



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana**

*Szalapalapa*

**Ciencias Sociales y Humanidades**

**“Estilos Parentales, Personalidad e Insatisfacción Corporal como  
Determinantes de las Conductas Alimentarias de Riesgo en Mujeres  
Adolescentes”**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

**PRESENTA:**

**Lizethe Sánchez Gallegos**

**Asesores:**

---

**Mtro. Carlos Conteras Ibáñez**

---

**Mtra. Alicia Saldívar Garduño**

---

**Mtro. Fernando Ortiz Lachica**

**México. D. F., 2007**

[lizzysaga@gmail.com](mailto:lizzysaga@gmail.com)

## *Índice*

1 INTRODUCCIÓN.....	6
2 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADOLESCENTES..	11
2.1 Trastorno de conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa.....	12
2.1.2 Revisión histórica (Anorexia nerviosa).....	13
2.1.3 Síntomas de Anorexia Nerviosa.....	15
2.1.4 Criterios de diagnostico de anorexia nerviosa.....	16
2.2 Trastorno de conducta alimentaria Bulimia Nerviosa.....	17
2.2.1 Revisión histórica (Bulimia Nerviosa).....	18
2.2.2 Criterios para el diagnostico de la bulimia nerviosa.....	19
2.2.3 Familia y trastornos de conducta alimentaria.....	20
3 FAMILIA.....	22
3.1 Historia de la familia.....	22
3.2 Tipos de familias.....	27
3.3 Funciones de la familia.....	28
3.4 Comunicación en la familia.....	29
3.5 Definición de comunicación.....	29
3.6 Estilos parentales.....	30
3.6.1 Definición de estilos parentales.....	31
3.6.2 Estilo autoritativo (democrático).....	32
3.6.3 Estilo autoritario.....	32
3.6.4 Estilo permisivo.....	33
3.6.5 Estilo negligente.....	33
4 ADOLESCENCIA.....	34
4.1 Reseña histórica de la adolescencia.....	35
4.2 Definición de adolescencia.....	37
4.3 Desarrollo y cambios físicos.....	38
4.4 Cambios psíquicos.....	38
5 AUTOCONCEPTO.....	39
5.1 Reseña histórica.....	39

5.2 Autoconcepto a través de diversas corrientes teóricas.....	41
5.2.1 Interaccionismo simbólico.....	41
5.2.2 Conductismo.....	43
5.2.3 Psicoanálisis.....	44
5.2.4 Psicología cognitiva.....	44
5.3 Autoconcepto y su definición.....	45
5.4 Autoconcepto y su estructura.....	46
5.5 Autoconcepto y su formación.....	49
5.6 Variables de influencia.....	50
<b>6 AUTOESTIMA.....</b>	<b>51</b>
6.1 Delimitación entre autoestima y autoconcepto.....	51
6.2 Definición de autoestima.....	52
6.3 Componentes de autoestima.....	53
6.4 Desarrollo de la autoestima.....	54
6.5 Vertientes para explorar la autoestima.....	54
<b>7 IMAGEN CORPORAL.....</b>	<b>55</b>
7.1 Definición de la imagen corporal.....	56
7.2 Componentes de la imagen corporal.....	57
7.3 Investigación de la imagen corporal.....	58
7.4 Trastorno de la imagen corporal.....	59
<b>8 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>60</b>
8.1 Pregunta de investigación.....	60
8.2 Objetivo general.....	60
8.3 Hipótesis general.....	60
8.4 Hipótesis específicas.....	60
8.5 Objetivos específicos.....	61
8.6 Definiciones Conceptuales y operacionales de las variables independientes.....	63
8.7 Definición conceptual y operacional de la variable dependiente.....	64
<b>9 MÉTODO.....</b>	<b>65</b>
9.1 Participantes.....	65

9.2 Instrumento.....	65
9.3 Procedimiento.....	66
9.4 Análisis.....	67
<b>10 RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
10.1 Estilos parentales para mamá.....	69
10.2 Estilos parentales de papá.....	71
10.3 Análisis factorial para la escala de autoconcepto.....	73
10.4 Análisis factorial para la escala de autoestima.....	74
10.5 Análisis factorial para la escala de insatisfacción corporal.....	75
10.6 Correlaciones.....	75
10.7 Conducta de dieta.....	79
10.8 Modelo explicativo para la conducta dietaria.....	82
10.9 Conducta de ayuno.....	83
10.10 Modelo explicativo para la conducta de ayuno.....	88
10.11 Conducta de vómito.....	89
10.12 Modelo explicativo para la conducta de vómito.....	91
10.13 Conducta de uso/ abuso de laxantes.....	92
<b>11 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>95</b>
11.1 Estilos parentales para mamá.....	96
11.2 Estilos parentales de papá.....	96
11.3 Escala de autoconcepto.....	97
11.4 Escala de autoestima.....	97
11.5 Escala de insatisfacción corporal.....	97
11.6 Conducta de dieta.....	97
11.7 Conducta de ayuno.....	98
11.8 Conducta de vómito.....	99
11.9 Conducta de uso/ abuso de laxantes.....	99
<b>12 REFERENCIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>13 ANEXOS.....</b>	<b>106</b>

**PARTE2**

<b>1 Proyecto de intervención.....</b>	<b>113</b>
<b>2 Introducción.....</b>	<b>113</b>
<b>3 Objetivos.....</b>	<b>113</b>
<b>4 Justificación.....</b>	<b>113</b>
<b>5 Variables.....</b>	<b>114</b>
<b>6 Procedimiento.....</b>	<b>114</b>
<b>7 Evaluativos.....</b>	<b>115</b>
<b>8 Cartas descriptivas.....</b>	<b>116</b>

## 1. Introducción

Una de las mejores formas de comprender lo que las jovencitas sufren al padecer algún trastorno de conducta alimentaria y/o conductas alimentarias de riesgo es escuchar lo que ellas tienen que decir, solo basta con tomarse el tiempo y buscar un poco en Internet para encontrarlas

### Testimonio

La verdad es que yo empecé en esto cuando a penas tenía 14 años. Recuerdo que era mi primer año de instituto y como todas las de clase, para el verano, quería perder un kilito, empecé por perder uno y otro y otro, y poco a poco perdí el control, cuanto mas delgada estaba mejor me encontraba; el solo poder pesar un kilo mas me aterrizzaba, era el castigo mas grande, cuando engordaba cualquier gramo de mas yo misma me sentía despreciable, me auto castigaba ayunando los días posteriores. Me encontraba gorda (y eso que no llegaba ni a los 40 Kg.) todo el mundo me decía que parecía un cadáver viviente, pero yo pensaba que estaban locos porque me decían eso para que engordara pero que era algo que no iban a conseguir porque yo tenia que adelgazar para seguir sintiéndome bien. A raíz de todo esto, empecé una temporada a tener mucha hambre, algo que tampoco podía controlar, y cuando comía a la vez me sentía culpable y me autoprovocada el vomito, cosa que continuo haciendo y me siento mal cuando lo hago pero hay algo que me hace no parar de comer, es algo que no puedo controlar, como y posteriormente esa culpabilidad tan grande, me hace que vomite todo lo que he podido comer. Actualmente estoy en tratamiento para poder salir de esta pesadilla que la verdad es muy triste decirlo pero vivimos en un maldito infierno. Lo único que he conseguido con todo esto es una depresión que tengo enorme, que no tengo ganas de salir ni de ir a ningún sitio, vivo amargada obsesionada por un peso que a veces no me deja ni dormir el pensar que eso también me puede hacer engordar, no soy feliz, me duele el estomago de tanto auto provocarme el vomito, siento mareos, dolor de cabeza la presión la tengo por los suelos y lo mas triste es que alguna vez queriendo que todo esto acabe de una vez he pensado en hacer alguna locura quitándome la vida. Cosa que poco a poco voy viendo que es una tontería, supongo que con fuerza de voluntad y en manos de especialista veo que puedo salir de ello o al menos estoy haciendo el esfuerzo mas grande por

salir de esta enorme pesadilla que dura muchos años desde su primera vez Si alguien me lee por favor, no cometáis ninguna tontería, en la vida hay muchas cosas valiosas y no es lo mas primordial el peso, poseemos de otros valores que por suerte son mucho mas valiosos, así que si teneos algún problema alimentario consultar especialistas que con mucha lucha y esfuerzo nos ayudaran a salir de todo esto Besos

#### Testimonio

Mi nombre es Mónica, soy de Barcelona y tengo 17 años. Yo siempre me crié gordita, con 14 años pesaba, 70 Kg. midiendo 1.59. Pues bien, todo empezó por un chico del que estuve enamorada desde que empecé el instituto, fue un flechazo, mi primer amor, vamos, estuvimos en 1º de Eso (12 años) tonteando y para mi fue la época mas bonita de mi vida (por aquel entonces pesaba menos, media 1.57 y pesaba unos 60 Kg.) estaba gordita pero no mucho, era mona, ya entiendes...rechonchita. Pero después empecé a engordar , después de venirme la regla, hasta mantenerme en los 69-71 aprox., y este chico no hacia mas que burlarse de mi, llamarme gorda, y herirme continuamente, hasta el punto de tener miedo de ir al cole...entonces empezó todo, empecé a adelgazar con una dieta normal, de unas 1500 calorías, pero al ver que adelgazaba (pase de los 70 a los 62) y que la gente me decía que guapa me estaba poniendo etc..Pensé que comiendo lo mínimo adelgazaría aun más, y así empezó todo, tenía por aquel entonces 15 años. Desayunaba un vaso de leche desnatada, comía carne o pescado y cenaba un yogur, una dieta pobre pero tampoco alarmante, y pase a pesar 56 kg. Y entonces conocí a un chico (con el cual llevo 2 fantásticos años y el que me ha ayudado a pasar todo esto) y como era mi primer novio formal quería que el y sus amigos me vieran guapa y atractiva, términos los cuales para mí significaban delgada, y entonces fue cuando acabé de caer en la anorexia...no comía nada, lo mínimo porque tenia en mente que al hacer la digestión se gastaban calorías, entonces para desayunar me comía media hoja de lechuga(para poner en marcha mi estómago) me iba al gimnasio 5 horas, comía una cucharada de sopa o de pasta o de lo que hubiera, me iba 2 horas al gimnasio, quedaba con mi novio, volvía a la noche me comía media hoja de lechuga y me iba a dormir...así conseguí bajar de los 56 a los 37 Kg...y yo me seguía viendo gorda....mi novio se enfadaba muchísimo conmigo y me lo dijo bien claro: o engordas o te dejo, y que conste que lo hago por ti. Me volví muy agresiva, no quería a nadie, estaba todo el día deprimida etc...hasta que estuve medio año sin tener la regla y eso me preocupó pues pensé...a ver si me voy a volver estéril por no comer (tras verlo en un programa de TV a mujeres que le habían sucedido), entonces, mi madre me convenció para que fuera al médico y me lo dijeron bien claro,

que mi IMC era muy bajo, que estaba desnutrida, me quedé hasta sin pelo, la piel la tenía escamada etc. y que si no comía y seguía así iba a tener problemas muy graves. Y entonces empezó la bulimia....que para mí fue 100 veces peor que la anorexia, comía descontroladamente, llegando a ingerir más de 5000 calorías diarias....pase en una semana de pesar 40 Kg. a pesar 47...y seguí así hasta llegar a pesar 63....estaba muy deprimida, pensé: todo el esfuerzo que hice para nada. Por más que quería parar de comer no podía....no salía a la calle, hacia campanas, estaba meses sin ir al cole, cuando yo siempre he sacado sobresalientes... Y después me llegó el binomio anorexia-bulimia, pasaba de no comer a inflarme, siempre me veía peor que los demás, siempre estaba deprimida, vamos, Y para que hablar de las veces que pensé en suicidarme, y de las veces que agachada en el water lloraba sin cesar por no poder vomitar, así como al mirarme al espejo.... todo esto me duró 1 año y medio por suerte, que tras ver otros casos, es poco tiempo. Y te estarás preguntando...¿como lo solucioné? Pues me lo planteé a mi misma dije a ver, cuanto peso: 63, cuanto debería pesar, unos 54, pues voy a empezar a comer controladamente, a dejar la ansiedad de lado y a hacer un poco de dieta, pero esta vez sin pasarme, xk llegue a la conclusión de que no hay que desperdiciar esta vida...que solo tenemos una, por favor, tenéis que salir de la situación en la que os encontráis.

Con estos dos testimonios nos podemos dar cuenta de lo difícil que es la vida para las personas que tiene problemas con la alimentación, por ello es indispensable fijar nuestra atención en estos nuevos problemas de salud publica para con ello evitar que más personas los padezcan.

En la actualidad es más común escuchar conversaciones sobre las enfermedades que están en auge en la sociedad mexicana y no solo en este país sino en el resto del mundo, por ejemplo: sida, diabetes, cáncer, obesidad y los trastornos de conducta alimentaria entre otros.

En los últimos años los especialistas en la salud y los gobiernos se han ocupado en tomar medidas para prevenir las enfermedades ya mencionadas, debido a que los costos de los tratamientos son elevados y requieren atención multidisciplinaria.

Día con día hay más personas que son victimas de los trastornos de conducta alimentaria y en su mayoría no son detectadas y/o atendidas desde el inicio de la enfermedad sino por el contrario su son diagnosticadas cuando han avanzado en demasía, por ello la presente investigación pretende conocer si el estilo parental, el

autoconcepto negativo, la autoestima negativa, la insatisfacción corporal de las jóvenes adolescentes influyen sobre sus conductas alimentarias de riesgo, con la finalidad de prevenir futuros casos.

Debido a esto no se trabajo con jovencitas con trastornos sino con aquellas que presentan conductas de riesgo entendidas estas como las acciones efectuadas por una o varias personas en un lugar y tiempo determinado, ahora bien las conductas alimentarias pueden tornarse en conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, inducir el vómito, uso/abusos de laxantes y productos para bajar de peso, entre otras) relacionadas directamente con el estado de salud-enfermedad del sujeto individual o colectivo y estas son derivadas del miedo – pánico absurdo y obsesivo a estar gordas, tanto en el presentes como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas. (Chinchilla 2003).

Ahora bien como ya es sabido los medios masivos de comunicación tienen cierta influencia sobre la población, pero esto no indica que sea el único detonante de los problemas de salud pública como son los trastornos de conducta alimentaria.

Es indispensable precisar que tanto los trastornos como las conductas alimentarias de riesgo son fenómenos multifactoriales es decir no solo los medios de comunicación los afectan o determinan sino que hay variables como el ambiente familiar y algunos aspectos de personalidad que tienen influencia sobre estas.

Debido a esto es de suma importancia ver como es que la familia se ha transformado a través del tiempo como es que su estructura se ha modificado, así como el concepto que se tiene de ella, según CONAPO para el 2005 habían 81,182 hogares compuestos en el Distrito Federal de estos 39,736 eran de jefatura Masculina y 21,446 de jefatura femenina, en el Estado de México 127,7250 de estos 99,477 tenían una jefatura masculina y 28,281 jefatura femenina, para el 2006 en el Distrito Federal existían 82,952 de ellos 60,980 poseían una jefatura masculina y 21,972 jefatura femenina, en el Estado de México 133,219 de estos hogares 163,662 con jefatura masculina y 29,557 jefatura femenina.

Por ello en esta investigación se tomaron en cuenta variables que tienen que ver con el ambiente familiar en este caso se trabajo con los estilos parentales. Así

mismo se tomó en cuenta la personalidad y se tomo como muestra mujeres adolescentes debido a que en la actualidad este sector de la población ha tenido mayor vulnerabilidad a las conductas alimentarias y/o trastornos de conducta alimentaria.

La etapa de la adolescencia es a menudo una época turbulenta, atrapado entre la infancia y la edad adulta el adolescente enfrenta algunos problemas únicos, Erikson considera que la necesidad de responder la pregunta ¿Quién soy? es la tarea primordial durante esta etapa de la vida, los cambios físicos y psicológicos trae nuevos sentimientos, nuevo cuerpo y nuevas actitudes, por ello es importante su estudio ya que en esta etapa es muy factible que parezcan algunas conductas de riesgo no necesariamente solo las alimentarias pueden ser de consumo de alcohol, drogas, relaciones sexuales sin protección, etcétera.

Con lo que respecta a la personalidad se tomaron en cuenta tres aspectos, el autoconcepto que es un sistema complejo y dinámico de creencias, ideas e imágenes, cada una de ellas con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo incluyendo las imágenes que otros tiene de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser (Purkey, 1970), la autoestima que es la valoración que el sujeto hace sobre aquello que conoce de sí mismo. Es decir, aquella característica, cualidad, peculiaridad, etc., que conoce de sí, y que valora positivamente o negativamente (Aguilar, 2001) y la imagen corporal que es una configuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon-Schweitzer, 1992).

## **2 Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes**

Entre los problemas sociales y de salud que en este momento aquejan a la sociedad mexicana se encuentran el auge de los desórdenes alimenticios; por ejemplo trastornos de conducta alimentaria, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa que principalmente atacan a las jóvenes de esta sociedad, sin importar estatus o nivel socioeconómico al que pertenezcan.

Desafortunadamente cada día hay más personas que los padecen, mujeres, hombres, adolescentes e incluso niños, y se ha convertido en un problema de salud pública; por ello es necesario atender y prevenir la aparición de nuevos casos.

Para una mejor comprensión de este fenómeno es necesario hacer una diferencia entre conducta alimentaria de riesgo y trastorno de conducta alimentaria debido a que estos dos términos se puede prestar a confusión, en esta investigación se toma a la conducta alimentaria de riesgo como uno de los inicios de lo que se podría convertir en un trastorno.

Todas las personas estamos constantemente tomando decisiones acerca de nuestra persona, decisiones tan simples como qué ropa usar, cómo peinarse, en el caso de las mujeres cómo maquillarnos, con todo lo anterior buscamos mejorar nuestra imagen para nosotros mismos y ser agradables a la vista de los demás, por ello se adoptan ciertas conductas para mejorar esa imagen, que se podrían considerar saludables como; por ejemplo hacer ejercicio, modificar nuestros hábitos alimenticios con la finalidad de bajar un poco de peso, éstas para algunas personas no se consideran riesgosas para nuestra salud a pesar de que lo son y más cuando se llevan a extremos, también se pueden adoptar otras conductas que no lo son tanto como el dejar de comer, purgarse, inducirse el vómito, utilizar laxantes, someterse a dietas sin supervisión médica con el fin de perfeccionar el aspecto físico, éstas pueden ser consideradas como conductas alimentarias de riesgo.

En primera instancia una conducta es una acción efectuada por una o varias personas en un lugar y tiempo determinado, ahora bien una conducta alimentaria puede tornarse en conducta de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, inducir el vómito, uso/abusos de laxantes y productos para bajar de peso, entre otras) relacionadas directamente con el estado de salud-enfermedad del sujeto individual o colectivo y estas son derivadas del miedo – pánico absurdo y

obsesivo a estar gordas, tanto en el presentes como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas. (Chinchilla 2003 citado en Chinchilla, 2003).

Estas conductas se realizan con el fin de bajar de peso y mejorar la apariencia física de las personas. Cuando las modificaciones del físico y la pérdida de peso se vuelven el eje de nuestras vidas y por lo tanto se involucran en todas nuestras decisiones, convirtiéndose en la medida para valorarnos como personas, es probable que hayamos caído en un trastorno de la alimentación o que nos encontremos realizando conductas de riesgo que faciliten la aparición de uno (Cadena, 2002).

Resulta que si estas conductas de riesgo son llevadas a cabo constantemente pueden traer consigo consecuencias severas a nuestra salud, igualmente pueden llevar a la persona a desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria.

Por otra parte los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades producidas por la interacción de una serie de factores entre los que se encuentran personales, sociales y culturales, para que una persona pueda ser diagnosticada con alguno es necesario cubrir los criterios que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) dicta, en caso que alguno de estos no se cubra la persona no puede ser diagnosticada con el trastorno, aquí es precisamente cuando se habla de las conductas alimentarias de riesgo, la persona no presenta el trastorno como tal pero si las conductas que pueden detonar alguno, en la siguiente sección se tratan dos de los trastornos más conocidos los cuales son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

## **2.1 Trastorno de conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa.**

Desde el ascetismo medieval y renacentista hasta el puritanismo de la época victoriana, el ayuno tuvo connotaciones religiosas o morales.

Antes del siglo XXI, las anoréxicas también tenían miedo a engordar, al igual que padecían distorsiones de la corporalidad, lo que quizás minimizaban u ocultaban por miedo a ser tachadas de inmorales por su “culto al cuerpo”, aunque éste no fuera por estética y sí por necesidad de mantenerlo ligero (Chinchilla 2003 citado en Chinchilla 2003).

De acuerdo con la literatura este trastorno está ligado con la cultura y el tiempo debido a que este ha cambiado, algunos autores refieren que los trastornos de conducta alimentaria se dan solo en culturas de abundancia

### 2.1.2 Revisión histórica (Anorexia nerviosa)

Durante la edad media entre 1200 y 1500 aparecieron las órdenes mendicantes, un gran número de mujeres religiosas se entregaron a prácticas ascéticas de todo orden, una de estas prácticas fue el ayuno; el cual tuvo muchas practicantes entre las que nos encontramos a Catalina de Siena, Verónica Giuliani, María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Ypere, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina, entre otras.

Siglos antes se había difundido la existencia de ayunadoras sistemáticas, algunas de ellas alcanzaron la popularidad como Liduina de Shindam, santa del siglo XIV, ella se alimentó por años con trocitos de manzana del tamaño de una hostia, de igual forma la leyenda de santa Wilgefortis, quien era la séptima hija de un rey de Portugal, decidió entregar su virginidad a Dios y ella ayunó con la intención de perder su belleza para ahuyentar la atención de los hombres, a cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo<sup>1</sup> y dietas de inanición<sup>2</sup>, su rostro y cuerpo se cubrieron de vello, después de su muerte entre 700 y 1000 años antes de Cristo, su padre decidió crucificarla.

Esta doncella en algunos países de Europa fue adoptada como santa patrona de las mujeres que desean verse libradas de la atención masculina, por ejemplo fue llamada santa Ont Kommerna en Holanda, santa Kummernis en Alemania; entre otros.

Son varias las culturas en que el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal (Toro, 1996), los antiguos egipcios acostumbraban ayunar antes de entrar en el templo sagrado, la purificación como la penitencia han sido asociadas con el ayuno en muchas religiones.

La evolución histórica de la anorexia nerviosa es de la siguiente manera:

---

<sup>1</sup> La palabra griega askesis, que significa “ejercicio”, se refiere a la preparación para la competencia de los atletas griegos, preparación que consistía en la actividad física y restricciones alimentarias.

<sup>2</sup> inanición. (Del lat. *inanitio*, -ōnis). f. *Biol.* Debilidad grande por falta de alimento o por otras causas.

R.Morton en 1864	La consideró una enfermedad misteriosa que transformaba a la persona que la padece, la cual se caracteriza por una pérdida de peso a partir de una dieta de hambre auto impuesta
Charles Lasegue en 1873	Describió la anorexia histeriqué, relatando los trastornos cognitivos, la negación y la distorsión en la imagen corporal como sus características principales
Williams Gull en 1874	Acuñó el nombre de anorexia nerviosa, destacando en sus casos clínicos la típica manifestación de esta enfermedad en la adolescencia, sobre todo en mujeres, y los efectos que produce sobre los signos vitales.
Hucchard en 1883	Fue el primero en utilizar el termino anorexia mental
Freud en 1895	Consideró este trastorno como la neurosis de la alimentación
Simmonds en 1914	Realizó la autopsia de una paciente que padecía adelgazamiento extremo y encontró una destrucción pituitaria.

La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndolo sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego anorektous. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anoréxicos y diuréticos, etc. (Toro, 1996); este trastorno suele iniciarse en la adolescencia entre los 14 y 18 años de edad, pero desafortunadamente cada día se presenta a mas temprana edad.

La anorexia es un trastorno muy complejo algunas de las implicaciones son las siguientes:

- El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuya alarmadamente.

- La distorsión de la imagen corporal es casi constante, sobre valorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que “obliga” a mantener la restricción alimentaria.
- La autoimagen general está sumamente determinada por la imagen corporal, la autoimagen y la autoestima acostumbran a ser negativas.
- La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre, y suele carecerse de conciencia de enfermedad.
- La malnutrición, una vez establecida, produce alteraciones de todo origen por ejemplo amenorrea en el caso de las mujeres, edemas puede dar lugar a diferentes síntomas y trastornos entre los cuales encontramos hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, etc.

Con lo que respecta a la sintomatología la literatura refiere que es sumamente compleja debido a que es consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. Junto a los trastornos somáticos y a las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivo y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de la muerte y suicidio, etc. (Toro, 1996).

### **2.1.3 Síntomas de Anorexia Nerviosa**

- \* Preocupación, selección y restricción alimentaria voluntaria.
- \* Búsqueda de adelgazamiento para experimentar placer y controlar el cuerpo y sus funciones.
- \* Hiperactividad y aumento de consumo de energía.
- \* Amenorrea o retardo de la menarca.
- \* Pérdida de peso de por lo menos un 25% debido a anorexia o pseudoanorexia (voluntaria).

Estos síntomas serían primarios e irían precedidos por un desencadenante generalmente psíquico-conflictivo, que cristalizarían en un humor depresivo enmascarado o aparentemente menos intenso con una sintomatología de angustia,

ansiedad, tristeza, hiperactividad, pobreza cuantitativa del pensamiento, vivenciación del suicidio, etc. En la evolución y secundariamente, aparecerían una serie variable de síntomas somáticos como estreñimiento, vómitos, malestar especial en el estómago, caída de cabello, mayor sensibilidad al frío, hipotensión, hipotermia, edemas, disminución de la masa corporal, insomnio o dificultad para conciliar el sueño, crisis de bulimia, alteración perceptiva de la imagen corporal, etc. (Chinchilla, 1995).

Las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen la estructura al cuadro. La situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc. (Cadena, 2002).

Los pensamientos y actitudes relacionadas con el cuerpo, el peso y la alimentación se distorsionan convirtiéndose en absurdos, irracionales y desadaptativos. Las comidas no sólo se reducen, sino se convierten en prácticas extravagantes. Los alimentos pueden no ingerirse. La imagen y la autoestima acostumbran a ser sumamente negativas, el perfeccionismo y rigidez suelen estar presentes. El anoréxico restrictivo tiene hipercontrol (Toro, 1996).

#### **2.1.4 Criterios de diagnóstico de anorexia nerviosa**

Los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-IV<sup>3</sup> son los siguientes:

- 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 periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % de peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso , incluso por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción 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

---

<sup>3</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos).

Existen dos tipos de anorexia nerviosa los cuales son:

*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).

## **2.2 Trastorno de conducta alimentaria Bulimia Nerviosa**

La palabra Bulimia deriva del griego limos que significa “hambre”, que junto a bou que significa “gran cantidad de” o boul que significa “buey”, sería al final “hambre feroz” o “hambre de buey”, y también del latín que significa “hambre canina” (Chinchilla citado en Chinchilla 2003). La bulimia nerviosa (BN), antes de 1979, apenas había tenido atención o interés médico, quizás porque se veía en la práctica clínica. Sin embargo, en la década de los ochenta empezó a dispararse el número de publicaciones y el interés médico y social por el tema, si bien podía significar un síntoma o conducta no específico, sí era más frecuente en las culturas occidentalizadas y en las que disponían de más cantidad de comida (Chinchilla citado en Chinchilla 2003).

En un inicio la bulimia fue descrita como una variante de la anorexia nerviosa, debido a su similitud con ella.

La bulimia nerviosa se trata de un trastorno de comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En un principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón. Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también mayoritarios, casi universales (Toro, 1996).

La bulimia nerviosa comparte las siguientes características con la anorexia nerviosa, algunas de ellas son:

- La preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo
- La autoimagen general está sumamente determinada por la imagen corporal, la autoimagen y la autoestima acostumbran a ser negativas.

Debido a que los dos trastornos de conducta alimentaria comparten síntomas existen pacientes que desarrollan anorexia bulímica.

El paciente bulímico experimenta permanentemente alteraciones del estado de ánimo, con tristeza y ansiedad en primer plano, y unos sentimientos de culpa que suelen constituir la música de fondo del trastorno (Toro, 1996).

### 2.2.1 Revisión histórica (Bulimia Nerviosa)

Históricamente el trastorno de conducta alimentaria llamado bulimia ha tenido menor atención debido a que se había considerado parte de la anorexia, hasta finales del siglo XIX e inicios del XX la bulimia sólo ocupa una pequeña parte de lo publicado, Jenofonte, en *Anabasis*, describió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora consideramos como prácticas bulímicas, en el año 970 antes de Cristo, refiriéndose a unos soldados griegos que se retiraban hacia las montañas del Asia Menor tras haber desarrollado una campaña contra Artajerjes (Toro, 1996).

Hipócrates distinguía el *boulimos*, un hambre enfermiza, del hambre ordinario, Aristófanes también utilizó el término en su acepción de hambre feroz, Galeno describió la *kinosorexia* o “hambre canina”, para referirse a un estado de ánimo que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían asociarse con vómitos y copiosos movimientos de vientre. Enfatizó el aspecto de desmayo y la avidez por la comida, lo que continuó por mucho tiempo (Chinchilla 2003 citado en Chinchilla, 2003).

En la Antigua Grecia, las autopurgas vomitivas eran frecuentes en ciertos eventos sociales o religiosos, se puede recordar el banquete y el vómito consiguientes fueron auténticas institucionales de las clases medias y altas de Roma. Estos banquetes podían incluir más de veinte platos. Cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua, el *vomitorium*, donde hacían lo propio (Toro, 2003).

Durante la baja Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial. El penitente, meditante la emesis<sup>4</sup>, arrojaba de sí sus pecados, se consideraba que así

---

<sup>4</sup> emesis. f. Med. vómito (ll acción de vomitar).

también se dominaban los apetitos sexuales, dicha práctica era llevada a cabo por jóvenes monjes.

El Oxford English Dictionary de 1983, fue el que por primera vez utiliza la palabra bulimia, para referirse al apetito inmoderado.

En la historia de Europa y del mundo occidental existen varios personajes que llevaban a cabo el atracón seguido del vómito. A tal práctica se entregaban Enrique VIII de Inglaterra y quienes lo rodeaban, el papa Alejandro Borgia y sus cortesanos, los lúdicos campesinos flamencos de Bruegeles y las lacerantes multitudes de El Bosco, y también personalidades mucho más cercanas a nosotros, como el rey Eduardo de Inglaterra o el presidente americano Taft (Giannini, 1993 citado en Toro, 1996).

La evolución histórica de la bulimia nerviosa es de la siguiente manera:

James en 1743	Se dio cuenta de que, mientras algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar después de la ingesta de grandes cantidades de alimentos, otros no lo presentaban, entonces distinguió entre boulimis (se sufría de desmayos) y el caninus apetitos (el paciente daba fin a su atracón vomitando)
Motherby en 1785	Describió tres tipos de bulimia, entre ellas la de hambre pura, es aquella en que el hambre acaba en vómito y la que asocia hambre a desmayos
Hooper en 1825	Utilizó los términos "bulimia emética" y cinorexia para designar un apetito voraz seguido de vómitos
Blachez en 1869	Señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación, además de que su hambre puede persistir aun teniendo el estómago dilatado tras haber ingerido una gran cantidad de comida, haciendo imposible su alimentación
Sottmann en 1894	Descubrió lo que denominó hiperorexia, trastorno que incluyó entre las neurosis nutricionales, la hiperorexia podía ser de origen neurótico o biológico
Russell en 1979	Describe la bulimia nerviosa propiamente dicha, junto a los atracones y las conductas compensatorias de los mismos, hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición <i>sine qua no</i>

### 2.2.2 Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa

---

En esta sección trataremos un poco sobre los criterios de diagnóstico según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.

Los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-IV son los siguientes:

- 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 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las persona ingerirían en un período de tiempo similar.
  - (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 de vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio, al menos 2 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.

Para un mejor diagnóstico y abordaje es necesario especificar que existe dos tipos de bulimia nerviosas:

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

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

### **2.2.3 Familia y trastornos de conducta alimentaria**

En el caso de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) algunas investigaciones coinciden en que los factores familiares influyen en el desarrollo de algún trastorno de conducta alimentaria. Por ejemplo, (Gracia R., 2003) dice que los trastornos de conducta alimentaria anidan en modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y en las que se pueden observar con elevada

frecuencia trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres. (Minuchin et al. 1978 citado en Polivy & Herman, 2002) menciona que la dinámica familiar ha estado implicada no sólo en la permanencia de los trastornos de conducta alimentaria sino también en su desarrollo.

Entre los trastornos de conducta alimentaria destacan la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa; (Polivy & Herman, 2002) mencionan que de acuerdo con los síntomas (Insatisfacción sobre el cuerpo; preocupación por la comida, peso, y figura; falta de seguridad sobre el ego) no es necesario la distinción entre Anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa, (VanderHam et al. 1997 citado en Polivy & Herman, 2002) consideran al trastorno de conducta alimentarias como un síndrome con diferentes manifestaciones. Sin embargo la mayoría de las investigaciones diferencian estos dos trastornos de conducta alimentaria.

Es elemental tomar en cuenta que alimentarse es una de las necesidades primordiales del ser humano pues de eso depende su vida, de hecho desde que nacemos realizamos esta actividad, una persona ha realizado este acto miles de veces a lo largo de su vida.

La comida- los alimentos- y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1996).

Resulta de suma importancia tomar en cuenta que la comida deja de ser solo comida y se convierte en un premio o castigo, a cuantos de nosotros en nuestra infancia fuimos premiados con un dulce cuando nos portamos bien y castigados con no levantarnos de la mesa hasta terminar algún platillos que no era de nuestro agrado; (Toro, 1996) menciona que la comida se convierte en aprobación o desaprobación social, y además es algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

El motivo de la revisión de lo que son los trastornos de conducta alimentaria, las investigaciones que se han hecho con respecto a la relación que estos guardan con la familia es hacer notar que en su mayoría son solo cuando la pacientes están diagnósticas con la enfermedad es decir cubren los criterios de diagnóstico dictados por el DSMIV con lo que respecta a las conductas alimentarias de riesgo consideró

que la investigación es insuficiente, por ello este trabajo se centra en las personas que no cubren estos criterios y solo presentan algunos de los criterios.

Así mismo creo que es necesario empezar a trabajar con las conductas alimentarias de riesgo y la relación que guardan con la familia, la personalidad e insatisfacción corporal, ya que no es suficiente tomar alguno de estos factores, sino el conjunto de ellos; debido a que este fenómeno es multifactorial.

Una vez que se revisó lo que respecta al los (TCA) y la conductas alimentarias de riesgo es necesario revisar cada uno de los factores que se han mencionado es decir (Familia, Personalidad e Insatisfacción corporal)

### **3 Familia**

Entre los grupos sociales se encuentra el familiar, el cual es posiblemente el más controvertido y de mayor interés para muchos estudiosos de las ciencias sociales; sociólogos, economistas, psicólogos y recientemente médicos que se han ocupado de definirla y estudiarla; ha sido fragmentada y analizada minúsculamente por el antropólogo; así como idealizada por clérigos y escritores. Uno de los mayores problemas que encontramos los interesados en estudiarla es precisamente definirla, o mejor dicho encontrar una definición que ejemplifique lo mejor posible su dinámica, debido a que la familia constantemente cambia en función de la época histórica y los grupos culturales en los que se encuentre. La familia en la sociedad actual viene definida por la diversidad y también por la cohesión y la solidaridad (Gracia y Musitu 2000).

#### **3.1 Historia de la familia**

Para saber a ciencia cierta cómo es que originó la familia, algunos autores como Richard Gelles refiere que las discusiones más recientes sobre el origen de la familia giran en torno a dos teorías rivales: una se basa en el argumento de la “promiscuidad original” y la otra en que la familia es una institución universal, presente en todas las sociedades humanas (Gracia, Musitu 2000).

Engels en su libro *El origen de la familia*, las etapas que propone son las siguientes:

1. Un estado de promiscuidad sexual sin trabas caracterizado por la ausencia total de regulaciones conyugales.

2. La familia consanguínea. Es la primera etapa de la familia en la que reina todavía la promiscuidad sexual entre hermanos y hermanas, pero en la que padres e hijos quedan excluidos del comercio sexual recíproco. Es la primera manifestación del tabú del incesto, que en este caso se refiere exclusivamente a padres e hijos, y supone el inicio de una vida social totalmente humana.
3. La familia panalúa, en la que la prohibición del comercio sexual recíproco se extiende a los hermanos y hermanas. De esta manera se amplía la extensión del tabú del incesto. En esta parte fase aparece el matrimonio por grupo.
4. La familia sindiásmica, en la que el hombre vive con una sola mujer, aunque la poligamia y la infidelidad ocasionales sean un derecho para el hombre. En esta fase el vínculo conyugal se disuelve con suma facilidad, pasando los hijos a pertenecer a la madre.
5. La familia monogámica. Este tipo de familia nace de la familia sindiásmica. Se funda en el poder del hombre, un poder de origen económico subyacente en el control masculino de la propiedad privada, y el objetivo es procrear hijos de una paternidad cierta con fines hereditarios. (Gracia, Musitu 2000).

Esta explicación sobre el origen de la familia pertenece al enfoque teórico evolucionista, este enfoque no solo fue trabajado por Engles sino también fue abordado por Bachofen, Maine, Morgan y Mestermarck

En oposición a esta explicación se encuentran los trabajos realizados por Gough, Lévi-Strauss y Murdock.

Murdock realizó estudios interculturales y en 1968 concluyó que la familia nuclear es una agrupación humana universal, por lo que desde entonces se habla de la universalidad de la familia: la familia sería una institución presente en toda sociedad; la definición que consideró apropiada fue la siguiente: La familia es un grupo social caracterizado por la residencia común, la cooperación económica y la reproducción.

La familia no se ha quedado de la misma forma desde que apareció hasta la actualidad, ésta se ha modificado acorde a los tiempos y a las transformaciones de la misma sociedad. Lo que es claro es que la familia es un grupo que ha estado permanente en la evolución y ha sido afectada por factores políticos, sociales, económicos y culturales, ente los que se encuentran los siguientes:

- a) La industrialización, que aleja al individuo del hogar, organiza su vida en función del trabajo asalariado y le enfrenta con otros sistemas, desautorizando la potestad familiar y los valores tradicionales; que lo separa también de las solidaridades tradicionales y de las herencias tangibles que inicialmente aseguraban su subsistencia.
- b) La globalización de la economía, que está siendo motivo de desplazamiento de comunidades y de los intereses de las unidades sociales más allá de su entorno de origen.
- c) Los cambios en la naturaleza del trabajo y como consecuencia en el sentido del tiempo familiar.
- d) Los nuevos patrones demográficos, que han alargado la esperanza de vida, cambiado también los márgenes para la convivencia en pareja, la reproducción, la formación de los hijos y el compromiso con los adultos mayores.
- e) Los cambios en las relaciones de género.
  
- f) El desplazamiento que de la familia ha hecho la escuela (dentro de un proyecto modernizador del Estado), como medio de transmisión de saberes y habilidades importantes para la vida, y la revolución de los medios de comunicación, que entran en el ámbito mismo de la experiencia cotidiana, acelerando y acortando los tiempos de evolución familiares y proveyendo de formas alternativas de representación, valores, y expresión (Colegio de Michoacán, 2004).

Como se había dicho en párrafos anteriores la familia es el lugar en donde todos los seres humanos aprendemos, gustos, valores, reglas sociales que nos facilitan la convivencia en el entorno social, así mismo es en donde se gestan problemas o patologías que a futuro pueden dañar a los miembros de la misma.

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época (Herrera, 2005).

Se debe considerar el concepto de familia como un sistema, como un organismo en sí mismo, cuya identidad excede a la suma de sus miembros. La familia se puede entender como una estructura con funciones concretas para cada miembro, las cuáles son determinadas de manera recíproca, que da como resultado que los actos y decisiones tengan un sentido metaindividual conferido por el grupo de pertenencia (Villarreal citado en Cadena, 2002).

Desde la perspectiva psicológica, la familia ha sido considerada como el agente socializador por excelencia, a través del cual el individuo adquiere las conductas, creencias, normas y motivos apreciados por su familia y por el grupo cultural al que pertenece. (Andrade,1998).

Debido a que en la familia se adquieren conductas que rigen nuestro comportamiento y son apreciadas por la misma, es importante tomar en cuenta la intervención de esta.

Dicha influencia sobre las conductas alimentarias ha sido estudiada por diversos autores con la finalidad de determinar las características que hacen posibles la aparición de los trastornos de la alimentación y que señalan a la familia disfuncional como un factor de riesgo.

Una familia se considera funcional cuando sus jerarquías están adecuadamente planteadas y cuando las fronteras están claramente establecidas con un criterio de flexibilidad que tiene en cuenta el estadio de desarrollo en el que se encuentra cada uno de sus miembros considerados, pero cuando los miembros de la familia persisten en utilizar patrones de interacción que se han vuelto obsoletos para cada nueva etapa, como es en el caso de las familias de pacientes con trastornos de la alimentación, se propicia la restricción del crecimiento (Raush-Herscovivi y Bay citados en Cadena,2002).

Con lo que respecta a la rigidez y flexibilidad de los sistemas familiares, uno de los autores que ha abordado este aspecto de la familia es Maurizio Andolfi, el menciona que los sistemas familiares pueden describirse entonces como flexibles y rígidos.

La flexibilidad y la rigidez son las capacidades que tiene el sistema familiar de cambiar normas y funciones dependiendo de variaciones que los miembros van teniendo a lo largo del tiempo con la finalidad de lograr un equilibrio.

Todo sistema familiar busca el equilibrio en sus relaciones internas, y depende de la rigidez o flexibilidad si lo lograra o no, por ejemplo los padres no pueden interactuar de misma forma con sus hijos cuando son adolescentes que cuando eran bebés; fue necesario un cambio, el establecimiento de nuevas reglas por ejemplo (los horarios en los que los miembros deben estar en casa).

Existen diferentes perspectivas mediante la cuales se ha abordado el tema, como las biológicas, sociales y evolutivas entre otras, de ahí la gran variedad de definiciones en torno a las mismas, como se muestra en los siguientes ejemplos:

Para trabajar con la familia, es necesario recopilar algunas definiciones de la misma entre una gran cantidad, éstas son algunas que creo son convenientes para este estudio:

- La familia puede definirse como una pareja casada u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza de los hijos(as), la mayor parte de los cuales, o todos, usan una morada común (Gough, 1974).
- Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época (Herrera, 2005).
- La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos (Herrera, 2005).

La familia es sin lugar a duda en donde todos los seres humanos aprendemos a relacionarnos con los demás, gustos, valores, reglas sociales que nos facilitan la convivencia en el entorno social.

Es necesario indicar que la familia no se encuentra completamente desarrollada en ninguna especie prehumana como algunos reptiles, pero se comparte algunas similitudes con algunas especies que viven en pequeños grupos organizados, como es el caso de varios mamíferos sociales como leones, chimpancés, elefantes, lobos, entre otros.

Paralelamente a las distintas definiciones que se han dado al concepto de familia, existen diversas clasificaciones:

### 3.2 Tipos de familias

La familia se puede tipificar por:

Estructura:

- 2) Nuclear: Está formada por padre, madre e hijo, es la típica familia clásica, también llamada triada.
- 3) Uniparental: Sólo hay un padre o madre e hijos o hijas; esta es llamada también monoparental.
- 4) Reconstruida: Esta se forma después de la desintegración de dos familias y estas se unen con otras en las mismas situaciones.

Cantidad:

- 1) Extensa: En esta la familia nuclear vive con algunos familiares (abuelos).
- 2) Amalgamada: En esta hay un número mayor de cuatro personas viviendo en la misma casa (suegros, primos, abuelos, tíos, etc.) también llamada Familia extendida.

Además de esta clasificación existen otras propuestas por distintos autores que son las siguientes:

-Familia nutricia: Satir (1991) define este tipo de familia como el grupo en que los miembros se encuentran satisfechos con su relación con los demás, y que los integrantes cuentan con un nivel de autoestima alto y estable; la comunicación entre ellos es efectiva.

-Familia conflictiva: clasifica otro tipo de familia, en ella los miembros son fríos, cuentan con un nivel bajo de autoestima, la comunicación no es efectiva ( Satir ,1991)

-Familia Conyugal: Según Leñero (1983) Probablemente fue el primer tipo que aparece en la historia humana, proveniente de la naturaleza biológica misma, la familia conyugal está constituida por un grupo íntimo y fuertemente organizado en función de los lazos conyugales de los cuales se derivan los descendientes inmediatos, básicamente.

-Familia consanguínea: Para Leñero (1983) está formada por un grupo más o menos extenso en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo (padre- hijo, hermanos).

-Familia monoparental extendida: Hay un progenitor, hijos o hijas y otras personas de la familia como abuelos, tíos, primos, etc.

-Familia monoparental compleja: Hay un progenitor y a su cargo hijos o hijas y comparte vida con personas ajenas a la familia.

-Familia compleja: Es una familia en la que en casa viven personas familiares y no familiares.

-Familia bis: Es una familia en la que se produce una ruptura en la pareja y cada miembro de ésta forma una familia nueva; Para Satir (1991) este tipo de familias es mixta, la cual tiene ciertos aspectos; reúnen algunos elementos de familias ya existentes. Esta puede presentarse en tres formas;

1) Una mujer con hijos que se casa con un hombre sin hijos.

2) Un hombre con hijos que se casa con una mujer sin hijos.

3) Un hombre y una mujer que tiene hijos de una relación previa.

-Familia de Hecho: Este tipo de familia tiene lugar cuando la pareja convive sin haber ningún enlace legal.

-Familia formada por parejas de homosexuales y lesbianas: Familias de gays y lesbianas que tienen hijos.

### **3.3 Funciones de la familia**

Las funciones de la familia son:

- a. Satisfacer las necesidades básicas de comida, techo, ropa, educación y para los esposos de vida sexual.
- b. Satisfacer las necesidades emocionales básicas para desarrollarse psicológicamente.
- c. Hacer frente a las crisis, accidentes, enfermedades y peligros imprevistos que la vida implica (Epstein citado en Andrade, 1998).

Desde una perspectiva más psicológica, la familia hace dos cosas: asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo. La satisfacción de las necesidades biológicas, indispensables y esenciales para la supervivencia no garantiza el desenvolvimiento de lo humano, es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo de lo humano. Así entonces la familia contemporánea tiene los siguientes propósitos:

- 1) Proveer comida, abrigo y otras necesidades materiales para la vida y la protección ante el peligro; funciones que pueden llevarse a cabo mejor bajo condiciones de unidad social y cooperación.
- 2) Proveer el contexto social para el desarrollo de los lazos afectivos en la vida familiar.
- 3) Proporcionar el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar, lo que proporciona la integridad física y la fortaleza para entender nuevas experiencias.
- 4) Fomentar los roles sexuales, que preparan para la madurez sexual y la satisfacción
- 5) Prepara para la integración social y la aceptación de la responsabilidad social
- 6) Cultivar el aprendizaje y el apoyo para el desarrollo de la creatividad e iniciativa

Difícilmente hay dentro de la vida contemporánea, otra institución que tenga tarea semejante, por más que se busque, ninguna se compara a esta magnitud de responsabilidad social (Parrés citado en Andrade, 1998).

### **3.4 Comunicación en la familia**

Uno de los aspectos que es importante estudiar en la familia es el tipo de comunicación que lleva a cabo, para este estudio solo se trataran dos categorías, la comunicación violenta y la no violenta, pero para llegar a esta categorización es necesario proporcionar una definición primero.

### **3.5 Definición de comunicación**

Uno de los referentes más relevantes de la antigua Grecia (Aristóteles), definió la comunicación como la búsqueda de todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance, cuya meta principal es el logro de una respuesta determinada. Según David Berlo (1969) menciona que nuestro objetivo básico en la Comunicación es convertirnos en agentes efectivos, es decir, influir en los demás, en el mundo físico que nos rodea y en nosotros mismos, de tal modo que podamos convertirnos en agentes determinantes y sentirnos capaces, llegado el caso, de tomar decisiones. En resumen, nos comunicamos para influir y para afectar intencionalmente. (Di Génova, s/a).

La comunicación es considerada como un proceso social básico, a través del cual una persona influye en otra, para con ello lograr su individualidad y mantener sus

relaciones sociales, construir su autopercepción y desarrollar su identidad (Flores, 1988)

Según Satir (1991) la comunicación es el factor determinante de las relaciones que la persona establecerá con los demás, y lo que suceda con cada una de ellas en el mundo además de que ella tiene muchos aspectos y es el calibrador con el cual dos personas miden la autoestima del otro.

La comunicación marca la diversidad de formas en que la gente transmite información: qué da y qué recibe, cómo la utiliza y como le da significado (Satir, 1991). Es importante tener en cuenta que esta es aprendida y que podemos cambiarle si así lo deseamos. En cualquier momento todos los individuos aportan los mismos elementos al proceso de comunicación.

Según Satir (1991) en el proceso de la comunicación aportamos nuestros cuerpos, que se mueven, tienen forma y figura, aportamos nuestros valores, los conceptos que representan el estilo personal para sobrevivir y tener una “buena” vida (los debiera y debería para uno mismo y los demás), aportamos nuestras expectativas del momento, mismas que brotan de las experiencias pasadas, aportamos nuestros órganos de los sentidos, ojos, oídos, nariz, boca y piel, los cuales nos permiten ver, escuchar, oler, gustar, tocar y ser tocados, aportamos nuestra capacidad para hablar, palabras, y voz, aportamos nuestro cerebro, los almacenes del conocimiento, que incluyen lo que hemos aprendido de experiencias pasadas, lo que hemos leído y asimilado mediante el aprendizaje y lo que ha quedado registrado en los dos hemisferios cerebrales.

### **3.6 Estilos parentales**

Desde la infancia la familia es la principal influencia socializadora de una persona, por ello es importante tener presente que el proceso adolescente implica constantemente las interacciones entre individuo y contexto. En donde la importancia de la familia y el amplio ambiente social en el desarrollo de la socialización supone enfatizar los efectos del contexto en todo proceso del adolescente (González, 1996).

Tanto la familia como las personas cercanas a este núcleo tienen influencia sobre los miembros de ella, es así como algunos investigadores de la familia afirma. Las cosas que haga cada adolescente dependerán de la trascendencia que tiene para él las personas con quien trata, de los tipos de comportamiento que se presentan en

sus modelos y de la manera como asimila las nuevas expectativas y las experiencias anteriores (Grinder, 1992).

Inicialmente los estudios sobre la familia se centraban en aspectos sobre la socialización de los niños y sobre los efectos de la relación padres- hijos, enfatizando la importancia de los estudios sobre las prácticas parentales. Es así que dentro de la psicología se han desarrollado varios estudios en relación con la importancia de la familia en diferentes aspectos del desarrollo cognitivos, conductual, y emocional de niños y adolescentes.(Palacios, 2005).

### **3.6.1 Definición de estilos parentales**

Los estilos parentales se definen como un conjunto de conductas que son comunicadas hacia el niño, y que también causan un clima emocional en el cual la conducta parental se expresa. Estas conductas incluyen tanto las conductas específicas en las cuales los padres representan sus prácticas parentales, así como las conductas no verbales, tales como: gestos, cambios en el tono de voz o las expresiones emocionales espontáneas. Después de que se usaron las prácticas individuales para definir el estilo parental, los procesos emocionales intentaron relacionar las actitudes y las conductas específicas y particularmente las prácticas se agruparon conceptualmente dentro de amplias categorías sobre la base de cambio de los procesos emocionales (Darling y Steinberg, 1993).

Para determinar los estilos parentales se toman en cuenta dos aspectos del comportamiento de los padres hacia los hijos en cuestión de involucramiento o aceptación, definidos como el grado en que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta por sus padre; y la exigencia y supervisión, definidas como el grado en que los padres establecen reglas explícitas de comportamiento a los hijos y supervisan su conducta. La determinación de los estilos de padres generalmente se hace a partir del reporte que hacen los hijos del comportamiento de sus padres hacia ellos (Vallejo y López, 2004).

La combinación de estas dos dimensiones conforman los estilos parentales que se describen a continuación:

Baumrind (1966, 1971, 1991) es quien postula tres estilos parentales (Autoritativos, Autoritarios y Permisivos) los cuales tienen consecuencia para niños y adolescentes

Es relevante anotar los padre no pueden ser encajonados en un solo estilo, es posible que los padre tengan un estilo parental para cada situación que se les presente y así mismo es de esperar que ellos practiquen más de un estilo parental.

### **3.6.2 Estilo autoritativo (democrático)**

Son padres exigentes que atienden las necesidades de sus hijos: los cuales establecen estándares claros y son firmes en sus reglas. Utilizan sanciones de manera adecuada; apoyan la individualidad e independencia de los hijos; promueven la comunicación familiar y respetan tanto los derechos de los hijos como los suyos propios. Otro aspecto muy significativo de este tipo es que ajustan las demandas que hacen a sus hijos de acuerdo con sus diferentes niveles de desarrollo así mismo los padres esperan conductas maduras por parte de los niños

Los padres democráticos utilizan frecuentemente explicaciones respecto a las reglas de conducta y sus expectativas, fomentando la independencia al proporcionar oportunidades para aumentar la autonomía, el interés, la comunicación y el control adecuado con los hijos (Musen, Conger y Kagan, 1974). Los padres autoritativos son altos en aceptación (apoyo) y firmes en el control (Lamborn, Mounts, Steinberg, Bornbusch, 1991; Kurdek y Fine, 1994). Con ello los hijos se sienten seguros sabiendo que su padres los aman y lo que esperan de ellos, son confiados, autocontrolados, asertivos y capaces de competir (Craig, 1994).

### **3.6.3 Estilo autoritario**

Tiene las siguientes características: los padres intentan controlar el comportamiento y actitudes de los hijos empleando límites estrictos, los padres enfatizan obediencia respecto a la autoridad, fomentan la tradición, y la perseveración del orden y no alientan el tener una comunicación abierta padres e hijos.

Son padres exigentes, pero que prestan poca atención a las necesidades de sus hijos; las reglas y órdenes de estos padres no pueden ser cuestionadas o negociadas. La relación que establecen con sus hijos es fundamentalmente para dictarles órdenes, enfatizan siempre que ellos son la autoridad y que estas pocas veces es falible; en general, no estimula la independencia e individualidad de los hijos.

Baumrind describe que la paternidad autoritaria es elevada en demandas por parte de los padres y baja en responsabilidad parental hacia el hijo. Los hijos educados por este tipo de padres generalmente son muy obedientes, carentes de espontaneidad, curiosidad y originalidad, generalmente son dominados por sus compañeros. Los niños de hogares autoritarios no tienen ninguna responsabilidad por sus decisiones personales ni participan en el análisis razonado de las normas de la familia (Baumrind, 1966, 1980, 1983,).

#### **3.6.4 Estilo permisivo**

Los padres son tolerantes y aceptan los impulsos de los niños, usando un pequeño castigo como posible, haciendo pocas o nulas restricciones en la conducta de los hijos, permitiendo una considerable autorregulación para los niños. Los padres permisivos permiten a los niños tomar sus propias decisiones y regir sus actividades tanto como sea posible con bajas demandas de control de impulsos para su maduración.

Estos padres no tratan de controlarlos mediante el ejercicio del poder que viene de sus autoridad, fuerza física, posición o capacidad de conceder o limitar recompensas, sino que en ocasiones apelan a la razón del niño (Baumrind, 1966, 1980, 1983,).

Por lo general son padres poco exigentes que atienden las necesidades de sus hijos; establecen pocas reglas de comportamiento y son afectuosos con ellos. Muestran extrema tolerancia a los impulsos de los hijos y usan poco el castigo para disciplinarlos; alientan a la individualidad e independencia de los hijos.

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) agregaron un estilo más, que se conoce como:

#### **3.6.5 Estilo negligente**

Los padres de este estilo se caracterizan tanto en la poca restricción, disciplina, exigencia, comunicación y en la poca calidez en la interacción, ellos no imponen límites, inclinándose a que sus hijos hagan lo que quieran, porque su propia vida es tan estresante que no tiene la energía suficiente para conducir a sus hijos, tendiéndolos sin cuidado a causa de la baja responsabilidad de los padres. (Maccoby y Martin ,1983; Craig, 1994; Rage Atala, 1997 en Vargas, 2002).

Son padres con poca exigencia y que muestran poca atención a las necesidades de sus hijos; en algunos aspectos sus rasgos son similares al estilo permisivo; la diferencia más significativa es la poca atención que ponen a los hijos y las escasas muestras de afecto que les prodigan. (Vallejo y López, 2004).

Las familias que presentan un bajo nivel de control reflejado en el desinterés de las responsabilidades de la crianza del niño se les denomina permisivas negligentes (Lamborn, Moust, Steinberg, Dornbusch, 1991). Los padres que son bajos en aceptación y control se denominan "negligentes" (Kurdek y Fine, 1994).

#### **4 ADOLESCENCIA**

En esta sección se analizaron algunos aspectos sobre la adolescencia debido a que es la etapa en la cual está situada la población con la que hubo oportunidad de trabajar, se dará una reseña histórica, se revisará la definición, los cambios físicos y psíquicos que tiene los adolescentes.

La etapa de la adolescencia es a menudo una época turbulenta, atrapado entre la infancia y la edad adulta el adolescente enfrenta algunos problemas únicos, Erikson considera que la necesidad de responder la pregunta ¿Quién soy? es la tarea primordial durante esta etapa de la vida, los cambios físicos y psicológicos trae nuevos sentimientos, nuevo cuerpo y nuevas actitudes, por ello es importante su estudio ya que en esta etapa es muy factible que parezcan algunas conductas de riesgo no necesariamente solo las alimentarias pueden ser de consumo de alcohol, drogas, relaciones sexuales sin protección, etcétera.

El adolescente debe construir una identidad surgida de las percepciones de sí mismo y de las relaciones con los demás. Las experiencias conflictivas como estudiante, amigo, hijo o hija, hermano(a). Deben integrarse en un sentimiento unificado del yo.

La adolescencia es el periodo definido culturalmente entre la infancia y la edad adulta, desde el punto de vista social el adolescente ya no es niño pero tampoco es adulto, casi todas las culturas reconocen que la adolescencia es un estado de transición, mientras que la pubertad es un hecho biológico, no un estado social,

durante la pubertad, los cambios hormonales promueven el rápido crecimiento físico la madurez sexual durante la pubertad ocurre antes en la niñas que en los niños.

#### 4.1 Reseña histórica

El término adolescencia no hace mucho tiempo que es utilizado, pareciera ser una invención del mundo occidental debido que en las sociedades no desarrolladas, el trancito entre la infancia y la adultez era procesado a través de breves ritos de iniciación que no dejaban lugar a esta etapa

Entre los primero estudios sobre adolescencia encontramos el elaborado por Rousseau, quien en su publicación de 1762 “El Emilio” describió la transición de la adolescencia siguiendo el esquema de la República de Platón y lo dividió en cinco libros:

El primer libro de los 0 a los 2 años esta dirigido a las madres, que deben amamantar a sus hijos. El padre que debe actuar como tutor, la madre como nodriza.

El segundo libro abarca de los 2 a los 12 años, en este menciona que le niño aprende lo que está ala alcance de los cinco sentidos, es un aprendizaje mas sensorial que intelectual.

El tercer libro de los 12 a los 14 años: se enseña al niño como aprender.

El cuarto libro abarca de los 15 a los 20 años esta dedicado a la adolescencia, la cual construye la etapa de decisiva.

El quinto y último libro de los 20 a los 24 años considera la etapa final de la educucción de Emilio, se alude al noviazgo con Sofía (sabiduría), es decir, con una mujer para la que mantiene una educación diferente a las de todas la mujeres.

Rosseau postula que la madurez sexual del adolescente no debe impedir el conciliar el amor natural hacia uno mismo junto al amor socialmente generado, hacia los otros. Las pasiones sexuales, según este postulado, empujan al adolescente más allá de sí mismo, hacia el amor a la humanidad. Se considera a la adolescencia como un segundo nacimiento, pues se nace dos veces una para existir y otra para vivir, una para la especie y otra para el sexo (Kaplan, 1986).

Por otra parte el pensamiento de Hall (1844-1924) tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica y la elaboró como una teoría psicológica; señalando que de la misma forma en que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la madurez, las cuales son: niñez, juventud y adolescencia:

- \* Infancia (0 - 4 años): Etapa animal que implica un desarrollo sensorial de autoprotección intuitiva.
- \* Niñez (4- 8 años): etapa cultural, relativa al hombre cazador-recolector en la que el niño juega al escondite, vaqueros e indios, construye chozas y cuevas, etc.
- \* Juventud (8-12 años): Etapa preadolescente de latencia, en la cual se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su parangón con el salvajismo.
- \* Adolescencia (12-22 a 25 años): etapa tormentosa (Hall, citado en Ka'lan, 1986)

Otro pensador importante fue Sigmund Freud (1905) quien avanzó un poco más colocando la sexualidad no genital a partir del nacimiento. Las etapas de desarrollo de la personalidad infantil. Freud propone que las etapas son: fase oral (0-1año), Fase sádico anal (1-3 años), fase fálica (4-5 años), y entre los 6-10 años se encuentra en un estado de latencia.

Para Freud la adolescencia supone el logro de la primacía genital y el fin de la búsqueda no incestuosa del objeto quitándole relevancia a la adolescencia como proceso y solo postulándola como un fin.

Por otra parte se desarrollo postulados antropológicos como el trabajo de Mead (1928) sobre la adolescencia en Samoa que, aunque de corte etnográfico, tiene intenciones críticas para el desarrollo traumático de la adolescencia en las culturas occidentales, ya que presenta al adolescente samoano sin problemas, con una sexualidad no reprimida y vivenciada como juego, en contacto con la naturaleza donde se procrea y se muere con naturalidad.

Para Mead la adolescencia no es un desarrollo biológico de carácter determinista, sino una configuración cultural en dado caso determinada por contexto normativo social que envuelve al ser humano.

Posteriormente Erikson en 1963 retoma el pensamiento freudiano y lo reelabora desde las aportaciones de la antropología de su tiempo. Erikson propone ocho etapas cada una de ella consiste en la vivencia y solución de un estado de crisis que provoca una situación negativa (vulnerabilidad y desequilibrio), que son sobrepasadas por una situación positiva (solución e integración) las ocho etapas son las siguientes:

- \* Confianza-desconfianza (fase oral)
- \* Autonomía-vergüenza y duda (fase anal )
- \* Iniciativa- culpa (fase fálica)
- \* Laboriosidad- inferioridad (periodo de latencia)
- \* Identidad difusión de la identidad (fase genital)
- \* Intimidad- aislamiento (adolescencia)
- \* Fecundidad- estancamiento (adultez)
- \* Integridad del yo- desesperación (vejez).

## **4.2 Definición de adolescencia**

Una vez que se revisó un poco sobre la historia del concepto “adolescencia”, es necesario definir dicho tópico para ello en esta sección se proporcionara una definición mas precisa.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latino “adoleceré” que significa crecer o desarrollase hacia la madurez, se refiere a la etapa del desarrollo humano ubicado entre la niñez y la vida adulta.

Para Erikson la adolescencia es un modo de vida entre la infancia y la edad adulta.

“La adolescencia es un período durante el cual se alcanza la madurez; un periodo de transición entre la niñez y la adultez; un período durante el cual un individuo emocionalmente inmaduro se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental (Staley Hall, 1904 citado en Powell 1975).

“La adolescencia es una época de crecimiento y desarrollo físico; en la que las relaciones de grupo pasan a ser de enorme importancia; de buscar una situación como individuo; de expansión y desarrollo intelectuales y experiencia académica; de desarrollo y evaluación de valores” (Horrocks, 1962 ,citado en Powell 1975).

La adolescencia es considerada generalmente como un periodo de cambio y también de consolidación en el concepto de sí mismo. En primer lugar, los importantes cambios físicos, un cambio en la propia imagen corporal; En segundo lugar, el desarrollo intelectual durante la adolescencia posibilita un concepto más complejo y sofisticado acerca se sí mismo, abarcando tanto posibilidades como realidades. En tercer término, parece probable que se produzca cierto desarrollo del concepto de sí mismo debido a la creciente independendencia emocional y a la necesidad de adoptar

fundamentales decisiones sobre el trabajo, valores, comportamiento sexual, elección de amistades, etc. Por último la transición del periodo adolescente, parece estar asociado con ciertas modificaciones del concepto de sí mismo (Coleman, 1985).

### **4.3 Desarrollo y cambios físicos**

Una vez que se ha definido el concepto es necesario exponer los cambios que tienen los adolescentes.

Mulchahey (1990) identificó tres fases de la adolescencia: adolescencia temprana, que va desde los diez a los catorce años, edad media de los catorce a los dieciocho años y la adolescencia tardía de los dieciocho a los veintiún años (Stenberg & Bilinn, 1993).

En la pubertad ocurren cambios físicos en tres niveles fundamentales. En un primer nivel la activación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual que ocurre en este periodo de la vida.

En segundo nivel se encuentran las consecuencias inmediatas de la secreción de la gonadotrofinas hipofisiaria y de la persistente secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis, manifestándose por medio de la producción de óvulos y espermatozoides maduros y en el aumento de la secreción de hormonas adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrófica.

En tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (como el agrandamiento del pene, los testículos, o el útero y la vagina) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (como la maduración de los pechos, la modificación de la cintura y pelviana, el crecimiento del vello pubiano, los cambios de voz) a los que debemos agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo (Aberastury y Knobel, 1970).

### **4.4 Cambios psíquicos.**

Se puede decir con claridad que la adolescencia es una época de crisis en la que si bien los cambios físicos van encontrando asentamiento los cambios psicológicos

llevan un proceso más lento pues esta sujeto en el primero. Los cambios bruscos y desproporcionados del cuerpo son reflejo de la desestructuración psíquica de esa formación y transformación que durante muchos años buscara de nuevo en un equilibrio y lograra de nuevo una adaptación como un todo psicossomático (Aguirre, 1994).

## **5 AUTOCONCEPTO**

Esta sección revisaremos una de las variables que será vista como determinante en las conductas alimentarias de riesgo, se revisara su historia a través de varias corrientes en psicología, así como su definición, estructura, formación y variables de influencia.

### **5.1 Reseña histórica**

Una de las más significativas y recientes interpretaciones de la personalidad humana está localizada en el constructo del self. Gran número de psicólogos contemporáneos asignan al autoconcepto una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental (Oñate, 1989).

El conocimiento de sí mismo es un factor importante de la conducta del hombre, da idea de las propias posibilidades o de las limitaciones que uno puede tener.

Una de las razones más importantes por las cuales existe un interés por el estudio del comportamiento humano es el deseo de los individuos por saber más acerca de sí mismos, por ello los estudiosos de la psicología han desarrollado el constructo llamado autoconcepto cuyo origen se remonta a la cuestión filosófica ¿Quién soy yo?, desde los clásicos griegos hasta finales del siglo XIX, el estudio sobre el conocimiento del hombre es predominantemente filosófico, el yo, se concibe como espíritu o alma y constituye la esencia del ser, pero a partir del positivismo y la introducción del método científico en todas las áreas de conocimiento fue necesario la separación de las concepciones metafísicas en este constructo.

El concepto del self es bastante complejo, debido a sus distintas fuentes y diversidades de significados, de acuerdo con la literatura el estudio del self se inicia con Platón entendido como alma, de igual manera con Aristóteles en el siglo III antes de cristo se hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo sin embargo no

fue sino hasta con San Agustín que se elaboro la primera suposición de introspección de un self personal.

Durante la Edad Media la investigación del concepto del self estuvo en manos de pocos pensadores, posteriormente en el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto del self se reflejo en el pensamiento de Descartes en 1637 con su frase “pienso, luego existo” se convirtió en la base para hablar del si mismo asimismo se vio reflejado en el pensamiento de Hobbes quien en su libro Leviatán aporoto un código ético basado en el interés del self, el junto con Locke atribuían mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de ser considerada propiamente el self; el autoconcepto seria entonces nuestras sensaciones y percepciones.

En el siglo XVIII Hume (1740) siguió el argumento de sentido basado en la identidad. En Condillac (1715-1780). El autoconcepto fue solamente la suma de las percepciones del hombre sino que incluyo lo que las unía. Posteriormente Kant (1781) introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto (Oñate, 1989).

Estas son alguna de las primeras concepciones del constructo “autoconcepto”, pero el primer autor reconocido que habla del self, es James. W. (1890), que hace una triple diferenciación entre Sí mismo, Yo y Mi, desde la corriente pragmática y funcionalista americana, englobando estas tres instancias en un todo que abarca lo: Social, Material, trascendental (Aguilar, 2001). Para James el self del hombre es la suma total de todo aquello que se pueda llamar suyo.

Al retomar la diferenciación que realizo James; El self social que son las opiniones que los demás tiene de él, el self materia que responde al cuerpo o las ropas que lo cubren, la familia inmediata, la casa y, en diversos grados de importancia, los objetos y propiedades que uno ha acumulado, el self espiritual que es el conjunto total de los estados de conciencia, capacidades y disposiciones consideradas concretamente.

Con lo anterior tenemos una visión mas clara sobre el self y queda claro que el self social se basa en interacción social.

De igual forma Merleau-Ponty (1945) ha tratado el aspecto sujeto- cuerpo del self, haciendo énfasis en la base física de esta unidad en el papel que juega en la percepción y en la comunicación interpersonal (Oñate, 1989). Esto es de suma

importancia para el presente estudio pues en este se pretende vincular el autoconcepto con las conductas alimentarias de riesgo.

Entre 1915 y 1965, el self fue marginado de la psicología social psicológica. El rechazo de la conciencia, por parte del conductismo, como un concepto legítimo en la psicología se extendió también al self como agente y como objeto de la conciencia. Aunque ausente de la psicología social psicológica, el estudio del self persistió en otros campos; así, en la psicología de la personalidad los estudios del self se centraron en las discrepancias entre el self ideal y el self real, y en los aspectos evaluativos del self. En la psicología social sociológica, el self persistió como un concepto clave en el Interaccionismo simbólico de la escuela de Chicago (Oñate, 1989).

Para vincular el concepto del self con las conductas alimentarias de riesgo es importante hacer notar que las adolescentes buscan su self ideal debido a que están insatisfechas con su self real.

## **5.2 Autoconcepto a través de diversas corrientes teóricas**

El constructo del self o autoconcepto ha sido trabajado bajo diversas perspectivas teóricas y diversa metodologías, cada una de ellas han aportado algo nuevo debido a que cada una de ellas se encargó de analizarlo y explicarlo bajo su forma particular de concebir la realidad social, por ello es pertinente hacer una breve revisión de algunas teorías que lo han trabajado.

### **5.2.1 Interaccionismo simbólico**

En el proceso de interacción con su ambiente social un individuo no sólo adquiere características como consecuencias de los roles que desempeña; comienza también a experimentar un sentimiento de sí mismo. Empieza a percatarse que los otros reaccionan hacia él, y él mismo comienza a reaccionar frente a sus propias acciones y cualidades personales de la misma manera en que espera que los otros lo hagan.

Esta capacidad emerge para asumir el punto de vista de los otros y para considerarse a sí mismos como un objeto, da origen a opiniones y actitudes sobre uno

mismo: en síntesis, a un “concepto del sí-mismo”. Los teóricos del rol, en mayor grado que los de otras posiciones teóricas, desarrollaron y emplearon el concepto del sí-mismo como una estructura cognitiva que surge de la interacción entre el organismo humano y el ambiente social (Deutsh y Karuss, 1984).

En el análisis de autoconcepto, se consideran básicos tres postulados que fueron formulados por Kinch en 1963 los cuales son los siguientes:

- i. El autoconcepto del individuo se basa en la percepción que él tiene de la manera como los otros le responden.
- ii. Actúa dirigiendo la conducta
- iii. La manera como percibe el individuo las respuestas de otros para con él refleja las respuestas reales de aquellos.

Como ya se había mencionado en párrafos anteriores James afirma que el hombre tiene tantos selfs sociales dependiendo de cuantos son los individuos que los reconocen y generan en su mente una imagen de él. En “Principios de la psicología”, James afirmaría que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto (Oñate, 1989).

Entre los interaccionista que han trabajado el autoconcepto encontramos a Cooley, Mead, ellos insistían en que el concepto de sí mismo surge sólo de la interacción con los otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona, esto es el self espejo (looking-glass self). La metáfora del espejo de Cooley en 1902, explica que el autoconcepto se forma cuando el sujeto toma conciencia de sí mismo, a través de la comunicación con los demás, por medio de los cuales se conoce. Las interacciones con los demás sobre lo que piensan de él, son su origen, centrándolo en la dimensión social (Aguilar, 2001).

Mead (1934), toca el tema con más profundidad, y señala que en la formación del autoconcepto interviene el significado o interacción que el sujeto, en sus interacciones con los otros, da a la percepción de los otros sobre él. En función de esa interacción social puede anticiparse a las relaciones de los otros y comportarse de forma adecuada, según el ambiente en el que está inmerso (Aguilar, 2001).

En suma Mead estuvo de acuerdo con Cooley en lo que respecta a la formación del self el cual es el resultado de la interacción social y consecuencia de un

largo periodo evolutivo que se puede conocer empíricamente. Para Mead el self comprende tanto el yo, principio de acción e impulso, como el Mi, actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el self.

Es importante hacer una clara distinción entre el Yo y el Mi, esto se hace en función al contexto: El Yo involucra capacidades personales, habilidades sociales, identidad social y roles por otro lado el Mi involucra estatus social e interacción con los otros

Mead consideró el sí-mismo como un fenómeno del desarrollo; destaco que el sí-mismo no existe inicialmente, en el momento del nacimiento, sino durante el proceso de la experiencia y actividades sociales (Guido, 2005).

Por ello Mead perfila dos etapas en desarrollo de sí-mismo las cuales son el juego y el deporte, con lo que respecta al juego el niño asume un conjunto de roles duales, el propio y el de alguna persona con el cual el tiene contacto mamá, papá, abuelo, maestro, etc. Llevar a cabo esta actividad proporciona al niño la oportunidad de explorar las actitudes de los otros hacia él el niño prenda a considerarse desde un punto de vista externo al asumir distintos roles.

El deporte ejemplifica la actividad social organizada, "Las actitudes de los otros jugadores, que cada participante asume. Se organiza en una especie de unidad, y es precisamente la organización la que controla la respuesta del individuo...Cada uno de sus propios actos está determinado por su expectativa de la acciones de los otros que están jugando" (Mead, 1934).

### **5.2.2 Conductismo**

La teoría conductista está muy cerca de la posición interaccionista al optar por la conducta futura orientada, el autocontrol y la autoestima.

Entre los neoconductistas encontramos a Skinner quien en 1977 menciona que el si mismo es simplemente una concepción para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificadas.

Desde el punto de vista de la teoría conductista el autoconcepto se define como los tipos de apreciaciones verbales que se hace una persona respecto de si mismo, de igual forma considera que el self esta constituido por las medidas o

calificaciones en sí mismas de aquí proviene la noción de un alto autoconcepto y este supone evaluaciones positivas en las escalas de medida.

La concepción conductista no niega que los procesos internos existan pero considera que sólo se deben usar para explicar conductas cuando puedan ser observados y medidos científicamente

Bajo esta perspectiva el autoconcepto deficiente se reduce a la capacidad de planeación y de la ejecución del comportamiento en su nivel eficiente.

### **5.2.3 Psicoanálisis**

Según Musitu (1982) entre los neofreudianos interesados por el estudio del autoconcepto se encuentran Sullivan, Horney y Adler:

Sullivan considero el self como la organización de las experiencias educativas creadas por la necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad.

Horney denomino ansiedad básica a los factores que producen en aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reduciendo la afectividad personal.

Adler da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima.

Resulta relevante mencionar que Freud abordó el constructo mediante la descripción de la estructura del yo la cual es una de las principales estructuras de la mente.

Freud concibió al yo como un mediador entre las otras dos estructura el ello y el super yo y la realidad debido a que el yo está gobernado por el principio de la realidad y su función consiste en estar al servicio tanto del ello como de la realidad y armonizar sus demandas potencialmente conflictivas.

### **5.2.4 Psicología cognitiva**

El Cognitivismo, con bastantes conexiones con el interaccionismo simbólico, asume que si vamos a comprender o predecir la conducta de alguien, debemos comprender primero cómo este individuo representa o estructura cognitivamente el

mundo, es decir, comprender su marco de referencia. Las estructuras cognitivas que desarrollamos para representar el mundo externo proveen las líneas guías sobre cómo interpretar lo que nos llega. Sin una organización de estas estructuras, ni la percepción ni el pensamiento serían posibles.

Bajo esta perspectiva se encuentran autores como Nelly (1955), Harbin (1968), Epstein (1973) y Coopersmith (1977), ellos han considerado al self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona.

Lo importante de los análisis cognitivos del autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquema son diferentes.

Así en términos de autoconcepto, tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo (Markus, 1977 citado en Oñate).

### **5.3 Autoconcepto y su definición**

Después de haber revisado el constructo de autoconcepto a través de diversas perspectivas teórica resulta bastante complicado definirlo, debido a que cada una de ellas aporó datos que ayudaron a su entendimiento y lo estudio en su forma particular de acuerdo con su metodología y principios teóricos.

Entre la gran diversidad de definiciones las que considero mas apropiadas para esta investigación son las siguientes:

James (1909), distinguía entre experiencia y contenido de experiencia. El yo como instancia cognitiva, como agente contenedor o como proceso de experiencia activa; es diferente del Mi como algo conocido o como contenido de experiencia. El yo como conocido es lo que se llama autoconcepto. Abarca las ideas, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tiene de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser (Guido, 2005).

Entre las definiciones del yo encontramos a la Purkey quien en 1970 conjugo diversos elementos de otros autores y creo una definición mas completa, para Purkey el Yo es un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una de ellas con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo.

El yo es una realidad organizada; se caracteriza por el orden y la armonía. El yo tiene numerosas creencias acerca del sí mismo que forma un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema un propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generaliza dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el Yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. Y al revés, el éxito en una característica importante para eleva la valoración de otras características personales. (Purkey citado en Oñate, 1989).

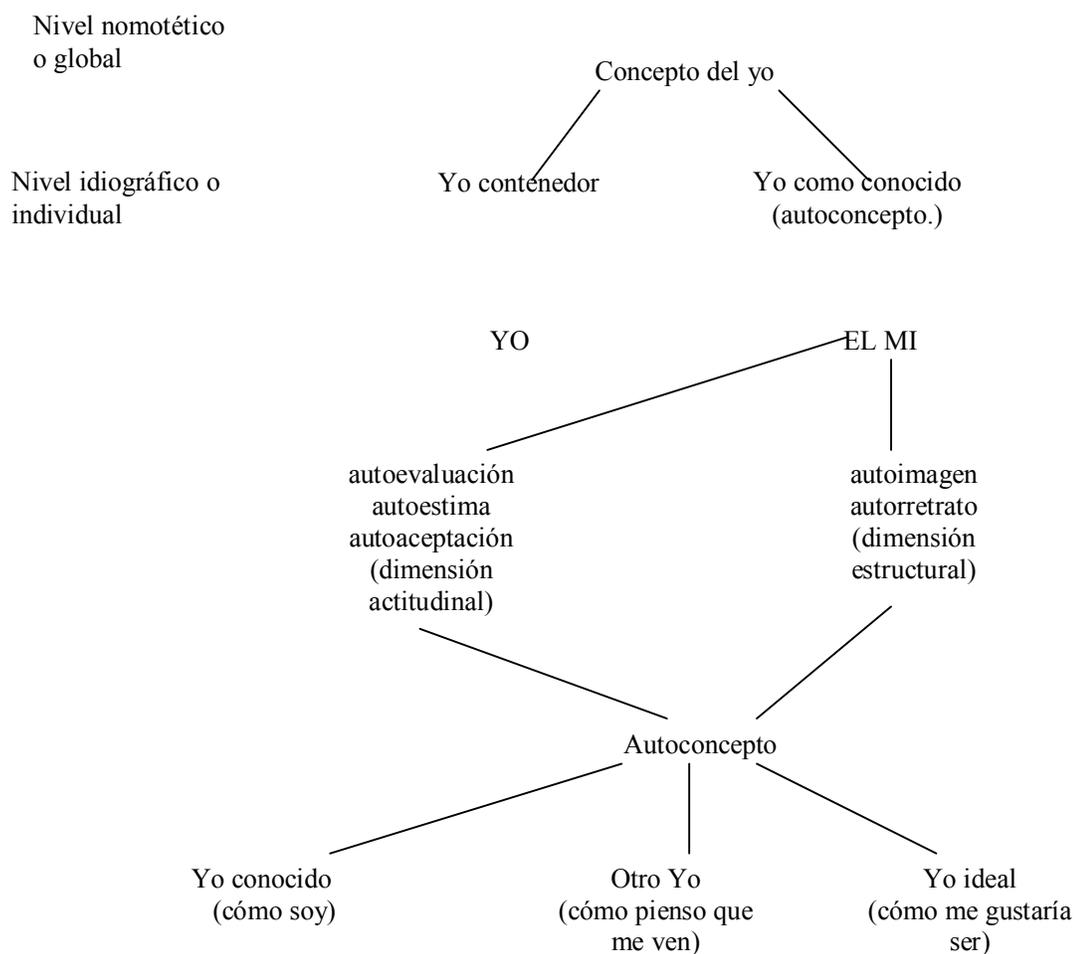
Según Purkey el yo es una realidad única, no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias.

#### **5.4 Autoconcepto y su estructura**

Satanes en 1958 analiza la estructura del yo en términos de niveles, categorías y dimensiones, con lo que respecta a los niveles discrimina: el nivel Yo conocido es decir lo que el individuo percibe que es él mismo, el nivel del otro yo es lo que los otros piensan de él y finalmente el yo ideal lo que desearía ser con lo que respecta a las categorías o aspectos del yo que las persona informan, abarcan características físicas, habilidades, rasgos, actitudes, valores y metas y finalmente las dimensiones serían las direcciones en las que los sujetos pueden varían comprendiendo autoconciencia, diferenciación, potencia, integración, realismo, estabilidad, autoaceptación y certeza.

Para poder entender mejor la estructura del autoconcepto Burns en 1977 hace el siguiente esquema:

Figura 1 Conceptualización jerárquica del plano del yo



Fuente: Burns, 1977 citado en Oñate, 1986.

Burns diferencia entre el nivel nomotético o global del concepto del yo, abarcando tanto al Yo conocedor como al Yo conocido y el nivel Idiográfico o individualizado. Dentro del Yo idiográfico distingue también entre el yo como conocedor o como yo, y el yo conocido o Mi, que es el autoconcepto, de la misma forma en este último distingue una dimensión actitudinal (autoevaluación, autoestima, autoaceptación), y la otra estructural, la autoimagen, y finalmente distingue igualmente entre el Yo como yo soy y el Yo como me gustaría ser.

Esta estructuración es de suma importancia para la presente investigación, lo que respecta a la autoimagen, la autoestima y la autoevaluación están íntimamente

ligadas a las conductas que realizamos para lograr el yo ideal, en este caso me refiero al estar delgados, entre los elementos contenidos en el yo es indudable que la imagen de nuestro cuerpo juega un importante papel en la conciencia de sí.

El sí mismo corporal es en gran medida parte de la función de nuestra relación con el entorno lo mismo que los motivos y sentimientos son en gran medida funciones de nuestra relación con el elemento humano. Y al descubrir nuestro sí mismo en contraste con las personas, advertimos cuán diferentes somos.

El cuerpo sigue siendo de gran importancia para el concepto del Yo que posee la persona, o para lo que con frecuencia se denomina autoimagen (Oñate, 1989).

La autoimagen incluye todo lo que la persona considera que es en una época particular. Las fuentes de esta autoimagen son:

1. En primer lugar, aprendemos a percibirnos como otros nos perciben: las actitudes de otros para con nosotros se incorporan a cada una de nuestras actitudes.
2. En segundo lugar, la forma en que nos vemos a nosotros mismos, está relacionada con los roles que desempeñamos. Todos ellos contribuyen a nuestra autoidentidad, si bien algunos, como el rol ocupacional y el del sexo, juegan una parte más central que otros (Hargreaves, citado en Oñate, 1989).

Por otro lado para Rogers (1950), el concepto de sí mismo se puede definir operativamente como "la estructura del sí mismo", una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos de sí mismos en relación con los demás y con el medio; las cualidades del valor que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos; y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo.

De esta manera, considera como características de este self:

- a) Es consciente. Sólo incluye las experiencias o percepciones consistentes, es decir, simbolizadas en la conciencia.

- b) Es una gestalt o configuración organizada y, en cuanto tal, se rige por las leyes de los campos preceptuales. Este carácter de totalidad organizado sirve para explicar las grandes fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo observadas en los pacientes. Un cambio en un aspecto insignificante puede alterar la configuración global. "El concepto de Sí Mismo por tanto", es de carácter configuracional.
- c) Contiene percepciones de uno mismo, valores e ideales (constituye una aplicación concreta de la teoría fenomenológica adoptada por Rogers para la elaboración teórica de la personalidad) (Oñate, 1989).

### **5.5 Autoconcepto y su formación**

Entre los aspectos que se deben de tomar en cuenta y no olvidar para estudiar la formación del autoconcepto es precisamente su origen social. Mead en 1934 destacó que el Sí Mismo no existe inicialmente, en el momento del nacimiento.

La persona es algo que tiene desarrollo; no está presente inicialmente, en el nacimiento, sino que surge en el proceso de la experiencia y la actividad social, es decir, desarrolla en el individuo dado de resultados de sus relaciones con ese proceso como un todo y con los otros individuos que se encuentran dentro de ese proceso (Mead, 1934).

Para Cooley (1902) existen tres pasos en el desarrollo del self como imagen o reflejo los cuales son: Imaginación de lo que mi apariencia represente para los otros, imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de mi apariencia (positivo o negativo) y finalmente el orgullo satisfacción personal si uno imagina que el juicio de los demás es positivo. En el caso contrario humillación, temor, etc.

Mead en 1965 menciona que el niño pasa por dos estadios en el desarrollo del self los cuales son los siguientes: El juego simbólico en el niño representa diferentes roles que pueden ser mamá, papá, hijo, maestro, trabajador. En estos juegos el niño representa diferentes papeles en la interacción como sus compañeros, teniendo la oportunidad de observar las conductas ajenas desde esos papeles y pasando de uno a otro con facilidad, y el juego socializado implica papeles relevantes que son conformadores de una conducta determinada.

Por otro lado L'Ecuyer en 1981 describió la evolución longitudinal del yo en seis fases sucesivas y para esta investigación nos centraremos en la cuarta fase; Las fases propuestas son las siguientes:

- A) La primera fase, entre 0 y 2 años, es la emergencia del Yo, comprendiendo la formación de una imagen corporal, entendiéndose que la percepción del yo deriva de la percepción del propio cuerpo.
- B) La segunda fase, de 2 a 5 años, es la afirmación del yo, en la que se construyen las bases reales del autoconcepto, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del Yo y del Mí, en base a los efectos de la interacción social.
- C) Entre los 5 y los 12 años se produce la expansión del Yo, coincidiendo generalmente con el contacto de las experiencias escolares, la percepción, adaptación de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses.
- D) La cuarta fase de 12 a 18 años, supone la diferenciación del Yo, en la que prepondera la imagen corporal y la precisión en las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. Se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal, dando lugar a nuevas percepciones del yo, así como a nuevas ideologías
- E) Entre 20 y 60 años, se desarrolla la madurez del Yo; siendo interpretada esta fase por algunos psicólogos como una meseta en la evolución de la persona, para otros es una etapa muy propicia a cambios abundantes.
- F) La última fase sería la comprendida entre los 60 y los 100 años, en la que el yo longevo intensifica el declive general, derivando en un autoconcepto negativo, siendo también negativa la imagen corporal debida a la disminución de las capacidades físicas. suele producirse a una pérdida de identidad acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

## **5.6 Variables de influencia**

La formación del autoconcepto como ya se ha tratado es fundamentalmente social y se constituye a través del ambiente familiar en primera instancia, escolar y grupos de pares posteriormente, es decir se da a partir de la socialización.

Cada una de estas variables toman su importancia dependiendo de la etapa de desarrollo físico, cognitivo y emocional en la que se encuentre el individuo. Por ejemplo durante la primera infancia la principal influencia que se tiene es la familia que

posteriormente en la adolescencia se integra el grupo de amigos, durante toda la vida se siguen incorporando nuevas variables de influencia.

Para Rosenberg (1973) es necesario tomar en cuenta cuatro principios en la formación del autoconcepto y son a su vez variables que influyen en él: la comparación social, la valoración reflejada, la auto atribución, centralidad psicológica.

## **6 AUTOESTIMA**

Esta sección se trata una de las variables que será vista como determinante en las conductas alimentarias de riesgo, se revisará en primera instancia la delimitación entre autoestima y autoconcepto, posteriormente su definición, estructura, desarrollo, y las vertientes que permiten explorarla.

### **6.1 Delimitación entre autoestima y autoconcepto**

Para empezar con el tratado directo de la autoestima es necesario diferenciar entre ella y autoconcepto. El concepto de sí mismo se interpreta como la conciencia, conocimiento que el sujeto tiene de él mismo, e indudablemente abarca aspectos afectivos y sociales, pero en cuanto conocimiento, y la autoestima es la valoración que el sujeto hace sobre aquello que conoce de sí mismo. Es decir, aquella característica, cualidad, peculiaridad, etc., que conoce de sí, y que valora positivamente o negativamente.

Diferenciar el concepto de sí mismo y la autoestima, es situar el concepto de sí mismo en un plano cognitivo, relacionado con saber, como representación o esquema mental que representa el conocimiento que el sujeto tiene de sí mismo, y la autoestima en un plano afectivo, en el que interviene el juicio valorativo que el sujeto hace sobre sí mismo, cargado de connotaciones afectiva, como resultado de sus experiencias positivas o negativas (Aguilar, 2001).

Una vez que es claro la delimitación de estos dos constructos es necesario definir directamente la autoestima.

El concepto de autoestima es en particular importante debido a que permite investigar varias dimensiones del ser humano. Por ejemplo se considera que la autoestima es la clave de la conducta de las personas.

La autoestima se vive como un juicio positivo sobre uno mismo, al haber conseguido un entramado personal coherente basado en los cuatro elementos básicos del ser humano: físicos, psicológicos, sociales y culturales (Rojas ,2001).

Dependiendo de la valoración que hagamos sobre nosotros en estos cuatro elemento será nuestro comportamiento, retomando el eje centra de esta investigación las conductas alimentarias de riesgo se podría decir que están correlacionadas con la autoestima en específico la valoración física, como se había mencionado anteriormente las personas que lleva a práctica la conducta alimentaria de riego lo hacen para modificar su apariencia física y así poderse valorar más positivamente.

La auto-estima parece estar relacionada con la salud mental positiva y el bienestar psicológico. Como dicen Vendar, Wells y Peterson (1989), por ejemplo, “Se ha demostrado repetidas veces que la autoestima y la Salud psicológica se relaciona con consecuencias psicológicas favorables en diversas situaciones psicológicas” (Mruk, 1998).

## **6.2 Definición de autoestima**

Así como existen grandes cantidades de definiciones sobre autoconcepto las hay en autoestima, debido a las diversas perspectivas teóricas y diversos autores, Por ello citare algunas de las definiciones que me parecen claras y a lo largo de la revisión se mostrara que algunas de ella tienen algo en común, el aspecto valorativo y afectivo del constructo.

Los investigadores, especialmente aquellos con una perspectiva sociológica, se centran ahora en la comprensión del rol que desempeña la autoestima en diversos problemas sociales, Rosenberg (1965) abrió esta dimensión de la autoestima en los años sesentas y en la actualidad incluye el examen de las relaciones entre la auto-estima y los principales problemas sociales contemporáneos como el abusos de sustancias, el embarazo adolescentes, el fracaso escolar y la delincuencia; y en esta investigación su relación con las conductas alimentarias de riesgo.

Wells y Marwel (1976) desarrollaron una clasificación de las definiciones de autoestima basándose en dos dimensiones: lo procesos de evaluación y afecto. Según ellos existen cuatro formas básicas de definir la autoestima, la primera es el enfoque

actitudinal, bajo este enfoque las definiciones se basan en la idea de que el self puede ser tratado como un objeto de atención, como cualquier otra cosa, del mismo modo que tenemos reacciones cognitivas, emocionales y conductuales hacia otros objetos, también podemos tenerla hacia el self.

La segunda dimensión es proporcionada por los científicos sociales ella también comprende la autoestima en términos de actitud, pero de modo más sofisticado, definen a la autoestima como la relación entre diferentes muestras de actitudes, la diferencia entre las propias actitudes hacia los sueños y logros, o la diferencia entre el self real e ideal.

La tercera dimensión de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de su self, las cuales se describen normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento positivo versus negativo.

Wells y Marwell manifiestan que la auto-estima puede verse como una función o componente de la personalidad como parte de uno mismo o sistema del self, normalmente vinculara a la motivación y/o autorregulación (Mruk, 1998)

El primer autor que trató el tema de la autoestima, fue James. W. (1890), la describía en cuánto valoración subjetiva del éxito que se pretende alcanzar, relacionándola con lo que el sujeto desea ser o hacer.

Por otro lado la autoestima se puede definir como” la valoración positiva o negativa, que el sujeto posee sí mismo, a partir de su experiencia vivida, acompañada de una gran carga afectiva y emocional” (Aguilar, 2001).

Para Satir (1991) la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen, y esta representada por la conducta, asimismo es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad.

### **6.3 Componentes de autoestima**

Entre los investigadores que se han enfocado en el estudio de la estructura de la autoestima encontramos a Smelser quien en 1989 en vez de analizar los tipos de definiciones, trato de identificar los componentes del concepto casi universalmente aceptados. Smelser concluyó que existen tres aspectos a considerar en la definición de autoestima.

1. Un componente cognitivo; la autoestima implica caracterizar algunas partes del self en términos descriptivos; poder, seguridad, agencia, implica preguntar que tipo de persona es uno.
2. Existe un componente afectivo, una valencia o grado de naturaleza positiva o negativa adherida a esas facetas identificadas, esto se llama alta o baja autoestima
3. Este elemento esta relacionado con el segundo, existe un componente evaluador, la atribución de valor en base a algún modelo ideal.

#### **6.4 Desarrollo de la autoestima**

Si la autoestima es la valoración que hace el sujeto de sí mismo, desde su experiencia vital, en ella, van a intervenir los que le rodean, y sus valoraciones, suscitando en él una carga afectiva y emocional, cuya reacción girará en torno a dos extremos: placer/ displacer, excitación/ inhibición, etc., y contribuirá a que el sujeto se valore de forma positiva o negativa, en función de la carga afectiva de amor o rechazo que experimente (Aguilar, 2001).

Durante todas las etapas de la vida se va desarrollando la autoestima debido a que este es también un constructo socialmente construido y puede variar dependiendo de los contextos sociales en los que nos encontremos. Aunque debemos hablar de una autoestima global en la que se sintetizan los distintos ingredientes que configuran el mapa del mundo personal, según los diversos contextos: familiar, escolar, universitario... Lo real y lo ideal forman dos horquillas entre las cuales oscila la conducta; lo que soy y lo que puedo llegar a ser: instalación y presión, hoy y mañana (Rojas, 2001).

#### **6.5 Vertientes para explorar la autoestima**

La autoestima puede valorarse desde dos dimensiones: por un lado, pertenece a la geografía de la personalidad, en tanto que cristal con el que uno mira y valora su propio recorrido en la vida....Por otro lado, la autoestima debe considerarse desde una perspectiva situacional, es decir, midiendo al yo y su entorno. Todo lo que nos rodea nos marca de alguna manera (Rojas, 2001).

Las vertientes de la autoestima son las siguientes:

- \* Aspectos físicos: Cara, talla, aspecto general, estética, piel, forma habitual de vestirse.

- \* Aspectos psicológicos o vivenciales: Cuestiones íntimas, no observables desde fuera, esencialmente privadas.
- \* Aspectos conductuales: Datos objetivos que pueden ser contrastados por terceras personas.
- \* Aspectos cognitivos: forma de pensar y procesar la información, de almacenar, organizar y razonar lo recibido; se trata del campo del conocimiento que no es cultura.
- \* Aspectos asertivos o sociales: Habilidades para comunicarse con los demás: capacidad de relación interpersonal, amistades, etc.

## **7 IMAGEN CORPORAL**

En esta sección se trata otra variable que servirá como determinante de las conductas alimetarias de riesgo es importante mencionar que para fines de la investigación se trabajara con a la insatisfacción corporal, la cual se deriva de la imagen corporal, se revisara la definición, uno de los componentes

La imagen corporal es uno de los factores con mayor relevancia en el estudio de los trastornos de la alimentación, Gómez (1999) afirma, con base en estudios con preadolescentes mexicanos, que los factores asociados a la imagen corporal como son la insatisfacción y alteración de la misma se relacionan significativamente con conductas alimentarias dirigidas al control de peso, lo que a su vez predice trastornos de la alimentación; remarcando la importancia del estudio de la imagen corporal como un factor decisivo en la aparición de estos desórdenes de la conducta, que cada vez atacan con mayor frecuencia en edades más tempranas (Cadena,2002).

En la población femenina jóvenes y adolescentes de la sociedad estadounidense, el consumo de alimentos dietéticos, light o bajos en calorías y el seguimiento de dietas para el control de peso son conductas derivadas de una situación considerada normativa: la insatisfacción con la imagen corporal que tiene que ver con la apropiación de una imagen ideal tan delgada que en la práctica pudiera calificarse como una imagen anoréxica (Gómez, 2001).

Con esto se refuerza lo ya tratado en los apartados anteriores por otra parte el concepto de imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras por diversos autores.

De acuerdo con Raich (2000) La imagen corporal no es aquello que ven los demás de nosotros, de igual forma no es sólo la fotografía interna que tenemos de

nosotros mismos, no es sólo lo que pensamos de nuestro cuerpo, no es sólo lo que sentimos de nuestro cuerpo, no es sólo cómo nos comparamos por nuestro propio cuerpo. Después de estas aclaraciones es indispensable definir que es entonces la imagen corporal.

Bajo la expresión "imagen corporal" se ha estudiado un amplio rango de fenómenos. Se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, "yo" corporal, límites del cuerpo y concepto corporal (Raich, 2000).

### **7.1 Definición de la imagen corporal**

La definición más clásica de imagen corporal es: la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Desde un punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical (Raich, 2000).

Una idea más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten que es necesario distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia el, una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto

Desde la perspectiva psicoanalítica la imagen corporal se entiende como el límite corporal percibido por cada sujeto, algunos autores notaron que la gente varía respecto a la definición que atribuían a sus límites corporales.

De acuerdo con Rosen (1992), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales (Raich, 2000).

La imagen corporal es definida por Bruchon-Schweitzer (1992) como una configuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Cadena, 2002).

En suma, la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como el movimiento, límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

## **7.2 Componentes de la imagen corporal**

Por otra parte Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal esta constituido por tres componentes:

- a) Un componente perceptual. Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.
- b) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión evalúan la insatisfacción corporal.
- c) Un componente conductual. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etcétera.) (Raich, 2000).

Por otra parte Cash y Pruzinky (1990) dicen que la imagen corporal implica: perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo, cognitivamente supone una focalización de la intención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal, emocionalmente involucra experiencias de place/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

### **7.3 Investigación de la imagen corporal**

El nivel o grado de Satisfacción – insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. La otra dimensión igualmente investigada es la distorsión de la imagen corporal (Gómez, 2001).

En México Gómez (1997) realizó una investigación sobre las alteraciones de la imagen corporal, definiendo esta última como una categoría psicosocial estructurada cognositivamente y afectiva o emocionalmente evaluada en relación con el concepto del self, del que forma parte integral.

Menciona que las variables involucradas en la distorsión de la imagen corporal son resultado de la integración de:

- Condiciones sociales externas. Como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas de belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- Variables individuales más o menos objetivas, peso o tamaño, y forma real.
- Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.
- Variables psicosociales subjetivas como, autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, peso y la forma deseada o figura ideal, atribuciones, autoconcepto y autoestima entre otras.

En este estudio se encontraron indicadores o tendencias de riesgo en adolescentes, tales como: la insatisfacción con la imagen corporal y sobrestimación de la misma,

preocupación por el peso, y fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es, prácticamente, una figura anórectica (Cadena, 2002).

La insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como en la población y la mayoría de estas investigaciones han demostrado que las mujeres adultas están menos satisfechas que los hombres y que el peso corporal es la fuente principal de dicha insatisfacción

#### **7.4 Trastorno de la imagen corporal**

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal que se encuentra en los DSM, Morselli en 1986 introdujo el término dismorfofobia cuyo significado literal es el miedo a la propia apariencia, sin embargo la fobia no estaba muy detallada en la explicación desarrollada por este autor.

Posteriormente en 1903, Janet habla de la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo, la cual implica el miedo a ser visto como ridículo o feo, asimismo expresó el sentimiento de profunda vergüenza por ser como se es, con el aumento de sentimiento de injusticia, puesto que uno no es como quiere, sino como le han hecho.

Cuando se habla de trastornos de la imagen corporal en el estudio de los trastornos alimentarios se han utilizado un gran cantidad de expresiones: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación, insatisfacción...estos términos se refieren a otras tantas manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que tienen trastornos alimentarios, pero no abarcan el problema en su totalidad debido a que la imagen corporal es multidimensional.

Cuando se usa el término de trastorno de la imagen corporal debe quedar claro que se trata de una constelación de aspectos como un conjunto, que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

Para finalizar con este apartado es necesario tener en cuenta que tener una buena o mala imagen corporal influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos además conductas y no sólo en las nuestras sino en la manera en cómo nos responden los demás

De la misma forma es importante recordar que la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de los años de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual.

## **8 Estrategia de investigación**

### **8.1 Pregunta de investigación**

¿El estilo parental, el autoconcepto negativo, la autoestima negativa, la insatisfacción corporal de las jóvenes adolescentes influyen sobre sus conductas alimentarias de riesgo?

### **8.2 Objetivo general**

Conocer si el estilo parental, el autoconcepto negativo, la autoestima negativa, la insatisfacción corporal de las jóvenes adolescentes influyen sobre sus conductas alimentarias de riesgo

### **8.3 Hipótesis general**

El estilo parental, el autoconcepto negativo, la autoestima negativa, la insatisfacción corporal de las jóvenes adolescentes influyen sobre sus conductas alimentarias de riesgo

### **8.4 Hipótesis específicas**

- ✓ Una autoestima negativa en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.
  
- ✓ Un autoconcepto negativo en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.
  
- ✓ Una insatisfacción corporal en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.
  
- ✓ Un estilo parental autoritario en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.

- ✓ Un estilo parental autoritativo en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.
- ✓ Un estilo parental permisivo en las mujeres adolescentes de secundaria influye en sus conductas alimentarias.
- ✓ Una autoestima negativa, un estilo parental autoritario, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal influyen en las conductas alimentarias de las mujeres adolescentes de secundaria
- ✓ Una autoestima negativa, un estilo parental permisivo, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal influyen en sus conductas alimentarias de las mujeres adolescentes secundaria
- ✓ Una autoestima negativa, un estilo parental autoritativo (democrático), un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal influyen en sus conductas alimentarias de las mujeres adolescentes secundaria
- ✓ Una autoestima negativa, un estilo parental negligente, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal influyen en sus conductas alimentarias de las mujeres adolescentes secundaria

### **8.5 Objetivos específicos**

- ❖ Explorar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritario, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta dietaria
- ❖ Averiguar si una autoestima negativa, un estilo parental permisivo, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta dietaria
- ❖ Indagar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritativo (democrático), un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta dietaria

- ❖ Establecer si una autoestima negativa, un estilo parental negligente un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta dietaria
- ❖ Explorar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritario, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de ayuno
- ❖ Averiguar si una autoestima negativa, un estilo parental permisivo, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de ayuno
- ❖ Indagar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritativo (democrático), un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de ayuno
- ❖ Establecer si una autoestima negativa, un estilo parental negligente un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de ayuno
- ❖ Explorar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritario, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de inducir el vómito
- ❖ Averiguar si una autoestima negativa, un estilo parental permisivo, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de inducir el vómito
- ❖ Indagar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritativo (democrático), un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de inducir el vómito
- ❖ Establecer si una autoestima negativa, un estilo parental negligente un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de inducir el vómito

- ❖ Explorar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritario, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de uso de laxantes
- ❖ Averiguar si una autoestima negativa, un estilo parental permisivo, un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de uso de laxantes
- ❖ Indagar si una autoestima negativa, un estilo parental autoritativo (democrático), un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de uso de laxantes
- ❖ Establecer si una autoestima negativa, un estilo parental negligente un autoconcepto negativo y una insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes secundaria llevan a una conducta alimentaria de uso de laxantes

## **8.6 Definiciones Conceptuales y operacionales de las variables independientes**

DEFINICIONES CONCEPTUALES (DC)

DEFINICIONES OPERACIONALES (DO)

**(DC) Autoconcepto.** Es un sistema complejo y dinámico de creencias, ideas e imágenes, cada una de ellas con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo incluyendo las imágenes que otros tiene de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser (Purkey, 1970).

**(DO) Autoconcepto.** Son las diferentes características que creen que son y/o poseen las mujeres adolescentes de secundaria respecto a diferentes ámbitos como: apariencia física, habilidades académicas, habilidades deportivas, relaciones con amigos/as.

(DC) **Autoestima**. Es la valoración que el sujeto hace sobre aquello que conoce de sí mismo. Es decir, aquella característica, cualidad, peculiaridad, etc., que conoce de sí, y que valora positivamente o negativamente (Aguilar, 2001).

(DO) **Autoestima**. Es la forma en que valoran y se sienten las mujeres adolescentes la mayor parte del tiempo.

(DC) **Estilo parental**. Es una constelación de actitudes hacia los hijos que les son comunicadas y que en su conjunto crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres (Darling y Steinberg, 1993).

(DO) **Estilo parental**. Es la forma en como se comportan los padres con los hijos, la cual es reportada por las mujeres adolescentes de secundaria

(DC) **Imagen Corporal**. Es una configuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon- Schweitzer, 1992)

(DO) **Imagen Corporal** percepciones y sentimientos que tiene las mujeres adolescentes de secundaria de todo el cuerpo y cada una de sus partes.

## **8.7 Definición conceptual y operacional de la variable dependiente**

(DC) **Conducta alimentaria de riesgo** Una conducta alimentaria puede tornarse riesgosa cuando prácticas como el seguimiento de dietas restrictivas, la realización de ayunos, la omisión de comidas, la inducción del vómito, el uso/abuso de laxantes y el uso de productos para bajar de peso, entre otras, se convierten en habituales. A esto hay que agregar el pánico absurdo y obsesivo a estar gordas (tanto en el presente como en el futuro) y la necesidad de buscar la delgadez a través de conductas variadas (Chinchilla, 2003).

(DO) **Conducta alimentaria de riesgo** Es la acción que llevan las mujeres adolescentes de secundaria con respecto a su alimentación (seguimiento de dietas sin prescripción médica, omisión de comidas, uso /abusos de laxantes, inducir el vómito, consumo de productos para bajar de peso.

## **9 Método**

### **9.1 Participantes**

La muestra no aleatoria estuvo constituida por 454 mujeres adolescentes de dos secundarias, 146 adolescentes de la muestra total fueron de la escuela secundaria ubicada en la delegación Iztacalco del Distrito Federal y 308 adolescentes de la escuela secundaria ubicada en el municipio La Paz en el Estado de México

Se aplicó el instrumento “Encuesta sobre relación familiar, ambiente escolar y hábitos alimenticios”, la media de edad de las participantes fue de 13.23 desviación estándar de 1.054, con un rango de 11 a 17 años.

### **9.2 Instrumento**

El diseño del instrumento “Encuesta sobre relación familiar, ambiente escolar y hábitos alimenticios” conformado por 132 reactivos divididos en 4 secciones.

La primera corresponde a una escala tipo Likert de dos vías mamá y papá con cuatro opciones de respuesta “Nunca, Pocas veces, Muchas veces, Siempre” por medio de la cual se permitió medir el estilo parental esta escala fue elaborada por (Bersabé, Fuentes Métrico, 2006) y autoconcepto “como me ven mis padres”. Consta de 59 ítems

La segunda correspondió al autoconcepto-autoestima contando con 53 ítems intercalados tanto positivos como negativos con cuatro opciones de respuesta “Totalmente cierto, cierto, falso, totalmente falso” 13 ítems pertenecen a como me ven mis compañeros, 12 ítems de apariencia física, 10 ítems de autoestima, 8 de autoconcepto académico, 5 ítems autoconcepto ideal, 4 ítems de habilidades deportivas

La tercera estuvo constituida por 11 preguntas que permitió medir conducta alimentaría de riesgo en sus cuatro vertientes ayuno, vómito, dietas y uso laxantes. Para cada una de ellas se midió tipo, frecuencia e intensidad, la pregunta fueron de opción múltiple contando con 5 opciones de respuesta.

En el caso de dieta fueron tres preguntas la primera con 5 opciones “Siempre estas a dieta, una vez al mes, varias veces al mes, una vez cada 6 meses, nunca”; la segunda consto de tres opciones de respuesta “Reducir alimentos, balancear alimento, aumentar alimentos”, y por último una pregunta abierta.

Para ayuno fueron 4 preguntas de opción múltiple con 5 opciones de respuesta “Diario, una vez a la semana, varias veces a la semana, una vez cada 15 días, nunca”.

En laxantes fueron 4 preguntas dos de opción múltiple la primera tuvo 5 opciones de respuesta “Diario, una vez a la semana, varias veces a la semana, una vez cada 15 días, nunca”; la segunda tuvo 5 opciones de respuesta Ninguno, 1 a 2, 3 a 4, 5 a 6, Más de 7, la tercera fue una pregunta binomial, la última fue una pregunta abierta.

Para vómito fueron dos pregunta de opción múltiple la dos con 5 opciones de respuesta la primera con “Diario, una vez a la semana, varias veces a la semana, una vez cada 15 días, nunca”; la segunda con “En el desayuno, en la comida, en la cena, todas la comidas, entre comidas”.

La cuarta sección fue un diferencial semántico con 4 espacios, el cual hizo referencia a la insatisfacción corporal y autoestima incluyendo 7 ítems los primeros 6 con tres pares de adjetivos cada uno y el ítem 7 con 8 pares de adjetivos.

Véase en anexo 1

### **9.3 Procedimiento**

La aplicación del instrumento se realizó en población cautiva dentro de las instalaciones de las secundarias antes mencionadas, para llevar a cabo esta aplicación en primera instancia se realizaron tramites pertinentes es decir, se llevaron cartas de presentación del proyecto dirigidas los directores de las escuelas extendidas por la Universidad.

Una vez dentro de los salones de clases se hizo una breve presentación de la encuestadora, se les explicó a los alumnos que la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa estaba realizando una investigación sobre relación familiar, ambiente escolar y hábitos alimenticios de los adolescente, de igual forma se le indico que era de suma importancia que contestarán con la mayor precisión y

honestidad posibles, puesto que ninguno de los cuestionarios se quedaría con algún profesor y/o directivo.

Se repartieron los cuestionarios a las mujeres del salón, a los hombres se les pidió su colaboración guardando silencio mientras sus compañeras contestaban la encuesta, se explicó cada sección del cuestionario a los alumnos así mismo como contestar para ello se llevaron rotafolios con ejemplos de preguntas que venían en el instrumento.

Por último se les señaló que no existían respuestas correctas o incorrectas que no era un examen y que si surgía alguna duda al contestar levantarán la mano y se iría a su lugar a resolverla, también se hizo énfasis en que la información que ellos proporcionaran sería utilizada solo con fines de investigación

Las adolescentes se tardaban en contestar entre 40 y 50 minutos, variando el tiempo en cada grupo considerando las condiciones situacionales: ruido, distracción, hora de aplicación de la encuesta. Por ellos se trató de controlar los distractores que estuvieran a nuestro alcance, por ejemplo callando a los jóvenes que distraían a las adolescentes.

La aplicación del cuestionario en la secundaria ubicada en el Distrito Federal se realizó en dos días, el primer día se encuestó a los primeros y la mitad de los segundos y el segundo día a los terceros y el resto de los segundos años; en la secundaria ubicada en el Estado de México fue indistinto debido a que solo se tenía acceso a los grupos cuyo profesor hubiera faltado

#### **9.4 Análisis**

Los primeros análisis que se realizaron fueron frecuencias, medias y desviaciones estándar de cada uno de los reactivos de todas las escalas del cuestionario.

El segundo análisis que se hizo fue un factorial para cada una de las escalas más grandes estilos parentales y autoconcepto, para conocer la estructura de los constructos, así como la confiabilidad.

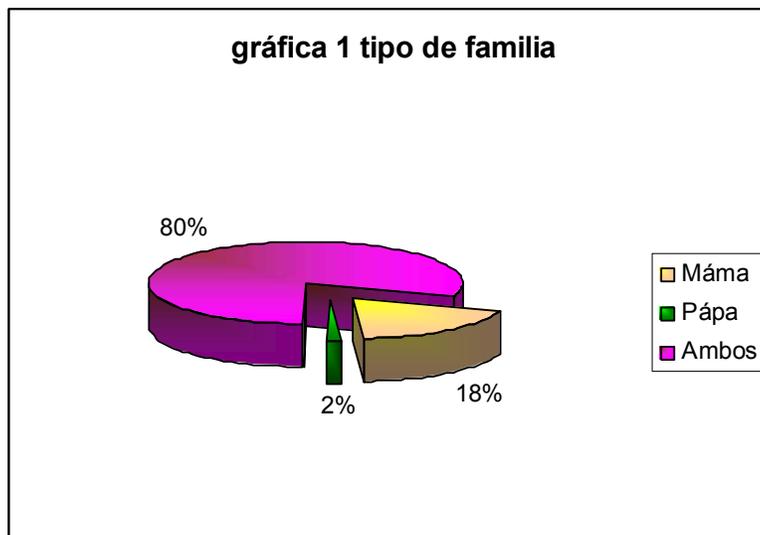
Por otro lado se corrieron tablas cruzadas (crosstabs) para conocer la relación existente entre cada conducta alimentaria de riesgo y con quien viven las adolescentes.

Los siguientes análisis que se realizaron fueron factoriales de la escala estilos parentales, a fin de conocer cómo están como están compuestos estructuralmente estos constructos para mamá y papá.

Y por último se realizaron regresiones para cada conducta alimentaria, (vómito, laxantes, ayuno, dieta), las cuales representan la parte sustancial de los resultados, es decir, son la parte nodal de la comprobación o rechazo de las hipótesis y pregunta de investigación.

## 10 Resultados

En esta sección se expone los resultados obtenidos mediante los análisis estadísticos ya mencionados con anterioridad



En esta grafica se muestra como están estructuradas las familias de las adolescentes encuestadas vemos que la mayoría (80%) de ella viven con ambos padres, un 18% vive solo con la madres es decir una familia uniparental con jefatura femenina y solo un 2% de las chicas encuestadas vive con papa

### 10.1 Estilos parentales para mamá

El primer análisis factorial con rotación varimax que se realizó fue para la escala de estilo parental para mamá, el cual indicó la existencia de 12 factores los cuales explican el 57.2% de la varianza total. Solo se tomaron 3 los cuales tiene una alfa por encima de .65, estos factores miden los tres estilos parentales que se buscaban: el estilo permisivo, autoritario y el autoritativo, con ellos nos explicamos el 37.4% de la varianza total.

Las tablas siguientes muestran la estructura de cada factor, su carga factorial, media, desviación estándar y el alfa de cada factor.

**Tabla no1**

<b>ESTILO AUTORITATIVO DE MAMÁ (DEMOCRÁTICO)</b> <b>Alfa de Cronbach=.951</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. tip.</b>
52. Puedes contar con él (ella) cuando lo necesitas	0,79	3,36	1
47. Dedicar tiempo a hablar contigo	0,81	3,06	1,06
38. Habla contigo de los temas que son importantes para ti	0,84	3,1	1,13
43. Te consuela cuando estas triste	0,89	2,95	1,21
59. Por lo que he hecho él (ella) cree en mí	0,76	3,48	0,93
36. Te dedica su tiempo	0,75	2,97	1,08
46. Sabes que confía en ti	0,77	3,23	1,11
34. Si tienes un problema, tienes confianza para contárselo	0,84	2,83	1,21
40. Es cariñoso(a) contigo	0,70	3,21	1,04
55. Él (ella) cree que soy capaz de hacer lo que me proponga	0,65	3,28	1,02
51. Te expresa su afecto con detalles que te gustan	0,72	2,73	1,14
57. Por mis acciones él (ella) cree que soy inteligente	0,65	3,12	1,03
49. Está contento de que tú seas su hija	0,58	2,71	1,17
41. Habla contigo de lo que hago con tus amigos	0,73	2,96	1,12
17. Razona y acuerda las normas contigo	0,69	3,19	1,01
54. Debido a lo que hago mis padres me consideran una persona importante	0,61	3,12	1,12
23. Si alguna vez se equivoca contigo, lo reconoce	0,62	3,48	0,97
32. Te acepta tal como eres	0,51	3,38	0,96
14. Te explica muy claro lo que se debe y lo que no se debe de hacer	0,46	3,45	0,94
6. Antes de castigarte, escucha tus razones	0,54	3,05	1,1
27. Te anima a hacer las cosas por ti mismo	0,50	3,22	1,03

Es importante recordar que las madres que tienen un estilo parental democrático son exigentes así mismo atienden las necesidades de sus hijos, y establecen estándares claros y son firmes en sus reglas.

**Tabla no 2**

<b>ESTILO AUTORITARIO DE MAMÁ</b> <b>Alfa de Cronbach=.899</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
44. Cuando estas en casa, parece que está enojado(a)	0,73	1,83	1,04
37. Sientes que eres un estorbo para él (ella)	0,73	1,67	1,05
48. Aprovecha cualquier oportunidad para criticarte	0,68	1,55	0,98
50. Crees que le gustaría que tu fuera diferente	0,81	2,07	1,18
45. Está a disgusto cuando tu estas en casa	0,62	1,49	0,9
39. Le pones nervioso (a), le alteras	0,66	1,94	1,02
53. Te compara con otras personas	0,72	1,81	1,13
56. Él (ella) piensa que no sirvo para nada	0,53	1,37	0,84
58. Él (ella) cree que soy inmadura	0,63	1,77	1,02
42. Lo que haces le parece mal	0,54	1,97	0,94
35. Se enoja contigo por cualquier cosa	0,59	1,89	1,03
33. Le disgusta tu forma de ser	0,55	2,06	1,06
30. Sientes que es demasiado duro(a) contigo	0,48	2,05	1,05

Las madres que poseen un estilo parental autoritario son exigentes, prestan poca atención a las necesidades de sus hijos; las reglas y órdenes de estas madres no pueden ser cuestionadas o negociadas.

**Tabla no 3**

<b>ESTILO PERMISIVO MAMÁ</b> <b>Alfa de Cronbach=.670</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
22. Permite que hagas lo que quieras en todo momento	0,54	1,64	0,87
13. Te permite hacer lo que tu quieres con tal de evitar problemas	0,67	1,98	1,11
25. Con tal de que tu seas feliz, te deja hacer lo que tú quieres	0,56	1,98	0,96
10. Sabes como convencerlo(a) para hacer lo que quieres	0,55	2,2	1
7. Te da libertad total para que haga lo que yo quiera	0,45	1,91	0,86
3. Te dice que sí a todo	0,35	2,12	0,77

Las madres no tratan de controlarlos mediante el ejercicio del poder que viene de sus autoridad, fuerza física, posición o capacidad de conceder o limitar recompensas, sino que en ocasiones apelan a la razón del niño

Así pues, la escala de estilos parentales que en un principio contaba con 59 reactivos quedó conformada, después de la validación y confiabilidad, por 40 reactivos.

## 10.2 Estilos parentales de papá

El segundo análisis factorial con rotación varimax que se realizó fue para la escala de estilo parental para papá, el cual indicó la existencia de 14 factores los cuales explican el 58.9% de la varianza total. De los cuales solo se tomaron 5 los cuales tiene una alfa por encima de .65, estos factores miden los tres estilos parentales que se buscaban: el estilo permisivo, autoritario y el autoritativo así como normas de algunos estilos y percepción de rechazo, con ellos nos explicamos el 39.9% de la varianza total.

Las tablas siguientes muestran la estructura de cada factor, su carga factorial, media, desviación estándar y el alfa de cada factor.

**Tabla no 4**

<b>ESTILO AUTORITATIVO PAPÁ (DEMOCRÁTICO)</b> <b>Alfa de Cronbach=.953</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
34. Si tienes un problema, tienes confianza para contárselo	0.909	1.93	1.402
47. Dedicar tiempo a hablar contigo	0.765	2.24	1.422
38. Habla contigo de los temas que son importantes para ti	0.804	2.20	1.446
41. Habla contigo de lo que hago con tus amigos	0.730	1.83	1.327
36. Te dedica su tiempo	0.642	2.17	1.391
43. Te consuela cuando estas triste	0.681	2.16	1.449
52. Puedes contar con él (ella) cuando lo necesitas	0.638	2.48	1.516

Es importante recordar que los padres que tienen un estilo parental democrático son exigentes así mismo atienden las necesidades de sus hijos, y establecen estándares claros y son firmes en sus reglas.

**Tabla no 5**

<b>NORMAS DEL ESTILO AUTORITATIVO PAPÁ (DEMOCRÁTICO)</b> <b>Alfa de Cronbach=.939</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
11. Te explica las razones por las que debes cumplir las normas	0.749	2.46	1.492
19. Te explica las consecuencias de no cumplir las normas	0.728	2.36	1.483
8. Te explica lo importante que son las normas para la convivencia	0.712	2.32	1.471
14. Te explica muy claro lo que se debe y lo que no se debe de hacer	0.489	2.77	1.537
17. Razona y acuerda las normas contigo	0.497	2.27	1.439

Tabla no 6

<b>ESTILO AUTORITARIO PAPÁ</b> <b>Alfa de Cronbach=.838</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
15. Por encima de todo tienes que hacer lo que te dice, pase lo que pase	0.755	1.95	1.330
12. Te exige que cumplas lo que dice, aunque no entiendas por qué	0.694	1.74	1.262
18. Te exige respeto absoluto a su autoridad	0.623	2.48	1.470

Los padres que poseen un estilo parental autoritario son exigentes, prestan poca atención a las necesidades de sus hijos; las reglas y órdenes de estas madres no pueden ser cuestionadas o negociadas.

Tabla no 7

<b>PERCEPCIÓN DE RECHAZO DE PAPA</b> <b>Alfa de Cronbach=.935</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
53. Te compara con otras personas	0.783	1.43	1.167
48. Aprovecha cualquier oportunidad para criticarte	0.622	1.26	1.025
56. Él (ella) piensa que no sirvo para nada	0.553	1.16	.924
50. Crees que le gustaría que tu fuera diferente	0.758	1.70	1.323
37. Sientes que eres un estorbo para él (ella)	0.627	1.38	1.139
45. Está a disgusto cuando tu estas en casa	0.543	1.26	1.008
58. Él (ella) cree que soy inmadura	0.57	1.48	1.143
44. Cuando estas en casa, parece que está enojado(a)	0.565	1.57	1.205
39. Le pones nervioso (a), le alteras	0.517	1.56	1.174
42. Lo que haces le parece mal	0.478	1.70	1.194

Este factor forma parte del estilo autoritario es relevante recordar que el estilo parental es reportado por los hijos son las percepciones que ellos tienen sobre sus padres

Tabla no 8

<b>ESTILO PERMISIVO PAPÁ</b> <b>Alfa de Cronbach=.885</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
10. Sabes como convencerlo(a) para hacer lo que quieres	0.708	1.86	1.265
22. Permite que hagas lo que quieras en todo momento	0.605	1.44	1.075
7. Te da libertad total para que haga lo que yo quiera	0.529	1.61	1.109
3. Te dice que sí a todo	0.491	1.85	1.195
25. Con tal de que tu seas feliz, te deja hacer lo que tú quieres	0.523	1.66	1.171

Los padres no tratan de controlarlos mediante el ejercicio del poder que viene de sus autoridad, fuerza física, posición o capacidad de conceder o limitar recompensas, sino que en ocasiones apelan a la razón del niño

Así pues, la escala de estilos parentales que en un principio contaba con 59 reactivos quedó conformada, después de la validación y confiabilidad, por 30 reactivos.

### 10.3 Análisis factorial para la escala de autoconcepto

El tercer análisis factorial con rotación varimax que se realizó fue para la escala de autoconcepto, el cual indicó la existencia de un solo factor el cual explica el 58.9% de la varianza total.

Este factor cuenta con una alfa por encima de .65.

**Tabla no 9**

<b>AUTOCONCEPTO</b> <b>Alfa de Cronbach=. 862</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
49. Me gusta como soy	0.593	3.18	.862
44. Me gusta la forma como me veo	0.549	2.97	.838
46. Me gustaría ser otra persona	0.638	2.77	1.004
19. Tengo un buen cuerpo	0.547	2.53	.877
32. Tengo un bonito rostro	0.530	2.67	.899
27. Me desagrada como me veo	0.530	2.76	.910
21. Sé cómo demostrarme a mi misma(o) que me quiero	0.495	3.20	.851
8. Estoy feliz de ser como soy	0.435	3.41	.767
16. Mis amigos me ven como una persona inteligente	0.403	2.92	.774
1. Estoy orgullosa de mí	0.365	3.33	.718
20. Mis compañeros(as) me estiman por ser como soy	0.346	3.25	.722
24. Soy una persona agradable para mis amigos(as) más cercanos(as) de la escuela	0.332	3.35	.698
38. Soy una persona poco atractiva	-0.391	2.35	.839
30. Para mis amigos(as) soy simpática	0.366	3.16	.789
22. Estoy gorda	0.452	2.88	.992
15. Soy aceptada entre mis compañeros(as)	0.296	3.32	.678
2. Me siento inconforme con mi cuerpo	0.390	2.77	.888
6. Soy una mal estudiante	0.371	3.12	.843
3. Tengo una sonrisa agradable	0.346	2.95	.789
25. Aprendo rápidamente los temas de la mayoría de las materias de la escuela	0.345	2.82	.814
9. Soy atractiva para las personas del sexo opuesto	0.337	2.70	.818
10. Me gustaría tener un cuerpo mejor que el que tengo	0.481	2.22	.979
53. Hay cosas que me gustaría cambiar de mí	0.360	2.06	.863

Es elemental recordar que el autoconcepto se compone de las diferentes características que creen que son y/o poseen las mujeres adolescentes de secundaria respecto a diferentes ámbitos como: apariencia física, habilidades académicas, habilidades deportivas, relaciones con amigos/as.

La escala de autoconcepto que en un principio contaba con 53 reactivos quedó conformada, después de la validación y confiabilidad, por 23 reactivos.

#### 10.4 Análisis factorial para la escala de autoestima

El cuarto análisis factorial con rotación varimax que se realizó fue para la escala de autoestima, el cual indicó la existencia de un solo factor el cual explica el 48.9% de la varianza total.

Este factor cuenta con una alfa por encima de .65.

**Tabla no 10**

<b>AUTOESTIMA</b> <b>Alfa de Cronbach=. 707</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ</b>
(7.5) La mayor parte del tiempo me siento fea-bonita	0.777	3.10	1.001
(7.8) La mayor parte del tiempo me siento satisfecha- insatisfecha	0.675	3.40	.899
(7.6) La mayor parte del tiempo me siento exitosa-fracasada	0.711	3.28	.952
(7.4) La mayor parte del tiempo me siento aceptada-rechazada	0.643	3.44	.879
(7.2) La mayor parte del tiempo me siento feliz-infeliz	0.602	3.49	.875
(7.1) La mayor parte del tiempo me siento inteligente-tonta	0.543	3.36	.837
(7.7) La mayor parte del tiempo me siento floja trabajadora	-0.593	1.80	.967
(7.3) La mayor parte del tiempo me siento impopular-popular	0.712	2.75	1.123

Es relevante hacer mención que la autoestima es la valoración que el sujeto hace sobre aquello que conoce de sí mismo. Es decir, aquella característica, cualidad, peculiaridad, etc., que conoce de sí, y que valora positivamente o negativamente (Aguilar, 2001). Por ello la manera en que se pregunto a las adolescentes fue de esta forma

La escala de autoestima que en un principio contaba con 8 reactivos después de la validación y confiabilidad quedó conformada por los mismos 8 reactivos.

## 10.5 Análisis factorial para la escala de Insatisfacción corporal

El cuarto análisis factorial con rotación varimax que se realizó fue para la escala de insatisfacción corporal, el cual indicó la existencia de un solo factor el cual explica el 10.5% de la varianza total.

Este factor cuenta con una alfa por encima de .65.

**Tabla no 11**

<b>INSATISFACCIÓN CORPORAL</b> <b>Alfa de Cronbach= .939</b>	<b>Carga factorial</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típ</b>
(6.1) Cuando veo mi cintura siento que es fea-bonita	0.923	2.06	1.125
(4.1) Cuando veo mi abdomen me siento alegre-triste	0.934	2.15	1.144
(5.2) Cuando veo mis caderas siento satisfacción-insatisfacción	0.890	1.99	1.108
(4.2) Cuando veo mi abdomen me siento animada-desanimada	0.949	2.18	1.183
(5) Cuando veo mis caderas siento agrado-desagrado	0.895	1.95	1.126
(3) La forma de mi cuerpo es fea-bonita	0.848	2.08	1.091
(4) Cuando veo mi abdomen me siento desdichada-dichosa	0.897	2.21	1.170
(5.1) Cuando veo mis caderas siento enojo-serenidad	0.804	1.91	1.064
(6) Cuando veo mi cintura siento que es delgada-fea	0.887	2.30	1.241
(1.1) Al verme en el espejo alegría-tristeza	0.737	1.84	1.039
(1.2) Al verme en el espejo tranquila intranquila	0.790	1.93	1.138
(3.1) La forma de mi cuerpo es gruesa-delgada	0.792	2.20	1.181
(1) Al verme en el espejo siento agrado-desagrado	0.705	1.84	1.058
(2.2) Al ver mis piernas siento enojo-serenidad	0.663	1.86	1.081
(6.2) Cuando veo mi cintura siento que es grande pequeña	0.620	2.37	1.162
(2.1) Al ver mis piernas siento desagrado-agrado	0.597	2.01	1.138
(2) Al ver mis piernas siento satisfacción-insatisfacción	0.615	2.07	1.164

Es necesario hacer mención de que la insatisfacción corporal la evaluación negativa de la configuración global o conjunto de representaciones, percepciones que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, esta es matizada por los sentimientos.

La escala de insatisfacción corporal que en un principio contaba con 18 reactivos después de la validación y confiabilidad quedó conformada por los mismos 18 reactivos.

## 10.6 Correlaciones

**Tabla No 12**

Correlations

		instisfacción corporal total	autoestima total	estilo parental autoritario mama	estilo parental permisivo mama	percepcion de rechazo papa	estilo autoritativo papa	normas estilo autoritativo papa	estilo permisivo papa	estilo autoritario papa	autoconcepto total	estilo parental autoritativo mama
instisfacción corporal total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .452	-,499** .451	,205** .446	,074 .446	,238** .368	-,222** .369	-,165** .370	,022 .371	-,067 .369	-,567** .452	-,218** .446
autoestima total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,499** .451	1 .451	-,213** .445	,004 .445	-,255** .367	,202** .368	,181** .369	,022 .370	,120* .368	,466** .451	,278** .445
estilo parental autoritario mama	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205** .446	-,213** .445	1 .448	,039 .448	,701** .364	-,329** .365	-,236** .366	,178** .367	,093 .365	-,296** .448	-,564** .448
estilo parental permisivo mama	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,074 .446	,004 .445	,039 .448	1 .448	,109* .364	,025 .365	,001 .366	,590** .367	,059 .365	,028 .448	,075 .448
percepcion de rechazo papa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,238** .368	-,255** .367	,701** .364	,109* .364	1 .370	-,484** .370	-,305** .370	,021 .370	,141** .370	-,307** .370	-,408** .364
estilo autoritativo pap	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,222** .369	,202** .368	-,329** .365	,025 .365	-,484** .370	1 .371	,554** .371	,155** .371	,061 .370	,323** .371	,551** .365
normas estilo autoritativo papa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,165** .370	,181** .369	-,236** .366	,001 .366	-,305** .370	,554** .371	1 .372	,044 .372	,229** .371	,306** .372	,514** .366
estilo permisivo papa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,022 .371	,022 .370	,178** .367	,590** .367	,021 .370	,155** .371	,044 .372	1 .373	-,019 .371	,008 .373	-,054 .367
estilo autoritario papa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,067 .369	,120* .368	,093 .365	,059 .365	,141** .370	,061 .370	,229** .371	-,019 .371	1 .371	,141** .371	,162** .365
autoconcepto total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,567** .452	,466** .451	-,296** .448	,028 .448	-,307** .370	,323** .371	,306** .372	,008 .373	,141** .371	1 .454	,469** .448
estilo parental autoritativo mama	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,218** .446	,278** .445	-,564** .448	,075 .448	-,408** .364	,551** .365	,514** .366	-,054 .367	,162** .365	,469** .448	1 .448

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La tabla número 12 muestra los siguientes resultados:

Puede notarse en la que existen varias correlaciones entre las variables que se midieron, existe una relación negativa entre insatisfacción corporal y autoestima, es decir que a mayor autoestima menor es la insatisfacción corporal.

De igual modo es la relación entre las variables estilo autoritativo (democrático) de papá e insatisfacción corporal, a mayor estilo autoritativo (democrático) menor es la insatisfacción corporal este tipo de relación es igual para la variable estilo parental autoritativo de mamá.

En la tabla es posible ver que el autoconcepto y la insatisfacción corporal guardan una relación negativa es decir a un autoconcepto positivo es menor la insatisfacción corporal

De forma contraria a las relaciones anteriores la insatisfacción corporal posee una correlación positiva con el estilo autoritario de mamá y percepción de rechazo de papá, es decir que a mayor estilo autoritario de mamá y percepción de rechazo de papá mayor es la insatisfacción corporal en las adolescentes

Por otra parte la variable autoestima tiene relaciones tanto positivas como negativas, entre ellas se encuentran las siguientes:

La autoestima mantiene una relación negativa con el estilo autoritario de mamá es decir mientras más autoritaria es la madre, la adolescente posee una autoestima negativa.

La autoestima está correlacionada con la percepción de rechazo paterna, mientras la adolescente perciba rechazo por parte del padre más negativa es su autoestima

Por lo contrario mientras la adolescente perciba a su padre autoritativo (democrático) posee una autoestima positiva, de igual manera sucede con la madre mientras más democrática es mamá, la adolescente posee una autoestima positiva.

El autoconcepto y la autoestima poseen una relación positiva es decir mientras más positivo es el autoconcepto más positiva es la autoestima y viceversa

La variable estilo parental autoritario de mamá tiene relaciones tanto positivas como negativas, entre ellas se encuentran las siguientes:

El estilo parental autoritario de mamá está correlacionado con la percepción de rechazo de papá, es decir que mientras más autoritaria es la madre mayor es la percepción de rechazo por parte de padre.

De modo contrario sucede con el estilo autoritario de mamá y el estilo autoritativo (democrático), mientras más autoritativo es el padre menos autoritaria es la madre.

Mientras más permisivo es el padre más autoritaria es la madre, de esta forma se relacionan las variables estilo permisivo papá y estilo autoritario mamá.

Las variables estilo autoritario mamá y autoconcepto se correlacionan de la siguiente forma: mientras más autoritaria es la madre, es más negativo el autoconcepto de las adolescentes.

Cuando la madre es más autoritaria tiene menos comportamientos autoritativos (democráticos).

Por otra parte la variable estilo parental permisivo de mamá tiene relaciones tanto positivas como negativas algunas de ellas ya han sido explicadas con anterioridad por ello solo se mencionara solo una la cual no ha sido expuesta.

El estilo permisivo de mamá posee una relación con el estilo permisivo de papá, mientras más permisiva sea la mamá más permisivo será el papá.

Del mismo modo la variable percepción de rechazo papá tiene relaciones tanto positivas como negativas, entre ellas se encuentran las siguientes:

Cuando la adolescente percibe rechazo paterno, es menor la percepción de estilo autoritativo (democrático) del padre.

De manera contraria mientras la adolescente tenga mayor percepción de rechazo paterno, mayor la apreciación de estilo autoritario del padre.

Mientras la adolescente tenga mayor percepción de rechazo paterno, menos positivo es su autoconcepto.

Si la adolescente percibe un rechazo por parte del padre percibe a una mamá más autoritativa (democrática).

Por otra parte la variable estilo autoritativo de papá tiene relaciones tanto positivas como negativas, entre ellas se encuentran las siguientes:

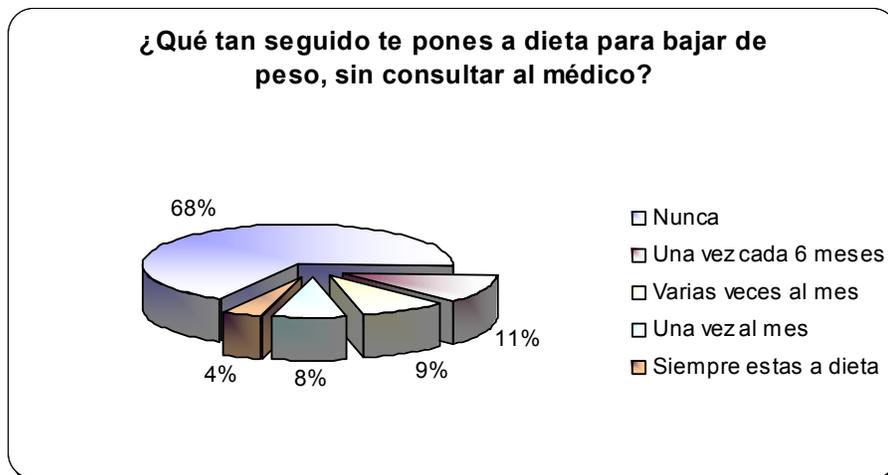
A medida que el padre muestra conductas autoritativas es un padre que la adolescente percibe más permisivo, esto muestra la correlación que existe ente el estilo permisivo y el estilo autoritativo de papá

Mientras más autoritativo es el padre, el autoconcepto de la adolescente es mas positivo esto muestra la correlación que existe entre las variables estilo parental autoritativo papá y autoconcepto

El estilo parental autoritativo de papá posee una relación positiva con el estilo parental autoritativo de mamá es decir mientras más autoritativo es papá lo es mamá.

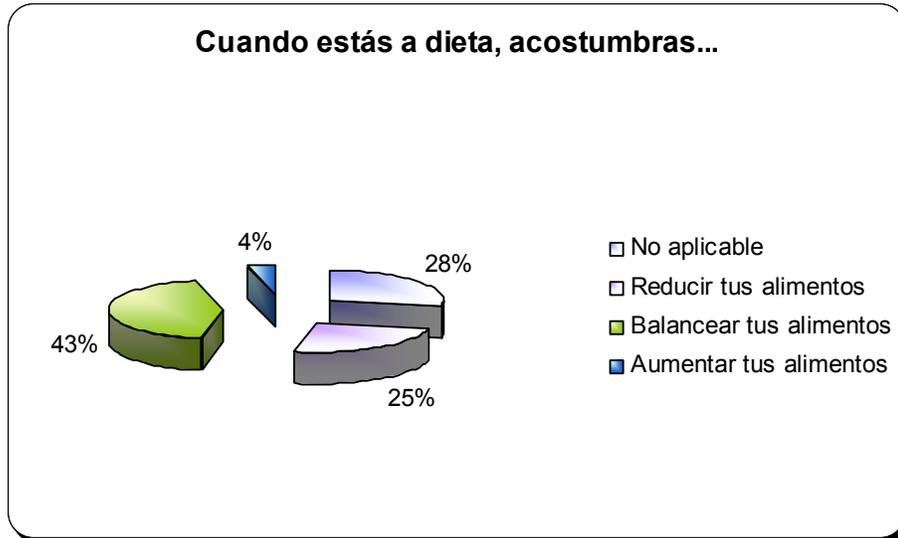
### 10.7 Conducta de dieta

Los resultados de la conducta de realización de dieta son los siguientes, se empezara describiendo la variable en cuestión se muestra graficas, algunas tablas y se finalizará con su causalidad mostrando el modelo explicativo.



**Gráfica 1**

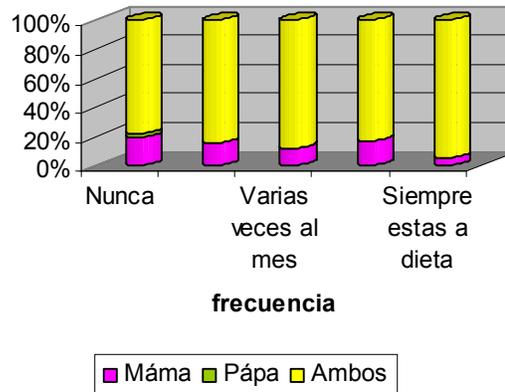
Como muestra la grafica 1, el 68% de las adolescentes reportan que nunca se han puesto a dieta sin consultar al médico, mientras que un 11% reporta que lo ha hecho una vez cada 6 meses, un 9% varias veces al mes, un 8% una vez al mes y por último un 4% informa que siempre esta a dieta.



**Gráfica 1.1**

En la gráfica 1.1 Se muestran los resultados de la pregunta ¿cuando estas a dieta acostumbras...? a esta pregunta un 25% de las adolescentes reportan reducir sus alimentos, el 43% informa balancear sus alimentos y el 4% aumentar sus alimentos, en esta se puede notar un cambio en los porcentajes con respecto a la gráfica 1 esto se debe a que las adolescentes caían en contradicción al responder las preguntas, es decir contestaba que nunca hacer dieta y las dos siguientes preguntas contestaron como si lo estuviera

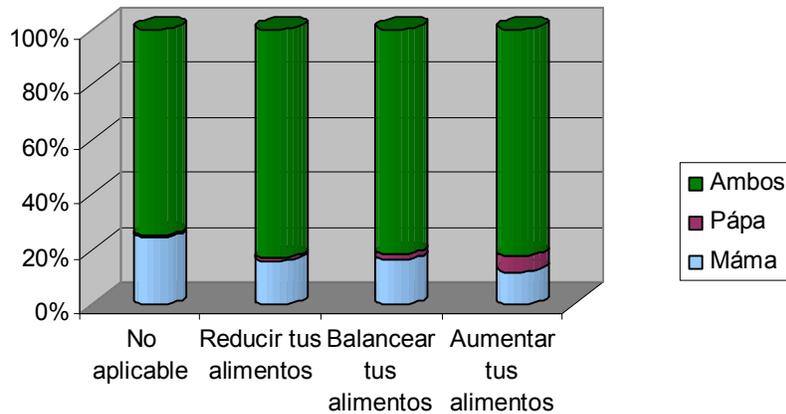
### frecuencia de dieta por con quienes viven las adolescentes



Gráfica 1.2

En la gráfica 1.2 se muestra que la mayoría de las chicas que se han puesto a dieta viven con ambos padres, en poca proporción vive con mamá de igual modo las chicas que nunca se han puesto ha dieta viven con papá solamente.

### intensidad de dieta /vivir con



Gráfica 1.3

En la gráfica 1.3 se muestra que la mayoría de las chicas que acostumbran reducir sus alimentos cuando están dieta viven con ambos padres, en poca proporción vive con mamá, las chicas que aumenta sus alimentos es una proporción pequeña vive con papa.

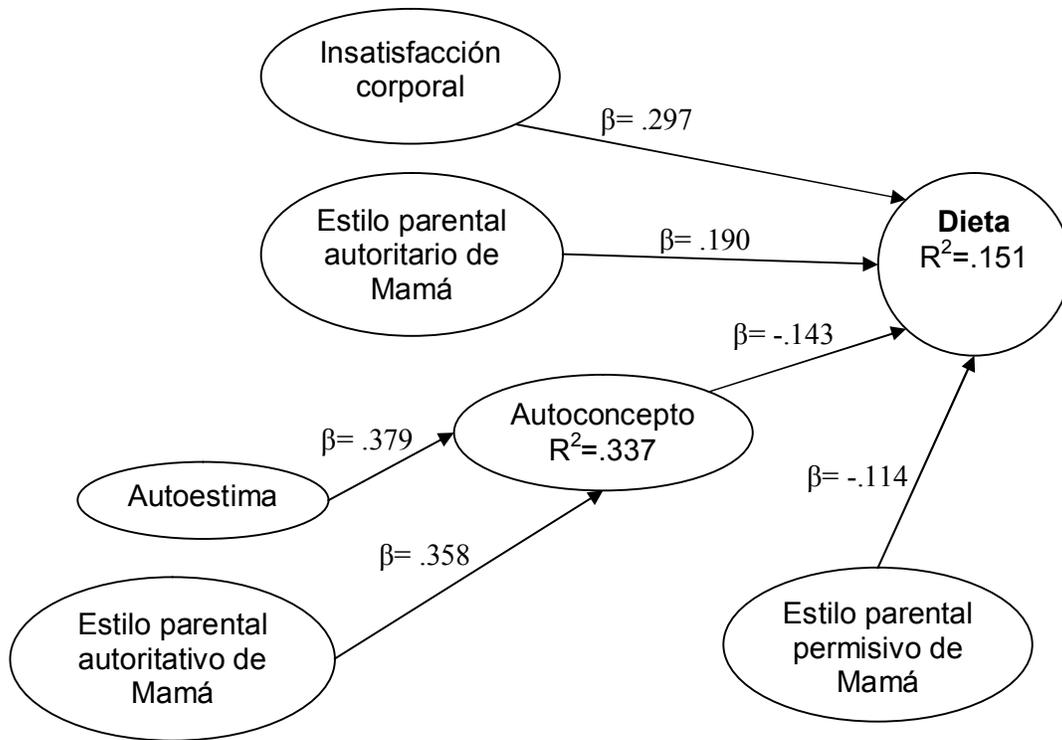
**Tabla no 13** Cuando estás a dieta, ¿qué comes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no aplicable	198	43.6	44.1	44.1
	verduras agua fruta	56	12.3	12.5	56.6
	agua	5	1.1	1.1	57.7
	verdura, cosas sin grasa	24	5.3	5.3	63.0
	cosas sanas	15	3.3	3.3	66.4
	Verdura, fruta ,pollo, bisteck	32	7.0	7.1	73.5
	como todo	50	11.0	11.1	84.6
	Nada, poca comida demasiada agua	22	4.8	4.9	89.5
	Frutas y verduras	47	10.4	10.5	100.0
	Total	449	98.9	100.0	
	Perdidos	9	5	1.1	
	Total	454	100.0		

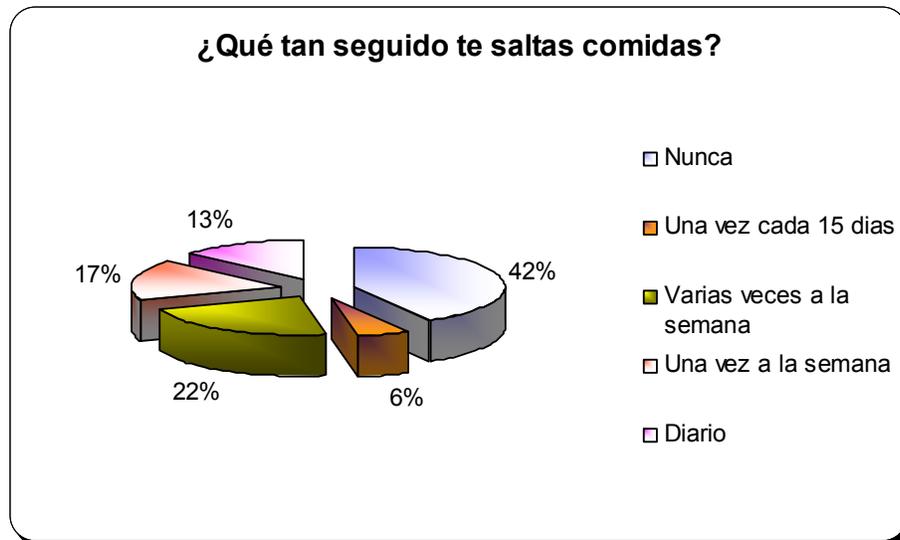
En la tabla No 13 se muestra las repuestas que las adolescentes dieron a la pregunta Cuando estás a dieta, ¿qué comes? existe una gran variedad de alimentos entre los que se encuentran verduras, fruta, agua, alimentos si grasa entre otros.

### 10.8 Modelo explicativo para la conducta dietaria

Se realizó una regresión con escalamiento óptimo para conocer los factores que influyen directamente en la conducta dietaria (variable dependiente), introduciendo como variables independientes los cuatro estilos parentales, autoestima, autoconcepto e insatisfacción corporal, El análisis arrojó un modelo que se ajustó adecuadamente ( $F_{(11, 355)} = 5.562$ ,  $p < .05$ ) y que explica el 15.1% de la varianza; las variables independientes incluidas fueron la insatisfacción corporal ( $\beta = .297$ ), el estilo autoritario de la mamá ( $\beta = .190$ ), el autoconcepto ( $\beta = .143$ ) y el estilo permisivo de la mamá ( $\beta = -.114$ ). Posteriormente, en un análisis de regresión lineal para buscar las variables que intervienen el autoconcepto teniendo como variables independientes, autoestima y estilos parentales, se obtuvo un modelo ( $F_{(7, 363)} = 27.190$ ) que incluyó la autoestima ( $\beta = .379$ ) y el estilo autoritativo de mamá ( $\beta = .358$ ) como predictoras, explicando el 33.7% de la varianza (ver modelo 1).

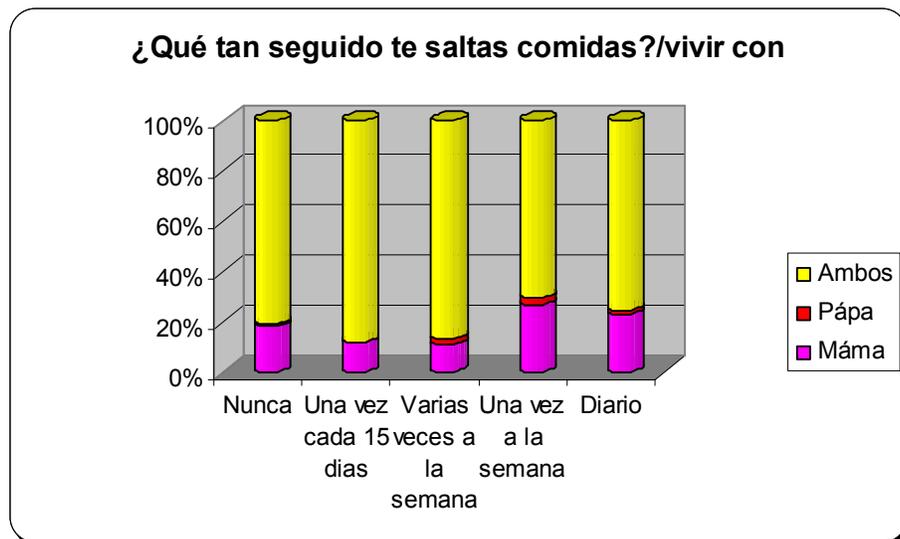
**Modelo 1****10.9 Conducta de ayuno**

Los resultados de la conducta de realización de ayuno son los siguientes, se empezara describiendo la variable en cuestión se muestra graficas y se finalizará con su causalidad mostrando el modelo explicativo.



Gráfica 2

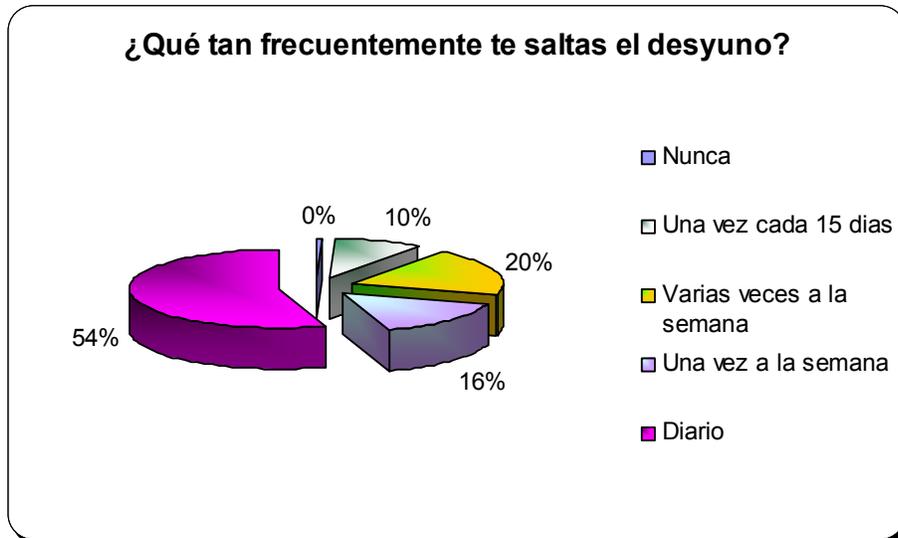
En la gráfica 2 se puede observar que el 42% de las adolescentes encuestadas mencionan que nunca se saltan comidas es decir omitir algún alimento en el transcurso de día, mientras que un 6% reporta hacerlo una vez cada 15 días, por otra parte un 22% comenta hacerlo varias veces a la semana, un 17% lo hace una vez a la semana y por último un 13% indican que lo llevan a cabo diario.



Gráfica 2.1

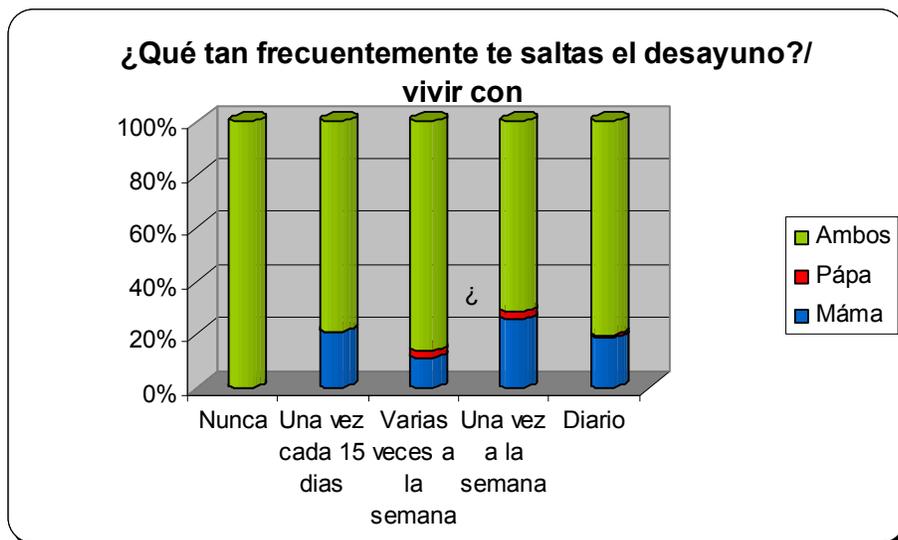
En la gráfica 2.1 se muestra que la mayoría de las chicas que omiten alimentos diariamente vive con ambos padre lo mismo sucede con las que lo llevan a cabo una vez a la semana, varias veces a la semana.

Por otra parte se puede observar que el porcentaje de las chicas que omiten una vez a la semana y viven solo con mamá es un poco mayor a las que lo hacen a diario.



Gráfica 2.2

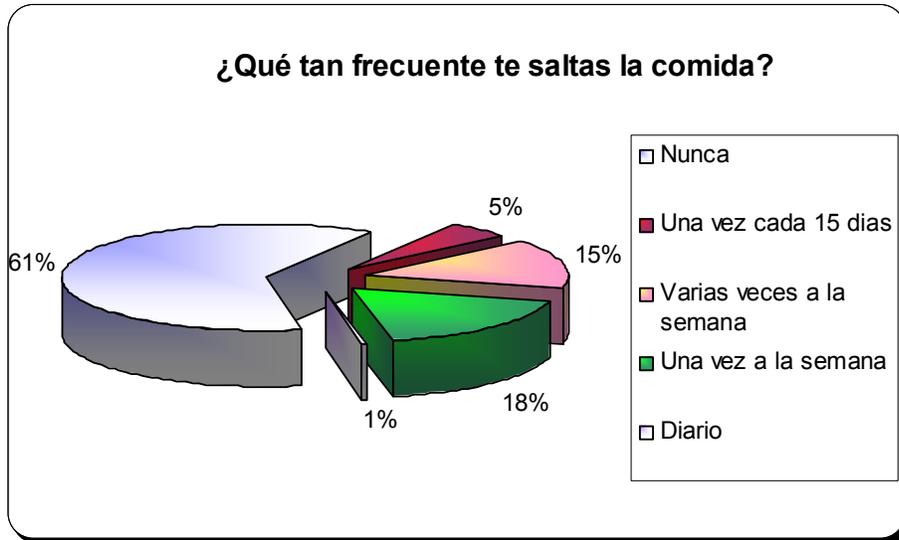
En la grafica 2.2 es posible ver que el 54% de las adolescentes encuestadas omiten el desayuno diario, el 16% lo hace una vez a la semana, un 20% lo lleva a cabo varias veces a la semana, un 10% lo realiza una vez cada 15 días



Gráfica 2.3

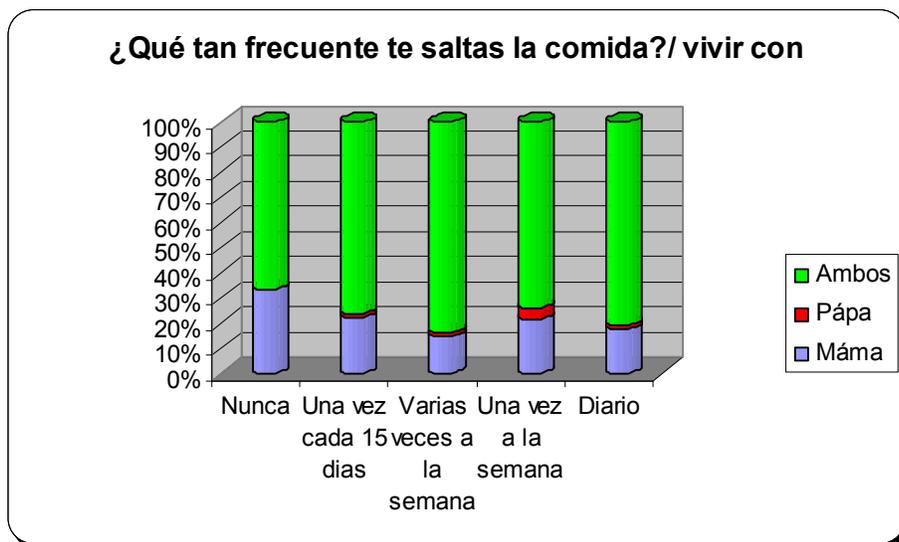
La grafica 2.3 nos permite observar que la mayoría de las chicas que omiten diariamente el desayuno viven con ambos padres, un porcentaje menor vive con solo con su mamá lo mismo sucede con las chicas que lo hacen una vez a la semana,

varias veces a la semana y una vez cada quince días, por otra parte las adolescentes que nunca omiten su desayuno viven todas con ambos padres



Gráfica 2.4

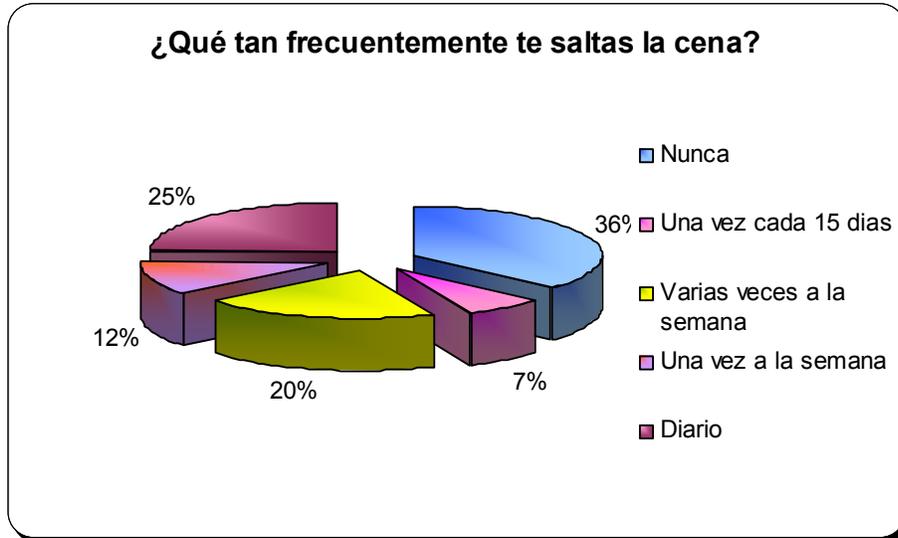
La grafica 2.4 presenta los siguientes resultados el 61% de las adolescentes encuestadas reportan nunca omitir la comida, un 5% comenta hacerlo una vez cada quince días, mientras que un 15% lo realiza varias veces a la semana, el 18% lo lleva a cabo una vez a la semana, y por último un 1% lo hace diario.



Gráfica 2.5

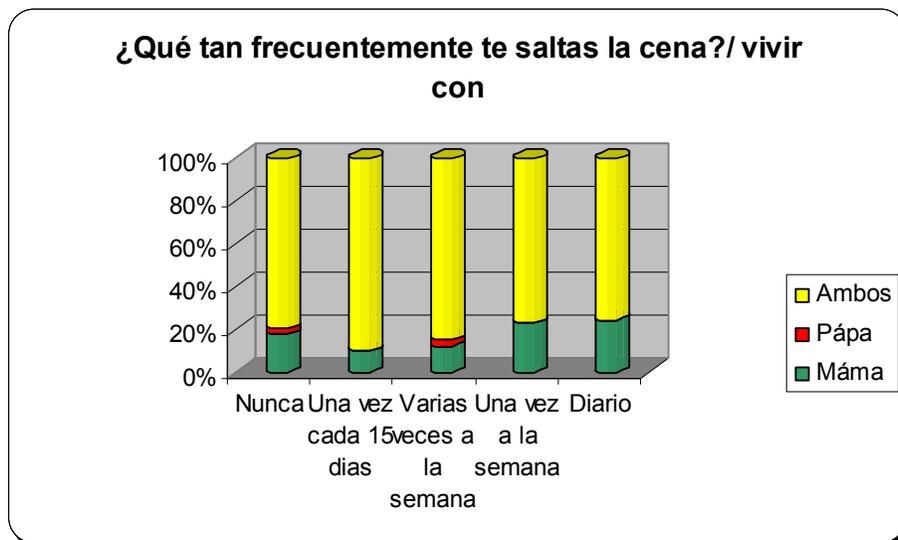
En la gráfica 2.5 se puede observar que un 10% de las chicas que omiten la comida varias veces a la semana viven solo con mamá, un 70% vive con ambos

padres, la mayoría de las adolescentes que omiten la comida una vez a la semana viven con ambos padres, estos resultados son similares para el resto de las opciones de respuesta.



**Gráfica 2.6**

Los resultados obtenidos de la pregunta ¿Qué tan frecuentemente te saltas la cena? se muestran en la gráfica 2.6 los cuales son los siguientes: Un 36% de las adolescentes comentaron nunca hacerlo, mientras que un 7% lo hace una vez cada 15 días, además un 20% lo realiza varias veces a la semana y un 12% lo hace una vez a la semana, por último un 25% lo practica esta conducta de riesgo diario.



**Gráfica 2.7**

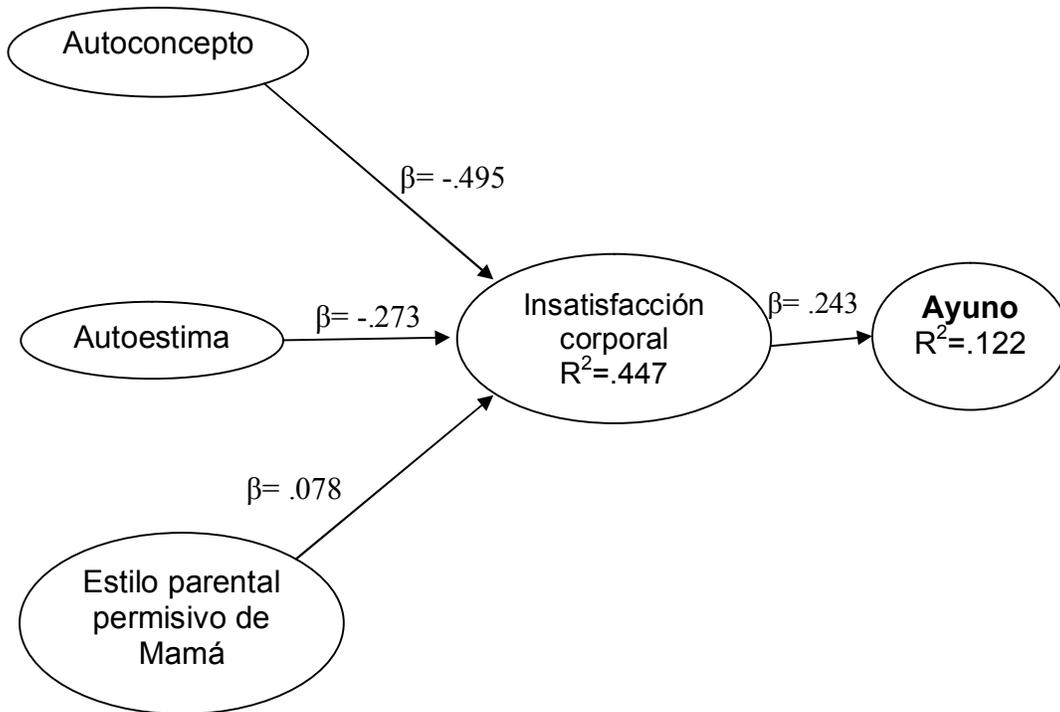
La mayoría de las adolescentes que se saltan la cena diario viven con ambos padres, un 20% vive con solo con mamá, la misma situación se presenta para las chicas que lo realizan una vez a la semana, aproximadamente un 10% de las chicas que varias veces a la semana viven con mamá y la mayoría viven con ambos padres.

### **10.10 Modelo explicativo de la conducta de ayuno.**

A continuación se muestra el modelo explicativo de la conducta de ayuno.

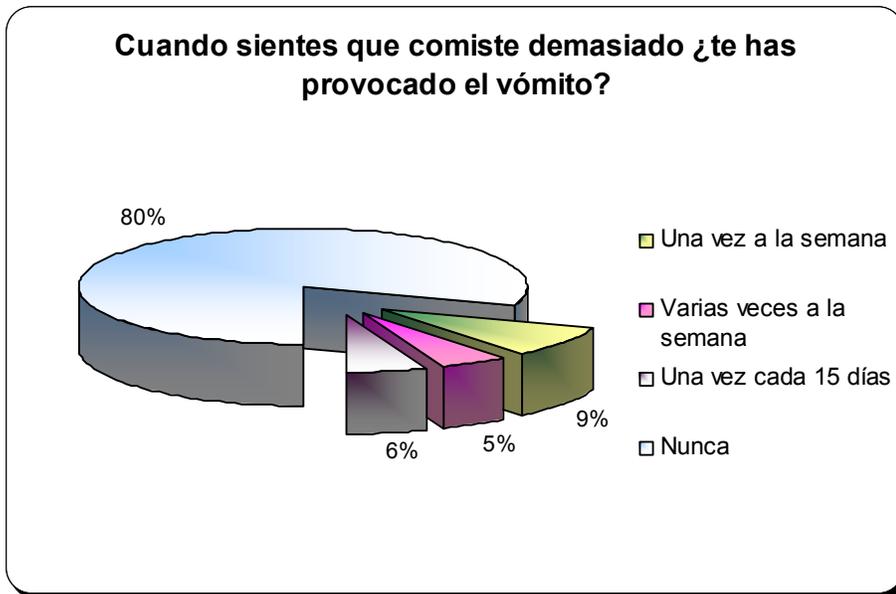
Al ejecutar otra regresión con escalamiento óptimo para conocer los factores que influyen directamente sobre la conducta de ayuno, teniendo como variables predictoras los estilos parentales, autoestima, autoconcepto e insatisfacción corporal, se obtuvo un modelo que se ajusta en forma adecuada ( $F_{(11, 358)} = 5.521$ ,  $p < .05$ ) y en el cual sólo se incluyó a la variable insatisfacción corporal ( $\beta = .243$ ), misma que explica el 12.2% de la varianza. Posteriormente, en un análisis de regresión lineal para buscar las variables que intervienen la insatisfacción corporal teniendo como variables independientes autoconcepto, autoestima y estilos parentales, se obtuvo un modelo ( $F_{(10, 363)} = 24.735$ ) que incluyó al autoconcepto ( $\beta = -.495$ ), la autoestima ( $\beta = -.273$ ) y el estilo permisivo de mamá ( $\beta = .078$ ) como predictoras, explicando el 44.7% de la varianza (ver modelo 2).

### Modelo 2



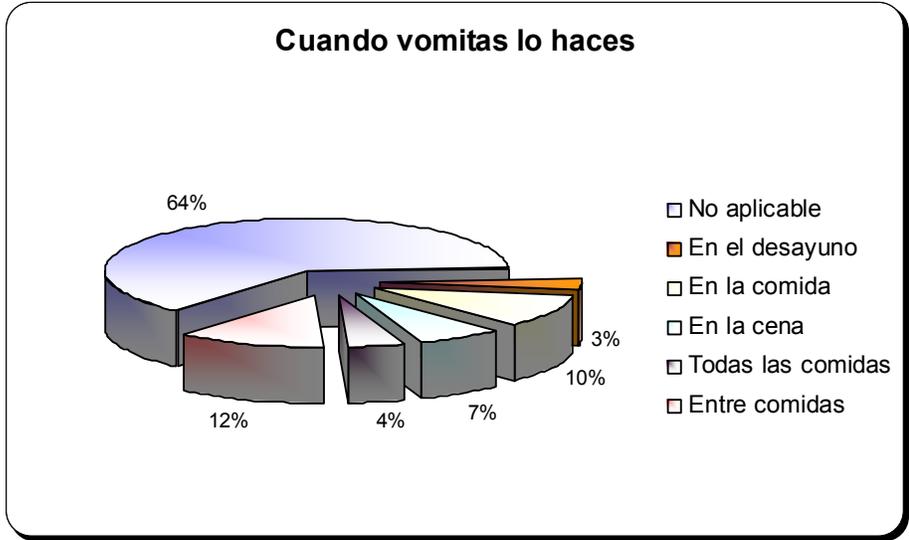
### 10.11 Conducta de vómito

Los resultados de la conducta de provocación de vómito son los siguientes, se empezara describiendo la variable en cuestión se muestra graficas y se finalizará con su causalidad mostrando el modelo explicativo.



**Gráfica 3**

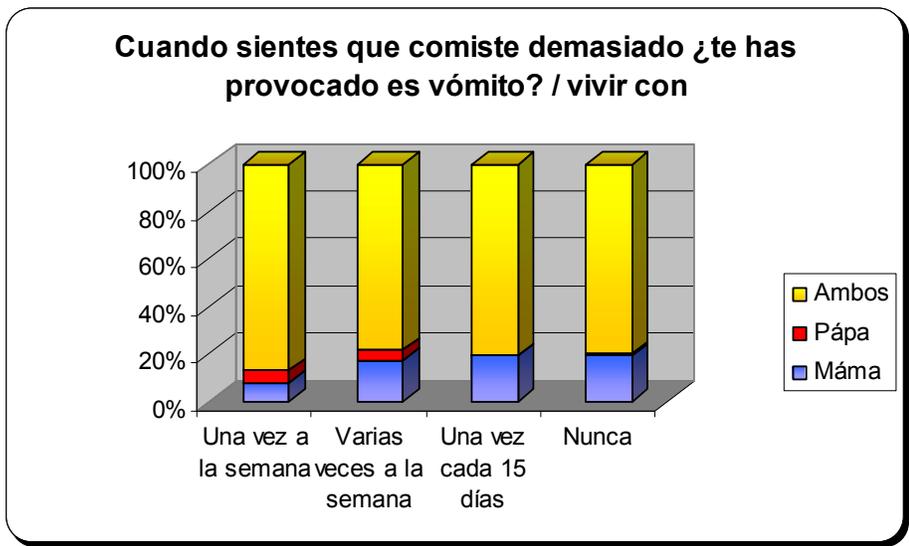
La gráfica 3 muestra que la mayoría de las chicas encuestadas dicen nunca provocarse el vómito, un 6% menciona hacerlo una vez cada 15 días, un 5% lo realiza varias veces a la semana, por último un 9% lo lleva a cabo una vez a la semana.



**Gráfica 3.1**

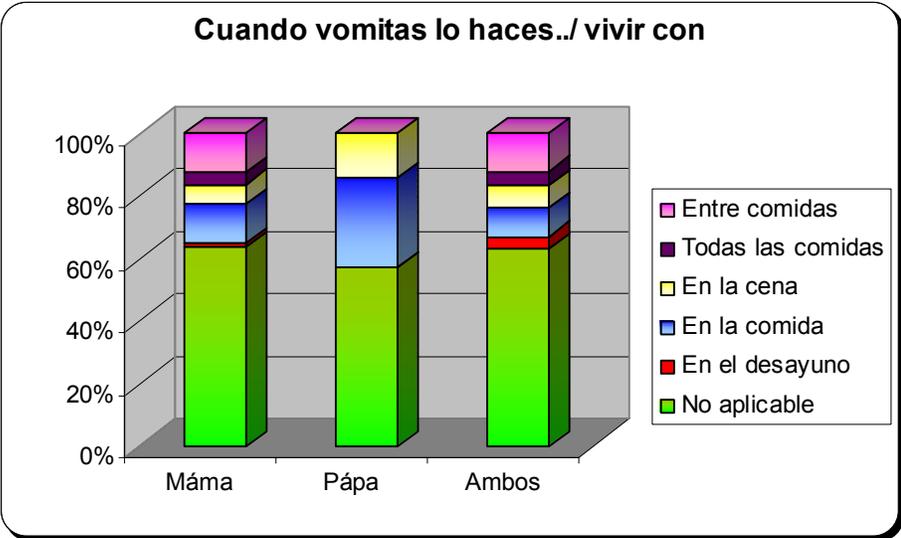
En gráfica 3.1 se puede observar que un 36% de las chicas encuestadas han realizado la conducta alimentaria de riesgo, este porcentaje se contradice con el de la gráfica 3, donde solo un 20% de las chicas mencionaron realizar esta conducta.

En esta gráfica se muestra que la mayoría de la adolescente encuestadas no realizan esta conducta de riesgo por otro lado un 12% de la chicas se provocan el vómito entre comidas, un 4% lo hace en todas la comidas, un 7% lo realiza en la cena, un 10% se provoca el vomito en la comida y un 3% lo lleva a cabo en el desayuno.



**Gráfica 3.2**

En la grafica 3.2 se muestra que la mayoría de las chicas que se provocan el vómito viven con ambos padres, una menor proporción vive con mamá. la minoría de ellas vive con papá.



Gráfica 3.3

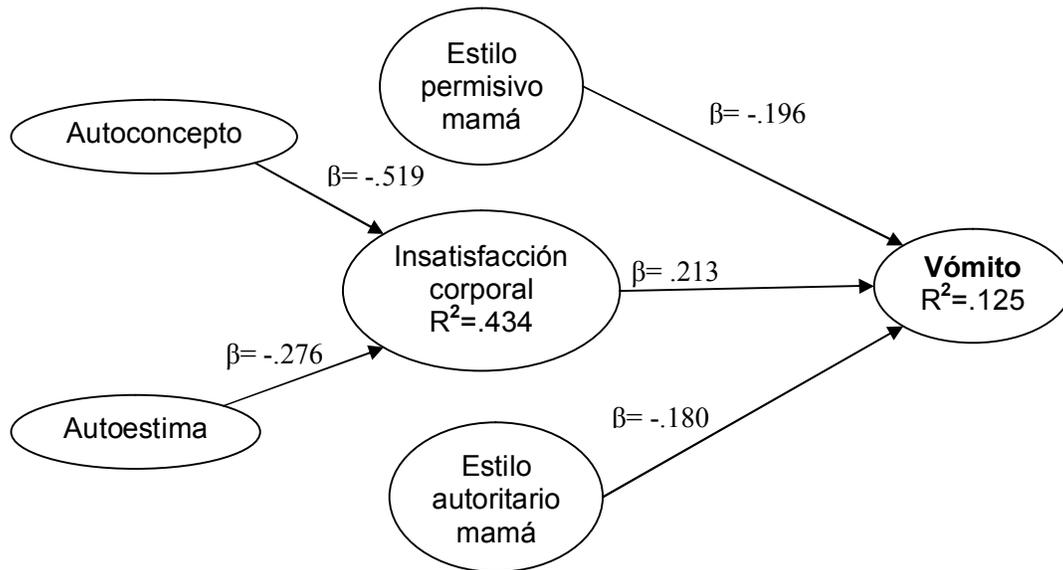
La mayoría de la chicas que vive con solo papa se provocan el vómito en la comida, en menor promoción lo hacen el la cena y la minoría lo hace entre comidas.

Con lo que respecta a las adolescentes que viven con mamá se muestra que la proporción de las chicas que lo hacen en la comida y entre comidas es la misma, en menor porcentaje lo realizan en la cena y en todas las comidas, estos resultados son muy parecidos a los de las adolescentes que viven con ambos padres.

**10.12 Modelo explicativo para la conducta de vómito.**

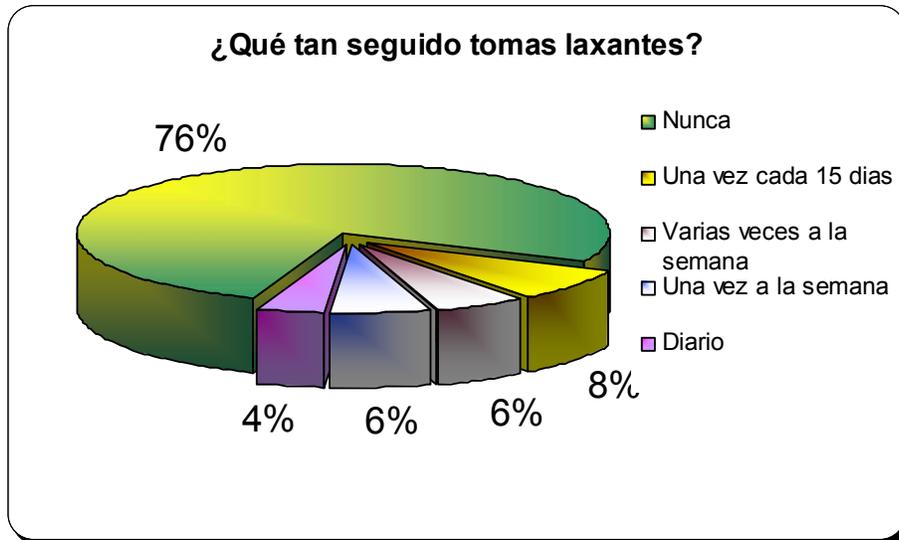
Por último, se realizó una regresión con escalamiento óptimo para conocer las causas de la conducta de vómito, teniendo como variables independientes autoestima, autoconcepto, insatisfacción corporal y los estilos parentales. El modelo obtenido ( $F_{(11, 356)} = 5.633, p < .05$ ) incluyó como variables predictoras un estilo permisivo de la mamá ( $\beta = -.196$ ) y la insatisfacción corporal ( $\beta = .213$ ) y el estilo parental autoritario de la mamá ( $\beta = -.180$ ) mismas que explican el 12.5% de la varianza; la insatisfacción corporal a su vez se ve afectada por el autoconcepto ( $\beta = -.519$ ) y la autoestima ( $\beta = -.276$ ), mismas que explican el 43.4% de la varianza ( $F_{(7, 360)} = 41.86, p < .05$ ). (Ver modelo 3)

### Modelo 3



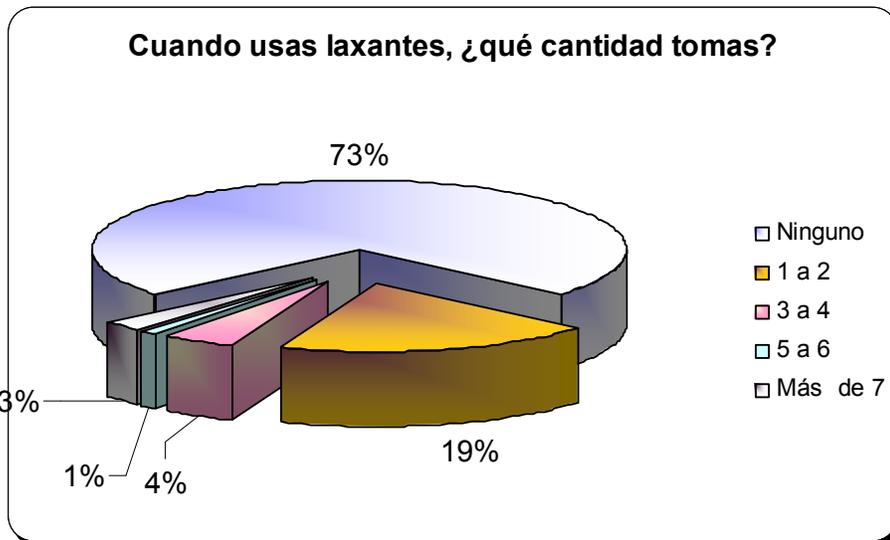
### 10.13 Conducta de uso/ abuso de laxantes.

Los resultados de la conducta de uso /abuso de laxantes son los siguientes, se empezara describiendo la variable en cuestión se muestra graficas y se finalizará con su causalidad, en esta ocasión no se mostrará el modelo explicativo debido a que no tiene suficiente nivel explicativo.



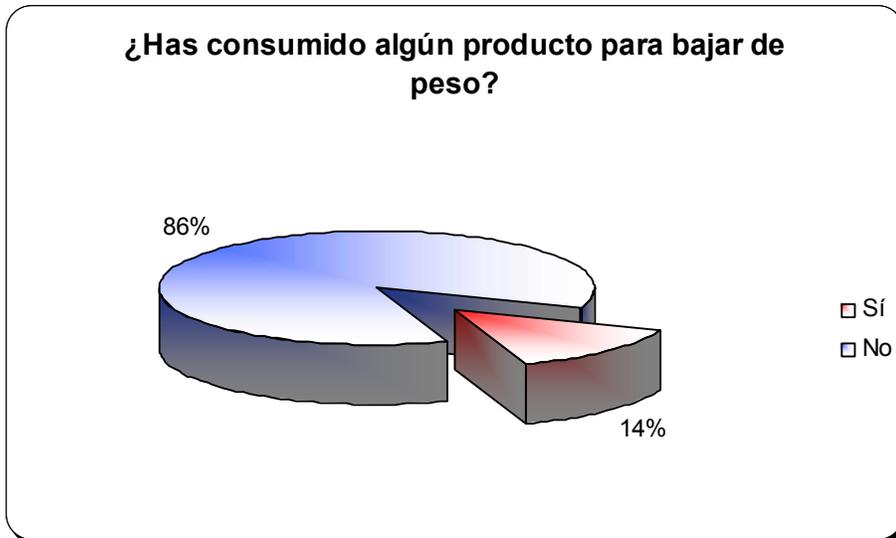
**Gráfica 4**

En la grafica 4 se puede observar que la mayoría de las adolescentes encuestadas reportan nunca haber consumido algún laxante, un 8% reporta hacerlo una vez cada 15 días, mientras que un 6% lo hace varias veces a la semana, un 4% lo hace diario y por último lo hace varias veces a la semana.



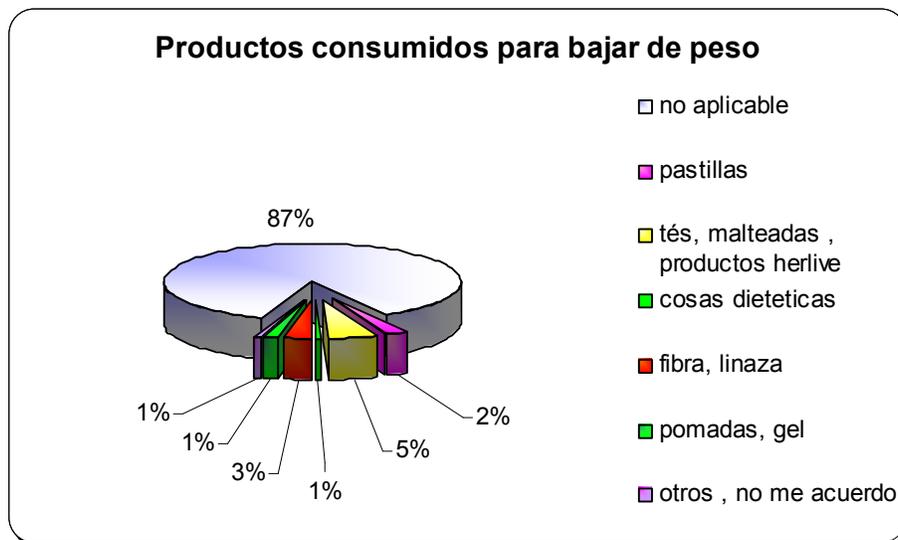
**Gráfica 4.1**

En la gráfica 4.1 se muestra la cantidad de laxantes que toman las adolescentes, la mayoría menciona nunca hacerlo, un 19% toma de 1 a 2 laxantes, un 4% ingiere de 3 a 4 laxantes, un 1% consume de 5 a 6 laxantes por último 3% mas de 7 laxantes.



Gráfica 4.2

En la gráfica 4.2 se observa que la mayoría de las adolescentes encuestadas no consumen productos para bajar de peso, y un 14% si lo hace.



Gráfica 4.3

En la gráfica 4.3 se muestra los productos para bajar de peso que consumen las adolescentes encuestadas, un 2% consume pastillas, un 5% ingiere tes, malteadas, producto herlive, 1% toma cosas dietéticas, un 3% consume fibra, linaza, un 1% utiliza pomadas y gel, por último un 1% reporta utilizar otros o no recordar el producto

## Coefficients

tabla no 13

	Standardized Coefficients		F			Importance	Tolerance		
	Beta	Std. Error	Zero-Order	Partial	Part		After Transformation	Before Transformation	
INSACT insatisfacción corporal total	5.735E-02	.076	.569	.183	.040	.039	.143	.462	.462
AUTOEST autoestima total	5.389E-02	.072	.555	.182	.040	.039	.134	.511	.511
AUTOVMA estilo parental autoritativo mama	-3.110E-02	.079	.155	-.123	-.021	-.020	.052	.427	.427
AUTORMA estilo parental autoritativo mama	2.817E-02	.084	.112	.144	.018	.017	.056	.376	.376
PERMIMA estilo parental permisivo mama	3.697E-02	.066	.309	.030	.030	.029	.015	.604	.604
NOATRPA normas estilo autoritativo papa	.121	.083	2.140	.167	.078	.076	.277	.389	.389
AUTOVPA estilo autoritativo papa	3.886E-03	.074	2.765E-03	-.084	.003	.003	-.004	.489	.489
NOATVPA normas estilo autoritativo papa	.121	.067	3.278	-.013	.097	.094	-.022	.601	.601
PERMIPA estilo permisivo papa	-3.090E-02	.068	.204	.007	-.024	-.023	-.003	.571	.571
AUTORPA estilo autoritativo papa	-8.373E-02	.056	2.249	-.062	-.080	-.077	.071	.856	.856
AUTOCTO autoconcepto total	-.103	.074	1.919	-.202	-.074	-.072	.284	.484	.484

Para la conducta de uso/abuso de laxantes no fue posible obtener un modelo que se ajustara a los datos, la tabla 13 muestra los datos.

## 11 Discusiones y conclusiones

A continuación se presentan las discusiones y conclusiones correspondientes a los resultados mostrados en el mismo orden que en la sección anterior, para esta sección es primordial recordar el objetivo de esta investigación: conocer si el estilo parental, el autoconcepto negativo, la autoestima negativa, la insatisfacción corporal de las jóvenes adolescentes influyen sobre sus conductas alimentarias de riesgo.

Cada una de las variables mencionadas en el objetivo fueron trabajadas de manera ardua y con el mayor detalle posible.

### **11.1 Escala de estilos parentales para Mamá**

La escala para los estilos parentales en un principio constituida de 59 reactivos con 4 opciones de respuesta "Nunca, Pocas veces, Muchas veces, Siempre", en esta escala se esperaban 4 factores los cuales pertenecían a los cuatro estilos parentales el autoritario, autoritativo (democrático), permisivo y el negligente, el análisis factorial con rotación varimax indicó la existencia de 12 factores los cuales explican el 57.2% de la varianza total. Solo se tomaron 3 los cuales tiene una alfa por encima de .65, estos factores miden tres estilos parentales: el estilo permisivo, autoritario y el autoritativo, con ellos nos explicamos el 37.4% de la varianza total.

El primer factor corresponde al estilo autoritativo (democrático) el cual posee 21 reactivos y una alfa de .951; el segundo factor corresponde al estilo autoritario consta de 13 reactivos y posee una alfa de .899; el tercer factor pertenece al estilo permisivo, este tiene 6 reactivos y una alfa de .670.

### **11.2 Escala de estilo parentales para Papá**

La escala para los etilos parentales en un principio constituida de 59 reactivos con 4 opciones de respuesta "Nunca, Pocas veces, Muchas veces, Siempre", en esta escala se esperaban 4 factores los cuales pertenecían a los cuatro estilos parentales el autoritario, autoritativo (democrático), permisivo y el negligente, el análisis factorial con rotación varimax que se realizó indicó la existencia de 14 factores los cuales explican el 58.9% de la varianza total. De los cuales solo se tomaron 5 los cuales tienen una alfa por encima de .65 estos factores miden tres estilos parentales: el estilo permisivo, autoritario y el autoritativo así como normas de algunos estilos y percepción de rechazo, con ellos nos explicamos el 39.9% de la varianza total.

El primer factor mide el estilo autoritativo (democrático), este tiene 7 reactivos y una alfa de .953, el segundo factor fue nombrado Normas del estilo autoritativo, el cual posee 5 reactivos y una alfa de .939, el tercer factor pertenece al estilo autoritario tiene 3 reactivos y una alfa de .838, el cuarto factor recibió el nombre de percepción de rechazo, esta constituido por 10 reactivos y alcanzó una alfa de .935, El quinto factor concierne a estilo permisivo formado de 5 reactivos y obtuvo una alfa de .885.

### **11.3 Escala de autoconcepto**

La escala de autoconcepto estaba conformada por 53 ítems intercalados tanto positivos como negativos con cuatro opciones de respuesta "Totalmente cierto, cierto, falso, totalmente falso" 13 ítems pertenecen a como me ven mis compañeros, 12 ítems de apariencia física, 10 ítems de autoestima, 8 de autoconcepto académico, 5 ítems autoconcepto ideal, 4 ítems de habilidades deportivas, con lo cual se esperaban 6 factores, el análisis factorial con rotación varimax que se realizó indicó la existencia de un solo factor el cual explica el 58.9% de la varianza total y una alfa por encima de .65.

Factor que corresponde al autoconcepto esta constituido por 23 reactivos y posee una alfa de .862.

### **11.4 Escala de autoestima**

La escala de autoestima fue un diferencial semántico con 4 espacios, incluyendo 6 ítems con tres pares de adjetivos cada uno, en esta escala solo se esperaba un factor este se obtuvo mediante un análisis factorial con rotación varimax, el cual confirmo la existencia de un solo factor el cual explica el 48.9% de la varianza total.

El factor autoestima consta de 6 reactivos y una alfa de .707

### **11.5 Escala de insatisfacción corporal**

La escala de insatisfacción corporal fue un diferencial semántico con 4 espacios un ítem con 8 pares de adjetivos, en esta escala al igual que en la de autoestima se esperaba un solo factor el cual se consiguió con un análisis factorial con rotación varimax, el cual confirmo la existencia de un solo factor el cual explica el 10.5% de la varianza total este factor cuenta con una alfa de .939

### **11.6 Conducta de Dieta**

Se realizó una regresión con escalamiento óptimo para conocer los factores que influyen directamente en la conducta dietaria (variable dependiente), introduciendo como variables independientes los cuatro estilos parentales, autoestima, autoconcepto e insatisfacción corporal, El análisis arrojó un modelo que se ajustó adecuadamente

( $F_{(11, 355)} = 5.562$ ,  $p < .05$ ) y que explica el 15.1% de la varianza; las variables independientes incluidas fueron la insatisfacción corporal ( $\beta = .297$ ), el estilo autoritario de la mamá ( $\beta = .190$ ), el autoconcepto ( $\beta = .143$ ) y el estilo permisivo de la mamá ( $\beta = -.114$ ). Posteriormente, en un análisis de regresión lineal para buscar las variables que intervienen el autoconcepto teniendo como variables independientes, autoestima y estilos parentales, se obtuvo un modelo ( $F_{(7, 363)} = 27.190$ ) que incluyó la autoestima ( $\beta = .379$ ) y el estilo autoritativo de mamá ( $\beta = .358$ ) como predictoras, explicando el 33.7% de la varianza

Como se había contemplado desde un principio de la investigación se realizó un modelo para cada conducta alimentaria de riesgo, el primer modelo que se analizó fue el de la conducta de hacer dieta.

Con ello fue posible notar que solo algunas de las variables tomadas en cuenta desde el principio influyeron directamente en la variable a explicar, el autoconcepto, la autoestima, la insatisfacción corporal y los estilos parentales no están directamente causando que las adolescentes realicen dietas, de igual modo resulta interesante notar que el padre no tiene ninguna influencia sobre esta conducta

Algunas investigaciones realizadas por experto en el tema de trastornos de conducta alimentaria (Chinchilla 1995, 2003), (Gómez, 2001) entre otros mencionan que la madre es una de las principales sino es que la principal influencia para las adolescentes en lo que respecta a las conductas no solo alimentarias, sino también de otras tantas de riesgo, esto mismo se comprobó en esta investigación.

Es importante mencionara que la manera en que fue medida la conducta dietaria fue apropiada puesto que se logro detectar contradicciones en las respuestas de las adolescentes

### **11.7 Conducta de ayuno**

Al ejecutar otra regresión con escalamiento óptimo para conocer los factores que influyen directamente sobre la conducta de ayuno, teniendo como variables predictoras los estilos parentales, autoestima, autoconcepto e insatisfacción corporal, se obtuvo un modelo que se ajusta en forma adecuada ( $F_{(11, 358)} = 5.521$ ,  $p < .05$ ) y en el cual sólo se incluyó a la variable insatisfacción corporal ( $\beta = .243$ ), misma que explica el

12.2% de la varianza. Posteriormente, en un análisis de regresión lineal para buscar las variables que intervienen la insatisfacción corporal teniendo como variables independientes autoconcepto, autoestima y estilos parentales, se obtuvo un modelo ( $F_{(10,363)}= 24.735$ ) que incluyó al autoconcepto ( $\beta=-.495$ ), la autoestima ( $\beta=-.273$ ) y el estilo permisivo de mamá ( $\beta=.078$ ) como predictoras, explicando el 44.7% de la varianza

Al igual que la conducta de realización de dieta en la de ayuno fue posible notar que no todas las variables que en un principio se tomaron en cuenta influyeron directamente en la variable a explicar.

De igual manera en que se midió la variable conducta de ayuno fue apropiada puesto que se logro detectar contradicciones en las respuestas de las adolescentes. Así mismo resulta interesante notar que el padre no tiene ninguna influencia sobre esta conducta

### **11.8 Conducta de Vómito**

Por último, se realizó una regresión con escalamiento óptimo para conocer las causas de la conducta de vómito, teniendo como variables independientes autoestima, autoconcepto, insatisfacción corporal y los estilos parentales. El modelo obtenido ( $F_{(11, 356)}= 5.633$ ,  $p<.05$ ) incluyó como variables predictoras un estilo permisivo de la mamá ( $\beta=-.196$ ) y la insatisfacción corporal ( $\beta=.213$ ) y el estilo parental autoritario de la mamá ( $\beta=-.180$ ) mismas que explican el 12.5% de la varianza; la insatisfacción corporal a su vez se ve afectada por el autoconcepto ( $\beta=-.519$ ) y la autoestima( $\beta=-.276$ ), mismas que explican el 43.4% de la varianza ( $F_{(7,360)}=41.86$ ,  $p<.05$ ).

En suma la conducta de provocación de vómito esta causada por la insatisfacción corporal y los estilos parentales: permisivo de mamá, autoritario de mamá.

De igual manera que en las conductas anteriores resulta interesante notar que el padre no tiene ninguna influencia sobre esta conducta.

### **11.9 Conducta uso/ abuso de laxantes**

Con lo que respecta a la conducta de uso/ abuso de laxante cabe mencionar que no se encontró una causalidad debido a que los niveles de significancia no eran suficientes o estadísticamente aceptables.

Considero que es necesario trabajar esta parte de manera más cualitativa.

Al concluir esta investigación resulta gratificante saber que no son los mismos factores que llevan a las jóvenes a realizar una dieta, que provocarse el vómito o saltarse comidas

En esta investigación se probó una serie de hipótesis, algunas se rechazaron, otras no. En suma se puede ultimar:

- ✓ La conducta dietaria esta determinada por una alta insatisfacción corporal, una mamá autoritaria, un autoconcepto negativo.
- ✓ La conducta de ayuno esta determinada por una insatisfacción corporal alta.
- ✓ La conducta de vómito esta determinada por una insatisfacción corporal, una mamá poco autoritativa (democrática) y poco permisiva.
- ✓ Ninguna de las conductas alimentarias se ve influida por el padre.

Los resultados obtenidos muestran que tanto la relaciones familiares como los factores de personalidad explorados tuvieron una influencia importante sobre las conductas alimentarias de riesgo reportadas por las participantes en este estudio; es relevante profundizar sobre las relaciones familiares en futuras investigaciones en este tema.

## 12 Referencias

Aberastury, A. y Knobel, M. (1970). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Barcelona, Paidós.

Aguilar, R. M (2001) Concepto de sí mismo, familia y escuela, Madrid. Dakinson S.L.

Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. Barcelona, Marcambo.

Andrade, P. P (1998) El Ambiente familiar del adolescente. Tesis no publicada en Psicología Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Development, 37,887-907.

Baumrind, D. (1980). New directions in socializations research. American Psychologist , 35 No.7, 639-652.

Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis's reinterpretation of parental firm control effects: are authoritative Families really harmonious?.. Psychological Bulletin, 94,132-142.

Bersabé, R., Fuentes M.J. y Métrico E. (2006) Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. Recuperado en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=496> el día 29 Marzo 2006

Cadena, V. L (2002). Detección de los factores de riesgo de la conducta alimentaria asociados con el afrontamiento al estrés en una población de adolescentes. Tesis no publicada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Chinchilla M. A (1995) Anorexia y bulimia nerviosa, Madrid, Ergón.

Chinchilla M. A (2003) Anorexia y bulimia nerviosa: revisión histórica En: Chinchilla M. A Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones, Barcelona, Masson Cáp. 1 Pp. 1-14.

Chinchilla M. A (2003) Anorexia y bulimia nerviosa: sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso En: Chinchilla M. A Trastornos

de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones, Barcelona, Masson. Cáp. 5 B Pp. 107-128.

Colegio de Michoacán (2004) XXVI Coloquio de Antropología e Historia Regionales Herencias tangibles e intangibles en escenarios cambiantes "Familia y Tradición". Recuperado en <http://linux.colmich.edu.mx/coloquio/XXVI/01imagen.htm> el día 11 mayo 05.

Coleman, J. C. (1985). Psicología de la adolescencia, Madrid, Morata.

Craig, G. J. (1994). Desarrollo Psicológico. México, Prentice Hall.

Darling, N. y Stenberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. Psychological Bulletin Vol. 113, No. 3484-496

Deutsh, M. y Karuss, R., (1984) Teorías en Psicología Social. México, Paidós

Di Génova A. E (s/a) Comunicación. Definiciones y Teorías, Recuperado en <http://www.redrpp.com.ar/modules.php?name=News&file=article&sid=17>, el día 24 de noviembre 2005

Flores C. G. (1988) La alteración de la comunicación familiar. Tesis no publicada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gracia, F. E y Musitu, O. G (2000) Psicología social de la familia, Barcelona, Temas Selectos Paidós.

Garcia R. (2003) Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria En: Chinchilla M. A Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones, Barcelona, Masson Cáp. 3 Pp 21-30.

Grinder, R.E. (1999). Adolescencia. México: Limusa

Gómez-Pérez-Mitre, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología Social en el Campo de la Salud. En Calleja N. G. y Gómez-Pérez-Mitre, G, Psicología Social: investigación y aplicaciones en México, México, Fondo de cultura económica. Cáp. IX Pp. 267-315.

González, A. I.(1996). Socialización del adolescente. En: Aguirre, B. A (1996). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega.

Gough, K. (1974) Los nayar y la definición del matrimonio. En Llobera, J.R.(comp.) Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Barcelona, Anagrama, Pp 74-154

Guido, G. P (2005) adolescencia media y consumo de alcohol y tabaco, una explicación a través de la construcción de un modelo articulador entre autoconcepto y la teoría de conducta planeada Tesis no publicada en Psicología social. Universidad Autónoma Metropolitana–Iztapalapa.

Herrera, A. A (2005).La Familia Unidad de Análisis, Recuperado en <http://www.geocities.com/hiponiqueo/Family.html>, el día 4 de mayo 2005.

Kaplan, L. J (1986). Adolescencia: el adiós a la infancia. Barcelona: Paidós.

Kurdek, L. A., y Fine, M. A (1994). Family acceptance and family control as predictors of adjustment in young adolescents: linear, curvilinear, o interactive effects?. Child Development, 65,1137- 1146

Lamborn S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., Dornbushm S., M., (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative authoritarian, indulgent, and neglectful families, Child Development, 62, 1049-1065.

Leñero, O. L (1983) El fenómeno Familia en México. México Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

Maccoby, E. E &Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (E,d), P.H. Musen (Series Ed.). Handbook of child psychology: Vol. 4 (p.p. 1-101)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona, Masson

Mead, G. H. (1934) Espíritu, persona y sociedad, Barcelona. Buenos aires, Paidós

- Mruk, C. (1998) Auto-estima investigación, teoría y práctica, Desclée de Brouwer.
- Mussen, P., Conger y Kagan. (1974). Desarrollo de la personalidad en el niño. México, Trillas.
- Oñate, M. P. (1989). El autoconcepto: Formación, medida e implicaciones en la personalidad, Madrid. Narcea.
- Palacios, D. J. (2005) Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes. Tesis no publicada en Psicología Social. Universidad Nacional Autónoma de México
- Polivy, J & Herman, C.P (2002) Causes of Eating Disorders. Annu. Rev. Psychol, 53, 187-213.
- Powell, M. (1975). Psicología de la adolescencia. México, Fondo de cultura económica
- Purkey, W. W. (1970) Self-concept and school achievement. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- Raich, R. M. (2000) Imagen Corporal conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Pirámide
- Rojas, E. (2001) ¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima. Madrid. Ediciones temas de hoy.
- Satir, V. (1991). Nuevas Relaciones Humanas En El Núcleo Familiar, México. Pax México.
- Stenbrerg, L. & Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. The journal of Contemporary Human Services. 282-290.
- Toro, J. (1997) El cuerpo como delito anorexia, bulimia, cultura y sociedad, Barcelona. Ariel.
- Vallejo C. A. y López. U. F. (2004) Estilos parentales y bienestar psicológico durante la niñez Revista de Educación y Desarrollo, 2. Abril-junio.

Vargas, G. A. (2002). El papel de la familia en el desarrollo de las relaciones personales en niños y niñas. Tesis de licenciatura, México: Facultad de Psicología. UNAM.



### 13. Anexo

#### Encuesta sobre relación familiar, ambiente escolar y hábitos alimenticios

Actualmente sabemos que el mundo esta cambiando rápidamente, debido a eso los jóvenes tienen inquietudes sobre lo que pasa a su alrededor, por ello nos interesa tu opinión sobre algunos aspectos de tu relación familiar, ambiente escolar y hábitos alimenticios.

Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas. Recuerda que tus respuestas son confidenciales.

**Instrucciones:** En la escala que se te presenta en esta página, marca con una **X** la opción que más se acerque a tu opinión.

**Contesta usando la siguiente clave:**

- 1= Nunca**  
**2= Pocas veces**  
**3= Muchas veces**  
**4= Siempre**

	Mamá				Papá			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Te dedica tiempo para ayudarte con tus tareas escolares	1	2	3	X	1	X	3	4

En el ejemplo la persona que contesta eligió el número 4 para mamá que indica que siempre le dedica tiempo para ayudarle con sus tareas escolares. Para papá la persona que contesta eligió el número 2 esto indica que su papá pocas veces dedica tiempo para ayudarle con sus tareas escolares.

En caso de que no vivas con tu mamá puedes referir a la persona que la suple.

	Mamá				Papá			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Antes de castigarte primero averigua qué fue lo que pasó	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Sientes que te quiere controlar demasiado	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Te dice que sí a todo	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Te dice que en casa manda él (ella)	1	2	3	4	1	2	3	4
5. No me dice nada cuando me porto mal	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Antes de castigarte, escucha tus razones	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Te da libertad total para que haga lo que yo quiera	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Te explica lo importante que son las normas para la convivencia	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Te impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Sabes como convencerlo(a) para hacer lo que quieres	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Te explica las razones por las que debes cumplir las normas	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Te exige que cumplas lo que dice, aunque no entiendas por qué	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Te permite hacer lo que tu quieres con tal de evitar problemas	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Te explica muy claro lo que se debe y lo que no se debe de hacer	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Por encima de todo tienes que hacer lo que te dice, pase lo que pase	1	2	3	4	1	2	3	4
16. No le importa lo que tu hagas	1	2	3	4	1	2	3	4
17. Razona y acuerda las normas contigo	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Te exige respeto absoluto a su autoridad	1	2	3	4	1	2	3	4
19. Te explica las consecuencias de no cumplir las normas	1	2	3	4	1	2	3	4
20. Te dice que los padres siempre tiene la razón	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Aunque desobedezca, no te castiga	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Permite que hagas lo que quieras en todo momento	1	2	3	4	1	2	3	4
23. Si alguna vez se equivoca contigo, lo reconoce	1	2	3	4	1	2	3	4
	Mamá				Papá			
	1	2	3	4	1	2	3	4

24. Te trata como si fueras una "bebé"	1	2	3	4	1	2	3	4
25. Con tal de que tu seas feliz, te deja hacer lo que tú quieres	1	2	3	4	1	2	3	4
26. Le disgusta que andes sola en la calle	1	2	3	4	1	2	3	4
27. Te anima a hacer las cosas por ti mismo	1	2	3	4	1	2	3	4
28. Te enoja que siempre esté al pendiente de ti	1	2	3	4	1	2	3	4
29. A medida que te haces mayor, te va dejando más responsabilidades	1	2	3	4	1	2	3	4
30. Sientes que es demasiado duro(a) contigo	1	2	3	4	1	2	3	4
31. Se preocupa si andas sola en la calle	1	2	3	4	1	2	3	4
32. Te acepta tal como eres	1	2	3	4	1	2	3	4
33. Le disgusta tu forma de ser	1	2	3	4	1	2	3	4
34. Si tienes un problema, tienes confianza para contárselo	1	2	3	4	1	2	3	4
35. Se enoja contigo por cualquier cosa	1	2	3	4	1	2	3	4
36. Te dedica su tiempo	1	2	3	4	1	2	3	4
37. Sientes que eres un estorbo para él (ella)	1	2	3	4	1	2	3	4
38. Habla contigo de los temas que son importantes para ti	1	2	3	4	1	2	3	4
39. Le pones nervioso (a), le alteras	1	2	3	4	1	2	3	4
40. Es cariñoso(a) contigo	1	2	3	4	1	2	3	4
41. Habla contigo de lo que hago con tus amigos	1	2	3	4	1	2	3	4
42. Lo que haces le parece mal	1	2	3	4	1	2	3	4
43. Te consuela cuando estas triste	1	2	3	4	1	2	3	4
44. Cuando estas en casa, parece que está enojado(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
45. Está a disgusto cuando tu estas en casa	1	2	3	4	1	2	3	4
46. Sabes que confía en ti	1	2	3	4	1	2	3	4
47. Dedicar tiempo a hablar contigo	1	2	3	4	1	2	3	4
48. Aprovecha cualquier oportunidad para criticarte	1	2	3	4	1	2	3	4
49. Está contento de que tú seas su hija	1	2	3	4	1	2	3	4
50. Crees que le gustaría que tu fuera diferente	1	2	3	4	1	2	3	4
51. Te expresa su afecto con detalles que te gustan	1	2	3	4	1	2	3	4
52. Puedes contar con él (ella) cuando lo necesitas	1	2	3	4	1	2	3	4
53. Te compara con otras personas	1	2	3	4	1	2	3	4
54. Debido a lo que hago mis padres me consideran una persona importante	1	2	3	4	1	2	3	4
55. Él (ella) cree que soy capaz de hacer lo que me proponga	1	2	3	4	1	2	3	4
56. Él (ella) piensa que no sirvo para nada	1	2	3	4	1	2	3	4
57. Por mis acciones él (ella) cree que soy inteligente	1	2	3	4	1	2	3	4
58. Él (ella) cree que soy inmadura	1	2	3	4	1	2	3	4
59. Por lo que he hecho él (ella) cree en mí	1	2	3	4	1	2	3	4

**Instrucciones:** En la escala que se te presenta en la siguiente página, marca con una **X** la opción que más se acerque a tu opinión, de acuerdo con lo que se te muestra en el ejemplo.

En esta sección te preguntaremos un poco sobre ti, presta atención las opciones de respuesta son diferentes

**Ejemplo:** *Por las tardes veo televisión*

En el ejemplo la persona que contesta eligió el número 3, que indica que es cierto que por las tardes televisión, en el caso de que hubiera marcado el número 2 indicaría que es falso.

<b>TC</b>	<del><b>C</b></del>	<b>F</b>	<b>TF</b>
Totalmente cierto	<del>Cierto</del>	Falso	Totalmente falso
<b>4</b>	<del><b>3</b></del>	<b>2</b>	<b>1</b>

	<b>TC</b>	<b>C</b>	<b>F</b>	<b>TF</b>
1. Estoy orgullosa de mí	4	3	2	1
2. Me siento inconforme con mi cuerpo	4	3	2	1
3. Tengo una sonrisa agradable	4	3	2	1
4. Soy buena en los deportes porque mi cuerpo es fuerte	4	3	2	1
5. Para mis amigos(as) soy aburrida	4	3	2	1
6. Soy una mal estudiante	4	3	2	1
7. Mis compañeras(os) me estiman por ser como soy	4	3	2	1
8. Estoy feliz de ser como soy	4	3	2	1
9. Soy atractiva para las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
10. Me gustaría tener un cuerpo mejor que el que tengo	4	3	2	1
11. Soy hábil para entender con facilidad lo que dicen los maestro en las clases	4	3	2	1
12. Soy popular con los chavas(os) de mi edad	4	3	2	1
13. Mis amigos(as) me consideran el (la) líder del grupo	4	3	2	1
14. Me siento inconforme con mi cuerpo	4	3	2	1
15. Soy aceptada entre mis compañeros(as)	4	3	2	1
16. Mis amigos me ven como una persona inteligente	4	3	2	1
17. Me gustaría ser delgada	4	3	2	1
18. Soy una persona valiosa	4	3	2	1
19. Tengo un buen cuerpo	4	3	2	1
20. Mis compañeros(as) me estiman por ser como soy	4	3	2	1
21. Sé cómo demostrarme a mi misma(o) que me quiero	4	3	2	1
22. Estoy gorda	4	3	2	1
23. Me gustaría ser mejor estudiante	4	3	2	1
24. Soy una persona agradable para mis amigos(as) más cercanos(as) de la escuela	4	3	2	1
25. Aprendo rápidamente los temas de la mayoría de las materias de la escuela	4	3	2	1
26. Prefiero ser modesta cuando hablo de mí mismo	4	3	2	1
27. Me desagrada como me veo	4	3	2	1
28. Me gustaría ser popular	4	3	2	1
29. Razono con rapidez un texto complicado	4	3	2	1
30. Para mis amigos(as) soy simpática	4	3	2	1
31. Soy una persona poco saludable	4	3	2	1
32. Tengo un bonito rostro	4	3	2	1
33. Les desagrado a la mayoría de mis compañeras(os)	4	3	2	1
34. Tengo aptitudes para saltar	4	3	2	1
35. Obtengo malas calificaciones en la mayoría de las materias de la escuela	4	3	2	1
36. Soy mala para la mayoría de las actividades deportivas	4	3	2	1
37. Merezco ser querida por los demás	4	3	2	1
38. Soy una persona poco atractiva	4	3	2	1
39. Tengo un olor desagradable	4	3	2	1
40. Me gustaría tener más habilidades	4	3	2	1
41. Mis compañeras(os) siempre se aprovechan de mí	4	3	2	1
42. Soy un mal lector	4	3	2	1
43. Me gustaría más agradable para las demás personas	4	3	2	1
44. Me gusta la forma como me veo	4	3	2	1

45. Mis compañeros(as) me buscan porque "jalo" con ellos(as)	4	3	2	1
46. Me gustaría ser otra persona	4	3	2	1
47. Una de las cosas que más me agrada de mí es que me gusta la lectura	4	3	2	1
48. Mis compañeros(as) me consideran una tonta	4	3	2	1
49. Me gusta como soy	4	3	2	1
50. Mi apariencia le desagrada a la mayoría de las persona	4	3	2	1
51. Tengo un tono de voz agradable	4	3	2	1
52. No sirvo para la escuela	4	3	2	1
53. Hay cosas que me gustaría cambiar de mí	4	3	2	1

Todas las personas tenemos hábitos alimenticios, los cuales no necesariamente son iguales, algunas personas comen en casa, otras en la calle, algunos comen golosinas otras no.

Muchas personas en alguna ocasión nos hemos puesto a dieta para bajar de peso, nos interesa saber sobre ti.

En esta sección nos interesa conocer los hábitos alimenticios de jóvenes como tú.

Marca con una **X** la respuesta que más se acerque a lo que tú piensas

<p>1.- ¿Qué tan seguido te pones a dieta para bajar de peso, sin consultar al médico?</p> <p>(1) Siempre estas a dieta  (2) Una vez al mes  (3) Varias veces al mes  (4) Una vez cada 6 meses  (5) Nunca</p>	<p>2.- Cuando estás a dieta, acostumbras....</p> <p>(1) Reducir tus alimentos  (2) Balancear tus alimentos  (3) Aumentar tus alimentos</p>
<p>3.- Cuando estás a dieta, ¿qué comes?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

En algunas ocasiones debido a nuestras actividades no realizamos alguna comida, eso no significa que sea malo.

Elige y marca con una **X** la respuesta que consideras más adecuada

<p>4.- ¿Qué tan seguido te saltas comidas?</p> <p>(1) Diario  (2) Una vez a la semana  (3) Varias veces a la semana  (4) Una vez cada 15 días  (5) Nunca</p>	<p>5.- ¿Qué tan frecuentemente te saltas el desayuno?</p> <p>(1) Diario  (2) Una vez a la semana  (3) Varias veces a la semana  (4) Una vez cada 15 días  (5) Nunca</p>
--	---

6.- ¿Qué tan frecuente te saltas la comida?

- (1) Diario
- (2) Una vez a la semana
- (3) Varias veces a la semana
- (4) Una vez cada 15 días
- (5) Nunca

7.- ¿Qué tan frecuentemente te saltas la cena?

- (1) Diario
- (2) Una vez a la semana
- (3) Varias veces a la semana
- (4) Una vez cada 15 días
- (5) Nunca

Los laxantes son algunas sustancias que se toman para aceleran la digestión, pueden ser: té, fibra, pastillas, jugos, etc. Esto no significa que sea malo  
Elige y marca con una **X** la respuesta que consideras más adecuada

8.- ¿Qué tan seguido tomas laxantes?

- (1) Diario
- (2) Una vez a la semana
- (3) Varias veces a la semana
- (4) Una vez cada 15 días
- (5) Nunca

9.- Cuando usas laxantes, ¿qué cantidad tomas?

- (1) Ninguno
- (2) 1 a 2
- (3) 3 a 4
- (4) 5 a 6
- (5) Más de 7

10.- ¿Has consumido algún producto para bajar de peso? Sí (1) No (2)

¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuando se ha comido demasiado se tiene una sensación de incomodidad y también nauseas o dolor estomacal, en ocasiones esto puede provoca vómito.

Elige y marca con una **X** la respuesta que consideras más adecuada

11.-Cuando sientes que comiste demasiado ¿te has provocado el vómito?

- (1) Diario
- (2) Una vez a la semana
- (3) Varias veces a la semana
- (4) Una vez cada 15 días
- (5) Nunca

12.-Cuando vomitas lo haces

- (1) En el desayuno
- (2) En la comida
- (3) En la cena
- (4) Todas la comidas
- (5) Entre comidas

Marca en cada renglón con una **X** la opción (número) que más se acerque a lo que tú sientes

(1) Al verme en el espejo siento

Agrado	1	2	3	4	Desagrado
Alegría	1	2	3	4	Tristeza
Tranquila	1	2	3	4	Intranquila

(2) Al ver mis piernas siento

Satisfacción	1	2	3	4	Insatisfacción
Desagrado	4	3	2	1	Agrado
Enojo	4	3	2	1	Serenidad

(3) La forma de mi cuerpo es

Fea	4	3	2	1	Bonita
Gruesa	4	3	2	1	Delgada
Fuerte	4	3	2	1	Débil

(4) Cuando veo mi abdomen me siento

Desdichada	4	3	2	1	Dichosa
Alegre	1	2	3	4	Triste
Animada	1	2	3	4	Desanimada

(5) Cuando veo mis caderas siento

Agrado	1	2	3	4	Desagrado
Enojo	4	3	2	1	Serenidad
Satisfacción	1	2	3	4	Insatisfacción

(6) Cuando veo mi cintura siento que es

Delgada	1	2	3	4	Ancha
---------	---	---	---	---	-------

Fea	4	3	2	1	Bonita
-----	---	---	---	---	--------

Grande	1	2	3	4	Pequeña
--------	---	---	---	---	---------

(7) La mayor parte del tiempo me siento

1	Inteligente	1	2	3	4	Tonta
2	Feliz	1	2	3	4	Infeliz
3	Impopular	4	3	2	1	Popular
4	Aceptada	1	2	3	4	Rechazada
5	Fea	4	3	2	1	Bonita
6	Exitosa	1	2	3	4	Fracasada
7	Floja	4	3	2	1	Trabajadora
8	Satisfecha	1	2	3	4	Insatisfecha

### Datos generales

Nombre:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grado y Grupo: \_\_\_\_\_

**¡¡Muchas gracias por tu participación!!**

## **1 Proyecto de intervención.**

### ***“Percibirse y sentirse mejor”***

## **2 Introducción**

Como es bien sabido uno de los sectores de la población que es más propenso a llevar a cabo conductas de riesgos son los adolescentes, debido a la búsqueda de sensaciones nuevas, la búsqueda de la aceptación por parte de las personas que los rodean, llevan a los jóvenes a realizar estas conductas, es importante trabajar con ellos y tratar de disminuir el porcentaje de los jóvenes que las realizan.

A consecuencia de la investigación que se realizó se elaboró una intervención a manera de taller, el cual llevo el nombre de ***“Percibirse y sentirse mejor”*** este taller está enfocado a ayudar a las jóvenes adolescentes que están en propensas a realizar una conducta alimentaria de riesgo.

## **3 Objetivo**

Fortalecer el autoconcepto positivo, la autoestima y la aceptación en las jóvenes adolescentes

Tal objetivo se pretende lograr a través de esta propuesta de intervención, misma que contempla un taller (2 sesiones de 2 horas aproximadamente), se trabajó con 5 grupos en total, 2 de la escuela secundaria de diurna y 3 de la secundaria técnica dando un total de 20 horas

Cada grupo estuvo integrado por 16 mujeres adolescentes

## **4 Justificación**

Los resultados obtenidos en la investigación “Estilos Parentales, Personalidad e Insatisfacción Corporal como Determinantes de las Conductas Alimentarias de Riesgo en Mujeres Adolescentes” muestran que tanto las relaciones familiares como los factores de personalidad (Autoconcepto, Autoestima e Insatisfacción corporal) tuvieron una influencia importante sobre las conductas alimentarias de riesgo reportadas por las participantes en este estudio. Debido a ello se diseñó el proyecto de intervención ***“Percibirse y sentirse mejor”*** con el cual se pretendió mejorar y fortalecer el autoconcepto, la autoestima y disminuir la insatisfacción corporal, todo ello con la finalidad de evitar que las adolescentes realicen conductas alimentarias de riesgo.

## 5 Variables

**Autoconcepto.** Son las diferentes características que creen que son y/o poseen las mujeres adolescentes de secundaria respecto a diferentes ámbitos como: apariencia física, habilidades académicas, habilidades deportivas, relaciones con amigos/as.

**Autoestima.** Es la forma en que valoran y se sienten las mujeres adolescentes la mayor parte del tiempo.

**Imagen Corporal** percepciones y sentimientos que tiene las mujeres adolescentes de secundaria de todo el cuerpo y cada una de sus partes.

## 6 Procedimiento

La ejecución de este taller se realizó a través del empleo de diferentes “Ejercicios estructurales en grupo”, enfocados y organizados en dirección a los objetivos del taller, cada sesión tuvo sus objetivos.

Las sesiones por lo general se llevaron a cabo en el transcurso de la mañana y otras en el transcurso de la tarde. Entre las 7 horas y las 16 horas.

Cada sesión fue realizada conforme lo señalaba la carta descriptiva Véase en el anexo 2.

Fue posible notar la aceptación de las adolescentes al taller, en su mayoría participaban con gusto en cada actividad que se les proponía, las jovencitas de terceros grados fueron un poco renuentes en un principio pero conforme pasaban las actividades se integraron.

Cada grupo era muy diferente en lo que se refiere su forma de trabajar, por ejemplo a las chicas de los primeros años les fue difícil participar, en cambio las de según fueron muy extrovertidas y disfrutaron más la sesión, las chicas de tercero en un principio se les dificultó realizar los ejercicios estructurados pero al finalizar disfrutaba la sesión.

## 7 Evaluativos

Al finalizar cada sesión se le pedía a la participante que escribieran un comentario acerca de la sesión aquí se muestran algunos comentarios:

“Me gusto mucho estar en esta clase, pues nos relajamos mucho”

“Estas clases fueron divertidas porque aprendimos a compartir”

“yo pienso que este taller está muy padre y que deberías seguir con el y gracias, ya que he aprendido muchas cosas”

## Cartas descriptivas

### Taller “*Percibirse y sentirse mejor*”





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – IZTAPALAPA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

**TALLER: PERCIBIRSE Y SENTIRSE MEJOR**

**SESIÓN: 1**

**ELABORÓ: Sánchez Gallegos Lizethe**

**OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES IDENTIFICARAN LOS SENTIMIENTOS Y VIRTUDES QUE POSEEN**

OBJETIVOS	TÉCNICA	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
<p>1. Las adolescentes identificarán a la facilitadora del taller</p> <p>2. Los integrantes del grupo conocerán los objetivos que persigue el taller</p> <p>a) Facilitar que las participantes reconozcan sus características, habilidades y peculiaridades positivas.</p> <p>b) Las adolescentes reconocerán que son importantes y valiosas para algunas personas que las rodean y es posible ser aceptadas y queridas por los demás</p>	<p><b>PRESENTACIÓN Y CREACIÓN DE GAFETES</b></p>	<p>a) La facilitadora del taller se presentará al grupo</p> <p>Se dará una breve explicación sobre los objetivos del taller, posteriormente se les repartirá a las asistentes una ficha bibliográfica y se pedirá que escriban su nombre o como les gusta que les digan para así empezar a conocerlos</p>	<p>*Ficha bibliográfica por integrante</p> <p>*Plumones, crayolas</p> <p>*Seguros</p>	<p>20 minutos</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Romper el hielo</li> <li>2. Conocer los sentimientos que tienen las adolescentes</li> </ol>	<b>TELARAÑA</b>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que hagan un círculo y se sienten en el piso, posteriormente la facilitadora lanzará la madeja de estambre quedándose con la punta.</p> <p>A la persona a quien le haya tocado sacará un papelito, el cual tiene alguna pregunta sobre apodos o sobrenombres de cariño tendrá que decir como se siente con respecto a ese sobrenombre. Las demás tendrán que poner atención ya que después se les preguntará que contesto su compañera.</p> <p>Cuando haya contestado la pregunta, lanzará la madeja a otra compañera, y así sucesivamente</p>	<p>**Madeja de estambre</p> <p>**Una caja o bolsa de plástico</p> <p>**Papelitos con diversas preguntas</p>	30 minutos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las adolescentes pondrán su atención en virtudes que poseen</li> </ol>	<b>EL SIETE DE LA VIRTUD</b>	<p>Se les pedirá a las participantes que formen un círculo y se sienten, se les proporcionará una hoja, lápiz o pluma. Se les dará la indicación que hagan una lista de 5 personas con las cuales conviven más y les agrada estar, a un lado del nombre escribirán dos virtudes o cosas positivas que esa persona diría de ellas. Posteriormente se les pedirá que hagan una lista con el mayor número posible de virtudes que poseen ellas mismas y otra con las virtudes que les gustaría poseer, al finalizar las listas se les pedirá que recuerden las virtudes, finalmente se les pedirá que se pongan de pie</p>	<p>* Hojas blancas</p> <p>*Plumas</p>	30 minutos

		<p>y se les explicará el juego .</p> <p>La primera participante empezara diciendo “1”, la segunda “2”, la tercera “3”, etc., hasta el momento en que una participante tiene que decir una “virtud” en lugar del “7”, y el juego prosigue. Cada vez que una participante llega a un número “7”, o es múltiplo de “7”, debe substituirlos por “una virtud”. Cuando una participante se equivoca pierde un punto.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resumir lo visto en la sesión, resaltando la importancia de cada ejercicio.</li> <li>2. Proporcionar un espacio para que las participantes expresen dudas, sugerencias y comentarios sobre la sesión.</li> </ol>	<b>CONCLUSIONES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La facilitadora resumirá lo visto en la sesión a manera de conclusión,</li> <li>2. Se le pedirá a las participantes que exponga sus impresiones de la primera sesión</li> <li>3. Se les repartirá a cada integrante del grupo una papeleta en blanco donde escribirán sus dudas, opiniones y comentarios respecto al tema que NO se hayan atrevido comentar frente al grupo. Se agradecerá la presencia de las participantes y se dará por terminada la sesión</li> </ol>	<p>*Papeletas de comentarios y sugerencias</p> <p>*Urna de comentarios</p>	10 minutos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – IZTAPALAPA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

**TALLER: EL CUERPO Y LA VIDA COTIDIAN**

**SESIÓN: 2**

**ELABORÓ: Sánchez Gallegos Lizethe**

**OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES IDENTIFICARAN LOS SENTIMIENTOS Y VIRTUDES QUE POSEEN**

OBJETIVOS	TÉCNICA	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reseñar lo más importante de la sesión anterior, para reafirmar las actividades consecuentes.</li> <li>2. Responder dudas que hayan quedado de la sesión pasada</li> </ol>	<p><b>Recordando la sesión pasada</b></p>	<p>La facilitadora pide que de manera voluntaria algunas de las participantes haga una remembranza de lo visto la sesión pasada</p> <p>Posteriormente se hacen comentarios al respecto. Se aclaran dudas que hayan quedado o sugerencias de la sesión anterior.</p>	<p>*Papeletas con dudas o comentarios que se hayan dejado en la urna de comentarios</p>	<p>15 minutos</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Fomentar en las participantes un estado de relajación mental y corporal</li> <li>2 Conocer el cuerpo y reconocer las sensaciones obtenidas con diferentes movimientos</li> </ol>	<b>Experiencia estructural de relajación de grupo</b>	<p>La facilitadora pedirá a las participantes que hagan un círculo. Posteriormente se les dirá que hagan una serie de movimientos; el primero de ellos será mover la mano como si se estuvieran sacudiendo, primero una mano y luego la otra, después se les pedirá que hagan un movimiento simulando el lanzamiento de una pelota; a continuación se les pedirá que caminen en la dirección que se quiera como si fueran gacelas muy ligeras; a continuación como si fueran unos elefantes muy pesados; después se les pedirá que elijan seis puntos en el espacio; una vez elegidos tocarán esos puntos, primero despacio, luego más rápido y luego lento nuevamente, las participantes deberán escoger un ritmo y volver a tocar esos puntos.</p> <p>Después se les pedirá que caminen lo más apretado posible simulando una duquesa, después aflojando poco a poco, nuevamente se caminará como duquesa apretando cuello, subiendo hombros, apretando vientre y glúteos se les pedirá que aprieten lo mas que se pueda; esto se realizara tres veces con descansos entre cada serie.</p> <p>Posteriormente se les pedirá que caminen como si no tuvieran control sobre el cuerpo y luego como soldados Se formará un círculo y se les dará la instrucción de que se sacudan como si fueran perritos: primero las piernas luego la manos y el cuerpo completo.</p> <p>A continuación se le pedirá que retengan el aire y hagan una serie de movimientos simulando que están lavando ropa a mano, después el movimiento será a los lados con los puños cerrados y finalmente abriendo y</p>	<b>*Lugar amplio</b>	<b>45 minutos</b>
---	---	---	----------------------	-----------------------

		<p>cerrando los brazos se repetirá esta serie tres veces.</p> <p>Se les pedirá que hagan comentarios de cómo se sintieron con el ejercicio y se invitará a la reflexión de cómo se siente el cuerpo con distintos movimientos y cómo se siente habitualmente.</p>		
<p>1. Las adolescentes pondrán reflexionar sobre la convivencia familiar y sobre los alimentos</p>	<p><b>Sociodrama</b> <b>“comiendo en casa”</b></p>	<p>Se les pedirá a las participantes que formen un círculo y se sienten. Se iniciara la discusión de cómo es un día con la familia, qué se hace cuando están juntos, como son sus reuniones; en suma la convivencia cotidiana, etc.</p> <p>Se les pedirá que formen dos o tres equipos para hacer skeches sobre la comida en la familia; cada participante representará un personaje (mamá papá, hermanas (os)</p> <p>Al finalizar los skeches se les invitara a la reflexión sobre la importancia de convivir con la familia y los beneficios de consumir alimentos saludables</p>	<p>* Salón amplio</p>	<p>40 minutos</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Resumir lo visto en la sesión, resaltando la importancia de cada ejercicio.</li> <li>4. Proporcionar un espacio para que las participantes expresen dudas, sugerencias y comentarios sobre la sesión.</li> </ol>	<b>CONCLUSIONES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La facilitadora resumirá lo visto en la sesión a manera de conclusión.</li> <li>2. Se les pedirá a las participantes que expongan sus impresiones de la primera sesión</li> <li>3. Se les repartirá a cada integrante del grupo una papeleta en blanco donde escribirán sus opiniones y comentarios respecto al tema que NO se hayan atrevido comentar frente al grupo. Se agradecerá la presencia de las participantes y se dará por terminada la sesión y los talleres</li> </ol>	<p>*Papeletas de comentarios y sugerencias *Urna de comentarios</p>	<p>10 minutos</p>
--	---------------------	---	---	-------------------