



**Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario**

“Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes”

Tesista: Cetraro, Paola

Tutor: Muraca, Francisco

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: Noviembre 2011



Universidad Abierta Interamericana

Resumen

Resumen

Los trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, por lo menos en un 90% son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

El objetivo de este estudio de campo, descriptivo y transversal, fue identificar las conductas de riesgo de trastornos de alimentación y analizar la relación existente con la autoestima e insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes correspondientes al nivel secundario de la Escuela de Enseñanza Media n° 1427 de Alvear.

Para ello se trabajo con una muestra de 40 adolescentes, 20 alumnas de 2° año y 20 de 3° año. Se utilizó un cuestionario para detectar conductas alimentarias de riesgo, el test de autoestima AF-5 de los autores Musitu y García y el test de la figura humana de Karen Machover, estos fueron analizados y puntuados; y posteriormente analizados estadísticamente.

Los hallazgos sugieren que las conductas de riesgos de trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, en la adolescencia, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo que se entiende que a menor distorsión, menor conductas de riesgos.

Y se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menor conductas alimentarias de riesgo mayor va a ser la autoestima y viceversa.

Palabras claves: trastornos de alimentación, imagen corporal, autoestima.



Universidad Abierta Interamericana

Prólogo

Prólogo

A través de esta investigación pretendemos introducirnos en la problemática correspondiente a los riesgos de trastornos de alimentación en la adolescencia, enfocándonos en reconocer conductas alimentarias de riesgos y su relación con la autoestima e imagen corporal.

Trabajar estos riesgos en la adolescencia es de suma importancia, ya que ésta es un periodo de gran vulnerabilidad, donde se producen cambios físicos y psíquicos, los cuales comienzan a experimentarse y a incorporarse. Es una etapa caracterizada por la búsqueda de la identidad.

Introducir a los adolescentes en esta temática es fundamental para que puedan tomar actitudes favorables frente a esta problemática actual y tan frecuente durante esa etapa.



Universidad Abierta Interamericana

Agradecimientos

Agradecimientos

Quiero agradecer a la vice-directora y maestras de la Escuela de Enseñanza media n° 1427 de Alvear, por abrirme sus puertas y brindarme el espacio para la realización de esta investigación.

A las alumnas por su colaboración, participación y predisposición en la realización del taller, el cuestionario y los tests.

Al tutor de mi tesis el Ps. Francisco Muraca por sus valiosos aportes y dedicación en la realización de la misma.

A las Ps. Ana María Bernia y Laura París por sus aportes y consejos.

A mis compañeros, amigos y futuros colegas Magali Yocco Giaganti y Germán López, por su compañía y ayuda.

De modo muy especial a mi novio, a mi mamá, mi papá y mi hermana por tanta contención, cariño, compañía, y por estar siempre.

A toda mi familia en general y a mis amigas por estar presentes.



Universidad Abierta Interamericana

Índice

Índice

1. Capítulo 1: Introducción.....	Pág. 10 a 12
a. Hipótesis.....	Pág. 13
b. Objetivos.....	Pág. 13
2. Capítulo 2: Marco teórico.....	Pág. 14 a 34
3. Antecedentes sobre el tema o estado del arte.....	Pág. 35 a 42
4. Esquema de la investigación.....	Pág. 43
a. Área de estudio.....	Pág. 44
b. Tipo de investigación.	Pág. 45
c. Tipo de estudio.....	Pág. 45
d. Población y muestra.	Pág. 46
e. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	Pág. 47 a 53
5. Trabajo de campo.....	Pág. 54 a 69
6. Resultados y Conclusiones.....	Pág. 70 a 75
7. Bibliografía.....	Pág. 76 a 78
8. Anexo y Apéndice.....	Pág. 78 a 81



Universidad Abierta Interamericana

Introducción

Introducción

Los trastornos de alimentación según el DSM IV¹ se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Afirma también que por lo menos un 90% de las personas que padecen estos trastornos son mujeres, que raras veces se inicia antes de la pubertad y que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años, por todo lo expuesto nos pareció de suma importancia trabajar con adolescentes de entre 14 y 16 años para detectar la existencia de conductas de riesgos de trastornos de alimentación.

Los adolescentes son los que corren más riesgo debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aun criterios y valores propios que les permita escapar de la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado.

Entendemos a la adolescencia como un período donde ocurren grandes cambios físicos y emocionales en un corto lapso por lo que el rápido crecimiento y desarrollo hace difícil la integración de estos cambios a la imagen corporal.

La imagen que tenemos de nosotros mismos tiene como uno de sus componentes principales la corporal, la cual representa las percepciones e ideas en relación con nuestro propio cuerpo, y juega un relevante papel en la constitución de la autoestima personal. En ocasiones la imagen que tenemos de nuestro cuerpo no nos complace y la rechazamos en

¹ Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar, 2008. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid.

función de que no se corresponde con el ideal de belleza que predomina en el grupo o entorno social.

El modo en que nos sentimos con nuestra imagen corporal influye en la manera que nos valoramos, y también en nuestro malestar o bienestar, en dependencia del tipo de emociones y sentimientos que nos provoca.

El malestar producido por la percepción negativa de la imagen corporal, establece, probablemente, el principal factor que precede a la decisión de adelgazar, constituyendo el inicio de la mayoría de los trastornos de alimentación.

El cuerpo se convierte en el objeto a perfeccionar, hasta lograr la belleza máxima, según los cánones sociales de la actualidad, siempre jóvenes, bellas y delgadas, sin importar las consecuencias, ni medir que es lo saludable, el cuerpo adolescente se encuentra, especialmente, investido desde lo social en su dimensión estética. Juventud y delgadez se equiparan a belleza y éxito.

La baja autoestima, la insatisfacción por la imagen corporal, provoca una situación de estrés y pueden desencadenar la modificación del comportamiento alimentario produciendo la aparición de distintos cuadros de trastornos de la alimentación, por tal motivo decidimos realizar esta investigación para poder describir la relación existente entre las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, la insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima en las adolescentes, ya que es muy importante poder detectar estas alteraciones para poder prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Se va a abordar a través de un estudio descriptivo, de campo, de tipo cualitativo, transversal, en el cual se va a incluir un cuestionario para analizar la incidencia de conductas alimentaria de riesgo en las adolescentes, un test sobre imagen corporal y otro para analizar el nivel de autoestima que poseen.

Nos parece de suma importancia trabajar con las adolescentes su imagen corporal, que sentimientos les provoca, si les causa insatisfacción, o la perciben de forma distorsionada, como también que grados de autoestima poseen para poder determinar su influencia en las conductas alimentarias de riesgos.

Hipótesis

Las conductas de riesgo de trastornos de alimentación están asociadas a la preocupación e insatisfacción por la imagen corporal y a la baja autoestima.

Objetivos del trabajo

- **Objetivo General**

1. Identificar las conductas de riesgo de trastornos de alimentación y analizar la relación existente con la autoestima e insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes.

- **Objetivos específicos**

1.1 Identificar las conductas alimentarias de riesgo.

1.2 Evaluar los niveles de autoestima.

1.3 Analizar la insatisfacción por la imagen corporal.

1.4 Describir las relaciones existentes entre conductas de riesgo de trastornos de alimentación, autoestima e insatisfacción por la imagen corporal.



Universidad Abierta Interamericana

Marco teórico

TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

Los trastornos alimentarios² se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

ANOREXIA NERVIOSA.

Características diagnósticas:

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura).

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a

² Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar, 2008. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid.

unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

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

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Subtipos.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo.

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

Tipo compulsivo/purgativo.

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también

recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.

Curso.

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa.

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

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

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo:

Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo:

Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

BULIMIA NERVIOSA.

Características diagnósticas

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso.

Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos.

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

Por lo menos un 90 % de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres.

Curso.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa.

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

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

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

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

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

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

Especificar tipo.

Tipo purgativo:

Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo:

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

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

- **CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.**

En la anorexia nerviosa:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

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

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, ej. con la administración de estrógenos.)

En la bulimia nerviosa:

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

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

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

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

- **IMAGEN CORPORAL.**

F. Doltó³, va a hablar de la diferenciación de éstos dos términos, señala que el esquema corporal "especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época, o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable".

En principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana en circunstancias más o menos iguales, pero la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno, ya que está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente, pudiéndose tomarse en parte preconscious, y sólo hacerse consciente cuando se asocia al lenguaje, el cual "utiliza metáforas y metonimias referidas a la imagen del cuerpo, tanto en las mímicas, fundadas en el lenguaje, como en el lenguaje verbal"

³ Doltó, Françoise. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. 3a. ed. España: Ed. Paidós.

El substrato biológico se estructura así, en forma de esquema corporal, siendo este esquema corporal la abstracción de una vivencia del cuerpo en las cuatro dimensiones de la realidad, altura, anchura, profundidad y tiempo, que se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada, de los intercambios interhumanos, repetitivamente vividos a través de las sensaciones eróticas electivas, arcaicas o actuales. Desde la primera infancia es indispensable, para que la imagen del cuerpo se organice, que haya un continuo de percepciones repetidas y reconocidas sobre el cual se alternen percepciones, sucesivamente ausentes y presentes, y otras desconocidas y nuevas que el niño descubre y que lo cuestionan. Algunas las reconoce, otras lo sorprenden, y ante estas últimas que lo sorprenden, color, forma, percepción, persona, espacio desconocido, etc., es necesario que el adulto testigo le dé, mediante sonoridades, respuesta a su sorpresa. De esta manera, el campo de variación de las percepciones sutiles toleradas, vividas en seguridad puede ampliarse. Son percepciones insólitas primero, pero al asociarse a la presencia de la madre que conserva su habitus conocido y nombra las cosas, habla, y después la experiencia de la ausencia de la madre, seguida de su regreso, permiten al niño la memorización del vínculo que, integrado a su sensación, lo une a ella.

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrecruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro; pues si el esquema corporal y la imagen del cuerpo se hallan en relación es solo por los dos procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo, por una parte; y palabras unidas de otro para humanizar estas percepciones, por la otra parte.

Solo si la madre asiste a su hijo, la angustia de éste queda humanizada por percepciones sutiles tolerables y por palabras capaz de ser nombradas y evocadas. Este intercambio asegurador con la madre, con su madre, es para el bebé la prueba de una relación humana duradera, que será el modelo de las posteriores relaciones con el mundo de sus objetos.

Podemos entender entonces, que dado que los procesos de integración de la imagen del cuerpo dependen de una relación afectiva para desarrollarse, cualquier interrupción de esta comunicación y relación intersubjetiva, puede tener efectos dramáticos, que pueden resultar en trastornos psíquicos y somáticos, y en donde estos trastornos son la repetición, a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente.

Patología de la imagen corporal.

Cuando faltan las castraciones que los adultos hubiesen debido dar a sus pulsiones (ponerles límites), la libido queda ligada a una imagen del cuerpo inapropiada, arcaica o incestuosa. Teniendo un esquema corporal sin lesiones y maduro aparecen inhibiciones o descontroles en la utilización del mismo. Por ejemplo: tics, inhibición motriz con mutismo, enuresis, encopresis, bulimia, anorexia.

- ADOLESCENCIA.

Desde un punto de vista psicológico, la consideramos como una etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de ciertas tareas que le permiten alcanzar la autonomía y hacerse responsable de su propia vida. La forma que adquiere la realización de estas tareas está supeditada a las características de la poca en que al adolescente le toque vivir, amén de su particular situación familiar, de lugar, de género, de clase social.

Las tareas en cuestión han sido definidas de diversos modos, pero todos los autores coinciden en que es el momento en que se abandona la identidad infantil y se construye la de adulto, al mismo tiempo que se elabora la separación de la familia de origen. Françoise Doltó⁴, psicoanalista francesa, describe este pasaje metafóricamente como un segundo nacimiento (lo mismo proponía Rousseau hace más de un siglo), en el que el joven debe desprenderse poco a poco de la protección familiar, como al nacer se desprendió de la placenta. Esta autora compara el tiempo de la adolescencia con el momento en que las langostas pierden su caparazón y quedan indefensas mientras construyen uno nuevo. En el transcurso de este proceso de transformación, que no le resulta fácil, que muchas veces lo desconcierta o le provoca miedo e inseguridad, el adolescente suele presentar algunas manifestaciones preocupantes del punto de vista de los adultos de su entorno. Estas manifestaciones pueden abarcar, desde desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés

⁴ Doltó, F. (1989) *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires.

por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar, hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia o con temeridad, trastornos alimentarios, actos delictivos e intentos de suicidio (que, lamentablemente, en muchos casos son exitosos).

El adolescente se siente extraño. Los juegos y las cosas que antes le interesaban ya no ocupan su pensamiento. Apropiarse de su cuerpo y su sexualidad le lleva un tiempo, no es un proceso que se realice de un día para otro. Al principio disfruta de sus nuevos olores, su suciedad, su fealdad. Luego comienza a cuidarse, está pendiente de sentirse lindo, pasa horas y horas en el gimnasio o frente al espejo, aprendiendo a reconocerse en ese desconocido que éste le devuelve y en las nuevas sensaciones y urgencias que lo invaden. La ropa, los adornos, cobran en esta etapa una enorme importancia, forman parte de la nueva imagen de sí.

Ya no puede volverse a los padres en busca de consejo, porque ellos han dejado de representar para él el lugar del saber. Antes de adoptar un rol de adulto el adolescente se prepara mediante juegos y fantasías. Juega con ideologías, juega con la sexualidad, juega con pseudoadicciones (que cumplen para él la misma función que para el niño pequeño cumpla ese no con que responda al mandato adulto: le permiten diferenciarse del otro). Juega a tomar riesgos, juega, sobre todo, a ser grande, mucho antes de sentirse tal. Es reservado con relación a los adultos, pero al mismo tiempo que se esconde y defiende su intimidad, busca también exhibirse, escandalizar. La amenaza de pérdida de amor puede sumirlo en la depresión. Y la agresión que no puede expresar, por temor a destruir a los padres o provocar su angustia, se vuelve contra él mismo. Le rondan ideas de muerte, la del padre tirano, la de la madre incomprensiva, la de la novia que lo abandonó, la suya propia. Oscila entre el orgullo y el temor al ridículo, entre la omnipotencia y el desvalimiento, entre la fuerza y la impotencia.

Susana Quiroga⁵, profesora de Adolescencia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, divide la adolescencia en tres momentos: adolescencia temprana (entre 13

⁵ Quiroga, S. (1999) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires.

y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar; adolescencia media (entre 15 y 18 años), donde ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez. Entre estas problemáticas menciona: desasimiento de la autoridad de los padres, independencia económica, vivienda independiente, constitución de una pareja estable, elección de una profesión y/o un trabajo. Al principio de esta última etapa prima la confusión, luego aparece una mayor capacidad de reflexión y finalmente, afirma Quiroga, aumenta la tolerancia a la frustración y la aceptación de la incoherencia y complejidad del mundo adulto.

Para Donald Winnicott⁶, médico pediatra y psicoanalista inglés, el máximo bien del que puede disponer un adolescente es la libertad para tener ideas y actuar por impulso. Si se le otorga demasiada responsabilidad, si tiene que ser adulto demasiado pronto, pierde esta posibilidad de inmadurez, de rebelión y se empobrece su actividad imaginativa y su vida misma. La confrontación con los adultos en el plano simbólico (discusión de ideas) permite poner en juego la fantasía de asesinato (que suele presentarse con frecuencia bajo la forma de temor a que al otro le pase algo) sin llegar al asesinato en lo real. La función del adulto, dice Winnicott, no consiste en educar al adolescente, sino en sobrevivir a sus ataques: donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo. Y no es obligatorio que ello resulte agradable. El adolescente tantea si el otro realmente se interesa por escucharlo, antes de hablar de lo que siente. No se arriesga a confiar en alguien a menos de estar convencido de que éste trata de comprenderlo y que no va a desvalorizarlo o minimizar sus problemas. Valora que el adulto no se muestre omnipotente, que pueda expresar dudas y reconocer sus equivocaciones. Que pida su opinión, que lo invite a participar, que lo anime en sus proyectos en lugar de intentar demostrarle que son irrealizables, que lo considere un igual.

Cuando los padres no pueden aceptar a los hijos como seres independientes cuya vida no les pertenece, éstos tienden a desarrollar procesos de diferenciación patológica, autodestructivo (no comer, drogarse, suicidarse). El adolescente se torna peligroso porque

⁶ Winnicott, D. (1972) *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa.

quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, las opiniones y los valores de la generación anterior. Si los adultos se sienten amenazados por las críticas y la continua confrontación, pueden reaccionar expulsándolo (de la casa, de la escuela) o bien intentando doblegarlo por medio del temor a los peligros del afuera (la calle, las malas compañías, etc.). A menudo, la violencia de los adolescentes es consecuencia del abuso de poder de los adultos, que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño. Es así como se engendra el resentimiento. La de los padres del pedestal en el que se encontraban instalados en la infancia implica para el adolescente aceptar la falibilidad propia y la de los demás, caer en la cuenta de que no existe alguien sin falla, que todos podemos equivocarnos, que todos necesitamos de otros.

También los cambios corporales y la sexualidad del adolescente pueden representar una amenaza para el adulto, al enfrentarlo con el paso del tiempo. Con frecuencia siente envidia de y compite con el adolescente del mismo sexo, intentando demostrar que aún es superior (más fuerte, más inteligente, más hermoso o hermosa). En el caso de los padres, muchas veces buscan retener a los hijos provocando en ellos un sentimiento de culpabilidad por diversos medios (problemas económicos, enfermedad psicosomática, depresión), o bien haciéndoles la vida en el hogar demasiado cómoda (exceso de dinero, libertades sin obligaciones), lo que impide la rebelión y el alejamiento. A menudo eligen la escuela a la que los envían en función de sus propios deseos, sin tener en cuenta lo que el hijo o la hija quieren. El adolescente que es obligado de esta manera, suele presentar luego problemas de aprendizaje o de conducta.

Esto no significa que hay que dejarlos en completa libertad. El desafío a la autoridad, incluso las conductas delictivas, son un reclamo de límites. Todo adolescente busca la contención de los adultos. Para poder construir su propio espacio, encontrar su lugar en el mundo, necesita contar con mayores que lo respalden desde espacios reales (la casa, la escuela, el trabajo), brindándole reglas claras acerca de lo que está permitido y lo que no, y respetando a su vez esas mismas reglas. Las normas que una sociedad comparte y que permiten la convivencia social no son innatas, se van interiorizando a lo largo de la infancia y se cuestionan en la adolescencia. En esta época, las respuestas que el mundo circundante brinde al joven, contribuyen a consolidar, distorsionar, afianzar o destruir eso que llamamos ética, moral y convivencia social. No basta con poner límites y marcar valores, aunque esto

es imprescindible. Pero es igualmente esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de crear un proyecto y realizarlo.

El adolescente, afirmaban Arminda Aberasturi⁷ y Mauricio Knobel, debe realizar cuatro duelos: por su cuerpo infantil, por su identidad de niño, por los padres sobrevalorados de su infancia y por su bisexualidad, que debe abandonar.

AUTOESTIMA

Freud⁸ en *Introducción al Narcicismo*, plantea que en primer lugar, la autoestimación nos parece ser una expresión de la magnitud del yo. Todo lo que una persona posee o logra, cada residuo del sentimiento de la primera omnipotencia confirmado por su experiencia, ayuda a incrementar su autoestimación.

Al introducir la diferenciación de instintos sexuales e instintos del yo, tenemos que reconocer en la autoestimación una mínima relación con la libido narcisista. Nos apoyamos para ello en dos hechos fundamentales: el de que la autoestimación aparece intensificada en las parafrenias y debilitada en las neurosis de transferencia, y el de que en la vida erótica el no ser amado disminuye la autoestimación, y el serlo, la incrementa. Ya hemos indicado que el ser amado constituye el fin y la satisfacción en la elección narcisista de objeto.

No es difícil, además, observar que la carga de libido de los objetos no intensifica la autoestimación. La dependencia al objeto amado es causa de disminución de este sentimiento: el enamorado es humilde. El que ama pierde, por decirlo así, una parte de su narcicismo, y solo puede compensarla siendo amado. En todas estas relaciones parece permanecer enlazada la autoestimación con la participación narcisista en el amor.

La percepción de la impotencia, de la imposibilidad de amar, a causa de perturbaciones físicas o anímicas, disminuye extraordinariamente la autoestimación. A su juicio Freud plantea que esta es una de las causas del sentimiento de inferioridad del sujeto en las neurosis de transferencia. Pero la fuente principal de este sentimiento es el

⁷ Aberasturi, A. y Knobel, M. (1980) *La adolescencia normal*. Buenos Aires. Paidós.

⁸ Sigmund, Freud. (1914) *Introducción al narcicismo*. Ed. Amorrortu.

empobrecimiento del yo, resultante de las grandes cargas de libido que le son sustraídas, osea el daño del yo por las tendencias sexuales no sometidas ya a control alguno.

En la etiología de las neurosis, la inferioridad orgánica y un desarrollo imperfecto desempeña un papel insignificante, el mismo que el material de la percepción corriente actual en cuanto a la producción onírica. La neurosis se sirve de ella, como de un pretexto, lo mismo que de todos los demás factores que pueden servirle para ello. Decía Freud, si una paciente nos hace creer que ha tenido que enfermar de neurosis porque es fea, contrahecha y sin ningún atractivo, siendo imposible así que nadie la ame, no tardara otra en hacernos cambiar de opinión mostrándonos que permanece tenazmente refugiada en su neurosis y en su repulsa sexual, no obstante ser extraordinariamente deseable y deseada.

Las relaciones de la autoestimación con el erotismo (con las cargas libidinosas de objeto) pueden encerrarse en las siguientes formulas. Deben distinguirse dos casos, según que las cargas de libido sean ego-sintónicas o hayan sufrido, por lo contrario, una represión. En el primer caso (dado un empleo de la libido aceptado por el yo), el amor es estimado como cualquier actividad del yo. El amor en si, como anhelo y como privación, disminuye la autoestimación, mientras que ser amado o correspondido, habiendo vuelto el amor a sí mismo, la posesión del objeto amado, la intensifica de nuevo. Dado una represión de la libido, la carga libidinosa es sentida como un grave vaciamiento del yo, la satisfacción del amor se hace imposible, y el nuevo enriquecimiento del yo solo puede tener efecto retrayendo de los objetos la libido que los investía.

La evolución del yo consiste en un alejamiento del narcicismo primario y crea una intensa tendencia a conquistarlo de nuevo. Este alejamiento sucede por medio del desplazamiento de la libido sobre un yo ideal impuesto desde el exterior, y la satisfacción es proporcionada por el cumplimiento del ideal.

Una parte de la autoestima es primaria: el residuo del narcicismo infantil; otra procede de la omnipotencia confirmada por la experiencia (del cumplimiento del ideal); y una tercera, de la satisfacción de la libido objetal.

El Dr. Harry Campos Cervera⁹, médico psicoanalista y miembro didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) señaló que “La autoestima llevaría a pensar en un término narcisístico, pero está más bien vinculada al heredero del narcisismo que para Sigmund Freud es el Ideal del Yo”. A nivel técnico, “cuando se realiza la introyección de los padres, el Yo Ideal se transforma en Ideal del Yo; es decir, es un ideal ya con un recorte, por efecto de lo simbólico (el lenguaje). Ese Ideal del Yo, según Freud, es una instancia que autoobserva, cómo uno es y cómo uno quiere ser”.

Se suele dar la fórmula siguiente: “Si como uno es no está muy alejado del ideal que se quiere ser, uno se siente bien consigo mismo. Si el ideal es un ideal inalcanzable, eso produce un malestar con uno mismo”. “Psicoanalíticamente hablando, hay dos conceptos que serían equivalentes, Freud reemplazó uno con otro, y que son este Ideal y el Superyo y configura una parte del yo que cumple una función de autoobservación y es heredera del Complejo de Edipo”, siguió.

Por tanto, la autoestima sería el producto de la sustitución del narcisismo primitivo por una instancia ideal que a la vez compara permanentemente lo que somos y lo que queremos ser.

Campos Cervera explicó que el ser humano, nace con autoestima. “Todos nos queremos, por decir de alguna manera, pero por alguna razón, por influencia del entorno, del Superyo, de los padres o de otras situaciones, nuestro ideal aparece como inalcanzable: a uno le plantean el ideal cada vez más lejos. Y comparar lo que uno es con ese ideal tan distante, siempre hace sentir desvalorización, o lo que popularmente se indica como poca autoestima”. “Estamos bombardeados de cosas que no podemos alcanzar: la sociedad de consumo es infinita. Esto produce una insatisfacción en todos los campos producto de la situación inalcanzable”, dijo.

¿Qué pasa verdaderamente con la persona con baja autoestima?

Al tener tantas exigencias y estar en “falta”, “nos desvalorizamos y si eso ocurre, nos vemos impedidos de lograr distintos objetivos: si uno va a rendir un examen y piensa que

⁹ Campos Cervera. (1995). *Como afecta en la vida la baja autoestima*.

no sabe nada, entonces, lo van a aplazar y si concurre a una entrevista de trabajo y piensa que el resto es mejor, se le va a complicar”.

Cuando la autoestima es “baja”, incide sin duda sobre los más diversos aspectos de la vida como la capacidad de amar, trabajar y relacionarse con amigos, entre muchos otros.

Indicios que hacen que nos demos cuenta de ella “Por la posibilidad de desempeño personal. La depresión, por ejemplo, es también una patología de la autoestima. Se debe a una evaluación negativa de todos los hechos de la realidad”.

Para “reparar” su autoestima, muchos realizan grandes gastos en tratamientos, indumentaria, peluquería, operaciones, entre otros. “Eso es frustrante porque siempre se encuentra a alguien con mejor vestido o más lindo: entonces, genera frustración”, añadió.

Nathaniel Branden¹⁰, dirá, que la autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entendiendo por factores “internos” los factores que radican o están creados por el individuo –ideas o creencias, prácticas o conductas-. Entendiendo por factores “externos” los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas “significativas para nosotros”, las organizaciones y la cultura.

La autoestima influye directamente en nuestros actos. Hay una retroalimentación permanente entre nuestras acciones mundanas y nuestra autoestima. El nivel de autoestima influye en nuestra forma de actuar y nuestra forma de actuar influye en el nivel de nuestra autoestima.

¹⁰ Nathaniel Branden. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Ed. Paidós, México



Universidad Abierta Interamericana

Estado actual de los conocimientos sobre el tema

1- Antecedentes sobre el tema.

1) La doctora Mónica Facchini¹¹ describe en su artículo especial: La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?: a continuación un fragmento del artículo:

Las conductas relacionadas con la imagen corporal se encuentran fuertemente influidas por el aprendizaje y el medio sociocultural y a veces es difícil diferenciar lo que es moda, costumbre o patología, ya que esta última se construye en una historia singular y adquiere su perfil nosológico diferencial y específico en relación con el contexto de su producción

Por otra parte, el grado de aprobación que una persona tiene respecto de sí misma o autoconcepto abarca una peculiar articulación entre factores internos y externos, es decir, a aquellos que provienen de la comparación de los ideales propios con los determinados por personas significativas (padres y pares), entramados con los ideales impuestos por la sociedad.

Cabría preguntarse entonces ¿cuáles son y cuáles serán los efectos de los ideales imperantes en la cultura actual, hiperdelgados para las niñas e hipermusculosos para los varones, tanto en su versión adulta como infantil, sobre la frágil imagen corporal en desarrollo de los niños, niñas y adolescentes actuales?

En este sentido, se torna importante intentar discernir cómo se constituye la imagen corporal en el vínculo madre-hija y qué factores que puedan dar lugar a una cierta propensión a padecer un trastorno de la conducta alimentaria influyen sobre ella y, en relación a esto último, la relevancia que puede adquirir el entorno y su relación con la prevención.

¹¹ Mónica Facchini, (2006). *La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?* Archivos Argentinos de Pediatría.

2) Lora Cortez y Saucedo Molina¹², trabajaron sobre Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México:

El objetivo de este estudio fue analizar la distribución y la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de mujeres adultas de 25 a 45 años de edad, de la Ciudad de México.

Para la recopilación de los datos se empleó parte de un instrumento autoaplicable que mide conductas alimentarias de riesgo (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios). La imagen corporal se midió mediante dos dimensiones: a) percepción de la imagen y b) satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El IMC se obtuvo a partir del autoreporte de peso y talla de los sujetos de estudio. Los puntos de corte empleados fueron los recomendados por el Comité de Expertos (OMS).

Los porcentajes obtenidos en cuanto a la percepción de la imagen corporal, fueron: 0.9% se percibió muy delgada, 15.3% delgadas, 44.4% se percibió normal, 32.6% con sobrepeso y 6.8% con obesidad. De la muestra 78.8% afirmó estar insatisfecha con su imagen corporal; 70.1% quería tener una figura más delgada.

Los hallazgos permitieron confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, en población de mujeres adultas. Si bien dichos datos no ameritan el diagnóstico de un trastorno alimentario, denotan la presencia de ciertos síntomas de estos trastornos y muestran que es común encontrarlos en la población general. Uno de los peligros que representa este grupo de mujeres, recae en el hecho de que todas son madres, puesto que en diversas investigaciones se ha confirmado la relación entre ciertas características alimentarias maternas y el momento en que aparecen los trastornos en la conducta alimentaria en sus hijos.

Las principales aportaciones de este trabajo las constituyen el haber obtenido la relación

¹²Lora Cortez y Saucedo Molina (2006). *Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México*. Rev. Salud mental.

entre el IMC y diversas variables asociados a los trastornos alimentarios, en mujeres mexicanas adultas, así como el haber aportado información a partir de una escala mexicana multidimensional, válida y confiable, diseñada específicamente para el estudio de conceptos complejos como las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.

3) Antonio José Martínez Llobregat¹³ en su trabajo exponen que la Educación para la salud forma parte fundamental de la Educación integral de las personas, está reconocida por la OMS como una práctica necesaria para mejorar la salud de las personas. Es un elemento imprescindible en la mejora de la atención sanitaria y educacional, ya que sin ella no se logran promover hábitos de vida saludables y se dificultan el control de enfermedades crónicas.

Una de las mayores preocupaciones actualmente es concienciar a la población sobre la necesidad de crear hábitos de vida saludables que permitan una vida sana plena.

Los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años de vida van a ser decisivos en el comportamiento que el adolescente tendrá en su etapa adulta, y que dependiendo de los hábitos ya creados sean o no saludables para la salud podrán repercutir en el desarrollo de enfermedades a lo largo de su vida.

Los profesionales sanitarios al igual que profesores nos enfrentamos a una difícil tarea que es la de educar.

Los trastornos de alimentación y en particular la anorexia y la bulimia están aumentando. Las adolescentes son las más vulnerables y no es raro puesto que están en proceso de construcción de su identidad, no poseen criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos que están de moda. La labor del profesorado va a ser trabajar en el aula el desarrollo de juicios críticos sobre los ideales estéticos, a formarse sus propios valores, a valorar su cuerpo, a reconocer sus capacidades y limitaciones, a respetar las diferencias de los demás, etc.

¹³ Antonio José Martínez Llobregat, Eva María Fernández García y Eduardo Juan López Felices (2006). *Educación para la salud: prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia*. Aldadis.net, rev. De la educación, nº 9.

Proponen los siguientes objetivos:

- Que el individuo tome conciencia de su propia imagen corporal y su aceptación, y que sea capaz de reconocer las distintas posibilidades que ofrece, no sólo las estéticas.
- Respeto hacia los demás.
- Identificar las emociones y sentimientos relacionados con la alimentación.
- Tomar conciencia de la alimentación en diferentes situaciones; calmar la ansiedad, compensar la frustración, desahogo, refugio, soportar el aburrimiento.

En la Pubertad, el niño ya está capacitado para saber LOS PORQUES, es decir es capaz de reconocer que factores sociales y familiares influyen en el modo de vida, en sus hábitos y como repercute la alimentación en su salud.

En la Adolescencia, el profesorado trabajará junto con el alumnado, para que estos sean capaces de IDENTIFICAR los componentes emocionales del acto de comer, la necesidad de cambiar el patrón de conducta actual, que ellos sean capaces de elegir sus propias comidas y puedan disfrutar del placer de comer, es decir que sean MAS CRÍTICOS ante la Sociedad en la que vivimos.

Confundir la comida con las emociones es algo frecuente. Hay veces que dependiendo del estado de ánimo en el que nos encontramos recurrimos a la comida, momentos de frustración ansiedad, etc. Es por ello que se debería ayudar a Identificar las Emociones.

Las personas que sufren trastornos del comportamiento alimentario suelen ser personas que no son conscientes de lo que sienten y poder expresarlo.

Las emociones que acompañan a un uso inadecuado de la comida suele ser la tristeza, ansiedad, el aburrimiento, y la soledad.

Plantean como se pueden prevenir los trastornos de la alimentación.

Para poder prevenir los trastornos de la alimentación, el profesional deberá estar formado en los cambios psicológicos que se producen en el desarrollo del niño en la etapa de pubertad a adolescencia. Además también sabrá los cambios fisiológicos, endocrinos, morfológicos relacionales, etc. ya que en muchos adolescentes puede producirle estos cambios conflictos en el proceso de construcción de identidad.

Todo cambio implica ganancia y pérdida. En el caso de un adolescente se esta

produciendo un cambio, una pérdida de su cuerpo infantil, la identidad y el rol infantil, y los padres de la infancia, en este caso nos referimos a la independización del adolescente, pues ya no necesita el apoyo y afecto continuo de los padres para poder sobrevivir.

Proponen lo siguiente para poder prevenir los trastornos de alimentación:

Los medios de comunicación, la publicidad que actualmente se ofrece da unas imágenes irreales. Debemos tratar en el aula a que el alumnado sean críticos ante la sociedad, ante los mensajes que identifican el éxito, el prestigio y el reconocimiento social con la delgadez. Además debemos de sensibilizar a la población sobre el riesgo de realizar dietas de forma incontrolada.

PAUTAS PARA CREAR HABILIDADES DE PREVENCIÓN EN EL PROFESIONAL DEDICADO A LA ENSEÑANZA.

Concepto de Autoestima: Es la valoración que cada persona hace de sí misma. Tener una adecuada autoestima es fundamental para la salud psíquica y social.

La persona que tiene una autoestima alta suele:

1. Quererse a sí misma.
2. Es activa, dinámica.
3. Hace amigos con facilidad.
4. Disfruta de las relaciones.
5. Conoce sus verdaderos límites y posibilidades.

La persona con baja autoestima suelen:

1. No valorarse a sí misma.
2. Enviar continuamente mensajes negativos.
3. No poder desarrollar su trabajo dentro de sus posibilidades.

La autoestima va a depender de las experiencias sociales del individuo con la familia y comunidad. El ser humano no nace con una autoestima determinada sino que la capacidad de quererse a sí mismo la aprende, y en esos primeros años de vida son cruciales.

4) Teresita de Jesús Saucedo, Molina¹⁴, exploraron la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez y con el índice de masa corporal (IMC), en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatoria y licenciatura en una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Un objetivo adicional fue el de proporcionar datos de confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en una muestra de hombres, así como datos adicionales de validez en las mujeres.

Se trabajó con una muestra de 845 sujetos, con un rango de edad de entre 15 a 23 años. Los resultados fueron los siguientes: del total de mujeres de preparatoria con conductas alimentarias de riesgo elevadas, el 84.2% también obtuvo puntuaciones altas en el Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal, así como el 80% de las de licenciatura; mientras que en los hombres estos porcentajes fueron de 33.3% y 62.5% respectivamente.

Finalmente, el análisis de regresión logística indicó que la interiorización del ideal estético de delgadez y el sexo, tuvieron asociación con las Conductas alimentarias de riesgo. Se puede observar que la interiorización del ideal estético de delgadez incrementa 27.27 veces la probabilidad de desarrollar CAR y el sexo (femenino) 2.33 veces, mientras que el IMC y el nivel de estudios no tuvieron una asociación significativa.

¹⁴ Teresita de Jesús Saucedo–Molina, Claudia Unikel Santoncini (2009) *Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada*. Salud Ment v.33 n.1 México

5) Natalia Rivera, A¹⁵, el objetivo de este estudio fue detectar comportamientos y/o actitudes predisponentes a trastornos de la conducta alimentaria y evaluar su relación con factores de riesgo, en una población de estudiantes secundarios.

El universo lo constituyeron todos los estudiantes entre primero y cuarto de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-alto. Estos colegios fueron seleccionados por ser los más antiguos y los que congregan el mayor número de alumnos. La muestra total fue de 299 alumnos, compuesta por 150 mujeres y 149 hombres.

Los resultados encontrados: Un 12% presentó riesgo para desarrollar actualmente o potencialmente en el futuro, un trastorno alimentario y la diferencia entre ambos sexos fue significativa (2% en varones versus 23% en mujeres).

¹⁵ Natalia Rivera A, Rosa Behar A., Marcela Alviña W., Trinidad González C (2007). *Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar*. Rev. Chile Nutr Vol. 34, N°3.



Universidad Abierta Interamericana

Esquema de la investigación

Esquema de la investigación

Área de estudio

Esta investigación se llevara a cabo en Alvear (en desuso "Estación Alvear", "Pueblo Alvear"), es una comuna del Departamento Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

Dista 14 km de la cabecera departamental Rosario y a 184 km de la capital provincial Santa Fe. Está en proceso de conurbación con el Gran Rosario.

Esta comuna, es también conocida por ser sede de la planta de fabricación de automóviles, que General Motors posee en Argentina.

Alvear, recibe el nombre del que fuera originariamente propietario de esas tierras: el Dr. Don Diego de Alvear.

No puede calcularse con exactitud cuándo empezaron a afincarse los primeros pobladores de lo que es hoy el Pueblo de Alvear; pero esto empezó por lo que es hoy la sección 2a. (Barrio Las Ranas), y es lógico suponer que su inicio debió ser simultáneo con la construcción de la Estación Alvear, la que se libró al público en el año 1886.

Tampoco si los pobladores, casi todos italianos, fueron inmigrantes recién llegados al País, o simplemente procedentes de Monte Flores, colonia muy anterior al Pueblo de Alvear.

Tipo de investigación

La investigación llevada a cabo fue de tipo cuantitativa¹⁶ y cualitativa¹⁷. Lo cual permitió articular diferentes niveles de análisis, donde se utilizó el test de autoestima AF-5 Autoconcepto y forma de los autores Musitu y García, el test de la figura humana de la autora Karen Machover y un cuestionario cerrado con el fin de detectar conductas alimentarias de riesgo.

Tipo de estudio

La investigación se abordó a través de un diseño no experimental, de campo, transversal. La población fue evaluada en su contexto natural, sin la introducción ni manipulación de ninguna situación.

Para alcanzar los objetivos de estudio tuvo un carácter descriptivo, ya que no solamente se pudo identificar las conductas alimentarias de riesgo, sino que se establecieron las relaciones existentes entre las distintas variables. Como también fue de carácter prospectivo ya que se fue registrando la información como iban ocurriendo los fenómenos.

¹⁶ El método cuantitativo se distingue por la búsqueda de la explicación, sobre todo causal, de la realidad social a partir de supuestos teóricos preestablecidos que se comprueban por deducción. Maneja los datos a través de técnicas estadísticas (matrices de datos, casos por variables), y llega a abstracciones que generalizan el comportamiento de los mismos en la sociedad.

¹⁷ El método cualitativo, más que explicar, pone su acento en la comprensión de la conducta humana, en interpretarla de acuerdo al significado de los propios actores sociales, mediante la desagregación de datos y búsqueda de lo diverso sin atenerse a reglas explícitas, por lo que el conocimiento se adquiere contingentemente, por inducción.

Población y muestra

La población objetivo está constituida por adolescentes mujeres de la comunidad de Alvear.

El universo está determinado por adolescentes mujeres de entre 14 y 16 años de la Escuela de enseñanza media n° 1427, con domicilio Av. Rubini S/N del pueblo de Alvear.

La muestra está conformada por 40 alumnas de la Escuela secundaria, 20 alumnas de segundo año y 20 alumnas de tercer año.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

- Adolescentes mujeres de la Escuela de enseñanza media n° 1427 de Alvear
- Edades de 14 a 16 años

Se seleccionó el sexo femenino por ser el que presenta estos trastornos en mayor porcentaje, según el DSM IV, por lo menos un 90% son mujeres.

La edad se seleccionó ya que corresponde a la etapa de la adolescencia, si bien estos trastornos pueden iniciarse a cualquier edad, los adolescentes son los que corren más riesgos ya que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aun criterios y valores propios, es un momento de gran vulnerabilidad en donde se producen cambios físicos y emocionales en un corto lapso y a la vez se abre el camino a la exogamia, saliendo de la exclusividad de la vida social familiar para introducirse en la sociedad.

Los criterios exclusión fueron:

- Sexo masculino
- Adolescentes mujeres menores de 14 años
- Adolescentes mujeres mayores de 16 años

Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- Cuestionario:

Es de carácter cerrado, en el cual los encuestados deben responder con una respuesta concisa, consta de 20 ítems en los cuales se debe contestar con verdadero o falso.

El contenido del cuestionario fue realizado basándonos en el criterio diagnóstico del DSM IV, el objetivo es detectar a través de las respuestas dadas, conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes.

Criterio para el análisis

A cada ítems que se haya otorgado el carácter de verdadero se le correspondió 1 punto, y a cada ítems que se haya otorgado el carácter de falso se le correspondió 0 puntos.

- Test de la Figura Humana:

Es un test gráfico que consiste en la realización de un dibujo de la figura humana completa. Este dibujo permite analizar especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto, a su imagen corporal y su estado emocional actual. El dibujo de una persona ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos con su cuerpo. La aplicación puede ser grupal.

Lo que cada cual dibuja está íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. La figura dibujada es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y el papel que esta desempeña en su medio ambiente.¹⁸

¹⁸ Juan A. Portuondo. *La figura humana, test proyectivo de Karen Machover*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, 2001, 2007.

- Materiales:
 - Un papel blanco de tamaño A4
 - Lápiz de crayón medio suave
 - Goma de borrar
- Consigna: se le pide que dibuje una figura humana de su propio sexo.

El objetivo de este test fue detectar como perciben las adolescentes su imagen corporal a través del dibujo de una persona, para poder analizar si presentan o no distorsión.

Criterio para el análisis

Para determinar si hay distorsión en la imagen corporal a través del dibujo de la figura humana se tomo en cuenta:

- Figura desproporcionada
- Omisión de alguna parte del cuerpo
- Trazo entrecortado
- Atención en la estructuración de una parte de la figura, quedando pocos detalladas otras áreas.
- Desconexión de una parte de otras en la figura.
- Dificultad para dibujar ciertas partes de la figura/borraduras

A cada presencia de algunos de estos factores en el dibujo se le otorgó 1 punto.

- **Test de autoestima**: AF-5 Autoconcepto Forma -5 de F, García y G, Musitu (TEA)

Es un cuestionario compuesto por 30 elementos, evalúa el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico/profesional, emocional, familiar y físico, brinda información acerca del modo en que el sujeto se autopercibe. La aplicación puede ser individual o colectiva y el contenido de los elementos es adecuado para todo su ámbito de edad y formación.

Las dimensiones que se evalúan son:

- Académico/Laboral: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral, que en realidad, en este caso específico, es más una diferenciación de periodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos –laboral y académico- son dos contextos de trabajo. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiantes...) y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/a). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad, y, negativamente, con el absentismo académico/laboral y el conflicto. En niños y adolescentes, el autoconcepto académico/laboral también correlaciona positivamente con los estilos parentales de inducción, afecto y apoyo, y, negativamente, con los de coerción, indiferencia y negligencia.
- Social: se refiere a la percepción que el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla, el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable, alegre). El autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, con el bienestar psicosocial, con el rendimiento académico/laboral, con la estima de profesores y superiores, con la aceptación y estima de los compañeros, con la conducta prosocial y con los valores universalistas, y, negativamente, con los comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva. En niños y adolescentes, esta dimensión está relacionada muy positivamente con las prácticas

de socialización parental de afecto, comprensión y apoyo, y, negativamente, con la coerción, la negligencia y la indiferencia.

- Emocional: hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.).

Un autoconcepto emocional alto significa que el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, normalmente, con autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales, y, negativamente, con la sintomatología depresiva, con la ansiedad, con el consumo de alcohol y cigarrillos, y con la pobre integración social en el aula y en el ámbito laboral. En niños y adolescentes, esta dimensión correlaciona positivamente con las prácticas parentales de afecto, comprensión, inducción y apoyo, mientras que lo hace negativamente con la coerción verbal y física, la indiferencia, la negligencia y los malos tratos.

- Familiar: se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente -me siento feliz y mi familia me ayudaría- aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente -mi familia está decepcionada y soy muy criticado- hacen referencia

al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares.

Este factor, que es uno de los más importantes del autoconcepto, correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento de bienestar, con la integración escolar y laboral, con la conducta prosocial, con valores universalistas, y con la percepción de salud física y mental. También correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas.

En niños y adolescentes el autoconcepto familiar se relaciona positivamente con los estilos parentales de afecto, comprensión y apoyo, y, negativamente con la coerción, violencia, indiferencia y negligencia.

- Físico: este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social –me buscan...-, física y de habilidad –soy bueno...-. El segundo hace referencia al aspecto físico –atracción, gustarse, elegante-. Un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que pueda practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo.

El autoconcepto físico relaciona positivamente con la percepción de salud, con el autocontrol, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar.

Así mismo, el autoconcepto físico correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales.

Este instrumento se utilizó para caracterizar el nivel de autoestima que poseen los adolescentes.

Para el análisis se sumaron todos los puntos correspondientes a cada autoconcepto, luego se sacaron las puntuaciones directas para cada uno y por último se buscaron los percentiles correspondientes.

Para caracterizar el nivel de autoestima de cada uno de los autoconceptos se tomó en cuenta lo siguiente:

- Para percentiles de 71 o más se considero autoestima alta.
- Para percentiles de 51 a 70 se considero autoestima media alta.
- Para percentiles de 31 a 50 se considero autoestima media baja.
- Para percentiles de 30 o menos se considero autoestima baja.

Finalmente se sumaron todos los percentiles correspondientes de la autoestima alta, de la autoestima media alta, de la autoestima media baja y de la autoestima baja, para poder determinar el grado de autoestima que poseen en general las adolescentes.

- **Taller:** se realizó un taller de carácter informativo y preventivo para introducir a las adolescentes en esta problemática actual tan frecuente en estos días.

El objetivo fue “fomentar la percepción de riesgo de los trastornos de alimentación en las adolescentes”.

Se utilizo un medio audio-visual (video) referente a esta problemática.

Se trabajaron los siguientes temas:

- ✓ Imagen corporal
- ✓ Autoestima
- ✓ Medios de comunicación
- ✓ Trastornos de alimentación

El taller culmino con un debate y reflexión acerca de esta temática.

Análisis Estadístico

Los datos fueron cargados en una planilla de Microsoft Excel y se volcaron en la base de datos SPSS 10.5 para su análisis.



Universidad Abierta Interamericana

Trabajo de campo

Tabla.1 Distribución de la muestra en función de su edad.

EDAD	FRECUENCIA (%)
14	14 (35)
15	16 (40)
16	10 (25)
TOTAL	40 (100)

Como se observa en la tabla la muestra está conformada por 40 adolescentes, de las cuales, el 35% tiene 14 años, el 40% tiene 15 años y el 25% tiene 16 años.

Tabla.2 Estadísticos descriptivos de las edades de las adolescentes.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
EDAD	14	16	14,90	0,778

La edad promedio de las adolescentes con las cuales se trabajó fue de 14,9, con un desvío de 0,778.

Tabla.3 Frecuencias y porcentajes del total de la muestra con respecto a las respuesta del cuestionario realizado para detectar conductas alimentarias de riesgo.

1- Piensas mucho en tu cuerpo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	11	27,5
Verdadero	29	72,5
Total	40	100,0

3- Sientes culpa después de comer.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	28	70,0
Verdadero	12	30,0
Total	40	100,0

5- Subes y bajas de peso con frecuencia.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	28	70,0
Verdadero	12	30,0
Total	40	100,0

7- Controlas tu peso con frecuencia.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	23	57,5
Verdadero	17	42,5
Total	40	100,0

9- Te sientes desconforme con alguna parte de tu cuerpo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	9	22,5
Verdadero	31	77,5
Total	40	100,0

11- Sientes que la comida controla tu vida.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	38	95,0
Verdadero	2	5,0
Total	40	100,0

13- Te aíslas de los demás.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	33	82,5
Verdadero	7	17,5
Total	40	100,0

2- Te sientes gorda.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Falso	19	47,5
Verdadero	21	52,5
Total	40	100,0

4- Comes gran cantidad de comida en un corto período de tiempo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	26	65,0
Verdadero	14	35,0
Total	40	100,0

6- Haces dieta a menudo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	35	87,5
Verdadero	5	12,5
Total	40	100,0

8- Tomas laxantes y/o diuréticos.

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Falso	40	100,0
Verdadero	0	0
Total	40	100,0

10- Restringes o rechazas algunos alimentos a la hora de comer.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	22	55,0
Verdadero	18	45,0
Total	40	100,0

12- Haces ejercicios físicos excesivamente.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	33	82,5
Verdadero	7	17,5
Total	40	100,0

14- Te obsesiona la idea de estar delgada.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	30	75,0
Verdadero	10	25,0
Total	40	100,0

15- Te pones nerviosa a la hora de la comida.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	38	95,0
Verdadero	2	5,0
Total	40	100,0

17- Eres muy exigente con vos misma.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	29	72,5
Verdadero	11	27,5
Total	40	100,0

19- Los demás piensan que estas muy delgada.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	26	65,0
Verdadero	14	35,0
Total	40	100,0

16- Comes poco en presencia de los demás.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	20	50,0
Verdadero	20	50,0
Total	40	100,0

18- La apariencia corporal es muy importante para ti.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	15	37,5
Verdadero	25	62,5
Total	40	100,0

20- Sientes miedo de aumentar de peso.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falso	15	37,5
Verdadero	25	62,5
Total	40	100,0

En este cuadro se evidencia el porcentaje con respecto a las respuestas dadas en el cuestionario.

Según los resultados obtenidos el 72,5% de las adolescentes piensan mucho en su cuerpo, mientras que el 27,5% no lo hace.

El 52,5% afirma sentirse gorda, mientras que el 47,5% restante no se siente así.

El 30% de la muestra sienten culpa después de comer, mientras que el 70% no posee ese sentimiento.

El 35% afirma comer gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, mientras que el 65% respondió de manera negativa.

El 30% de las adolescentes respondió positivamente en la frase "Subes y bajas de peso con frecuencia", en cambio el 70% de las respuestas fue negativa.

El 12,5% afirma que hacen dieta a menudo, y el 87,5% contestó que no.

El 42,5% controla su peso con frecuencia, mientras que el 57,5% no lo hace.

El 100% de las adolescentes contestó de forma negativa tomar laxantes y/o diuréticos.

El 77,5% afirma sentirse desconforme con alguna parte de su cuerpo, y el 22,5% no manifiesta ese sentimiento.

El 45% afirmó rechazar o restringir algunos alimentos a la hora de comer, mientras que el 55% contestó de manera negativa.

El 5% siente que la comida controla su vida, y el 95% no le da relevancia.

El 17,5% de las adolescentes afirma hacer ejercicios excesivamente, mientras que el 82,5% no lo hace.

El 17,5% siente aislarse de los demás, y el 82,5% no se siente así.

El 25% de la muestra afirma estar obsesionada con la idea de estar delgada, mientras que el 75% contestó de manera negativa.

El 5% afirma ponerse nerviosa a la hora de la comida, y el 95% afirma lo contrario.

El 50% de las adolescentes asegura comer poco en presencia de los demás, mientras que el 50% restante asegura que no.

El 27,5% siente que es muy exigente consigo misma, y el 72,5% plantea no sentirse así.

El 62,5% piensa que la apariencia corporal es muy importante, mientras que el 37,5% restante no piensa de esa manera.

El 35% de las adolescentes afirma que los demás piensan que están muy delgadas, y el 65% asegura que no.

El 62,5% siente miedo de aumentar de peso, mientras que el 37,5% no manifiesta ese sentimiento.

Tabla.4 Estadísticos descriptivos de los puntajes del cuestionario.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
PUNTAJE RIESGO	2	14	7,05	3,351

En el cuestionario realizado para detectar conductas alimentarias de riesgos, el puntaje mínimo fue de 2 (dos respuestas verdaderas de las veinte) y el puntaje máximo fue de 14 (catorce respuestas verdaderas de las veinte), mientras que el promedio fue de 7,05.

Tabla.5 Estadísticos descriptivos de los puntajes de cada autoconcepto.

<u>Autoestima Académica</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media</u>	<u>Dev.Típ</u>
Hago bien los trabajos escolares (profesionales)	1	97	68,65	22,501
Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador	2	99	52,5	30,855
Trabajo mucho en clase (en el trabajo)	1	99	56,8	25,738
Mis superiores (profesores) me estiman	5	99	59,55	26,159
Soy un buen trabajador (estudiante)	1	99	62,15	27,683
Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador	5	99	63,13	26,377
<u>Autoestima Social</u>				
Hago fácilmente amigos	8	99	77,7	23,774
Soy una persona amigable	50	99	87,55	14,723
Es difícil para mí hacer amigos	1	85	24,1	27,934
Soy una persona alegre	1	99	81,45	24,904
Me cuesta hablar con desconocidos	1	99	51,68	32,975
Tengo muchos amigos	10	99	72,2	30,875
<u>Autoestima Emocional</u>				
Tengo miedo de algunas cosas	1	99	54,43	32,466
Muchas cosas me ponen nervioso	5	99	62,68	29,675
Me asusto con facilidad	1	99	28,25	32,344
Cuando los mayores me dicen algo me pongo nervioso	1	99	42,45	34,012
Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)	1	99	55,95	33,501
Me siento nervioso	1	99	38,95	36,118
<u>Autoestima Familiar</u>				
Soy muy criticado en casa	1	99	33,13	32,853
Me siento feliz en casa	20	99	80,4	24,168
Mi familia está decepcionada de mí	1	80	8,7	15,93
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	1	99	86,55	24,273
Mis padres me dan confianza	15	99	74,55	26,697
Me siento querido por mis padres	30	99	91,13	14,033
<u>Autoestima Física</u>				
Me cuido físicamente	1	99	53,65	32,044
Me buscan para realizar actividades deportivas	1	99	42,68	33,409
Me considero elegante	1	99	39,63	34,016
Me gusta como soy físicamente	5	99	54,05	37,325
Soy bueno haciendo deportes	10	99	71,95	27,955
Soy una persona atractiva	5	99	46,18	31,78

Como se observa en la tabla.5 dentro del autoconcepto académico, el puntaje mínimo fue 1 en los puntos “Hago bien los trabajos escolares”, “Trabajo mucho en clase”, “Soy un buen trabajador (estudiante)”, 2 en el punto “Mis profesores (superiores) me consideran un buen trabajador” y 5 en los puntos “Mis superiores (profesores) me estiman”, “Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y buen trabajador”. El puntaje máximo fue 99 en los puntos “Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador”, “Trabajo mucho en clase (en el trabajo)”, “Mis superiores (profesores) me estiman”, “Soy un buen trabajador (estudiante)”, “Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador”, y 97 en el punto “Hago bien los trabajos escolares (profesionales)”. Los promedios variaron entre 52,5 y 68,65.

En el autoconcepto Social el puntaje mínimo fue 1 en los ítems “Es difícil para mí hacer amigos”, “Soy una persona alegre”, “Me cuesta hablar con desconocidos”, 8 en el ítems “Hago fácilmente amigos”, 10 en el ítems “Tengo muchos amigos” y 50 en “Soy una persona amigable”. El puntaje máximo fue 99 en los puntos “Hago fácilmente amigos”, “Soy una persona amigable”, “Soy una persona alegre”, “Me cuesta hablar con desconocidos”, “Tengo muchos amigos”, y 85 en el punto “Es difícil para mí hacer amigos”. Los promedios variaron entre 24,1 y 87,55.

Dentro del autoconcepto Emocional el puntaje mínimo fue 1 en los puntos “Tengo miedo de algunas cosas”, “Me asusto con facilidad”, “Cuando los mayores me dicen algo me pongo nervioso”, “Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)”, “Me siento nervioso” y 5 en el ítems “Muchas cosas me ponen nervioso”. El puntaje máximo fue 99 en la totalidad de los ítems antes mencionados. Los promedios oscilaron entre 28,25 y 62,68.

En el autoconcepto Familiar el puntaje mínimo fue 1 en los puntos “Soy muy criticado en casa”, “Mi familia está decepcionada de mí”, “Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas”, 15 en el punto “Mis padres me dan confianza”, 20 en el ítems “Me siento feliz en casa”, y 30 en el punto “Me siento querido por mis padres”. El puntaje máximo fue 99 en los puntos “Soy muy criticado en casa”, “Me siento feliz en casa”, “Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas”, “Mis padres me dan confianza”, “Me siento

querido por mis padres” y 80 en el punto “Mi familia está decepcionada de mí”, mientras que los promedios variaron entre 8,7 y 91,13.

Y por ultimo en el autoconcepto Físico el puntaje mínimo fue 1 en los puntos “Me cuido físicamente”, “Me buscan para realizar actividades deportivas”, “Me considero elegante”, y 5 en los puntos “Me gusta como soy físicamente”, “Soy una persona atractiva” y 10 en el punto “Soy bueno haciendo deportes”. El puntaje máximo fue 99 en la totalidad de los ítems antes mencionados. Los promedios oscilaron entre 39,63 y 71,95.

Tabla.6 Estadísticos descriptivos de los percentiles correspondientes al Autoconcepto Académico/Laboral del test AF-5.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
AUTOESTIMA ACADEMICA	3	99	49,63	29,700

Los percentiles correspondientes a la autoestima académica, alcanzaron un mínimo de 3 y un máximo de 99, con un promedio de 49,63.

Tabla.7 Estadísticos descriptivos de los percentiles correspondientes al autoconcepto Social.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
AUTOESTIMA SOCIAL	5	97	51,23	29,923

Los percentiles de este autoconcepto fueron, el mínimo 5 y el máximo 97, con un promedio de 51,23.

Tabla.8 Estadísticos descriptivos de los percentiles correspondientes al Autoconcepto Emocional.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
AUTOESTIMA EMOCIONAL	1	99	57,73	32,461

Dentro de los percentiles de la autoestima emocional el mínimo fue de 1 y el máximo fue de 99, con un promedio de 57,73.

Tabla.9 Estadísticos descriptivos de los percentiles correspondientes al Autoconcepto Familiar.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
AUTOESTIMA FLIAR	3	95	51,55	28,817

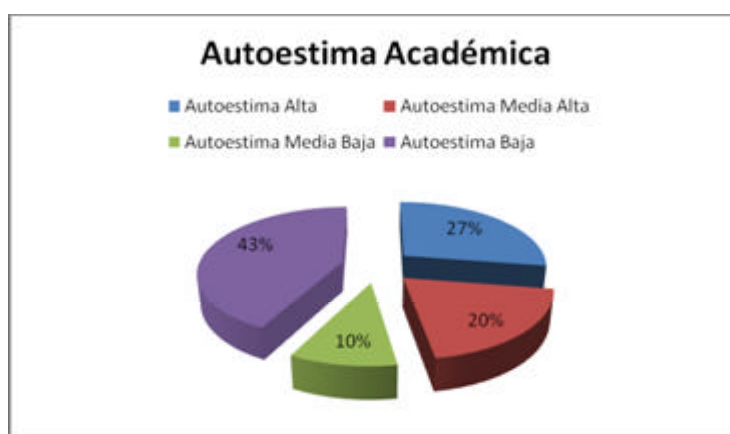
Los percentiles correspondientes a este ámbito fueron el mínimo de 3, y el máximo de 95, con un promedio de 51,55.

Tabla.10 Estadísticos descriptivos de los percentiles correspondientes al Autoconcepto Físico.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
AUTOESTIMA FÍSICA	7	99	48,63	27,490

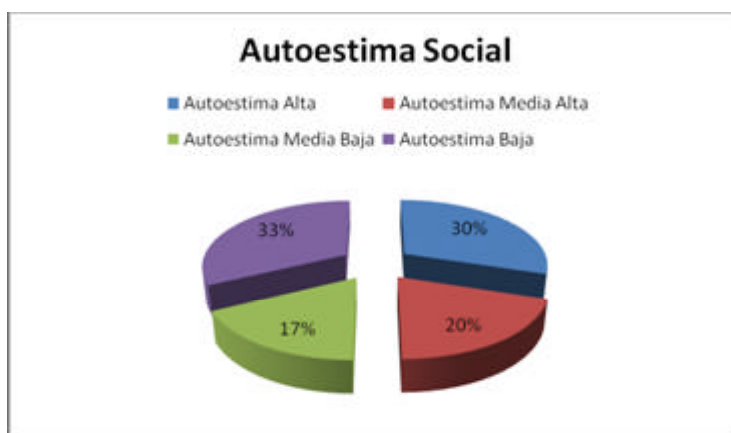
Los percentiles mínimo correspondientes a la autoestima física fueron de 7 y los máximos de 99, con un promedio de 48,63 y un desvío de 27,49.

Cuadro.11 Distribución de la muestra en base a la Autoestima Académico/Laboral.



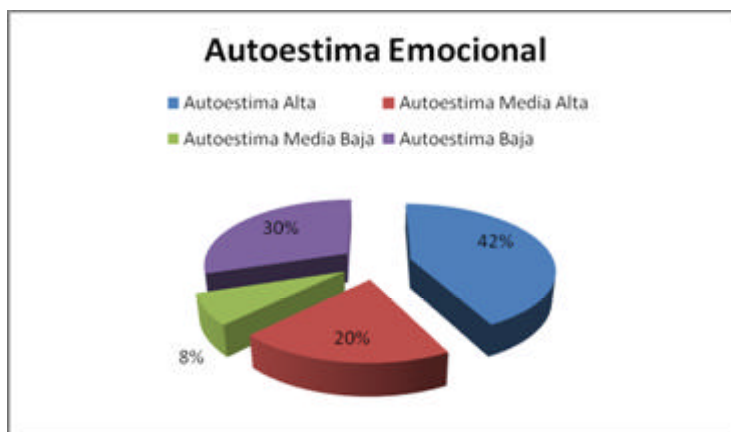
El gráfico evidencia que el 43% de las adolescentes posee la autoestima académica baja, el 27% autoestima académica alta, el 20% autoestima académica media alta, y el 10% autoestima académica media baja.

Cuadro.12 Distribucion de la muestra en base a la Autoestima Social.



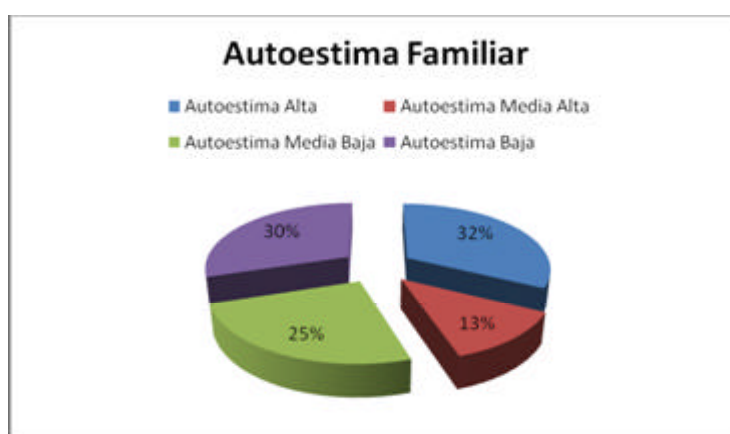
El gráfico anterior muestra notablemente que el 33% de las adolescentes poseen autoestima baja, el 30% autoestima social alta, el 20% autoestima media alta, el 17% autoestima social media baja.

Cuadro.13 Distribución de la muestra en base a la Autoestima Emocional.



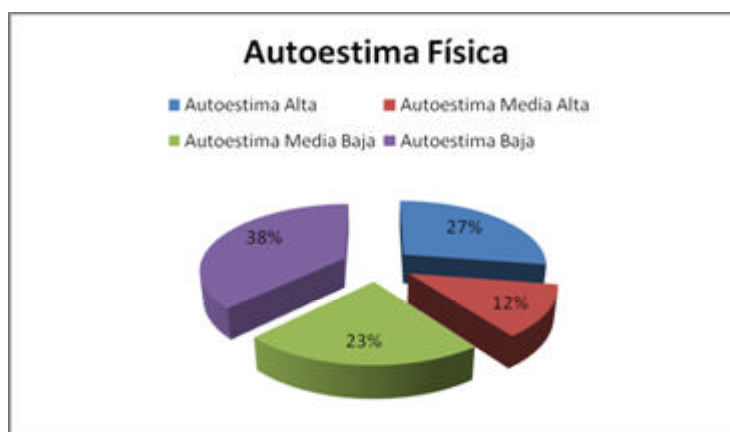
Con respecto a la autoestima emocional se observa que el 42% de las adolescentes poseen autoestima emocional alta, el 30% autoestima emocional baja, el 20% autoestima emocional media alta, el 8% autoestima emocional media baja.

Cuadro.14 Distribución de la muestra en base a la Autoestima Familiar.



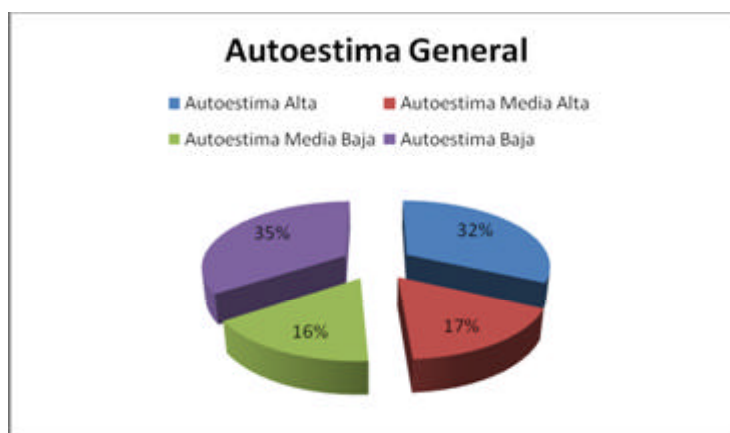
En la autoestima familiar los porcentajes están determinados por: el 32% de las adolescentes poseen autoestima familiar alta, el 30% autoestima familiar baja, el 25% autoestima familiar media baja, el 13% autoestima media alta.

Cuadro.15 Distribución de la muestra en base a la Autoestima Física.



En el cuadro anterior se observa que el 38% de las adolescentes tiene autoestima física baja, el 27% autoestima alta, el 23% autoestima física media baja, el 12% autoestima física media alta.

Cuadro.16 Autoestima en general de las adolescentes.



La autoestima general incluyendo todos los autoconceptos anteriores determina que 35% de las adolescentes posee autoestima baja, el 16% autoestima media baja, el 17% autoestima media alta y el 32% autoestima alta, como se puede observar el mayor porcentaje se corresponde con la autoestima baja.

Tabla.17 Frecuencias y porcentajes en base a los puntos analizados en los dibujos de la figura humana.

Problemas de proporción			Omisión de alguna parte del cuerpo		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	9	22,5	0	32	80,0
1	31	77,5	1	8	20,0
Total	40	100,0	Total	40	100,0

Trazo entrecortado			Desconexión de una parte de otras en la figura		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	29	72,5	0	40	100,0
1	11	27,5	1	0	0
Total	40	100,0	Total	40	100,0

Atención en la estructuración de una parte de la figura			Dificultad para dibujar ciertas partes de la figura / borraduras		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	23	57,5	0	20	50,0
1	17	42,5	1	20	50,0
Total	40	100,0	Total	40	100,0

En la tabla arriba expuesta se observan los puntos analizados en el dibujo de la figura humana.

El 77,5% de los dibujos realizados por las adolescentes presentan problemas de proporción, mientras que el 22,5% no presenta este problema.

En el 20% de los dibujos se ha encontrado omisión de alguna parte del cuerpo, y en el 80% no se ha encontrado ninguna omisión.

El 27,5% presenta trazo entrecortado, mientras que el 72,5 presenta trazo firme.

El 100% de los dibujos no presentó desconexión de una parte de otras en la figura humana.

El 42,5% ha puesto atención en la estructuración de una parte del cuerpo, mientras que el 57,5% no ha centrado su atención en ese punto.

El 50% de los dibujos presentaron dificultad para dibujar ciertas partes de la figura y/o borraduras y el 50% no presentaron dicha dificultad.

Tabla. 18 Estadísticos descriptivos de la distorsión de la imagen corporal en base a los puntos antes analizados.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
DISTORSION IMAGEN CORPORAL	1	4	2,18	,874

El puntaje mínimo correspondiente a la distorsión de la imagen corporal fue 1, el máximo 4, con un promedio de 2,18 y un desvío de 0,874.

Tabla.19 Correlaciones entre las variables: Puntaje de riesgo de trastornos de alimentación, Autoestima Académica, Autoestima Social, Autoestima Emocional, Autoestima Familiar, Autoestima Física y Distorsión de la imagen corporal.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. PUNTAJE RIESGO	-	ns	ns	Ns	-,339*	-,406**	,557**
2.AUTOESTIMA ACADÉMICA	ns	-	ns	Ns	ns	ns	ns
3.AUTOESTIMA SOCIAL	ns	ns	-	Ns	ns	ns	ns
4.AUTOESTIMA EMOCIONAL	ns	ns	ns	-	ns	ns	ns
5.AUTOESTIMA FAMILIAR	-,339*	ns	ns	Ns	-	,599**	ns
6.AUTOESTIMA FÍSICA	-,406**	ns	ns	Ns	,599**	-	ns
7.DISTORSION IMAGEN CORPORAL	,557**	ns	ns	Ns	ns	ns	-

* $p > 0.05$; ** $p > 0.01$

Como se advierte los puntajes de riesgo de trastornos de alimentación se asocian positivamente con la distorsión de la imagen corporal ($r = .557$, $p > .01$) y negativamente con la autoestima familiar ($r = -.339$, $p > .05$) y con la autoestima física ($r = -.406$, $p > .01$). Y a la vez la autoestima familiar se asocia positivamente con la autoestima física ($r = .599$, $p > .01$).



Universidad Abierta Interamericana

Resultados y Conclusiones

Resultados y Conclusiones

Para el presente trabajo se tomó una muestra de 20 adolescentes de la Escuela de Enseñanza media n° 1427 de Alvear, todas ellas del género femenino, 20 alumnas de 2° año y 20 de 3° año.

El rango de edad mínimo con que se trabajó fue de 14 y el máximo de 16, con un promedio de 14,9.

Mediante el cuestionario realizado pudimos detectar conductas alimentarias de riesgo y encontramos que de las 40 adolescentes encuestadas, siguiendo el orden de mayor respuestas verdaderas, 31 de ellas manifestaron sentirse desconforme con alguna parte de su cuerpo, 29 piensan mucho en su cuerpo, 25 piensan que la apariencia corporal es muy importante para ellas y les provoca miedo aumentar de peso, 21 afirman sentirse gordas, 20 plantean comer poco en presencia de los demás, 18 manifestaron restringir o rechazar algunos alimentos a la hora de comer, 17 declararon controlar su peso con frecuencia, 14 enunciaron comer gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, 12 expresan sentir culpa después de comer, y afirman subir y bajar de peso con frecuencia, 11 sienten que son muy exigentes consigo mismas, 10 de ellas manifestaron estar obsesionadas con la idea de estar delgadas, 7 expusieron que hacen ejercicios físicos excesivamente y mencionaron aislarse de los demás, 5 reconocieron hacer dieta a menudo, 2 de ellas expresaron sentir que la comida controla su vida y afirmaron ponerse nerviosas a la hora de comer y ninguna de las adolescentes advirtieron usar laxantes y/o diuréticos.

El 35% de los ítems correspondientes al cuestionario fue contestado de manera positiva, indicando así la presencia de conductas alimentarias de riesgo, siendo las más altas en porcentaje las siguientes detalladas: sentirse desconforme con alguna parte de su cuerpo con el 77,5%, la apariencia corporal es muy importante para ti con el 62,5%, sentir miedo de aumentar de peso con el 62,5%, sentirse gordas con el 52,5%, todas estas conductas están por encima de la media en porcentajes, indicando la persistencia de ellas en las adolescentes.

Estamos de acuerdo con el criterio diagnóstico de la anorexia y bulimia expuesto en el DSM IV¹⁹ que afirma que las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Mediante el test de autoestima AF-5 pudimos evaluar y caracterizar los grados de autoestima de las 40 adolescentes estudiadas, los autoconceptos analizados fueron:

- Académico/Laboral
- Social
- Emocional
- Familiar
- Físico

De las 40 adolescentes evaluadas encontramos que con respecto a la autoestima académica 11 de ellas presentaron autoestima alta, 8 media alta, 4 media baja y 17 autoestima académica baja.

Dentro del autoconcepto Social encontramos que 12 púberes demostraron poseer autoestima alta, 8 media alta, 7 media baja y 13 adolescentes autoestima social baja.

En lo referente a la autoestima emocional 17 de ellas presentaron autoestima alta, 8 media alta, 3 media baja y 12 autoestima baja.

En el autoconcepto familiar 13 evidenciaron tener autoestima alta, 5 media alta, 10 media baja y 12 autoestima baja.

En lo que respecta al autoconcepto físico se halló a 11 adolescentes con autoestima alta, 5 media alta, 9 media baja y 15 con autoestima física baja.

¹⁹ Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar, 2008. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid.

De los 5 autoconceptos evaluados el que presenta mayor porcentaje de adolescentes con autoestima media baja y baja se corresponde con el físico con el 61%, lo que marcaría el grado de insatisfacción que poseen en cuanto al mismo.

En conclusión el 51% de las adolescentes con respecto a la autoestima en general, incluyendo todos los autoconceptos anteriormente detallados, poseen autoestima baja y media baja, y el 49% autoestima alta y media alta.

Concordamos con lo dicho por Harry Campos Cervera²⁰ en que “Si como uno es no está muy alejado del ideal que se quiere ser, uno se siente bien consigo mismo. Si el ideal es un ideal inalcanzable, eso produce un malestar con uno mismo”

A través del test de la figura humana pudimos evaluar diferentes factores que hacen referencia a la presencia de distorsión en la misma, a saber:

- Figura desproporcionada
- Omisión de alguna parte del cuerpo
- Trazo entrecortado
- Atención en la estructuración de una parte de la figura, quedando pocas detalladas otras áreas.
- Desconexión de una parte de otras en la figura.
- Dificultad para dibujar ciertas partes de la figura/borraduras

Encontramos que 31 dibujos presentaron problemas de proporción, en cuanto al tamaño en general y en ciertas partes la figura, en especial en la cintura y caderas.

En 20 divisamos dificultad para dibujar ciertas partes de la figura y borraduras, en lo referente al contorno de la cintura tuvo más presencia este factor.

En 17 de los dibujos se puso más atención en la estructuración de una parte de la figura, quedando poco detalladas otras áreas, la parte del busto y el abdomen fueron las más significativas.

Con respecto al trazo entrecortado 11 de los dibujos tuvieron esta característica, trazos finos y suaves en todo el contorno de la figura indicando inseguridad.

²⁰ Campos Cervera. (1995). *Como afecta en la vida la baja autoestima*.

En 8 de los dibujos hubo omisión de alguna parte del cuerpo, siendo el único factor omitido las manos, la figura fue dibujada con las manos hacia atrás indicándonos la presencia de una característica evasiva.

Ninguno de los dibujos evidenció una desconexión entre las partes de la figura humana. En conclusión los indicadores más frecuentes en los dibujos que advierten la presencia de distorsión en cuanto a la imagen corporal son la desproporción o asimetría admitiendo la insatisfacción con respecto a la cintura y caderas, la dificultad para dibujar las mismas y la atención en los detalles referentes al busto y el abdomen, los cuales son los caracteres sexuales que empiezan a desarrollarse en la adolescencia y el rechazo que provoca estos cambios, y la vez todas estas características llevan al adolescente a tener baja autoestima.

Estamos de acuerdo con lo expuesto por Dolto²¹ que el adolescente se siente extraño. Los juegos y las cosas que antes le interesaban ya no ocupan su pensamiento. Apropiarse de su cuerpo y su sexualidad le lleva un tiempo, no es un proceso que se realice de un día para otro. Al principio disfruta de sus nuevos olores, su suciedad, su fealdad. Luego comienza a cuidarse, está pendiente de sentirse lindo, pasa horas y horas en el gimnasio o frente al espejo, aprendiendo a reconocerse en ese desconocido que éste le devuelve y en las nuevas sensaciones y urgencias que lo invaden. La ropa, los adornos, cobran en esta etapa una enorme importancia, forman parte de la nueva imagen de sí.

Con respecto a la distorsión de la imagen corporal concordamos con lo dicho por Dolto²² en que los procesos de integración de la imagen del cuerpo dependen de una relación afectiva para desarrollarse, cualquier interrupción de esta comunicación y relación intersubjetiva, puede tener efectos dramáticos, que pueden resultar en trastornos psíquicos y somáticos, y en donde estos trastornos son la repetición, a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente.

Por último se establecieron las correlaciones existentes entre las conductas alimentarias de riesgos, la insatisfacción por la imagen corporal y la autoestima, dándonos por resultados

²¹ Doltó, F. (1989) *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires.

²² Doltó, Françoise. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. 3a. ed. España: Ed. Paidós.

que las conductas alimentarias de riesgo se relacionan negativamente con la auto estima familiar y física, indicando así que a mayor autoestima, menor conductas de riesgo, y se asocian positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo tanto a menor distorsión menor conductas de riesgos.

A partir de los resultados finales obtenidos queda corroborada nuestra hipótesis, “Las conductas alimentarias de riesgos están asociadas a la insatisfacción y preocupación por la imagen corporal y a la baja autoestima”.



Universidad Abierta Interamericana

Bibliografía

Bibliografía

- Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar, 2008. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid.
- Dolto, Françoise. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. 3a. ed. España: Ed. Paidós.
- Dolto, F. (1989) *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires.
- Quiroga, S. (1999) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1972) *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1980) *La adolescencia normal*. Buenos Aires. Paidós.
- Sigmud, Freud. (1914) *Introducción al narcisismo*. Ed. Amorrortu.
- Campos Cervera. (1995). *Como afecta en la vida la baja autoestima*.
- Nathaniel Branden. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Ed. Paidós, México
- Mónica Facchini, (2006). *La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?* Archivos Argentinos de Pediatría.
- Lora Cortez y Saucedo Molina (2006). *Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México*. Rev. Salud mental.
- Antonio José Martínez Llobregat, Eva María Fernández García y Eduardo Juan López Felices (2006). *Educación para la salud: prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia*. Aldadis.net, Rev. De la educación, nº 9.
- Teresita de Jesús Saucedo-Molina, Claudia Unikel Santoncini (2009): *Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de*

preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud

Ment v.33 n.1 México

- Natalia Rivera A, Rosa Behar A., Marcela Alviña W., Trinidad González C (2007). *Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. Rev. Chile Nutr Vol. 34, N°3.*
- Juan A. Portuondo. *La figura humana, test proyectivo de Karen Machover.* Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, 2001, 2007.



Universidad Abierta Interamericana

Anexo y Apéndice

Anexo y Apéndice

- Cuestionario para detectar conductas alimentarias de riesgo

CUESTIONARIO	EDAD:	V	F
1- Piensas mucho en tu cuerpo.			
2- Te sientes gorda.			
3- Sientes culpa después de comer.			
4- Comes gran cantidad de comida en un corto período de tiempo.			
5- Subes y bajas de peso con frecuencia.			
6- Haces dieta a menudo.			
7- Controlas tu peso con frecuencia.			
8- Tomás laxantes y/o diuréticos.			
9- Te sientes desconforme con alguna parte de tu cuerpo.			
10- Restringes o rechazas algunos alimentos a la hora de comer.			
11- Sientes que la comida controla tu vida.			
12- Haces ejercicios físicos excesivamente.			
13- Te aíslas de los demás.			
14- Te obsesiona la idea de estar delgada.			
15- Te pones nerviosa a la hora de la comida.			
16- Comes poco en presencia de los demás.			
17- Eres muy exigente con vos misma.			
18- La apariencia corporal es muy importante para ti.			
19- Los demás piensan que estas muy delgada.			
20- Sientes miedo de aumentar de peso.			

AF-5 CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDENTES A CADA PREGUNTA

1.	Hago bien los trabajos escolares (profesionales).....	☐	☐
2.	Hago fácilmente amigos.....	☐	☐
3.	Tengo miedo de algunas cosas.....	☐	☐
4.	Soy muy criticado en casa.....	☐	☐
5.	Me cuido físicamente.....	☐	☐
6.	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.....	☐	☐
7.	Soy una persona amigable.....	☐	☐
8.	Muchas cosas me ponen nervioso.....	☐	☐
9.	Me siento feliz en casa.....	☐	☐
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas.....	☐	☐
11.	Trabajo mucho en clases (en el trabajo).....	☐	☐
12.	Es difícil para mí hacer amigos.....	☐	☐
13.	Me asusto con facilidad.....	☐	☐
14.	Mi familia está decepcionada de mí.....	☐	☐
15.	Me considero elegante.....	☐	☐
16.	Mis superiores (profesores) me estiman.....	☐	☐
17.	Soy una persona alegre.....	☐	☐
18.	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.....	☐	☐
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.....	☐	☐
20.	Me gusta como soy físicamente.....	☐	☐
21.	Soy un buen trabajador (estudiante).....	☐	☐
22.	Me cuesta hablar con desconocidos.....	☐	☐
23.	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior).....	☐	☐
24.	Mis padres me dan confianza.....	☐	☐
25.	Soy bueno haciendo deporte.....	☐	☐
26.	Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador.....	☐	☐
27.	Tengo muchos amigos.....	☐	☐
28.	Me siento nervioso.....	☐	☐
29.	Me siento querido por mis padres.....	☐	☐
30.	Soy una persona atractiva.....	☐	☐