada por la experiencia así como por la conducta y es un factor determinante de estas.

Por su parte, Rosenberg (1965, citado en González-Forteza y Ramos, 2000) afirma que la autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo; expresa una actitud de aprobación / desaprobación. Coopersmith (1967, citado en Sánchez 2001) añade que es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta.

Clark, Cledes y Bean (1987) opinan que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.

Branden (1969, citado en Mruk, 1998) argumenta que la autoestima vincula un sentido de eficacia personal y un sentido de merecimiento personal, siendo el convencimiento de que uno es competente para vivir y merece vivir. Pope, McLale 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 individuo sobre todas las cosas que él es. La autoestima surge de la discrepancia entre la imagen percibida, o autoconcepto (una visión objetiva de sí mismo) y la imagen ideal (lo que la persona valora o le gustaría ser). Este tipo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"medición" se produce en muchas áreas de la vida, dependiendo del tipo de tareas e intereses a que se dedique la persona.

En este punto, Pope, McHale y Craighead introdujeron un elemento importante: el autoconcepto. Para seguir hablando de autoestima es necesario, «que en primer lugar, entendamos qué es el autoconcepto y cuál es la diferencia existente entre este y la autoestima. El autoconcepto es la descripción mental que el sujeto hace de sí mismo en tres dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental y en varias áreas (escolar, familiar, social, moral-ético, aspecto físico), siendo la autoestima la evaluación que la persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de sí misma en cada área. La autoestima está basada en la combinación de la información objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información.

En resumen, la autoestima hace referencia a una actitud hacia uno mismo, que se genera por la interacción con los otros: la autoestima comprende la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo e implica conocimiento y valoración de sí mismo.

La autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida (Clark, Cledes y Bean, 1987). Cada etapa por la que atraviesa el individuo aporta impresiones y sentimientos que contribuyen a su formación. A continuación haremos una breve revisión bibliográfica de los factores que influyen en su conformación.

1.2. Factores que influyen en la conformación de la autoestima

La conformación de la autoestima está vinculada con diferentes aspectos que se describen a continuación:

Autoconcepto:

Como mencionamos anteriormente, el autoconcepto es la representación mental que el sujeto tiene en un momento dado de sí mismo, a diferencia de la autoestima que es la evaluación de la información contenida en el autoconcepto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Brunet y Negro (1989, citado en Gil, 1997) el autoconcepto es la imagen que una persona tiene acerca de sí misma y de su mundo personal, es decir, el modo subjetivo como el individuo se ve a sí mismo.

El constructo de autoconcepto incluye:

- Ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí mismo.
- Imágenes que los demás tienen del individuo.
- Imágenes de cómo el sujeto cree que debería ser.
- Imágenes que al sujeto le gustaría tener de sí mismo.

El autoconcepto se constituye a partir de dos fuentes principales. por un lado, de las relaciones sociales que el individuo mantiene con las demás personas de su entorno y, por otro lado, de las consecuencias que su conducta tiene sobre el medio con el que interactúa. El sujeto recibe retroalimentación de las acciones que realiza y esto le proporciona información sobre sus capacidades y características personales que utiliza para configurar su autoimagen (Bermúdez, 2000).

Es por lo anterior que no puede existir un autoconcepto que no haya pasado antes, de alguna manera, por los demás, especialmente por los padres, los educadores y compañeros.

Pautas educativas familiares:

Las primeras relaciones sociales las mantiene el individuo con sus padres y familiares más próximos, durante un tiempo el entorno familiar es la única y principal fuente de refuerzo.

Los padres enseñan a sus hijos qué conductas son aceptables y cuáles no, emitiendo respuestas gratificantes ante aquellas conductas que consideran aceptables o emitiendo respuestas de desaprobación cuando la conducta del menor es inaceptable.

Por tanto, el ambiente familiar en el que interacciona el individuo durante sus primeros años de vida, las pautas educativas que se den, la evaluación que los padres hagan implícita o explícitamente de la conducta que emita y el tipo de interacción que se produzca entre el niño y sus padres serán las principales variables que determinan el autoconcepto y por lo tanto la autoestima (Bermúdez, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen ciertas actitudes parentales que influyen sistemáticamente sobre la autoestima (Mruk, 1998). Una de estas actitudes es la implicación parental con el niño, esta puede ser la actitud más importante de los padres que afecta al desarrollo de la autoestima en los niños: sin embargo, la implicación no es suficiente pues la calidad también cuenta.

Una cualidad primordial de la implicación parental que favorece la autoestima es la aceptación incondicional. La aceptación se usa con frecuencia para describir la voluntad de los padres a ver las virtudes y debilidades de un hijo, o a ser consciente de cada niño en términos de sus potencialidades y limitaciones.

Las expectativas y límites claramente definidos son también actitudes parentales que a menudo se asocian con el desarrollo de la autoestima en los niños. El exceso de permisividad por parte de los padres se relaciona con conductas negativas como la impulsividad y la agresividad. Por otro lado, los límites excesivamente severos o difíciles de lograr también son problemáticos.

El trato respetuoso hacia los hijos es otra actitud que merece ser tenida en cuenta. Esto implica la disposición de los padres a comentar los problemas y a negociar el conflicto en primer lugar, pero sin violar ciertos patrones de conducta como el respeto de los derechos de las otras personas.

Existen algunos estudios que muestran una alta correlación entre variables como la aceptación del padre, los límites que marcan sobre la conducta de los hijos, el respeto por las acciones de los hijos, la autoestima de los padres, la personalidad de los padres, el refuerzo de los padres hacia la conducta positiva, la evaluación que los padres hacen de la conducta de los hijos, el nivel socioeconómico y el tamaño de la familia, así como los conflictos que se puedan dar entre los integrantes.

Coopersmith (1967, citado en Bermúdez, 2000) en un estudio pone de manifiesto que los adolescentes cuyos padres mostraban interés por el bienestar de sus hijos, considerándolos elementos importantes del núcleo familiar, eran poco permisivos, marcaban unas metas claras de conducta, aplicaban las normas de forma consistente, utilizaban el refuerzo en vez del castigo y expresaban afecto y firmeza en sus decisiones, presentaban un buen nivel de autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte, Salahu y Sakinash (1994, citado en Espinosa y Reyes, 2000) advierten que los niños con una mayor identificación hacia sus respectivas familias muestran consistentemente una mayor autoestima.

Otro estudio realizado acerca de este tema es el que presentan Cortés, Carrillo y Reyes (2000), quienes tuvieron como propósito observar la relación entre la familia, autoestima y autoconcepto. En general los datos obtenidos revelan que la percepción del ambiente familiar se relaciona con percepciones del autoconcepto diferentes entre niños y niñas, en gran parte como producto de la socialización a la que ha estado expuesto.

De igual forma, Espinosa y Reyes (2000), mencionan que la mayor influencia en la formación de la personalidad es la familia. Con ello, queda confirmado el hecho de que la familia y sobre todo los padres influyen en el desarrollo y mantenimiento de la autoestima del individuo.

Ambiente escolar:

El ambiente escolar, los profesores, fundamentalmente, las características de los compañeros de clase y de su conducta ejercen una influencia clara en el desarrollo del autoconcepto y de la autoestima del alumno.

El nivel de autoestima del profesor es una variable importante que determinará el tipo de relaciones interpersonales y de comunicación que establezca en el aula, lo que a su vez repercutirá en el rendimiento académico del alumno.

Los profesores con un déficit de autoestima se muestran distantes y poco interactivos con los alumnos y a la vez autoritarios. Esta actitud, además de repercutir negativamente sobre el rendimiento ya que fomenta actividades individualistas o competitivas, también servirá de modelo puesto que los alumnos tienden a imitar la actitud y los comportamientos que el profesor manifiesta en el aula (Bermúdez, 2000).

En los últimos años se han realizado un gran número de investigaciones sobre la influencia del autoconcepto y la autoestima de alumnos y profesores sobre el rendimiento escolar.

Por ejemplo, en un estudio Foon (1988) analiza la relación de autoconcepto y autoestima del adolescente con el estatus entre compañeros y realiza una diferenciación entre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los diferentes tipos de escuela, sugiere diferencias entre las escuelas mixtas y las de un solo sexo observando un mejor desarrollo social entre los adolescentes que asisten a una escuela determinada mixta.

Por otro lado, Bonet (1984) alude al efecto Pygmalion en la situación escolar. Este es un modelo de relaciones interpersonales según el cual las expectativas, positivas o negativas de una persona influyen realmente en otra persona con la que aquélla se relaciona. En este sentido, las expectativas positivas realistas del educador influyen positivamente en el alumno, y su efecto inverso con las expectativas negativas.

El efecto Pygmalion depende en gran medida de la autoestima del profesor. En otras palabras, los educadores que poseen una alta autoestima suelen ser más efectivos para inspirar en sus alumnos una autoestima elevada.

En el ámbito escolar se tiende a prestar menos atención a los alumnos de quienes se espera poco, mientras que los alumnos de quienes se espera mucho suelen recibir de sus profesores manifestaciones más claras y variadas de estas expectativas; reciben información más abundante y más comunicación no verbal mediante el contacto visual, sonrisas. Por lo que es natural que dichos alumnos confíen más en sí mismos.

Autocontrol:

El autocontrol parece ser un factor positivo que influye en la autoestima de los individuos; por autocontrol debemos entender la capacidad que tiene el individuo de controlar sus emociones y comportamiento.

Cuando un individuo es capaz de planificar su conducta y planear estrategias para conseguir un objetivo, es visto por los demás y se ve a sí mismo como una persona madura y responsable. Aquellos que muestran autocontrol son valorados más positivamente por los otros, mientras que los que se comportan de forma impulsiva o pierden el control de sí mismos se les mira bajo un prisma negativo (Pope, McI Hale y Craighead, 1988).

Según Bermúdez (2000), la capacidad para autocontrolarse potencia y posibilita por una parte la autonomía y la libertad de elección y por otra la responsabilidad sobre la propia acción y sobre las consecuencias de las propias conductas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este se encuentra directamente relacionado con la manera en que las personas organizan sus acciones a corto plazo para conseguir objetivos a largo plazo. Una persona que puede autocontrolar su conducta no se sentirá fácilmente influenciada por las recompensas o castigos inmediatos a su conducta y orientará sus actuaciones hacia la obtención de un objetivo en el futuro (Pope, McHale y Craighead, 1988).

Habilidades para solucionar problemas:

Todos nosotros estamos constantemente enfrentándonos a problemas y decidiendo cómo solucionarlos. Los individuos a los que se les ha enseñado a usar estrategias sistemáticas para la resolución de problemas suelen enfrentarse al estrés y a la frustración con mayor eficacia. La habilidad para solucionar problemas de forma independiente facilita la competencia social, la autoeficacia y el autoconcepto positivo.

Emplear un método para la solución de problemas puede ser útil ante las dificultades de la vida diaria, además de ser parte del proceso para aumentar la autoestima.

En la solución de problemas están implicadas las áreas afectiva, cognitiva y conductual. Las emociones son a menudo el primer indicio de que existe un problema y debe ser resuelto. Las cogniciones operan en la identificación del problema, considerando las posibles soluciones y sus consecuencias, y haciendo un plan para llevar a cabo la mejor solución. Por último, las habilidades conductuales son las que completan la secuencia.

A pesar de que el proceso para solucionar problemas es algo complejo, se puede enseñar con éxito cuando éste se divide en varios pasos. A continuación presentamos la adaptación que Pope, McHale y Craighead (1988) hicieron al modelo propuesto por D'Zurilla y Goldfried.

1. *Reconocer que el problema existe.* Esto supone observar nuestros propios sentimientos para detectar la ira, la preocupación, la tristeza, etc. Los sentimientos negativos son la indicación para empezar la resolución de los problemas.
2. *Tan pronto como se detecte el problema, detenerse y pensar.* Por un momento, hay que salir de la situación (física o mentalmente) y decidir cuál es el problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. *Fijar un objetivo.* Este se debe plantear una vez que el problema ha sido claramente identificado. Una manera sencilla de fijar el objetivo es planteándose la siguiente pregunta: ¿Cuál es el resultado deseado de esta situación?
4. *Pensar en las diferentes soluciones.* En este punto simplemente se deben generar posibilidades siendo creativo, no importa lo inadmisibles que sean.
5. *Pensar en las consecuencias probables que resulten de cada una de las soluciones.*
6. *Escoger una o una combinación de las soluciones que parezcan mejor.* Esto, basándose en la facilidad o dificultad de llevarla a cabo y las consecuencias deseadas.
7. *Hacer un plan para poner en práctica la solución generada.* Cada paso debe ser elaborado antes de actuar.

Siguiendo este procedimiento se vuelve más sencillo encontrar soluciones a los problemas que se generan en la vida cotidiana. Rara vez hay soluciones claramente buenas o malas; el individuo debe juzgar la mejor solución basada en los resultados previstos. La manera en que una solución es llevada a cabo es crucial para el éxito.

Si el individuo obtiene constantemente éxito en la forma en que utiliza sus habilidades para solucionar problemas entonces será mayor la confianza que tenga en sí mismo y esto favorecerá al desarrollo del autoconcepto y por lo tanto de la autoestima.

Existen investigaciones en las que se ha demostrado que los niños y adolescentes con gran habilidad en esta área son los que tienen menos posibilidades de convertirse en delinquentes, abusar de las drogas y el alcohol o desarrollar problemas psicológicos importantes.

Las personas que presentan déficit en habilidades para solucionar problemas no dan respuestas adecuadas a situaciones concretas debido a que no han aprendido estrategias generales de afrontamiento, con lo cual fracasan reiteradamente en la consecución de sus objetivos percibiéndose a sí mismos de forma negativa (Bermúdez, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Habilidades sociales:

Las relaciones interpersonales son una importante fuente para la adquisición de reforzamiento social, cultural y económico.

El conocimiento exacto de cómo nos ven los demás y el porqué de esa percepción forma parte integrante del conocimiento sobre uno mismo. La comprensión social puede contribuir también a alterar la forma en que el individuo se evalúa, porque cuanto mayor sea aquella mejor sabrá tratar a los demás en el modo que éstos desean ser tratados. A cambio, esos "otros" le manifestarán aprecio y harán que se sienta mejor (Popc, McHale y Craighead, 1988).

Cuando las habilidades sociales son apropiadas el resultado es un mayor sentido de autoeficacia y un mayor reforzamiento social positivo, tanto a corto como a largo plazo (Bermúdez, 1998).

La persona con un déficit en habilidades sociales experimenta aislamiento social, rechazo y una baja autoestima a consecuencia de percibirse a sí misma como incompetente social. Su deficiencia puede estar asociada con consumo de drogas, el fracaso escolar y actos delictivos.

De ahí el interés de Sánchez (2001), de investigar el nivel de correlación entre la autoestima y las habilidades sociales en adolescentes mexicanos de ambos sexos de nivel secundaria. Los resultados obtenidos indicaron que entre autoestima y habilidades sociales los hombres tuvieron los mejores puntajes en ambas categorías. No encontrándose correlación significativa entre ambas. En este estudio se ha demostrado empíricamente que la autoestima y las habilidades sociales tienen vinculación, aunque cuando cuantitativamente no exista una correlación significativa, quizá por la propia naturaleza de los eventos.

Como hemos visto hasta el momento, la autoestima es un concepto al que se le ha otorgado mucha importancia, ya que es un elemento necesario en la vida del individuo. Pero la autoestima no surge de manera espontánea, existen diversos aspectos que se entrelazan e influyen de forma directa en su conformación. Además hay diversas áreas en las que el sujeto se desenvuelve cotidianamente y que están vinculadas a la autoestima. Es por esto que en el siguiente apartado se mencionan y explica en qué consiste cada una de estas áreas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3.La autoestima y sus áreas de vinculación para el desarrollo del adolescente

El individuo tiene un concepto de sí mismo global que se forma a partir del concepto que se va creando de sí mismo en diferentes contextos de actuación. Por tanto, es necesario citar y describir desde el punto de vista de Bermúdez (2000) las diferentes áreas dentro de las cuales se desenvuelve el individuo.

- **Escolar:** Esta área trata de la evaluación de uno mismo como estudiante. No es simplemente una valoración de la aptitud y éxito académico, pues todos los alumnos pueden ser estudiantes destacados. El sujeto se evalúa para ver si su comportamiento como educando se aproxima al modelo de estudiante ideal comparándose con el rendimiento académico de sus mejores amigos, del resto de la clase o del compañero que obtiene las mejores calificaciones.
- **Familiar:** El individuo realiza una evaluación de su integración en el grupo familiar y su sentido de pertenencia a ese grupo, valorando la importancia que se le conceda. Un individuo que se siente como miembro estimado por su familia, a quien se le valoran sus aportaciones y que se siente seguro del amor y respeto que recibe de sus padres y hermanos, tendrá una autoestima positiva en esta área.
- **Social:** La persona evalúa las interacciones y relaciones que establece con los demás integrantes del grupo al que pertenece. Un individuo cuyas necesidades sociales son satisfactorias se sentirá agusto consigo mismo. Si una persona no está satisfecha con el tipo de relación social que lleva, difícilmente lo estará consigo misma.
- **Moral-ético:** El sujeto se evalúa para saber si su conducta sigue aquellas normas o reglas que ha aprendido que se deben seguir para ser aceptados como sujetos merecedores de vivir en sociedad. Desde la más temprana etapa de socialización, los padres enseñan a sus hijos qué comportamientos son adecuados socialmente y cuáles inadecuados, anticipándoles que consecuencias tendrán esas conductas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **Aspecto físico:** El individuo lleva a cabo una evaluación tanto de su apariencia y presencia física como de sus habilidades y competencias para cualquier tipo de actividad física. La autoestima del individuo en esta área se basa en la satisfacción de cómo es y actúa su cuerpo.

La autoestima resulta de la valoración general de uno mismo y se basa en la evaluación de todas las áreas. El sujeto puede evaluarse en diferentes áreas de su vida y puede tener una imagen negativa de sí misma en un área pero no en otra.

A nivel general, la autoestima tiene como principales funciones la de protegernos de las situaciones del medio que nos expone a autoevaluaciones continuamente y la de aportarnos un poder de motivación que influye sobre nuestra conducta de manera positiva. La autoestima permite que el sufrimiento psicológico que puede causarnos la crítica, el rechazo, los fracasos, las pérdidas o cualquier acontecimiento negativo y estresante, sea menor (Bermúdez, 2000). Fomentar una buena autoestima para evitar su déficit es la estrategia más adecuada y eficaz que pueden poseer los individuos para que sepan enfrentarse con éxito a las presiones del ambiente en que viven.

Entre los efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado de la autoestima (Alcántara, 1993 en Gil, 1997) cabe destacar los siguientes:

- ✓ Favorece el aprendizaje: la adquisición de nuevas ideas y aprendizajes; está subordinada a nuestras actitudes básicas, de éstas depende que se generen energías más intensas de atención y concentración.
- ✓ Ayuda a superar las dificultades personales: cuando una persona goza de alta autoestima es capaz de afrontar los fracasos y los problemas que se le presenten.
- ✓ Fundamenta la responsabilidad: a la larga sólo es constante y responsable el que tiene confianza en sí mismo.
- ✓ Desarrolla la creatividad: una persona creativa únicamente puede surgir desde una confianza en sí mismo, en su originalidad y en sus capacidades.
- ✓ Estimula la autonomía personal: ayuda a ser autónomo, seguro de sí mismo, a sentirse a gusto consigo mismo, a encontrar su propia identidad. A partir de ello, cada individuo elige las metas que quiere conseguir, decide qué

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actividades y conductas son significativas para él y asume la responsabilidad de conducirse así.

- ✓ Posibilita una relación social saludable: el respeto y el aprecio por uno mismo es sumamente importante para una adecuada relación con el resto de las personas.
- ✓ Garantiza la proyección futura de la persona: impulsando su desarrollo integral y permanente.

De lo anterior se puede concluir que la autoestima hace referencia a una actitud hacia uno mismo, que se genera por la interacción con los otros. La autoestima está relacionada con una serie de factores y áreas que determinan los niveles de la misma. Por lo pronto, el área que nos interesa para el desarrollo de este trabajo es el aspecto físico, en la que el individuo lleva a cabo una evaluación de su apariencia y presencia física, así como de sus habilidades y competencias para cualquier tipo de actividad física.

El aspecto físico parece jugar un papel importante en el autoconcepto y en la autoestima, por cuanto afectan a las actitudes y expectativas de otras personas. Tales expectativas pueden crear una reacción en el individuo en el sentido de destruir, confirmar o exagerar el concepto que tiene de sí mismo.

Uno de los aspectos que más influye en la constitución de la autoestima es la imagen corporal o autoconcepto físico que cada persona tiene de sí misma. Es por ello que el siguiente capítulo está dedicado a la imagen corporal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. IMAGEN CORPORAL

2.1. Imagen corporal y sus diversas conceptualizaciones

La imagen corporal se va formando de las vivencias del individuo, pero sobre todo, a partir de las valoraciones procedentes de las personas significativas de su entorno: padres, hermanos, maestros, compañeros y amigos.

Pero ¿qué entendemos por el concepto de imagen corporal?. La definición más clásica es de Schilder (1990, citado en Raich, 2000) quien la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye.

Para Bruchon-Schweitzer (1992) la imagen corporal es la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Según esta autora la síntesis final del desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto (provisto de propiedades físicas como estatura, peso, volumen) y sujeto (lleno de afectos, complejos, más o menos conscientes, y a menudo de naturaleza autoevaluativa).

Por su parte, Horrocks (1990) postula que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales con sus conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y su capacidad funcional.

Thompson (1990, citado en Rodríguez, Rigalt y Fernández, 2001) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- **Perceptual:** Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción del tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- **Subjetivo (Cognitivo-afectivo):** Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

peso de partes específicas del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

- **Conductual:** Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan, por ejemplo, conductas de exhibición o conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás.

Por otro lado, Cash y Pruzinsky (1990, citado en Raich, 2000) indican que la imagen corporal implica: *perceptualmente*, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; *cognitivamente*, una focalización de la atención en el cuerpo, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; *emocionalmente* involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

González (2001) define la imagen corporal como aquella representación de nuestro cuerpo que va más allá de los límites que circundan la piel. Indica que se complementa con la autoestima y el autoconcepto. Este mismo autor añade que es determinante la relación que existe entre la imagen corporal y el autoconcepto. Refiere que para el autoconcepto es necesario un parámetro de identidad social, es decir, el autoconcepto del individuo en relación con un modelo social con el cual se compara; esto es lo que permite integrar el elemento social en la noción de imagen corporal, que refuerza la trascendencia del cuerpo fuera de los límites de la piel.

Una concepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. De ahí que Bemis y Hollon (1990, citados en Raich, 1998) adviertan acerca de la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia sobre el autoconcepto y por lo tanto en la autoestima.

En conclusión, la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste: la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, así como el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Es decir, la imagen corporal influirá en nuestros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pensamientos, sentimientos y conductas, así mismo, en la manera en cómo nos respondan los demás.

El desarrollo de esta imagen y de la noción del propio cuerpo, va unido al desarrollo biológico del individuo, ya que empieza a formarse desde los primeros meses de vida. La imagen corporal se adquiere y se forma a través de un continuo contacto con el mundo. No se trata de algo fijo, ni predeterminado e inamovible, sino de una estructura propia de todo ser humano, sujeta a cambios permanentes, todos los cuales guardan relación con las acciones en el mundo externo (Tercero, 1998).

2.2.El desarrollo de la imagen corporal en la adolescencia

Si la imagen corporal es importante siempre, lo es más durante la adolescencia. La conciencia y el interés que de su cuerpo tiene el adolescente se acentúa mucho más si su cuerpo atrae la atención y tal vez los comentarios de adultos y compañeros de su misma edad. Esto es así en particular cuando los deseos sexuales por los miembros del sexo opuesto comienzan a aparecer. Esta acentuada importancia que el adolescente da a su cuerpo puede adoptar varias formas; entre ellas, un mayor interés por el sexo opuesto, la apariencia, el desarrollo personal y la salud. De éstas, tal vez la más común y la más fácil de observar es la atención que ponen en los miembros del sexo opuesto (Horrocks, 1990).

Los adolescentes no sólo tienden a generar curiosidad por la presencia física de otras personas, sino que también comienzan a pensar en sus propios cuerpos desde el punto de vista de los otros individuos que probablemente pueden observarlos. Es decir, el adolescente se preocupa por la forma en que las demás personas perciban a su cuerpo. A partir de esto el adolescente entra en un conflicto porque por un lado quiere tener una buena apariencia, ser atractivo, exhibirse; por el otro, desea ocultar los atributos físicos que lo avergüenzan (Secadas y Serrano, 1983).

En resumen, cuando los individuos se acercan a la adolescencia, su imagen corporal está cada vez más ligada a la apariencia y a la opinión sobre su atractivo físico (Pope, McHale y Craighead 1988). Pues como sabemos ésta es una etapa de desarrollo del ser humano que se caracteriza por cambios psicológicos, sociales y físicos. Los cuales implica para cada caso:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los cambios *psicológicos* se dan porque el adolescente se encuentra en la búsqueda de una identidad que le permita relacionarse con otras personas de un modo autónomo.

Los adolescentes comienzan desarrollar su personalidad dependiendo de la trascendencia que tienen las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento que ve en sus modelos y de la forma como asimila las experiencias anteriores y crea sus propias expectativas.

La formación de su identidad permite al adolescente percibirse como ser independiente, competitivo y responsable de sus obligaciones que resuelve sus problemas en forma constructiva.

En los cambios *sociales* los jóvenes aprenden una nueva forma de relacionarse con los demás, con base a lo que han aprendido en sus primeros años dentro de la familia.

Rivera (2002) indica que el adolescente suele vincularse a actividades de dispersión en donde sus hobbies son las fiestas, las modas y las relaciones, primero con su mismo sexo (identificarse) y después con las personas del sexo opuesto a fin de establecer noviazgos que en su mayoría son pasajeros; aunque también puede comenzar a aislarse de los demás y a tratar de dar respuesta a sus propias dudas. Entonces crea un mundo interior en el cual la fantasía y los sueños son parte de esa respuesta y en el que se requiere elaborar un espacio perfecto en el cual esté seguro de quién es y pueda desarrollarse en su vida.

Los padres, amigos y entorno sociocultural pueden tener un papel determinante al desarrollar una identidad positiva durante esta etapa, ya que si se estimula al adolescente a que posea una integridad moral y personal seguramente estas cualidades se desarrollarán debidamente en él. No obstante, algunos adolescentes, en la confusión de su identidad, tienden a desarrollarse negativamente, produciendo sentimientos de fracaso, de ser poco confiables y oportunistas.

Los cambios *físicos* son las primeras manifestaciones del paso de la infancia a la adolescencia (Rivera 2002). El cuerpo empieza a desarrollarse y aparecen los caracteres sexuales que se refieren a la madurez física reproductiva. Se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica, funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada. Se manifiesta en una gran variedad de caracteres sexuales, como son:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las mujeres:

- Crece el vello púbico y axilar
- Crecen las mamas
- Aumenta el volumen de las caderas
- Se pronuncian los músculos pectorales
- Crecen los genitales
- Aparece la primera menstruación

En los varones:

- Crece el vello púbico axilar y facial
- Se pronuncia la nuez de Adán
- Cambia la voz
- Se ensancha el tórax y aumenta la fuerza muscular
- Crecen los genitales
- Aparecen las poluciones nocturnas (emisiones del semen durante el sueño)
- Se producen las primeras eyaculaciones

En ambos se adquieren las capacidades para la reproducción y la respuesta sexual, como consecuencia, se tienden a adoptar actitudes, en relación con la procreación y el disfrute sexual. Por consiguiente, la adolescencia es la etapa de desarrollo y consolidación de la identidad, tanto personal como sexual (Stuardo, 2001).

Los cambios que se producen en la figura corporal son tan importantes y rápidos, que se convierten en el centro de atención y preocupación para los adolescentes, los que se sienten continuamente sorprendidos por estos. Algunos de estos cambios son importantes para los adolescentes porque son el criterio por el cual los demás lo perciben o él se percibe a sí mismo, como masculino o femenino (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

El cuerpo y los rasgos físicos característicos de esta etapa son decisivos a la hora de que el adolescente se forma la imagen de sí mismo y de cómo aparece ante los ojos de los demás. La seguridad y el afianzamiento personal pueden provenir, en buena parte, de sentirse aceptado físicamente, de ajustarse al modelo prevalente en su grupo o en su ámbito escolar (Secadas y Serrano, 1983).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

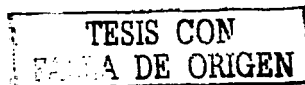
En este sentido, Lerner y Karabenick (1974, citado en McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982) realizaron un estudio con adolescentes y encontraron elevadas correlaciones entre la estimación que los sujetos tenían del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la estima global que tenían de sí mismos, esto especialmente en el caso de las mujeres. La conclusión de este estudio fue que la autoestima de los muchachos se relaciona con la valoración de una buena apariencia física.

En resumen, las transformaciones de la figura corporal traen consigo hechos significativos en las muchachas y en los muchachos durante este periodo, como son:

- Preocupación por la figura corporal, que puede generar dificultades de autoaceptación cuando encuentran su figura diferente en relación con otros.
- Aumento del interés por la propia figura corporal, lo que se manifiesta en la autoobservación constante, en la preocupación por la vestimenta, mirarse constantemente delante del espejo.
- El papel social de la figura corporal. Los individuos considerados atractivos son mejor aceptados y valorados socialmente, por lo que si se consideran poco atractivos pueden devenir dificultades desde el punto de vista emocional y en las relaciones con los que le rodean.

Todos estos cambios no dejan de producir en muchos adolescentes una cierta inquietud personal. Esta ansiedad nacida del propio cuerpo que surge en esta etapa se ve reforzada por los medios de comunicación que presentan un cierto ideal físico de hombre y mujer, necesarios para triunfar en la vida, según los cánones de belleza del momento. Los adolescentes son víctimas de la publicidad y la cultura que dan gran importancia a la imagen corporal "perfecta", que en el peor de los casos, por no adaptarse a los cánones idealizados, puede producir cierta dosis de ansiedad o sentimiento de vergüenza que lastiman la autoestima (Ceballos, 2001).

En este sentido, Benjet y Hernández (2001) realizaron un estudio en el que investigaron el impacto de la maduración puberal sobre los cambios que se dan en la imagen corporal. Los resultados obtenidos sugirieron que los cambios físicos en la pubertad se ven como positivos para los niños cuyos cuerpos cambian a ser más congruentes con el ideal social (más grande y fuerte) y negativos para las niñas cuyos cuerpos cambian a ser



incongruentes con el ideal social (más gordas, proporciones de hombros a caderas y piernas menos favorables).

Otro aspecto que ha ocupado la atención de los psicólogos es la relación que existe entre adaptación social y precocidad o retraso en la maduración físico-sexual. Jones (citado en Secadas y Serrano, 1983) concluye que para las chicas la precocidad es desfavorable y la madurez tardía relativamente favorable, contrariamente a como sucede con los muchachos.

La explicación parece deberse a cuestiones culturales. Pues el desarrollo precoz del hombre lo sitúa más cerca del modelo adulto ideal. Contrariamente, el retraso en el desarrollo suele provocar consecuencias adversas, que podrían sintetizarse en tres básicas:

- a) Formación de un concepto negativo de sí mismo
- b) Conciencia de inferioridad al sentirse rechazado por los demás
- c) Prolongación de la necesidad de dependencia familiar.

Por ello la mayor parte de los muchachos se sienten preocupados por alcanzar un buen desarrollo físico, por gozar de una constitución fuerte y bien desarrollada. Para las chicas, el cuidado de la "línea" resulta su preocupación central (Secadas y Serrano, 1983). Esto quiere decir que ambos sexos tienen conciencia de la relevancia de lo físico en el desarrollo personal y en la vida de relación social.

Por lo tanto, una de las tareas del adolescente es, precisamente, la asimilación y aceptación de los cambios físicos. El adolescente se encuentra entonces en la necesidad de recurrir a la actividad física, pues esta, contribuye al mejoramiento de la imagen corporal, del autoconcepto y de la autoestima.

2.3 La actividad física y el ejercicio como forma de mejorar la imagen corporal y la autoestima

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía medido usualmente en kilocalorías. El ejercicio es una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de adquirir, mantener o mejorar determinados aspectos o niveles de forma física.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, la forma física es la capacidad para llevar a cabo las tareas diarias de forma adecuada, sin fatigarse, y disponiendo de reserva energética suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y para poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario. En resumen, el ejercicio es una forma de actividad física planeada y la forma física hace referencia a aptitudes relacionadas con la salud (Márquez, 1995).

La actividad que se realiza en cualquier juego o deporte implica un ejercicio físico y representa una atracción para los adolescentes, ya que además de ocupar en algunos casos buena parte de su tiempo, las sensaciones que perciben durante la realización del mismo, se tornan en ventajas para la ejecución de otras actividades de su vida diaria.

Según Aspetia (2003), entre las razones que el adolescente puede tener para acercarse al deporte está el considerarlo como un juego, es decir, como una actividad física que requiere un esfuerzo, pero que es placentera. El deporte durante esta etapa de desarrollo se considera definitivo para la formación del deportista, pues quienes son adecuadamente motivados siguen practicándolo por convencimiento y por el placer de jugar; algunos de ellos llegan a ser atletas de alto rendimiento, aunque son realmente pocos los que lo practican como una disciplina durante toda su vida.

El adolescente también puede estar interesado en realizar algún deporte porque busca ganar prestigio y aceptación social mediante la habilidad atlética que se requiere principalmente en los deportes competitivos (Horrocks, 1990). Esto es más visto en los varones, ya que nuestra cultura por lo común no espera ni exige habilidad atlética en las mujeres.

Otra razón que puede tener el adolescente para realizar actividad física es por salud, ésta es tal vez la más razonable, pues no se busca el triunfo y la competencia, en este caso el adolescente debe aceptar que no se trata de convertirse en el hombre más veloz o el jugador más valioso, simplemente se trata de estar bien, de que el organismo funcione adecuadamente.

El adolescente debe tener clara la idea de que la actividad física contribuye a la salud y a incrementar la calidad de vida. Su práctica regular produce un aumento en la autoconfianza, en la sensación de bienestar y a un mejor funcionamiento intelectual, lo que conlleva a un adecuado desarrollo del autoconcepto y por ende de la autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ejercicio y el deporte contribuyen al mantenimiento de la salud física, igualmente favorecen la salud mental y por tanto la prevención de sus desordenes. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud física tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos (Oblitas y Becoña, 2000).

Los efectos más importantes del ejercicio no son fisiológicos sino psicológicos, en el sentido de mejora de la autoestima y cambios en algunos rasgos de la personalidad. (Somstrocn, 1984 citado por Márquez, 1995). El ejercicio alivia la tensión, favorece la concentración y puede producir una sensación de optimismo y bienestar. Al ejercitarnos aumentamos el flujo de oxígeno que nos llega a la sangre y al cerebro, lo que nos produce un mayor estado de alerta.

Otros beneficios del ejercicio son los de aumentar la capacidad para memorizar y recordar información importante, disminuir la dependencia al alcohol y las drogas, mejorar el proceso de sueño y combatir el insomnio; esto último ocurre porque, luego de varias horas de habernos ejercitado, nuestra actividad corporal se reduce y el sueño aparece de forma natural y espontánea (Aspetia, 2003).

Para que el ejercicio tenga el efecto deseado debe ir acompañado de un régimen de alimentación adecuada y adaptado a nuestra condición de salud.

Por otro lado, la mejora de la forma física a consecuencia del ejercicio facilita la aparición de estados emocionales positivos y un incremento en el autoconcepto y la autoestima.

Acevedo (2001) en un estudio midió el autoconcepto de estudiantes deportistas y no deportistas de nivel licenciatura en dos universidades privadas y demostró que el deporte favorece el autoconcepto. El deportista desarrolla la expresión de sentimientos por el hecho de que al ejecutar un deporte se desempeña bajo presión, lo que puede favorecer una atribución más cercana a la realidad.

Es muy probable que la práctica deportiva favorezca en las personas el desarrollo de una actitud positiva. Es decir, que fomenta en las personas el optimismo. Con relación al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

factor sentimental es probable que favorezca la autoestima, ya que esta se constituye por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que reflejan una actitud positiva.

En una investigación realizada por Blumenthal y McCubbin (1987, citados en Oblitas y Becoña, 2000) se demostró que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar, los individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actividades y actividad laboral. En tercer lugar, la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y suelen implicarse de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

Para obtener los beneficios del ejercicio sobre la autoestima es importante la adherencia o permanencia, ya que sólo si se practica actividad física de forma regular, se pueden llegar a obtener ciertas garantías acerca de los posibles beneficios psicológicos. Si un individuo está lo suficientemente motivado para persistir con la actividad física de forma regular, es indudable que va a conseguir varios beneficios psicológicos.

Tomando en cuenta a Márquez (1995) y las investigaciones de los diversos autores que mencionados en este punto indicaremos que los beneficios psicológicos potenciales del ejercicio pueden ser:

- Reducción del estado de ansiedad
- Reducción de los niveles de depresión
- Complemento en casos severos de depresión
- Reducción del estrés
- Reducción de la tensión muscular
- Recuperación de la frecuencia cardiaca.
- Efectos emocionales beneficiosos en todas las edades y en ambos sexos
- A largo plazo reducción en los niveles de neurotismo y ansiedad.

A pesar de que los beneficios que trae consigo la actividad física son muy favorables para la salud fisiológica y mental muchas personas recurren a esta actividad por diversas razones. Kenyon (1968, citado en Márquez, 1995) indica los motivos que lleva a la gente a realizar algún tipo de actividad física:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. Es una forma de hacer nuevas amistades o de conservar las ya existentes.
2. Medio de mantener la salud y mejorar los niveles de habilidades.
3. Búsqueda de vértigo o nuevas sensaciones.
4. Se incluyen actividades que implican a gente interesada en la belleza, la gracia, la simetría u otras cualidades artísticas.
5. Medio de aliviar la tensión y dejar escapar las emociones reprimidas.
6. Deseo o la búsqueda de un entrenamiento a menudo duro y doloroso en persecución de una meta particular.

Finalmente, el ejercicio puede provocar efectos tanto beneficiosos como perjudiciales en función de la "dosis" empleada (Raglin, 1990, citado en Salvador, Suay, Martínez, González, Rodríguez y Gilabert, 1995). La práctica equivocada del ejercicio a una edad temprana puede ser particularmente perjudicial. Pueden producirse daños a corto plazo en forma de lesiones por impacto o por esfuerzo; y en forma gradual irán creando problemas crónicos que se manifiesten en etapas posteriores de la vida. En algunos casos los hábitos incorrectos en la actividad física durante adolescencia pueden crear problemas permanentes.

Por eso es importante iniciar a los adolescentes en la realización de ejercicio, en la forma de confeccionar su propio programa de actividad física apropiado y razonable que se ajuste a sus capacidades.

La etapa de la adolescencia es fundamental para fomentar en los jóvenes un estilo de vida activo, pues se trata de un periodo en el que se necesita aprender sobre algunas habilidades esenciales de la vida y adquirir una base de conocimientos prácticos que influirá y facilitará el compromiso con una vida activa.

Concluyendo, los adolescentes recurren a la actividad física para mejorar su imagen corporal, sin embargo, cuando los adolescentes manifiestan una preocupación exagerada por la apariencia física puede generarse un trastorno de la imagen corporal y de esto hablaremos en el siguiente capítulo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. TRASTORNOS DE IMAGEN CORPORAL

3.1. Trastornos de imagen corporal y su vinculación con trastornos psicósomáticos

Los primeros registros del concepto de imagen corporal datan de 1903, con Janet quien habla de la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo, que implica el miedo a ser visto como ridículo o feo. Por su parte, Hay (1970, citado en Raich 2000) habla de la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás.

Rosen (1995, citado en Raich, 1998) propone que el trastorno de imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Los criterios diagnósticos del trastorno de imagen corporal son:

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica por la presencia de otro trastorno mental.

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptuales, cognitivos y conductuales. **Perceptualmente** la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en la realidad, a esto se le llama: distorsión perceptual.

Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia, esta preocupación es más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente auto-consciente y espera ser examinada por la otra gente. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto **cognitivo** de este trastorno. Las cogniciones sobre la apariencia pueden formar parte de distorsiones. Éstas son maneras de interpretar los acontecimientos y de prever cómo será el futuro a partir de la observación de la realidad. Las distorsiones cognitivas nos predisponen a sentirnos de determinada manera. Todas las distorsiones ayudan a procurar emociones negativas y evidentemente este conjunto lleva a actuar de manera errónea.

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal se han descrito por algunos autores como obsesiones, ideas sobrevaloradas o

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

delirios. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia.

No hay nadie que se autodevalúe intensamente y no sienta emociones desagradables acompañando a estos pensamientos. Normalmente son sentimientos de enfado, tristeza, desesperación, malestar, que pueden desencadenarse solo con pensar en el defecto. La duración del sentimiento es variable.

Conductualmente, estas personas organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Estas conductas tienden a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia.

Los comportamientos más corrientes en las personas con trastorno de la imagen corporal son: mirarse al espejo, arreglarse durante mucho tiempo, camuflar su defecto con maquillaje, flequillos, posturas específicas, ropa, asistir a centros de belleza y/o estética. Hacer dieta y ejercicio físico de una manera obsesiva y continua también son conductas de evitación de la visión de un defecto que puede ser verse el cuerpo demasiado grueso o delgado, o desarrollar o disminuir determinada parte de éste.

Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia. Esta preocupación es aún más intensa en situaciones sociales. Es cierto que a veces las quejas pueden tener una base real y ser notadas por las otras personas, pero no hasta el punto que el individuo imagina.

Varios factores influyen en la aparición del trastorno de la imagen corporal: los más relevantes según Raich (2000) son los históricos y la presión social.

Para entender las causas históricas es muy importante tener en cuenta el concepto de belleza en la cultura que el individuo se desarrolla. La cultura nos enseña qué es lo bello y qué lo feo. En nuestra cultura, actualmente uno de los factores más influyentes puede ser la presión hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. La presión hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal.

Como sabemos, el modelo propuesto por los medios de comunicación de nuestra cultura es mucho más delgado que el normal y algunas chicas hacen todo lo posible por lucir como el modelo propuesto por la cultura. A los chicos también la sociedad les exige tener un determinado físico. Actualmente hay cada vez más hombres que buscan remedios de belleza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a fin de mejorar su aspecto, confiando que éste les aportará éxito en sus relaciones y trabajo. Pero por sí sólo el concepto de belleza en la cultura no es un factor que explique la aparición de este trastorno.

La familia también nos enseña desde muy pequeños cómo debemos arreglarnos, comportarnos, qué es lo bello, qué no lo es. La familia amplifica la importancia sociocultural de que una mujer delgada es una mujer atractiva.

La consideración que en el seno de la familia se tiene de cada uno de sus miembros influirá en el futuro de éstos. Ser criticado o sufrir burlas dentro de la familia a causa de la apariencia en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta.

También las amistades tienen un importante papel en el desarrollo del trastorno de la imagen corporal. Igual que los familiares, pueden particularizar para sus amigas los modelos sociales y también pueden amplificar los defectos de una persona. Además, tanto los familiares como los amigos pueden estar influyendo como modelos.

Otros aspectos a tener en cuenta son: El desarrollo de la autoidentidad y la autoestima. A pesar de que todos vivimos en la misma cultura, no nos vemos afectados en la misma manera ni en la misma magnitud. Algunas personas demuestran que no se ven afectadas por la presión cultural, esas son personas que tienen sólida autoestima. Las personas que no poseen una buena autoestima, que tienden a sentirse inadecuadas, pueden sucumbir fácilmente a las presiones sociales de las personas cercanas.

En este sentido se han desarrollado algunos estudios en los que se ha demostrado que una imagen corporal negativa está asociada a una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia (Raich, 1998). Las personas con trastorno de la imagen corporal desarrollan creencias acerca de la apariencia física, las que influyen sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la primera adolescencia cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente.

Otras variables que contribuyen a desarrollar el trastorno de imagen corporal pueden ser: El desarrollo físico y la retroalimentación. Pues los cambios físicos de la pubertad pueden provocar una preocupación inicial acerca de la apariencia física, dichos cambios o los comentarios de otras personas provocan la retroalimentación, que a su vez influencia a la imagen corporal así como a la autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como hemos visto, es muy generalizado el que una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja autoestima. Es decir, que el individuo se siente poco adecuado como persona. No se autovalora. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él.

Por otro lado, Rosen (1990, citado en Raich, 2000) indica que entre los mecanismos de mantenimiento del trastorno de la imagen corporal esta la atención selectiva hacia la parte o partes del cuerpo que preocupan, las conductas de evitación, como no llevar determinada ropa o asistir a determinadas reuniones y los rituales de comprobación y confirmación, como preguntar repetidamente por la presencia o ausencia de un defecto o mirarse muy a menudo al espejo.

Concluyendo, el trastorno de la imagen corporal es una condición multidimensional que está asociada no sólo en el ámbito subjetivo sino también con el área social. Por otro lado, el trastorno de la imagen corporal, también se ha asociado con trastornos psicósomáticos y por lo tanto con los trastornos de alimentación (Gómez, 1998).

Para comprender esta vinculación primero es necesario que sepamos lo que es un trastorno psicósomático. Los trastornos psicósomáticos, según Juárez (2002) son una reacción física ante una vivencia o estado conflictivo en el que se observan cambios en el cuerpo y desarrolla una enfermedad orgánica. En ocasiones el ser humano, al no poder o no querer enfrentar su condición emocional, se enferma. Lo psicósomático es sólo un refugio de los seres humanos ante la inmensidad de mensajes que reciben y no saben procesar. Dichos padecimientos no tienen una sola causa, ya que influyen factores biológicos y psicosociales.

En el cuerpo es donde se manifiestan los procesos que tienen lugar en la conciencia, y los podemos observar a través de signos y síntomas que nos hablan del desarrollo de una enfermedad y necesariamente indican que la persona no está en armonía. Lo que nos lleva a perder el equilibrio es la forma en que vivimos, cómo nos relacionamos con otros, de que manera evadimos nuestras responsabilidades, la forma de ejercer nuestra sexualidad y de expresar nuestros sentimientos, nuestras actitudes ante la vida, cómo tratamos nuestro cuerpo, de qué lo nutrimos, lo cual no tiene que ver solamente con la alimentación sino también con las emociones y actitudes, principalmente si las censuramos, impidiéndole a ese cuerpo que se exprese (Juárez, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuerpo como receptor de una educación familiar y social, elabora sus propios modelos a partir de los ya existentes (padres, hermanos, maestros, amigos, etc.) y de las exigencias que cada uno le imprime, y a través de ellos hace una representación subjetiva de sus emociones y percepciones y las vincula a formas de vida "con o sin calidad". Eso cada uno lo decide y lo vive desde su interior, aunque puede hacerse manifiesto mediante enfermedades físicas o emocionales del cuerpo o guardarse en él (memoria corporal) y expresarse a través de movimientos, conductas, emociones y en general su lenguaje corporal (Rivera, 2002).

En resumen, lo social y lo corporal se constituyen en una unidad indisoluble y permanente es por esto que el dato biológico no basta por sí solo para dar razón de toda la realidad del fenómeno (Onnis, 1996). Ampliando el campo de observación se logra evidenciar la compleja trama de correlaciones circulares y simultáneas que ligan al dato biológico no sólo con influencias emocionales provenientes del ambiente familiar sino, además, con un modelo de interacción familiar, con un estilo comunicativo, del cual se vuelve copartícipe.

Ampliando este campo de observación se puede descubrir que hay una causalidad lineal, pues la familia es causa de la enfermedad del paciente y el paciente es causa del malestar de la familia. Se trata de partes separadas de una realidad que puede, en cambio, ser comprendida y valorada sólo si ambas partes vuelven a conjugarse e integrarse. Como las dos caras de una misma moneda, es imposible desintegrarlas, porque cada una por sí sola da una visión distorsionada del fenómeno. No existen victimarios ni víctimas porque todos cooperan para mantener una situación disfuncional. El paciente psicósomático y su familia se influyen y se refuerzan de manera absolutamente circular y constituyen un sistema interpersonal (Onnis, 1996).

Independientemente del síntoma psicósomático presentado, el sistema familiar revela modelos interactivos y organizativos en los cuales se pueden reconocer características disfuncionales típicas (Minuchin, 1970, citado en Onnis, 1996). Estas características disfuncionales son fundamentalmente cuatro:

1. **Aglutinamiento.** Los miembros de la familia están superinvolucrados reciprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de los otros. La

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

autonomía y la privacidad son escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y de funciones.

2. **Sobrepotección.** Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.
3. **Rigidez.** Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente: niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.
4. **Evitación del conflicto.** Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital. Él interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares.

Por otro lado, según López (2002) los trastornos psicómaticos son diferentes y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales:

1. **Síntomas de conversión.** El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. **Síndromes funcionales (somatomorfos).** Por regla general, resulta imposible detectar cambios en los tejidos. Al contrario de lo que ocurre con la sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno, de una función o percepción corporal.
3. **Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (psicosomatosis).** Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivas y una enfermedad orgánica. Las condiciones previas necesarias (predisposición), que deben entenderse dentro de la historia individual del paciente puede influir sobre determinados órganos. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

Dada esta clasificación de López, los trastornos de imagen corporal que definimos anteriormente son parte del segundo grupo, es decir, de los síndromes funcionales, ya que tratan de un síntoma como consecuencia de la percepción corporal.

Hasta este punto hemos revisado la relación que existe entre los trastornos de imagen corporal y los trastornos psicósomáticos. Ahora es conveniente que hagamos una revisión bibliográfica del papel que juegan los trastornos de alimentación y otros de tipo psicósomáticos en relación con los trastornos de imagen corporal.

3.2. Trastornos de alimentación y otros trastornos psicósomáticos

Muchas personas sufren de trastornos de la alimentación: su vida está controlada por la comida; el subir o bajar de peso se convierte en el foco de su existencia. Según West (2002) el trastorno de alimentación actúa como un mecanismo para enfrentar la tensión que le ha permitido a la persona lidiar con las vicisitudes de la vida; el dolor emocional, la baja autoestima, el estrés y los traumas; puede ser visto como un mecanismo de sobrevivencia, de ahí su relación con los trastornos psicósomáticos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Una persona con un trastorno de alimentación puede estar usando el comer, purgarse o restringirse como una forma de enfrentar sus problemas. El tener un trastorno alimenticio puede ser la manera en que la persona expresa aquello que no sabe cómo expresar de otra forma.

Los trastornos de alimentación son todos aquellos que se caracterizan por presentar alteraciones graves en la conducta alimentaria. Estos son producto de una conjunción de factores entre los que destacan los desajustes emocionales y de personalidad, presiones e influencia de un contexto socio-cultural caracterizado por la sobreabundancia y el excesivo culto al cuerpo.

Estos trastornos también se caracterizan por sentimientos extremos y perturbadores hacia la comida, el peso y la propia imagen corporal de los que se derivan serios problemas físicos y emocionales que representan una seria amenaza para la integridad personal y la propia vida del individuo (Puchol, 2002).

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal, de modo que la similitud entre los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: "Preocupación persistente con el peso y la silueta" o "La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales" (Raich, 1998).

Las personas con trastornos alimentarios tienen una extremadamente baja autoestima y mucho miedo a ser despreciadas o rechazadas. No es difícil que los individuos adopten el punto de vista de que todo su valor depende de tener un cuerpo perfecto y que si consiguen presentar un aspecto externo adecuado, nadie se dará cuenta de lo poco que en realidad vale.

Estos trastornos se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, hasta la juventud, ya que es un periodo de numerosos cambios a nivel físico, emocional y social como lo vimos en el capítulo anterior.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades multifactoriales, lo cual indica que son muchas las causas que puede poner a una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Usualmente se inician por una pérdida de peso que en general produce gran admiración y constante aprobación social. Esto le brinda a las personas vulnerables una enorme gratificación y un deseo de continuar a dieta para seguir bajando de peso, la sensación de control que las dietas originan es un sentimiento gratificante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, no todas las personas que inician una dieta desarrollan un trastorno de alimentación. La presión social por la delgadez afecta a todos y, combinado con una personalidad vulnerable, hace que una dieta normal evolucione a una dieta enfermiza (West, 2002).

Los factores de vulnerabilidad pueden ser:

- Tendencia al perfeccionismo
- Deseo de estar en control
- Baja autoestima
- Obesidad infantil
- Creencia de que el amor y la aprobación dependen de los logros y la apariencia
- Sensibilidad hacia los cambios propios de la vida
- Sensibilidad a la separación de la familia
- Miedo a las responsabilidades de la vida adulta
- Posible predisposición genética
- Dinámica familiar alterada
- Traumas
- Gran sensibilidad a la opinión de los demás
- Cambios físicos que hacen dudar del aspecto

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) indican que a veces, las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros. Además, estos autores proponen una lista de las características que comparten las familias con un miembro que padece un trastorno de alimentación:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa
- Ausencia de límites generacionales
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico

En este sentido Platas, Pineda y Gómez (2000) indican que las familias conflictivas tienen mayor probabilidad de tener hijos con un trastorno de alimentación. Comer representa un papel central en la vida familiar y no es sorprendente que los problemas en la familia vayan asociados con trastornos de la alimentación.

Es frecuente que algunos trastornos psiquiátricos se presenten de forma simultánea con los trastornos de alimentación. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad son muy comunes; también las fobias que usualmente preceden al surgimiento de un trastorno de alimentación, la fobia social suele ser recurrente en este tipo de pacientes.

De igual forma, los trastornos depresivos suelen ser una consecuencia lógica del desarrollo de la enfermedad, afectando no sólo al individuo sino que se extiende con especial intensidad al resto de la familia. Las sensaciones de tristeza, aislamiento e inadecuación son comunes en el individuo, y en la familia es común observar sentimientos de culpabilidad ante el origen y desarrollo de este tipo de trastornos (Puchol, 2002).

También existen factores que mantienen la enfermedad cuando ésta se ha establecido. Estos incluyen una falta de satisfacción con la pérdida de peso, distorsión de la imagen corporal que produce un miedo irracional de recuperar el peso perdido. Las personas con trastornos de alimentación se acostumbran a ese estilo de vida y temen enfrentar los retos que involucran una vida normal (West, 2002).

Básicamente hay 4 tipos de trastornos de alimentación: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, ingesta compulsiva y vigorexia.

3.2.1. Anorexia nerviosa

El término anorexia nerviosa fue utilizado por primera vez por un médico inglés, sir William Gull, en 1873 e indicó que los pacientes con anorexia a menudo tienen hambre, pero la suprimen y se niegan a comer normalmente a causa de su deseo despiadado de estar delgados, incluso hasta el punto de estar demacrados, y a causa de su miedo a perder el control de su comportamiento alimentario (Abraham, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La anorexia nerviosa consiste en una pérdida de peso derivada de un intenso temor a la obesidad. Afecta preferentemente a mujeres jóvenes de entre 14 y 18 años. Las personas con anorexia nerviosa se caracterizan por poseer una imagen corporal lo suficientemente distorsionada como para considerarse ellas mismas como personas con un exceso de peso, a pesar de encontrarse objetivamente por debajo de su peso normal (Puchol, 2002). La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de comida, acompañada de intenso ejercicio.

El diagnóstico de anorexia nerviosa puede ser difícil, ya que muchos factores sociales y culturales comunes promueven y conservan una conducta de anorexia.

Según el DSM 111-R (en Holtz, 1995) los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

- A) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.
- D) En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).

Schoreder (1992) dice que no se conoce la causa de la anorexia nerviosa. Ninguna hipótesis explica de manera satisfactoria todos los casos. De manera característica, la persona proviene de una familia cuyos miembros están altamente orientados a metas y logros. Las relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas o destructivas. Los padres suelen ser excesivamente directivos y preocupados por la delgadez y el aspecto físico; gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos.

Una teoría afirma que el rechazo del paciente a comer es un intento por recuperar el control de su cuerpo en desafío al control de los padres. La renuncia de las personas a habitar un cuerpo adulto también puede representar un rechazo de las responsabilidades del adulto y las implicaciones de las relaciones interpersonales del adulto.

Donoso (1990, citado en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995) encontró que los eventos desencadenantes de la anorexia nerviosa son la aparición de los

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a dichas situaciones

Holtz (1995) enumera las siguientes características de la familia de un miembro que padece de anorexia nerviosa: Rígida, sobreprotectora, con límites confusos, intrusivos, falta de empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor. Ni los deseos, ni los conflictos se expresan abiertamente.

Selvini (1970, citado en Onnis, 1996) estudió a doce familias de anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, que agrupa en las siguientes reglas fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros con una elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero
- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Los factores socioculturales, conjugados con una historia familiar de conflicto, dan como resultado una alta probabilidad de aparición de desórdenes de alimentación, sobre todo cuando la persona está en edad adolescente, pues es en este periodo cuando la lucha por madurar, ser independiente y autónomo, dentro de una inestabilidad interna y familiar, fuerza al adolescente y a sus padres a afrontar y resolver las realidades emergentes del desarrollo.

Esta inestabilidad los hace más vulnerables a publicidad, presiones culturales y de grupo. Dentro de una familia y una sociedad caótica, es fácil para el adolescente perderse y tratar de adquirir control, por lo menos de su cuerpo y así, el anoréxico controla lo poco que consume y con ello controla (por lo menos en su fantasía) a los demás. Esa es su solución: resolver en secreto todos los problemas familiares y del mundo.

Donoso (1990, citado en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995) destaca que las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo. Existe un alejamiento de lo sensual, presentan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Un problema grave es la regresión que presentan los pacientes, en el cual la persona no quiere crecer; la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe un gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de detener el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

De acuerdo con Martínez (2001) entre las consecuencias físicas más comunes se encuentran:

- Amenorrea. Irregularidades en la menstruación
- Osteoporosis derivada de la pérdida de minerales en los huesos
- Retardo en el crecimiento corporal
- Problemas de infertilidad
- Crecimiento excesivo de vello corporal
- El metabolismo es más lento
- Hipotermia. Baja temperatura corporal
- Incremento en niveles de colesterol
- Baja presión sanguínea
- Irregularidad en el ritmo cardíaco, que puede conducir a un paro cardíaco
- Anemia
- Pérdida del equilibrio de electrolitos, con potenciales consecuencias letales.

3.2.2. Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de atracones y una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su edad. Afecta también mayoritariamente a mujeres jóvenes.

Las personas con bulimia nerviosa se caracterizan por ingerir cantidades excesivas de comida que, posteriormente, eliminan a través del uso de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio compulsivo o con vómitos frecuentes. Estas personas se atracan de comida y purgan el exceso de calorías en secreto, consiguen mantener su peso corporal similar o ligeramente superior al normal, logrando ocultar con éxito su problema durante años (Puchol, 2002).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Antes de empezar la ingesta, la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas, tienen palpitaciones o empiezan a sudar. Durante la ingesta experimentan una sensación de libertad; se desvanece la inquietud o la preocupación que tenían y ya no tienen pensamientos inquietos ni negativos. Si decide vomitar puede que asocie su disminución de tensión con el acto de vomitar. Al final de la ingesta, la mayoría de las personas bulímicas se sienten menos tensas e inquietas, pero puede que no se sientan a gusto consigo mismas por lo que han hecho a sus cuerpos. Puede que se sientan culpables por inducirse el vómito y temen que la ingesta pueda causarles una ganancia de peso. Esto, a su vez, puede conducirles a más inquietud y tensión, con el resultado de que empiecen a comer vorazmente de nuevo. Se establece un círculo vicioso (Álvarez y Meni, 2001).

El DSM 111-R en la versión revisada de 1987 establece (Rausch y Bay 1993):

- A) Episodios recurrentes de atracones (rápido consumo de una gran cantidad de comida en un periodo de tiempo discreto, generalmente menos de dos horas).
- B) Un temor a no poder parar de comer durante los atracones de comida
- C) Embarcarse regularmente en vómitos autoinducidos, uso de laxantes o dieta rigurosa o ayuno para contrarrestar los efectos del atracón.
- D) Un promedio mínimo de dos episodios de atracones por semana, durante por lo menos tres meses.
- E) Preocupación exagerada y persistente por la forma corporal y el peso.

La causa de esta afección es un enigma. En la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales, radica probablemente la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia.

Gran número de pacientes bulímicos ha comenzado su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para bajar de peso. Resulta indiscutible la presión social de los últimos años por exaltar la silueta delgada. Esto puede constituir un factor desencadenante y de mantenimiento de las conductas bulímicas.

La presión cultural juega un papel importante en la aparición de la bulimia pues es real que desde hace varios años, se asocia la imagen delgada y desnutrida con modelos exitosos de diferentes tipos. Los medios de difusión muestran imágenes de lo que debe ser considerado como bello. Simultáneamente ofrecen dietas variadas con promesas mágicas de adquirir siluetas atractivas en breve tiempo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La presión por alcanzar la delgadez es indiscutible. Muchas mujeres bulímicas comenzaron su afección luchando contra la obesidad; muchas obesas son bulímicas y muchas mujeres con peso normal están cumpliendo dietas porque se perciben a sí mismas como obesas.

Las personas con bulimia nerviosa usualmente no se sienten seguras acerca de su propio valor y necesitan de la aprobación de los demás. Tienden a hacer lo que sea necesario para complacer a los otros negando sus propios deseos y necesidades (West, 2002).

La comida se vuelve la única fuente de consuelo y sirve para bloquear y anestesiar los sentimientos. A diferencia de las personas con anorexia, las personas con bulimia se dan cuenta de que tienen un problema y piden ayuda con mayor frecuencia.

Normalmente, la autoestima de las personas con bulimia está determinada por el peso y por lo que se ha comido, además estas personas sienten una gran necesidad de la aprobación de los demás.

Las mujeres con bulimia también están propensas a la depresión y se encuentran en peligro de comportamientos impulsivos como promiscuidad sexual. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia.

Es importante mencionar que antes de empezar la ingesta, la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas. Durante la ingesta experimentan una sensación de libertad: se desvanece la inquietud o la preocupación que tenían y ya no tiene pensamientos inquietos ni negativos. Sin embargo, si la bulímica no puede aliviar su inquietud y tensión, por ejemplo, si le interrumpen o descubren cuando está comiendo, su comportamiento puede cambiar hacia la agresión.

Según Martínez (2001) entre las consecuencias físicas más comunes se encuentran:

- Deshidratación
- Daños, de intensidad variable, en el hígado y los riñones
- Desequilibrio en los electrolitos
- Irregularidades en la menstruación
- Problemas de infertilidad
- Lesiones cardíacas
- Problemas gastrointestinales crónicos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Pérdida del cabello
- Erosión del esmalte dental
- Crisis epilépticas
- Úlceras

3.2.3. Ingesta compulsiva

Este trastorno también es conocido como el desorden de "atracon". Las personas que padecen este trastorno se dan frecuentes atracones, durante los cuales sienten que no pueden parar de comer. A menudo comen de prisa y a escondidas, o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día. Se sienten culpables y avergonzadas por su falta de control. Tienen todo un historial de fracaso con distintas dietas y regímenes. Suelen ser personas depresivas y obesas (Puchol 2002).

Estas personas experimentan frecuentes episodios de ingestión de comida de forma incontrolada y compulsiva, presentan un considerable exceso de peso con respecto al habitual con relación a su edad y estatura. Lo que diferencia a estas personas de las que sufren bulimia es que no purgan su cuerpo del exceso de calorías, por lo que presentan tal exceso de peso.

Los comedores compulsivos se ven con frecuencia atrapados en un ciclo de atascón-depresión. Después de un episodio de comer compulsivamente, surge la decisión de hacer una dieta y dejar de atascarse. Esta decisión no puede mantenerse, por lo que finalmente queda la persona con una gran culpa y depresión. Ilevándola al atracón por impotencia (West, 2002).

Los comedores compulsivos usan la comida como una manera de enfrentar el estrés, los conflictos emocionales y los problemas cotidianos. La comida puede anestesiar los sentimientos y emociones. Se sienten sin control y están conscientes de que sus patrones alimenticios son anormales.

Según Martínez (2001) los síntomas más frecuentes son:

- Episodios, más o menos frecuentes, de ingesta compulsiva e incontrolada
- Pensamientos recurrentes por todo lo relacionado con la comida
- Comer de forma excesiva, a pesar de no tener sensación de hambre

- La comida como forma de narcotización ante los problemas diarios
- Uso y abuso crónico de regímenes de adelgazamiento
- Escaso autocontrol emocional
- Incapacidad para dejar de comer voluntariamente
- Problemas de sobrepeso / obesidad
- Conciencia de que estos comportamientos son irregulares
- Fluctuaciones constantes en el propio peso corporal
- Estados de ánimo depresivos y de culpabilidad
- Sentimientos de vergüenza y autodesprecio
- Aislamiento / retraimiento social

Entre las consecuencias físicas más comunes se encuentran:

- Náuseas
- Sensación de hinchazón
- Problemas digestivos
- Dolor abdominal
- Incremento excesivo de peso corporal
- Aumento en los niveles de presión sanguínea
- Altos niveles de colesterol
- Trastornos en la vesícula biliar
- Riesgo de padecer diabetes
- Problemas cardiovasculares
- Ciertos tipos de cáncer asociados con la obesidad

3.2.4. Vigorexia

Este trastorno fue identificado y caracterizado hace nueve años por el psiquiatra Harrison G. Pope. Fue llamada anorexia reversa por Pope en sus primeros escritos y afecta principalmente a varones jóvenes, pero que también pueden sufrir jovencitas. Esta enfermedad se conoce también con el nombre de dismorfia muscular (por la morfología o forma tan exagerada de los músculos).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los afectados ven su cuerpo poco desarrollado, flaco, por lo que acuden asiduamente al gimnasio, se observan frecuentemente al espejo y llevan un control estricto tanto de su peso como del perímetro de sus bíceps y torso (Anaya 2002). Son personas con grandes dosis de insatisfacción personal y dificultades de relacionarse socialmente. Un vigorético no falta nunca al gimnasio y si lo hace tiene un enorme sentimiento de culpa.

Cuando el constante ejercicio hace el efecto esperado: crecimiento de la masa muscular, quienes sufren de vigorexia no lo ven así, creen que siguen débiles, por lo que recurren entonces a una alimentación rica en proteínas y carbohidratos, prescinden de las grasas y, en algunos casos, llegan a consumir hormona del crecimiento, esteroides y anabólicos (Motta y Collás, 2001). Estas sustancias ayudan a incrementar la masa muscular, pero ocasionan problemas como hirsutismo (crecimiento excesivo de vello en la mujer) o priapismo (continua y dolorosa erección).

La dificultad de conseguir estas sustancias los obliga a recurrir al mercado negro donde aparecen productos fraudulentos, adulterados, y sin ninguna garantía sanitaria. A su vez, el gasto ocasionado por esta obsesión puede sumarse al bajo rendimiento (o incluso al fracaso laboral), poniendo en serio peligro su propia situación económica y la de su familia (Alonso, 2000).

Las grandes sesiones de entrenamiento, así como las dietas mal balanceadas y las drogas que ingieren, los llevan a sufrir padecimientos cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos y a tener mayor probabilidades de sufrir cáncer de próstata. A esas complicaciones se agregan problemas óseos y articulares por el peso extra que soporta el esqueleto, falta de agilidad y acortamiento de músculos y tendones. Los hombres que padecen de vigorexia continúan levantando pesas, por ejemplo, aunque estén lesionados. La compulsión por volverse más y más musculosos es mucho más fuerte que el temor de tener un accidente o enfermarse.

Su aspecto físico no los delata ante los demás, ya que están musculosos y aparentemente en muy buen estado físico. Los amigos y familiares de los vigoréticos pueden detectar que algo funciona mal cuando empiezan a notar la desproporción entre cuerpo y cabeza, pues el torso aumenta más de volumen y la cabeza parece hundirse en sus hombros (Anaya 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, no todos lo que hacen ejercicio a diario y se preocupan por la imagen son vigorexícos. Quienes caen en este trastorno se caracterizan porque abandonan cualquier afición que no sea la de desarrollar los músculos, adaptan sus responsabilidades laborales o de estudios a las horas de ejercicio físico, con lo que desciende su rendimiento e incluso permiten que se resientan sus relaciones sexuales con tal de ahorrar energías.

Este no es un trastorno estrictamente alimentario, pero sí comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Por su parte, Levin (citado en Motta y Colías, 2001) indica que en algunos casos las personas que presentan anorexia nerviosa también muestran principios de vigorexia. Con esta patología también pueden surgir algunos comportamientos bulímicos, pues con tal de estar en forma y no dejar de gozar de ciertos alimentos, ciertos vigorexícos se inducen el vómito.

3.2.5. Otros trastornos psicósomáticos

Como ya hemos visto, los trastornos psicósomáticos son síntomas físicos producidos por factores emocionales.

Existen algunos trastornos psicósomáticos que provocan cierto tipo de lesiones deformantes en la cara y otras partes del cuerpo. Estos trastornos crean en el individuo pena, malestar o repelencia por su aspecto físico y pasan demasiado tiempo haciendo cosas que les ayuden a disimular o mejorar su apariencia.

La siguiente es una lista de enfermedades psicósomáticas que tienen una repercusión en la imagen corporal (Caballo, Buéla-Casal y Carrobbles 1996):

- a) Trastornos inmunológicos:
 - Gripe
 - Herpes (erupción en la piel acompañada de comezón)
 - Tuberculosis.
- b) Trastornos dermatológicos (enfermedades de la piel):
 - Prurito (comezón)
 - Sudoración excesiva
 - Dermatitis (inflamación de la piel)
 - Alopecia (caída o pérdida del pelo)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Acné (llagas pequeñas en la piel).
- c) Trastornos musculares:
 - Aumento del tono muscular
 - Tics (movimiento convulsivo habitual de ciertos músculos, principalmente del rostro)
 - Temblores y contracturas musculares mantenidas
 - Alteración de reflejos musculares.
- d) Trastornos sexuales:
 - impotencia
 - eyaculación precoz
 - coito doloroso
 - Vaginismo.

Los individuos que padecen alguna de estas enfermedades psicosomáticas también tienen miedo a ser vistos como ridículos o feos, temen ser rechazados por familiares y amigos.

Pero a diferencia de los trastornos de alimentación, los temores que acompañan a los trastornos psicosomáticos no son creados por algún defecto imaginario de la apariencia física. En este caso, el defecto es real, sin embargo, el individuo también puede percibir su defecto mayor de lo que en verdad es.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. CONCLUSIONES

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud emocional en general. Por autoestima entendemos la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, timidez y ansiedad social (Montt y Ulloa, 1996). El déficit de autoestima también ha sido asociado a la soledad; en general al síndrome de absentismo escolar y a la mayor parte de problemas sociales como delincuencia, marginación, prostitución, toxicomanías.

Por otra parte, una autoestima positiva propicia el desarrollo de una personalidad sana, en la que el individuo se siente satisfecho consigo mismo y con sus relaciones interpersonales. Una autoestima alta suele ir asociada con alta motivación de logro, una red social extendida, e incluso mejores niveles de defensa inmunológica. Esta se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros individuos y consigo mismo, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar (Pope, McHale y Craighead, 1988).

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias tienden a desarrollar un ideal muy alto, el que muchos jóvenes sienten que no pueden alcanzar. Este ideal puede constituirse en una fuente principal de amenazas a la autoestima.

En esta etapa la autoestima influye mucho sobre el comportamiento. Los adolescentes suelen comportarse acorde a cómo se ven y por ende de acuerdo la autoestima que tienen. A la vez, su comportamiento suele confirmar la imagen que de ellos mismos tienen: es un círculo cerrado que no hace más que reforzar sus actitudes y sus puntos de vista básicos. La autoestima influye en sus relaciones y recibe también la influencia de éstas. (Clark, Clemes y Bean, 1998). Por lo que ser valorado de forma positiva por las otras

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

personas puede fortalecer la autoestima del adolescente y ser rechazado por los otros puede reducirla.

Este círculo nos lleva a describir lo que algunos autores como Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002) denominan profecía autocumplida, que consiste en que los individuos se valoren ajustando las percepciones que tienen de ellos las personas que los rodean para que coincidan con la autoestima percibida de sí mismos. El adolescente con autoestima alta tiende a manifestar éxito, mientras que el joven con autoestima baja tiende a manifestar fracaso, la imagen de él mismo se convierte en una profecía autocumplida que a menudo es incapaz de invertir (Mruk, 1998).

Como veíamos en el primer capítulo, la autoestima está vinculada a diversas áreas para el desarrollo del adolescente; una de esas áreas es la del aspecto físico. La autoestima del individuo en esta área se basa en la satisfacción de cómo es y actúa su cuerpo.

El aspecto físico es una preocupación mucho más aguda en la adolescencia que en cualquier otro período de la vida. Durante esta etapa aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis. En los hombres se produce un incremento significativo en la masa muscular. Todo esto provoca cambios corporales importantes. Estos cambios físicos obligan al adolescente a ser más consciente de su cuerpo, ya que pierde la seguridad que le daba un cuerpo que le era familiar para entrar en contacto con nuevas sensaciones, rasgos y proporciones corporales. Le es difícil adaptarse a estos cambios y a las opiniones que recibe de los demás. El estatus del individuo en un grupo se ve alterado ya que la aceptación depende ahora de su actuación en un rol social de hombre o mujer, cuya efectividad está fuertemente determinada por los rasgos físicos.

La manera en que el adolescente se concibe a sí mismo, es una extensión de las opiniones y actitudes del grupo al que pertenece, especialmente al de sus coetáneos (Montt y Ulloa, 1996). De modo que lo importante no sólo consiste en lo que la persona es físicamente, sino lo que percibe que es de acuerdo con los parámetros de su grupo social.

Las características que componen la imagen corporal del individuo son: peso, talla, gestos, forma de caminar, sonrisa, masculinidad o feminidad, postura, condiciones de la piel, atractivo físico o falta del mismo, habilidad o torpeza. Estos son los factores que forman la imagen corporal, misma que, como ya mencionamos, constituye el centro del autoconcepto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

del adolescente. Sin embargo, además del aspecto físico, el autoconcepto se forma de otros factores, por ejemplo: actitudes, experiencias pasadas, esperanzas, ambiciones, fracasos, recuerdos de logros, errores y todo aquello que afecta la personalidad del individuo y su relación con los demás. El autoconcepto también se ve influido por los valores personales, ideales, principios, odios, temores y alegrías (Schneiders, 1965).

En la actualidad se considera que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de las experiencias reales que obtuvo en su desarrollo, es decir, de cómo 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 adolescente idealiza el cuerpo que debe tener. (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Un marco general que ha servido de base para las investigaciones sobre la relación entre el autoconcepto y la distorsión de la imagen corporal ha sido la teoría de la autodiscrepancia. Este enfoque teórico ofrece un modelo para analizar las inconsistencias internas entre el autoconcepto real o actual y el ideal, que pueden estar relacionados con la aparición o desarrollo de las alteraciones en la imagen corporal (De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999). El autoconcepto real o actual hace referencia a cómo se ve el propio individuo y como cree que lo ven los demás. El autoconcepto ideal incluirá aquellos atributos ideales que le gustaría poseer al individuo o piensa que a los demás les gustaría ver en él, y aquellos, los cuales, piensa que los demás opinan tendría la obligación de poseer. El autoconcepto ideal representa la evaluación que hace la persona referida a determinadas normas o metas. Este proceso autoevaluativo es similar al experimentado al considerar la apariencia corporal. De este modo, la autodiscrepancia puede ser el origen del malestar expresado por los adolescentes cuando no alcanzan el ideal de imagen corporal.

El adolescente tiende a ser idealista y se inclina fuertemente al desarrollo de un ideal de imagen corporal demasiado perfeccionista. Cuando está insatisfecho con su imagen corporal, la cual cree que tienen de él los demás, entonces trata de alterar su apariencia personal. Presta atención a los anuncios de revistas y televisión; experimenta por medio de ensayo y error técnicas para modificar su cuerpo, así como su apariencia personal. Los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

medios de comunicación y los héroes del atletismo contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal (Schonfield, 1973), ya que manipulan esa tendencia a la intolerancia de la imagen corporal de los adolescentes vendiéndoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que se pasan la adolescencia sin barros ni problemas de peso. Como muchos adolescentes son muy sensibles a su apariencia física y pasan horas frente al espejo, a menudo esta discrepancia entre su imagen menos que perfecta y los ideales radiantes que ven en los medios causan ansiedad y dudas sobre su persona.

Esta insatisfacción por la propia imagen corporal también podría describirse como una discrepancia entre la valoración de la imagen corporal que hace el propio adolescente y determinados cánones estéticos socialmente reconocidos. Estos cánones estéticos se inscriben dentro de los factores socioculturales predominantes que conforman lo que se ha denominado cultura de la delgadez. Fichter (1990, citado en Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002) menciona que la cultura de la delgadez tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes que buscan su identidad, en los que suprimen o no reconocen sus propias capacidades y, por lo tanto, no son capaces de expresarlas. Estas personas dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás, por lo que si se desvían de la persecución del ideal corporal puede traer consigo graves crisis y, en casos extremos, forzarlos a someter a su cuerpo a condiciones anómalas para conseguir dicho ideal.

Esta imagen corporal siempre ha sido 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). Hurllock (1973), indica que 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.

Para comprobar esta relación que existe entre autoestima, imagen corporal y género De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, (1999) realizaron un estudio en el cual examinaron el autoconcepto físico en adolescentes de ambos sexos. Los varones se describen con una mayor autoestima, un mayor atractivo físico y una mejor forma física que las mujeres adolescentes. Las mujeres mostraron una valoración más pobre del físico global, una menor autoestima y atractivo físico, así como una mayor insatisfacción con la imagen corporal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra investigación que demuestra esta diferencia es la de Estrada y Zúñiga (1997), que estudiaron adolescentes de ambos sexos. 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.

De este modo, encontramos que la preocupación por el aspecto físico, la autoimagen general y una sobrevaloración del cuerpo afectan a los adolescentes de ambos sexos, sin embargo, parece ser que las más afectadas son las mujeres. Este hecho se ha relacionado con una diferente presión y valoración sociocultural de los estereotipos masculinos y femeninos considerados como normativos. En adolescentes varones, el estereotipo clásico facilita que experimenten una mayor presión social hacia un ejercicio físico que propicie una imagen de fuerza y potencia, mientras que los modelos femeninos propician, generalmente, una actividad física dirigida a la consecución de una imagen corporal que refleja un cuerpo delgado. A esto hay que añadir que las adolescentes están fuertemente condicionadas hacia un vestuario y unos adornos de moda que destacan aquellas partes del cuerpo (caderas, cintura) que encajan dentro de un estereotipo socialmente admitido de la figura femenina que propicia la delgadez.

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 y Richards, 1996).

También se han hecho supuestos con respecto a que la preocupación con la forma y la apariencia del cuerpo no sólo se relaciona con el género, sino que además se relaciona o se encuentra en función de la edad y que esta "obsesión" con el peso y tamaño del cuerpo llega a ser firmemente establecida durante la adolescencia (Estrada y Zúñiga, 1997).

Se ha reportado que la distorsión de la imagen corporal es mayor en adolescentes que en adultos jóvenes. Para comprobar esto Halmi, Goldberg y Cunningham (1977) realizaron un estudio de la distorsión de la imagen corporal en adolescentes mujeres con peso normal y edades de 10 a 19 años, encontrando una tendencia a sobreestimar la anchura del cuerpo y a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

subestimar la longitud corporal, así como una asociación entre las edades más jóvenes y el grado de sobrestimación de la anchura corporal. También, otros estudios indicaron que los adolescentes sobrestiman su tamaño corporal, mientras que los adultos jóvenes no lo hacen. Estos resultados han llevado a hipotetizar que a habilidad para reportar exactamente la imagen corporal involucra desarrollo perceptual y maduracional (Button, Fransella y Slude, 1977, citados en Brodie, Bagley y Slade, 1994).

Así mismo 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. Emplearon dos grupos: uno de preadolescentes y el otro de muchachas postadolescentes. Concluyendo que los disturbios en la imagen corporal no se relacionan 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.

Esta insatisfacción corporal de la que hemos hablado es el principal predictor del trastorno alimentario en la adolescencia. Las alteraciones en la imagen corporal pueden ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y podrían actuar como un factor de riesgo que predispone, precipita o mantiene las patologías alimentarias. 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 (Shisslak y Crugo, 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 y Richards, 1996). Estos cambios corporales pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes.

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, las adolescentes con peso normal o delgadas, se consideran obesas y tratan de perder kilos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los diferentes estudios realizados con muestras de adolescentes se han encontrado asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima y conductas asociadas con desórdenes del comer. De esta manera, un cuerpo percibido negativamente, así como la insatisfacción corporal que trae consigo, se relacionarán si no con trastornos alimentarios si con factores de riesgo asociados con ellos.

En México se han realizado pocos estudios acerca de desórdenes alimentarios. Uno de estos es el de Holtz (1992), que utilizó 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. Los resultados de este estudio señalaron que la media del peso de los adolescentes de la muestra, se encontraba dentro de los rangos normales para su 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%), 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, preparatoria y licenciatura de escuelas públicas y privadas. 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 sí 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 de Gómez (1993), 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 sobrepeso. También encontró patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas bulimianoréxicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En otro estudio, Álvarez, Franco, Vázquez, López. (2002) cuyo objetivo fue evaluaron la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: influencia del modelo estético corporal e insatisfacción con la imagen corporal. Participaron 1000 mujeres con un rango de edad de 15 a 29 años. Se aplicaron cuatro instrumentos: EAT-40 (test de actitudes alimentarias, BULIT (test de bulimia) BSQ (cuestionario de imagen corporal) y CIMEC (cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal). Los resultados reportaron que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentaron significativamente mayor insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso, así como mayor susceptibilidad a la asimilación del modelo estético corporal social (delgadez), específicamente a través de la publicidad, los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales. que las jóvenes con sintomatología de tipo anoréxico. Finalmente, se observó que la motivación para adelgazar y la preocupación por la comida se correlaciona con la presencia de insatisfacción corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia.

En general, los estudios aquí mencionados indican que los trastornos de imagen corporal, así como los trastornos alimentarios que surgen en la adolescencia principalmente y algunos trastornos psicósomáticos están estrechamente relacionados con el autoconcepto y por lo tanto con la autoestima que posee el individuo.

Así, la prevención es esencial para la disminución en la aparición de nuevos casos de este tipo de trastornos en adolescentes. La labor de la escuela (información), la familia (formación en valores) y los medios de comunicación (divulgación) no se debe menospreciar y se debería considerar como estrategia de intervención prioritaria frente a este tipo de problemas. Por lo pronto podemos afirmar que un método para prevenir los riesgos que se han citado en la relación existente entre autoestima, imagen corporal y sus trastornos sería aprender a mejorar la propia autoestima. Fomentar una buena autoestima desde la infancia para evitar su déficit es la estrategia más adecuada y eficaz que pueden poseer los adolescentes para que sepan enfrentarse con éxito a las presiones del ambiente en que viven.

En este sentido, las investigaciones sobre autoestima que se presentaron en el primer capítulo demuestran que un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

le presentan, para trabajar productivamente y ser autosuficiente. También posee una mayor conciencia del rumbo que sigue, cosa que no le ocurre al adolescente con poca autoestima. Y lo que es más, si el adolescente termina esa etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

Abell, S. & Richards, M. (1996). *The relation between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences.* Journal of Youth and Adolescence, 25 (5), 691-703.

Abraham, S. (1996). Anorexia y bulimia. Desórdenes alimentarios. Madrid: Alianza Editorial Madrid.

Acevedo, J. (2001). *Comparación del autoconcepto entre deportistas y no deportistas de ambos géneros.* Revista Mexicana de Psicología, 18 (1), 12-13.

Alonso, J. (2000). La adicción al gimnasio: Vigorexia o complejo de Adonis. [En red]. Disponible en: www.mifarmacia.es.

Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R. & López, X. (2002). Asociación entre Insatisfacción con la Imagen Corporal y la Sintomatología de Trastorno Alimentario. [En red]. Disponible en: [http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/psicologia_cartel/43.html](http://www.iztacala.unam.mx coloquio/psicologia_cartel/43.html).

Álvarez, G. & Mení, B. (2001). Bulimia y anorexia. [En red]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>.

Anaya, R. (2002). Hombres atléticos. [En red]. Disponible en: <http://www.siempre.com.mx/ciencia2571.html>.

Aspetia, E. (2003). Los beneficios Psicológicos del ejercicio. [En red]. Disponible en: http://www.saludnutricion.com/scripts/salud.dll/los_beneficios_psicologicos_del_ejercicio.htm.

Ballester, D., De Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). *Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia* Actas Esp Psiquiatr, 30 (4), 207-212.

TESIS CON ESTA TESIS NO SALE FALLA DE ORIGEN LA BIBLIOTECA

- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López, C. & Ostrosky, A. (1995). *Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad*. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 20-34.
- Benjet, C. & Hernández, L. (2001). *Un estudio longitudinal del impacto de la maduración puberal sobre la sintomatología depresiva, sintomatología externalizada, autoestima, e imagen corporal*. Revista Mexicana de Psicología, 18 (1), 118.
- Bermúdez, M. (1998). La autoestima como estrategia de prevención. En C. Guela, R. Fernández & J. Carrasco (Ed.), Psicología preventiva. (137-146) Madrid: Pirámide.
- Bermúdez, M. (2000). Déficit de autoestima. Evaluación tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Bonct, J. (1984). Sé amigo de ti mismo. Manual de autoestima. Bilbao: Sal Terrace.
- Branden, N. (2002). Los seis pilares de la autoestima. México: Paidós.
- Brodie, D., Bagley, K. & Slade, P. (1994). *Body image perception in pre and post adolescent females*. Journal of perceptual and motor skills, 78, 147-154.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Caballo, V., Buela-Casal, G. & Carrobes, J. (1996). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Madrid: Siglo XX.
- Ceballos, A. (2001) La adolescencia y la figura corporal. [En red]. Disponible en: <http://www.citimed.com.mx/figuracorp00.asp>.
- Clark, A., Clemes, H. & Bean, R. (1987). Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes. España: Debate.

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

Cortés, A., Flores, G., Carrillo, T. & Reyes, L. (2000). *Autoconcepto y ambiente familiar en niños*. Psicología Social en México, 8, 127-133.

Crispo, R., Figueroa, E. & Guclar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.

De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. & Juan, J. (1999). *Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes*. Psiquis, 20 (1), 27-38.

Escobar, G. (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. Universidad Iberoamericana, México

Espinosa, F. & Reyes, L. (2000). *El autoconcepto: Su relación con el ambiente familiar y con la orientación individual*. Psicología Social en México, 8, 143-149.

Estrada, R. & Zúñiga, F. (1997). *Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autopercepción de esta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Fac. de Psicología., México.

Foon, A. (1988). *The relationship between school type and adolescent self esteem, attribution styles and adolescent self-esteem, attribution styles, and affiliation needs: Implications for Educational outcome*. British Journal of Education Psychology, 58, 44-54.

Garrison, M. & Loredó, O. (1996). Psicología. México: McGraw-Hill.

Gil, R. (1997). Manual para tutorías y departamentos de orientación. Madrid: Escuela española.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Gómez, G. (1998). *Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?* Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33.

González, G. (2001). *Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido*. Perinatol Reprod Hum, 15 (2), 145-151.

González-Forza, C. y Ramos, L. (2000). *Una Evaluación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Adolescentes Estudiantes*. Psicología Social en México, 8, 290-296.

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

Halmi, K., Goldberg, S. & Cunningham, S. (1977). *Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence*. Psychological medicine, 7, 147-154.

Holtz, V. (1992). *Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria*. Tesis Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México

Holtz, V. (1995). *Antecedentes históricos de la anorexia nervosa*. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-13.

Horrocks, J. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

Hurlock, E. (1973). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

Juárez, G. (2002). *La meditación y los trastornos psicósomáticos*. En S. López (coord.), La corporal y lo psicósomático. Reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Valdés.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

López, S. (2002). *Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación*. En S. López, (coor.), Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Valdes.

Márquez, S. (1995). *Beneficios psicológicos de la actividad física*. Revista de Psicología General y Aplicada, 48 (1), 185-206.

Martínez, M. (2001). Los trastornos de la alimentación. [En red]. Disponible en: <http://www.adigital.incc.es-crietalb/ponencia2.htm>.

McKinney, J., Fitzgerald, H. & Strommen, E. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: El Manual Moderno.

Montt, M. & Ulloa, F. (1996). *Autoestima y salud mental en los adolescentes*. Salud Mental, 19 (3), 30-35.

Motta, J. & Colias, Y. (2001). *Vigorexia: Culto al músculo*. Quo El saber actual, 39 16-20.

Mruk, C. (1998). Auto-Estima. Investigación, teoría y práctica. España : Descleé de Brouwer.

Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdes.

Onnis, L. (1996). Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. España: Paidós.

Platas, Pineda & Gómez (2000). *Percepción de la relación materna y conducta alimentarias de riesgo*. Psicología Social en México, 8. 668-675.

Pope, A., McHale, S. & Craighead, W. (1988). Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes. España: Martínez Roca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Puchol, D. (2002). Los trastornos de la alimentación: Anorexia, Bulimia e Ingesta compulsiva. [En red]. Disponible en: <http://www.psicoadictiva.com/arti/revista58.htm>

Raich, R. (1998). *Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal*. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 15-27.

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

Rausch, C., & Bay L. (1993). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Argentina: Paidós.

Rivera, M. (2002). *La adolescencia, el cuerpo y la salud*. En S. López (coor.). Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Valdés.

Rodríguez, V., Rigalt C. & Fernández, M. (2001). Imagen corporal y hábitos alimenticios en estudiantes universitarias. Revista Mexicana de Psicología, 18 (1), 171.

Salvador, A., Suay, F., Martínez, S., González, E., Rodríguez, M. & Gilabert, A. (1995). *Deporte y salud: Efectos de la actividad deportiva sobre el bienestar psicológico y mecanismos hormonales subyacentes*. Revista de Psicología General y Aplicada, 48 (1), 125-137.

Sánchez, A. (2001). *Autoestima y habilidades sociales en adolescentes*. Psicología Iberoamericana, 9 (4), 36-45.

Schonfield, W. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. Buenos Aires: Paidós.

Schoreder, S. (1992). Diagnostico clinico y tratamiento. México. Manual Moderno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Schneiders, A. (1965). Adolescents and the challenge of maturity. Nueva York: The Bruce Publishing Co.

Secadas, F. & Serrano, G. (1983). Psicología evolutiva. 14 años. España: Ediciones CEAC.

Shisslak, C. & Crago, M. (1987). *Primary prevention of eating disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 660-667.

Stuardo, A. (2001). Desarrollo Humano Adolescente. [En red]. Disponible en: http://www.sexualidadjoven.cl/Tribunal/sexualidad_infol_anticonc_ets.htm.

Tercero, G. (1998). La imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino [En red]. Disponible en: <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/adolescente-fem.htm>.

Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). *Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años*. Salud Mental, 25 (2), 49-57.

West, E. (2002). Trastornos de la alimentación. [En red]. Disponible en: <http://www.juvat-ellenwest.com/trastornos.html>.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN