



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

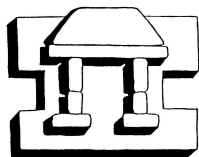
UN ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO
DE LA IMAGEN CORPORAL EN PREADOLESCENTES.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN.
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIBEL TREJO SALAZAR

ASESORA: DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ.
DICTAMINADOR: DR. CARLOS NAVA QUIROZ.
DICTAMINADOR: DRA. OLIVIA TENA GUERRERO.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉX, NOVIEMBRE, 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida y la oportunidad de existir, por tu Compañía silenciosa todos estos años, por estar cerca de mí cuando más te necesito, porque la fe que tengo en ti me da fuerzas para afrontar cualquier dificultad y cualquier reto, por permitir ver realizado este gran sueño a pesar de todas las dificultades encontradas en el camino.

Gracias Señor.

A MIS PADRES

Por cuidarme y protegerme a lo largo de mi vida, por compartir conmigo momentos de preocupación y satisfacción personal y académico, porque con su carácter me hicieron una persona independiente.

Gracias papás

A ROBERTO

Por el apoyo incondicional que me has dado en todo este tiempo, por el gran amor, la comprensión y compañía que me brindas día con día, por darme fuerzas cuando me siento derrotada, por creer en mí, cuidarme y preocuparte por mi superación profesional, porque tu presencia ha sido uno de los motivos más importante para lograr esta meta.

Te amo

A MIS HERMANAS ARELIA, ARACELI Y ROSA

Por ser tan extrovertidas y originales en sus comentarios que en ocasiones me hicieron, y que me ayudaron más de una vez con mi trabajo, por hacerme reír de vez en cuando con sus bromas, y por acompañarme a lo largo de mi vida.

Las quiero

A MIS MAESTROS

Por transmitirme sus conocimientos, por poner su granito de arena en mi formación personal y profesional.

A LA PROFESORA PATRICIA

Por todo su apoyo, por su accesibilidad y paciencia en todas las sugerencias que me hizo con el fin de mejorar mi trabajo, durante todo el tiempo que duró este proceso de titulación.

AL PROFESOR CARLOS

Por ayudarme a poder realizar todo lo relacionado con la parte estadística de este trabajo

A ERNESTINA

Por motivarme a seguir estudiando, porque fue la primera persona que confió en mi y me echó porras cuando le dije que había decidido estudiar una carrera, porque a lo largo de todos estos años siempre ha estado al pendiente de cómo me va, y me pregunta cuáles son mis planes para el futuro, por brindarme su amistad incondicionalmente, por acompañarme en los momentos difíciles y alegrarse de mis triunfos, por ser una persona abierta a la que se le puede platicar cualquier tema y siempre tiene un buen consejo para brindarte.

A SANDRA Y FLOR

Por compartir conmigo, los últimos dos años de nuestra trayectoria universitaria, por esos momentos muy divertidos que pasamos juntas.

A CLAUDIA

Por seguir siendo mi amiga a pesar de la distancia y el tiempo.

INDICE

Resumen	i
Introducción	1
Capítulo. 1 Violencia de genero	
1.1 Perspectiva de género	5
1.2 Definición de violencia de género	13
3 Algunos contextos en los que se puede presentar la violencia de género	
3.1 Familiar	14
3.2 Conyugal	15
3.3 Laboral	20
3.4 Social	25
4. Facilitadores de la violencia de género	
4.1 Educación	28
4.2 Religión	32
4.3 La cultura y los medios de comunicación masiva	35
5. Algunas posibles consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género.	38
Capítulo 2. Preadolescencia	
2.1 Qué es la preadolescencia	42
2.2 Aspectos físicos y biológicos	44
2.3 Aspectos psicológicos	46
Capitulo 3. Trastorno de la imagen corporal	
3.1 Cuerpo perfecto según la cultura	59
3.2 La imagen corporal	63
3.3 Definición del trastorno de la imagen corporal	64
3.4 Posibles efectos psicológicos del trastorno de la imagen corporal en las mujeres y los hombres.	72
Capítulo Planteamiento	
Un estudio sobre la violencia de género y el trastorno de la imagen corporal en preadolescentes	74
Método	76
Capítulo Resultados	83
Capítulo Discusión	100
Capítulo Conclusiones	110
Anexos	114
Referencias Bibliográficas	119

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo, aportar pruebas de la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados por Marcó (2002), así como el estudio de la autoestima corporal en niños y niñas preadolescentes, y de su posible relación con determinadas actitudes alimentarias y con la autoestima en general. Para lograrlo, se utilizó una muestra de 200 participantes, de los cuales un 46% (n = 93) fueron niños y un 54% (n = 107) fueron niñas, con edades comprendidas entre los 9 y 12 años (ME=, DE=). Se realizó un análisis múltiple de la varianza (MANOVA) Edad x Sexo con los totales del LAWSEQ, CHEAT, BES, BIA, e IMC. En función del punto de corte del CHEAT (mayor o igual a 20 puntos) se determinaron dos grupos de sujetos. Se utilizó un análisis de la varianza (ANOVA) para determinar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones medias de las variables estudiadas entre ambos grupos. Se realizó un ANOVA de las puntuaciones medias de los totales de los cuestionarios utilizados entre los participantes con sobrepeso (IMC) y los participantes con normopeso y puntuaciones superiores al punto de corte.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue para el CHEAT = .7344, en el BES = .8333, y en el LAWSEQ = .6420. Los niños presentan puntuaciones significativamente más altas en el total del CHEAT que las niñas. El 29.78% (n = 53) de la muestra tuvo puntuaciones superiores al punto de corte del CHEAT, estos sujetos presentan una menor autoestima general y corporal, así como un Ideal de imagen más delgado y una mayor discrepancia entre su yo Real y su yo Social. Un 5.8% (n = 25) de la muestra tenían sobrepeso. Comparados con los sujetos con normopeso y puntuaciones en el CHEAT superiores a 20, no existen diferencias en la autoestima corporal, pero sí en una menor autoestima general y en que prefieren figuras Ideales y Futuras significativamente más delgadas que las elegidas por el grupo de sobrepeso.

Concluyendo, los instrumentos adaptados cuentan con una aceptable fiabilidad y validez externa y se deben seguir confirmando en posteriores investigaciones. A diferencia de otros estudios se encontró que los niños varones cuidan cada vez más su alimentación, sin embargo, siguen siendo las niñas quienes muestran un mayor deseo de tener un cuerpo delgado, aunque esta tendencia se observa en menor grado también en los niños.

INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo los investigadores han centrado su atención en estudiar los cambios sexuales, físicos, psicológicos y sociales que se presentan en la etapa de la adolescencia. Pero ha sido hasta los últimos años que los resultados de estos estudios han revelando que existe una creciente preocupación desde edades tempranas por cuidar la alimentación, y la imagen corporal.

Sin embargo, considerando que en la actualidad aún son escasos los estudios sobre trastornos de la conducta alimenticia en niños, algunos investigadores ya se han dado a la tarea de estudiar las actitudes alimenticias, así como las conductas que pueden llegar a considerarse problemáticas en la infancia.

Desde la perspectiva de género, se plantea que las niñas y niños tempranamente se identifican con su género, es decir, con las expectativas de su rol sexual. Y desde esta identidad el niño/a estructura su experiencia vital; el género al que pertenece es identificado en todas sus manifestaciones, sentimientos o actitudes de “niña” o de “niño”, lo que incluye expectativas, comportamientos, juegos, etcétera. De acuerdo con algunos autores (Rolls, Fedoroff, Guthrie, 1991; Rosen, 1990; Silverstein y Rodin, 19986; Striegel-Moore, 1993; en Vázquez y cols, 2002), en lo que respecta a las mujeres, la feminidad está marcada por dos características: la mayor orientación interpersonal y la belleza como aspecto central de la feminidad. Este último punto se comprueba en los hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima de la mujeres está estrechamente vinculada con la percepción de su apariencia física. A su vez, sabemos que a partir de los años 60, la delgadez “en especial la femenina”, es considerada como uno de los pilares más importante del estándar de belleza del mundo occidental. Esto permite deducir lo temprano que las mujeres o más bien las niñas pueden desear una imagen delgada apegada al estereotipo social contemporáneo.

En nuestra sociedad, la imagen corporal es importante siempre, pero lo es más en la preadolescencia, ya que es una etapa de importantes cambios en la que los niños /as desean ser aceptados por todos, ya que la imagen corporal se va formando de las vivencias del individuo, pero sobre todo, a partir de las valoraciones procedentes de las personas más significativas de su entorno, como pueden ser sus padres, hermanos, maestros, compañeros y amigos. La imagen corporal se adquiere y se forma a través de un continuo contacto con el mundo que incluye a la familia y los educadores pero también a otros factores como los modelos de los medios de comunicación masiva, por ejemplo. Cuando los preadolescentes, adolescentes y jóvenes manifiestan una preocupación exagerada por la apariencia física, se puede desencadenar un trastorno de la imagen corporal.

Lo anterior queda manifestado en los resultados obtenidos en diversas investigaciones, como lo reporta Gómez, (1995, 1997, 1999) los trastornos de la imagen corporal se presentan cada vez más a una edad muy temprana. La mayoría de las veces este tipo de trastorno está fuertemente inducido por la influencia de los medios de comunicación social, que violentan a las personas orientando sus preferencias hacia una apariencia física estereotipada y les forman una imagen negativa de su propio cuerpo si no se apegan a la imagen de moda.

De acuerdo a lo anterior, se decidió realizar el presente “estudio sobre la violencia de género y el trastorno de la imagen corporal en preadolescentes”, teniendo como objetivo aportar pruebas de la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados por Marcó (2002), así como estudiar la autoestima corporal en niños y niñas preadolescentes y su posible relación con determinadas actitudes alimenticias y con la autoestima en general. Para lograr este objetivo se realizaron los siguientes 7 capítulos que se señalan a continuación:

En el primer capítulo se plantea desde la perspectiva de género el tema de la violencia de género, cómo se define y algunos de los contextos donde se puede presentar ésta, dentro de la familia, la pareja, el ambiente laboral y social. También se hace mención de algunas instituciones que pueden facilitar la violencia de género, como son la educación,

la religión, la cultura y los medios de comunicación masiva, considerando las posibles consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género.

En el segundo capítulo se trata el tema de la preadolescencia, preguntándonos en primer lugar ¿qué es la preadolescencia? Posteriormente se abordan algunos de los principales aspectos físicos, biológicos y psicológicos de esta etapa de desarrollo.

El tercer capítulo está dedicado a los trastornos de la imagen corporal, describiendo cuál es el cuerpo perfecto según la cultura contemporánea, la importancia de la imagen corporal, las diferentes definiciones del trastorno de la imagen corporal, y los posibles efectos psicológicos del trastorno de la imagen corporal en ambos géneros.

En el cuarto capítulo se hace el planteamiento del tema retomando el objetivo del estudio, se plantea el método, se describe la muestra y la recolección de los datos, así como los instrumentos utilizados.

En el quinto capítulo se describen los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos aplicados.

En el sexto capítulo se realiza la discusión de los resultados encontrados, y se contrastan con los hallados por Marcó (2002) y con otros autores

El séptimo capítulo se dedica a las conclusiones a las que se llegaron con el presente estudio.

CAPITULO 1 VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1 *PERSPECTIVA DE GÉNERO*

La incorporación de la perspectiva de género o “generología” como la hace llamar Lamas (1986), se centra en la investigación de lo que es el proceso de formación de los individuos como hombres y como mujeres y de todos los elementos que intervienen en éste; refiere aspectos de identidad, roles, estereotipos, asimetrías y en general a una construcción sociocultural, basando su estudio en factores histórico-culturales y en la forma en la cual se van estableciendo, analizando, aceptando, rechazando o modificando. Asimismo, también ha sido de especial importancia y utilidad para poder comprender y analizar los comportamientos y los problemas que tradicionalmente se han considerado como “típicos” o “inherentes” a las mujeres y los hombres.

A su vez la perspectiva de género se refiere al sistema de normas a partir del cual la sociedad regula, interviene y transforma, las relaciones sexuales, sociales, de poder, económicas y de prestigio, en productos culturales con base en los cuales se ordena la real desigualdad para los sexos y cuya característica esencial es el dominio masculino (Lamas 1997).

A partir de lo anterior, se ha formulado el cuestionamiento de que los comportamientos de mujeres y hombres, más que tener una base biológica e invariable, se deben a una construcción que alude a aspectos culturales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y otros, por medio de los cuales se adquieren y desarrollan ciertas pautas de comportamiento, características y atributos que hacen posible la feminidad y la masculinidad, derivándose los llamados roles de género.

Para comprender mejor lo anterior empecemos por definir género, “como la red de creencias, rasgos de personalidad actitudes, sentimientos, valores y conductas así como actividades que diferencian a las mujeres y a los hombres como producto de un proceso histórico de construcción social” (Benería y Roldan, 1987; en Lamas 1997, p.28). Esto implica la trasmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo

obligado, lo permitido y lo prohibido. La asignación o rotulación de género se hace a partir de una diferencia sexual biológica (genitales externos del recién nacido), pero deriva o se traduce en una serie de inequidades sociales, que implican subordinación de un género, generalmente el femenino, frente al otro masculino.

El género es un concepto que empieza a ser utilizado en la década de los setentas, como una categoría con una acepción específica dentro de las ciencias sociales, sobre todo se desarrolla en aquellos estudios que se centran en el interés de conocer si las características y conductas humanas son aprendidas culturalmente o están ya inscritas genéricamente, esto se logra trabajando en debates especialmente entre hombres y mujeres.

El sistema de género, es el conjunto de roles sociales sexuados y el sistema de pensamiento o de representación que define culturalmente lo masculino y lo femenino para dar forma a las identidades sexuales (Palomar, 1988; citado en Salazar, 1991).

De acuerdo a Bleichmar 1985 (citado en Esquivel, y Trujano 1991) “género” se entiende como la categoría donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales que hacen posible la feminidad / masculinidad, reservando al sexo para componentes biológicos y anatómicos.

Esta diferencia de papeles de género coloca generalmente a las mujeres en una condición de desigualdad en cuanto a oportunidades y derechos fundamentales tales como la educación, el empleo, el salario, la participación política, la manifestación, ejercicio y goce de la sexualidad, etcétera. Esto se traduce en una subordinación de las mujeres por parte de la sociedad.

Debido a que la mujer es la encargada del proceso reproductivo, se ha generalizado que todas aquellas actividades relacionadas con el cuidado de los hijos y labores del hogar, son responsabilidad única de ellas; por lo cual, puede decirse que a partir de ciertas diferencias biológicas (maternidad), se ha tratado de justificar una serie de desigualdades sociales.

Al respecto, Lamas (1986) comenta que la diferencia biológica cualquiera que esta sea, se interpreta culturalmente como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas, como una moral diferenciada para unos y para otros. Es necesario analizar la articulación de lo biológico con lo social, no se trata de negar las diferencias biológicas que hay entre hombres y mujeres. Sino de reconocer que lo que marca la diferencia fundamental entre ellos es el género.

Desde el momento en que se nace, el cuerpo recibe una significación sexual que lo define como referencia normativa inmediata para la construcción en cada sujeto de su masculinidad o de su feminidad como norma en el desenvolvimiento de su historia personal, que es siempre una historia social (Cazés, 1994; citado en Vázquez, 2001).

Por tanto, se puede pensar en género como una construcción que responde a una interpretación social de lo biológico que se basa en la anatomía de los sujetos, pero que va más allá de lo biológico, por la distinción sexo / género, y se vuelve importante en la medida en la que el sexo, hace referencia a las características físicas y biológicas de los sujetos, mientras que el género incluye las características llamadas femeninas o masculinas que son asumidas mediante un proceso individual y social (proceso de adquisición de género).

Por el hecho de poseer genitales masculinos o femeninos, cada recién nacido es inmediatamente adscrito a uno u otro de los grupos genéricos, quedando inscrita su condición en la vida, la estructura de su identidad, la forma en la que podrá actuar, pensar y sentir. Es decir, la significación del cuerpo sexuado de cada individuo llega a predeterminar las posibilidades de su vida.

Lara (1994; citado en Vázquez, 2001) considera que los estereotipos de género se refieren a las creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y se comporta cada sexo. Existen dentro de este contexto estereotipos masculinos y femeninos. Los estereotipos son con frecuencia simplificaciones excesivas y reflejan ideas preconcebidas.

Los roles o papeles de género, se refieren a las normas o expectativas de comportamiento para hombres y para mujeres. El papel de proveedor se le asigna principalmente al hombre y el cuidado de los hijos a la mujer. El concepto de papel de género también se refiere a la expresión de la masculinidad y la femineidad de un individuo de acuerdo con las reglas establecidas por la sociedad. Es también frecuente que el papel de género se identifique con las diversas actividades u ocupaciones que desempeña la persona.

Para Lamas, (1997) género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

a) La asignación (rotulación, atribución) de género.

Esta se realiza en el momento en que nace el bebé a partir de la apariencia externa de los genitales.

b) La identidad de género.

Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y los tres años). Desde esta identidad el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece es identificado en todas sus manifestaciones sentimientos o actitudes de “niña” o de “niño”, comportamientos, juegos, etcétera. Después de establecida la identidad de género, el que un niño se sepa y asuma como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias. Una vez asumida la identidad de género es casi imposible cambiarla.

c) El papel (rol) de género

El papel, o rol de género, se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Algunas veces la cultura establece estereotipos rígidos, que condicionan los roles limitando las

potencialidades humanas de las personas, a reprimir o potenciar los comportamientos según si son adecuados al género.

La existencia de estas distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género, sin olvidar que el género es una distinción significativa y en gran cantidad de situaciones es un hecho social, no biológico. Sin embargo, es importante analizar la articulación de lo biológico con lo social, o sea, no negar las diferencias biológicas indudables entre mujeres y hombres; sin olvidar que lo que marca la diferencia fundamental entre los sexos es el género.

Al respecto, Cuevas y cols. (1991; citados en Islas, 2000) en un tratado sobre la educación y género mencionan que “más allá del origen biológico han sido las determinaciones de diferencias de comportamientos entre hombres y mujeres, los cuales han perpetuado una división de características valores y lugares propios para cada sexo”(p.46).

La perspectiva de género, puede ser catalogada como resultado de la ola de los diferentes movimientos de “liberación femenina”, cuyo objetivo principal era luchar por el establecimiento de una equidad entre hombres y mujeres, dado que por muchos años las mujeres habían vivido bajo un régimen de poderío patriarcal, descrito por Trujano y Limón (en prensa) como una estructura económica y social jerárquica en la cual los hombres dominaban a las mujeres, permeando con esta ideología las relaciones de género, desde el matrimonio o la crianza de los hijos, hasta el trabajo doméstico y la sexualidad, en la que la mujer era sometida y vista sólo como un medio de procreación humana.

Por otro lado, Hierro (1997) menciona que el feminismo articula demandas legítimas y persigue finalidades significativas para toda la sociedad, que ha de potenciarse como ideología de cuestionamiento y de propuestas lúcidas, estableciendo alianzas para desestructurar el sistema de violencia del patriarcado y la desesperación de la sociedad actual, pudiendo para ello, utilizar la “violencia de las pacíficas” para alcanzar un modo de vida más aceptable para todas y todos.

Cabe mencionar que los estudios de estas desigualdades entre los géneros comenzaron en la época de los años 60 interviniendo diversas disciplinas, estos estudios iniciaron en los Estados Unidos y Europa principalmente. En los 70s en México surgen los estudios de mujeres para referirse a las diferencias psicosociales significativas que existen entre las mujeres y los hombres, así como la rotulación con la educación y el trato diferencial en las diversas instituciones públicas y privadas.

Los movimientos feministas de los años sesentas y setentas como lo mencionan Trujano y Limón (Op. Cit.) ‘permitieron un diálogo abierto sobre la violencia de género; empezando a repuntar los estudios centrados en las mujeres como principales receptoras de la violencia, haciéndose evidente la naturaleza socialmente heredada de los mitos y creencias que, de manera estereotipada, había dominado hasta entonces. Estos movimientos feministas permitieron fracturar los discursos dominantes de la época, los cuales “normalizaban” y traducían las diferencias biológicas en genéricas: hombre -fuerza, mujer-debilidad; la violencia masculina dejó de ser algo natural, innato o biológico, para convertirse en la expresión inaceptable del poder del hombre sobre la mujer.” (p.6).

Sin embargo, a pesar de los intentos de erradicar la violencia de género, sobre todo en la mujer, esta tarea ha sido muy difícil, aún en nuestros días, ya que la violencia de género es el pan de cada día de muchas mujeres en diferentes contextos, pudiendo dejar consecuencias muy graves sobre todo psicológicas en las víctimas de este maltrato.

La violencia es uno de los rubros sobre los cuales se inscribe este reporte de investigación profesional, a partir del cual se han conjuntado otras categorías como violencia de género, violencia doméstica (familiar), violencia conyugal, violencia laboral y social. Considerando como principales facilitadores que propician la violencia de género, a la educación, religión, cultura, y medios de comunicación. Las maneras en que se ponen en juego estos elementos remiten a la existencia de relaciones personales, sociales y jerárquicas donde se constituye la violencia como parte de las mismas.

Corsi (1995) comenta que para entender los diferentes tipos de violencia, se requiere conocer algunas definiciones básicas preliminares que permitan dar cuenta del fenómeno desde la perspectiva cultural, social, institucional e interpersonal. El término violencia remite al concepto de fuerza y se corresponde con verbos tales como violentar, violar, forzar. A partir de esta aproximación se puede decir que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño.

La violencia remite a ‘fuerza intensa, impetuosa: la violencia del viento de las pasiones. Sinónimo de ferosidad. Abuso de la fuerza. Coacción ejercida sobre una persona para obtener su aquiescencia en un acto jurídico: la violencia es una de las causas de nulidad de un contrato. Fuerza que se emplea contra el derecho o la ley: usar la violencia; y se corresponde con verbos como violentar, violar, forzar’ (Corominas, 1999; p. 86).

De acuerdo con la Enciclopedia Universal (1993; p.530), el término ‘violencia es conceptualizado como fuerza intensa, impetuosa, abuso de poder o la fuerza de una persona hacia otra. Cualquier acción u omisión llevada a cabo que pueda perjudicar a otra persona’.

Pérez (1993; citado en Corsi, 1995) sostiene que el fenómeno de violencia entre humanos implica la existencia de dos planos desnivelados en la relación, uno en situación de ventaja y otro en inferioridad, de esa desigualdad nace la violencia.

El uso de la fuerza, nos remite al concepto de poder. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un ‘arriba’ y un ‘abajo’, reales o simbólicos que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etcétera.

Para Hierro (1997) el poder y la violencia pueden sentirse como sinónimos porque realizan la misma función ‘hacer que los y las otras -os actúen como yo deseo’. Siendo una de las distinciones más obvias entre poder y violencia, que el poder se sostiene por los

números y la violencia no lo necesita, tiene un carácter de instrumento y medio para conservar el poder.

Al respecto Ferreira (1989; citado en Islas, 2000) en sus discursos sobre el abuso de poder hacia la mujer, refiere que para que la conducta violenta sea posible tiene que darse la siguiente condición: la existencia de un desequilibrio de poder en la relación.

Es decir, la conducta violenta entendida como el uso de la fuerza para resolver conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo. En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona, a diferencia de la agresión.

Para comprender mejor qué es la “agresión” se revisaron los siguientes conceptos:

Sánchez, (1980; p. 42 citado en Islas, 2000) considera que en el ser humano la agresividad legitimada está biológicamente programada para defender sus intereses vitales como el amor, la seguridad y la identidad, alterando la estabilidad de la legalidad natural para mantenerse en su propia legalidad, es decir “la violencia no es la fuerza en sí, sino el uso de la fuerza”.

La agresión es la conducta mediante la cual la potencialidad se pone en acto. Las formas que adopta son disímiles: motoras, verbales, gestuales, entre otras.

Una de las características de la conducta agresiva de los animales es que es predecible a partir de cada especie, por ejemplo, el instinto de defensa de los territorios.

De acuerdo a lo anterior cabe mencionar, que todas las conductas violentas son agresivas, pero no todas las agresiones son violentas; es decir, en las personas existen conductas agresivas innatas, como la defensa del amor, la seguridad, la delimitación de territorio para la supervivencia, que difieren de la violencia que se manifiesta cuando existe

un situación de desigualdad o de sometimiento de uno frente a otro, como una forma de seguir teniendo el poder ante la situación.

1.2 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Al referirme a temas como la violencia familiar (doméstica), conyugal, laboral y social, que están inscritas dentro de la denominada violencia de género, es necesario señalar el conjunto de significaciones por las cuales la sociedad misma atribuye roles o formas de comportamientos, de sentimientos y pensamientos de acuerdo con el género.

Por su parte, Pérez (1996; citado en Islas, 2000; p.3) menciona que ‘la violencia de género abarca todo acto de fuerza o coerción que pone en peligro la vida, cuerpo, integridad psicológica o la libertad de las mujeres, con objeto de perpetuar el poder y el control del hombre’.

Lamas (1997) define a la violencia de género como aquellos actos que merman la integridad física – emocional – sexual y social de aquellos considerados de manera habitual como los débiles socialmente, tal es el caso de mujeres, niños / niñas, ancianos, personas con deficiencias físicas, y discapacitadas quienes viven un clima de violencia por el fundamental hecho de ser menores, dependientes, frágiles, en una palabra, vulnerables.

Al respecto Ferreira (1989; citado en Islas, 2000) considera que todas las instituciones (familia, escuela, religión, y trabajo) evalúan el rol de género como natural ejerciendo una constante presión de castigo y recompensas, con el único fin de hacer posible el desarrollo de las características que van de acuerdo con el estereotipo sexual, no importando la represión que genera la frustración y sufrimiento en los individuos. La violencia de género es el ejercicio de la fuerza o el poder, que ataca fundamentalmente los derechos humanos, las leyes y la justicia.

Cabe mencionar que las diferencias estereotipadas entre géneros se hacen más presentes para la educación y conformación de la identidad de roles, dando las características a los hombres de más agresivos, independientes, valientes, extrovertidos, con mayor confianza en sí mismos, así como para explotar, controlar el mundo exterior, es

decir, desempeñarse en el mundo público. Por su parte a las mujeres se les considera más sensibles, sumisas, comprensivas, permisibles, hogareñas, abnegadas, buenas esposas, buenas madres, serviciales en su propio mundo privado, para ellas la principal instancia de socialización es el núcleo familiar, donde adquiere habilidades y actitudes morales que le permiten desarrollarse con los demás. De este proceso de socialización aprende guías normativas, códigos morales, y roles de género estereotipados, a través de la familia, la escuela, la religión y el trabajo (Hierro, 1997).

1.3 ALGUNOS CONTEXTOS EN LOS QUE SE PUEDE PRESENTAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1.3.1 *VIOLENCIA DOMÉSTICA (FAMILIAR)*

A pesar de los intentos por erradicar la violencia de género, sobre todo en la mujer, esto ha sido muy difícil, aún en nuestros días, ya que la violencia de género es el pan de cada día de muchas mujeres en diferentes contextos, pudiendo dejar consecuencias muy graves sobre todo psicológicas en las víctimas de este maltrato.

Uno de los principales problemas de violencia de género en México es la violencia doméstica, un problema social de gran impacto que afecta a un gran número de mujeres, menores, discapacitados, ancianas (os), varones, y en general, a la sociedad en su conjunto. Este tipo de violencia atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas (Walker, 1984; citado por Cidhal, 1998).

Esta problemática se empezó a reconocer como fenómeno significativo a partir de los años setentas cuando el movimiento feminista hizo visible el maltrato a mujeres como un problema de gran impacto social. Posteriormente, a principios de los años ochentas se organizaron grupos de mujeres que promovieron servicios y apoyo a mujeres maltratadas; de estos esfuerzos se desprendieron las primeras cifras de maltrato a mujeres.

Es a partir de los años noventas, cuando se empieza a retomar la violencia doméstica como objeto de estudio llevándose a cabo las primeras investigaciones formales. Uno de los primeros estudios en México se realizó a través de una encuesta en población abierta y se entrevistó a un total de 342 mujeres en Ciudad Netzahualcóyotl, la cual tiene índices altos de violencia social, encontrándose que el 33.5% de las mujeres reportó haber tenido por lo menos una relación violenta en su vida, una de cada tres mujeres había sido violentada. En el 57% de los casos la violencia fue de tipo verbal, en el 31% de tipo físico y el 16% de tipo sexual, y en un 75.4% de los casos el agresor había sido el cónyuge (Valdéz y Shrader, 1990; citados en Corsi, 1995).

La violencia doméstica es una causa importante de morbimortalidad femenina. Ya que el riesgo de las mujeres maltratadas a volver a ser agredidas y, por ende a las consecuencias a su salud, son mayores si tomamos en cuenta que éstas son más propensas a volver a ser agredidas en su propio hogar dentro de los seis meses siguientes, que las mujeres que son agredidas sexualmente por desconocidos (American Medical Association, 1992; citado en Cidhal, 1998).

Una vez entendida la violencia doméstica como un problema social, tanto por la magnitud de incidencia como por los efectos que provoca, se hace necesaria una respuesta a las causas del fenómeno. Por lo que el movimiento feminista, sostiene que la violencia doméstica debe ser atendida como una manifestación más de la relación de poder existente en una sociedad sexista, en la cual el hombre ejerce el rol de dominador y la mujer es discriminada y subordinada. Es decir, el uso de la violencia dentro del hogar es una expresión del control que el hombre suele ejercer sobre la mujer.

1.3.2 VIOLENCIA CONYUGAL

Es necesario mencionar a qué se le denomina violencia conyugal. Corsi, (1995) la define como “toda conducta abusiva que se da en el marco de una relación heterosexual adulta, que habitualmente incluye la convivencia (aunque no en todos los casos). Se

entiende por conducta abusiva todo lo que por acción u omisión, provoque daño físico y/o psicológico a la otra persona” (p.86).

Una relación abusiva puede darse en el marco de un noviazgo, de un matrimonio, o de una unión, de hecho. Puede adoptar diversas formas y tener distintos grados de gravedad. Generalmente, son formas de demostrar control y dominación sobre el otro, se repite cíclicamente y se va agravando en intensidad y frecuencia.

Desde el punto de vista potencial, esto es así: tanto hombres como mujeres pueden ser maltratados por su pareja. Sin embargo, estudios epidemiológicos arrojan estadísticas que son contundentes: de la totalidad de casos registrados de violencia conyugal, en distintos países, aproximadamente el 2% corresponde a violencia contra el hombre, el 23% de los casos son definidos como violencia mutua o cruzada, y el 75% restante corresponde a la violencia hacia la mujer.

Las manifestaciones más habituales son:

1. Abuso físico: comprende una escala de conductas que van desde un empujón o un pellizco hasta producir lesiones graves que lleven a la muerte a la mujer. Incluye acciones como zarandearla, abofetearla, tirarle de los cabellos, retorcerle el brazo, arrojarle objetos, golpearla con el puño, apretarle el cuello, patearla. Provocándole consecuencias físicas leves o graves, desde el punto de vista físico, que resultan en ocasiones traumáticas y puede llegar hasta la muerte.
2. Abuso sexual: la escala incluye obligar a la mujer a la realización de conductas sexuales no deseadas, hostigarla sexualmente, denigrarla sexualmente, criticar su forma de tener relaciones sexuales, compararla con otras mujeres, tratarla como objeto sexual, violarla, etcétera.
3. Abuso emocional o psicológico: incluye una extensa gama de conductas que tienen la característica común de provocar daño psicológico: insultos, gritos, críticas, amenazas, acusaciones, las formas más comunes de abuso psicológico incluyen conductas como criticarle permanentemente su cuerpo o sus ideas, rebajarla comparándola con otras personas, reírse de ella.

4. Abuso ambiental y social: también son conductas que provocan daño o sufrimiento psicológico, tales como descalificar a la mujer y restarle autoridad ante los hijos, criticar a su familia o a personas que ella quiere, aislarla socialmente. Prohibiéndole tener contacto con sus familiares y amigos.
5. Abuso económico: las modalidades más habituales incluyen excluir a la mujer de la toma de decisiones financieras, controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, ocultarle información acerca de sus ingresos, etcétera.

Como consecuencia de este maltrato la mujer en situaciones prolongadas puede sufrir un debilitamiento progresivo de sus defensas físicas y psicológicas, llegando a situaciones extremas como el suicidio o el homicidio del agresor. En el menor de los casos la mujer puede presentar diversos trastornos físicos y psicosomáticos, tales como insomnio, dolor de la espalda, cansancio, palpitaciones, etcétera.

El debilitamiento que siente la víctima hace que a menudo asista a una consulta médica o psicológica. Y generalmente, los estudios que indica el médico no revelan ninguna patología orgánica. Por lo tanto en ocasiones se recurre al diagnóstico psicopatológico. La mujer o víctima será tratada con psicotrópicos que suplirán temporalmente algunos síntomas. Pero si con el paso del tiempo el médico no reconoce la problemática, los trastornos físicos y psicológicos difícilmente desaparecerán.

El fenómeno de la violencia conyugal puede generar dos conductas que se entrelazan mutuamente:

1. Por una parte, la mujer tiende a ocultar su condición de víctima de violencia, por motivos que van de la vergüenza al miedo.
2. Por la otra, los médicos y otros profesionales no detectan ni identifican el factor violencia conyugal en un contexto de una consulta clínica o psiquiátrica

Para los servicios de salud y salud mental este problema se presenta también de dos maneras:

1. Las mujeres habitualmente acuden a los servicios médicos por síntomas físicos y/o psicológicos, sin identificarse inicialmente como víctima de violencia conyugal y
2. Los profesionales no incluyen en sus investigaciones diagnósticas preguntas acerca de antecedentes de violencia conyugal.

Por lo que el médico trata de buscar las causa de los síntomas dentro de sus propios esquemas de referencia explicativos (ya sean biológicos o psicológicos), mostrándose renuentes a explorar las causas sociales. Esta actitud de los médicos, aumenta la tendencia ocultadora de la mujer, quedando así el fenómeno de la violencia sin diagnosticar. Y las mujeres pueden someterse a tratamientos médicos que no consideran las verdaderas causas del problema.

Cabe mencionar que a los diferentes servicios (clínico, médico, traumatología, ginecología, etcétera), pueden asistir las mujeres a consultar por las secuelas de la violencia física; sin embargo, es a los servicios de salud mental donde acuden o son derivadas las mujeres que presentan secuelas sintomáticas de abuso emocional continuado: depresión, cuadros psicósomáticos, estados de ansiedad, fobias, agotamiento, adinamia, abulia.

Hay ocasiones en que las mujeres golpeadas aún recibiendo un adecuado tratamiento médico para sus heridas o las secuelas físicas de los golpes, rara vez los médicos las reconocen como víctimas de violencia conyugal, contribuyendo a perpetuar el problema.

Las consecuencias de las situaciones de violencia conyugal son más amplias aún, ya que pueden afectar principalmente a los testigos obligados: los hijos, pues quienes emplean la violencia no tienen en cuenta las consecuencias físicas o psicológicas para la víctima o el testigo.

Otra característica común es que cuando se presentan una o varias formas de abuso dentro de una relación conyugal generalmente no se trata de episodios aislados, sino que se repiten y tienden agravarse, tanto en su intensidad como en su frecuencia.

Para comprender la dinámica de la violencia conyugal, es necesario considerar dos factores. 1) su carácter cíclico, 2) su intensidad creciente.

Con respecto al primer factor Walker (1979; citado en Cooper, 2001) ha descrito el ciclo de la violencia constituido por tres fases:

Primera fase: acumulación de tensión, se producen pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja, incrementando la ansiedad y la hostilidad.

Segunda fase: episodio agudo, la tensión acumulada da lugar a una explosión de violencia que varía en su gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.

Tercera fase: denominada “luna de miel”, en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del agresor, sobreviniendo las disculpas y las promesas de que nunca más volverá a ocurrir.

Al tiempo que se vuelve a comenzar la acumulación de tensiones y el ciclo de violencia se reinicia. Con respecto al segundo factor de la dinámica de la violencia conyugal, la intensidad creciente se puede describir como una verdadera escalada de violencia.

La primera etapa de la violencia suele ser sutil y tomar la forma de agresión psicológica. Consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones, o sus iniciativas, la compara con otras personas, la corrige en público. Al principio no parecen

violentas pero ejercen un efecto devastador, debilitando las defensas psicológicas de la víctima quién puede comenzar a sentirse deprimida y débil.

En un segundo momento aparece la violencia verbal, que viene a reforzar la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la mujer, la ofende, la llama ‘loca’, comienza a amenazarla con agresión física, con matarla o suicidarse, creando un clima de miedo constante, debilitamiento, y desequilibrio emocional o depresión, que la pueden llevar a acudir a una consulta psiquiátrica.

Posteriormente suele comenzar la violencia física. El la toma del brazo y se lo aprieta, a veces finge estar ‘jugando’ para pellizcarla, producirle moretones, tirarle de los cabellos, empujarla, en algún momento le da una bofetada con la mano abierta, siguen las patadas y las trompadas. Comienza a recurrir a objetos para lastimarla. Le exige tener relaciones sexuales. A veces la viola mientras duerme.

Con las variaciones culturales obvias, este ciclo y estas escaladas de la violencia conyugal pueden darse en todas las latitudes, en las diferentes clases sociales, y en personas de distintos niveles educativos.

1.3.3 VIOLENCIA LABORAL

En el mundo entero las mujeres están incrementando su tasa de actividad en la población ocupada a un ritmo mayor que los varones. En el periodo de 1984 a 1995, Canadá, Estados Unidos y México observaron aumentos sustanciales en las tasas de crecimiento de la actividad femenina en un 28%, 25% y 72% respectivamente.

A partir de 1985, el colectivo de mujeres activas que buscan empleo o están ocupadas, comienza a evolucionar de manera positiva, ya que en un principio fue como una respuesta al crecimiento económico del país. Sin embargo, la constatación de los cambios estructurales que se están produciendo respecto a la mano de obra femenina, se debe principalmente a la elevación del nivel de estudios, de las generaciones más jóvenes, ya que estas generaciones no consideran rentable dedicarse a las tareas domésticas, cuando la

retribución económica que obtienen del trabajo realizado fuera del hogar es una mejor opción (Gerber, 1989).

Sin embargo, a pesar de los intentos por una igualdad en todos los niveles, las mujeres que rompen las barreras para desempeñar tareas no tradicionales para su sexo se enfrentan, en el mejor de los casos, a una actitud ambigua por parte de sus compañeros, y a menudo sufren especial sabotaje sutil, en cuanto al adiestramiento informal de sus funciones, por parte de sus superiores y compañeros.

Uno de los principales problemas de género que se presenta dentro del ámbito laboral es la segregación ocupacional, que se refiere a que hombres y mujeres no realizan trabajos iguales aún cuando el título ocupacional puede ser el mismo y desarrollarse en espacios físicos similares.

Así, la discriminación estadística consiste en prácticas que no siempre se ven. Ocurre cuando los empleadores, basándose en información fácilmente disponible, y en sus creencias personales sobre la naturaleza de los hombres y las mujeres, juzgan a una mujer particular, aspirante a un trabajo, de acuerdo con las características estereotipadas de su grupo. El resultado es la discriminación estadística contra las mujeres particularmente. Entonces, a una persona productiva calificada igual que su colega masculino se le niega la oportunidad de trabajo o ascenso, y recibe un salario inferior sólo por un rasgo: su género que ella no puede cambiar.

Las imágenes culturales sobre género y trabajo (“las mujeres en la casa, los hombres en la plaza”) refieren a los estereotipos que cada sociedad posee respecto al carácter y la manera de ser hombres y mujeres, pues contribuyen a definir qué actividades se consideran apropiadas para unos y otras, así como la clase de interacción que se debe propiciar o evitar. Este manejo de los estereotipos que constituye la discriminación estadística descrita arriba, abre y cierra puertas en el mercado de trabajo tanto para los hombres como para las mujeres, lo que provoca no sólo inequidad en el mercado de trabajo, sino también ineficiencia en el uso de todo el potencial humano de un país (Cooper, 2001).

A menudo se mide a los hombres y las mujeres en el trabajo con diferentes expectativas que en ello(as) recaen de diferente manera. Este problema casi siempre se presenta cuando una mujer ocupa un puesto que fue de un hombre. El perfil laboral no cambia pero la mujer va descubriendo que su jefe le exige más a ella que al colega reemplazo, incluso sus nuevas colegas la aceptan pero con reservas. Muchas mujeres en posiciones de gerencia sienten que están a prueba, y constantemente tienen que demostrar que sí son capaces.

Estos estándares dobles para medir la productividad y calidad de trabajo son muy sutiles y a menudo inconscientes. Por ejemplo, el jefe nunca espera que su asistente hombre capture una carta en la computadora o que le sirva un café; sin embargo, no lo piensa dos veces cuando se lo pide a su asistente mujer.

El crecimiento de la actividad femenina en el trabajo extradoméstico trae contradicciones tanto para las mujeres como para los varones, aunque son distintas para cada género y varían también con el estado civil de los individuos. Para las mujeres, el dilema es cómo justificar la extensión de sus actividades del hogar hacia el trabajo asalariado y cómo compatibilizar ambas esferas. Para los hombres, cuyas esposas o compañeras trabajan, el dilema es cómo obtener más tiempo para cumplir con las responsabilidades familiares y estar con los hijos. Hoy en día existe más que nunca la conciencia de que ambas esferas, el hogar y el centro de trabajo, son interdependientes y engranadas (Corsi, 1995).

La tradicional división del trabajo en el hogar permanece y la mayor parte del trabajo doméstico lo siguen realizando las mujeres. No obstante, los varones hoy en día también afirman que sus responsabilidades familiares han aumentado.

Cooper (2001) considera que cuando hombres y mujeres comienzan a trabajar juntos por primera vez, empiezan por definir sus papeles de trabajo y sus expectativas. Durante ese periodo de orientación comparten información acerca de sí mismos, incluyendo su experiencia de trabajo, educación y habilidades. Cada género reacciona frente al otro con base en sus experiencias previas con otros miembros de ese género. A medida que observan comportamientos y actitudes, hombres y mujeres desarrollan expectativas y emiten juicios.

Los papeles se definen mejor y las personas empiezan a aceptar compromisos. Cuando hay compromiso con un conjunto de expectativas comunes, existe estabilidad y la productividad aumenta. Sin embargo, las expectativas y los juicios no expresados pueden conducir a perturbaciones y conflictos dentro del ámbito laboral.

Las personas que quieren mantener la armonía seguramente adaptarán sus comportamientos y se apegarán a las normas y expectativas de la organización. Hasta cierto punto, esa adaptación es necesaria para que las organizaciones funcionen.

Actualmente las personas pasan una gran parte de horas con compañeras(os) de trabajo, a menos de que el ambiente de laboral sea hostil e insoportable, el centro de trabajo también es un lugar para compartir pensamientos, sentimientos, y problemas personales que no están estrictamente relacionados con el proceso productivo. Estas circunstancias pueden dar lugar a relaciones personales inesperadas, tanto que las fronteras entre las relaciones de trabajo y las personales empiezan a borrarse, incluso se da el caso de que la atracción mutua pueda volverse el motivo para ir a trabajar (Hart, Lois, Dalke, y David 1995; citados por Cooper, 2001; p.3).

En algunas ocupaciones, el atractivo sexual es parte del perfil de las trabajadoras, lo que causa sentimientos encontrados en ellas y un ambiente de trabajo altamente sexualizado. Muchos puestos de trabajo (meseras, recepcionistas, edecanes) exigen que la mujer se vista de manera provocativa para que atraiga la atención hacia su físico.

Dentro del trabajo existe la atracción sexual (deseo sexual mutuo). Sin embargo, cuando la atracción sexual no es recíproca, ni solicitada ni deseada, se vuelve hostigamiento sexual. Existe una gran diferencia entre el coqueteo mutuo y el hostigamiento sexual. Al coquetear se sabe que además de atracción física, hay simpatía y afecto mutuo, pero la atracción física se convierte en problema cuando una de las partes ejerce presión sobre la otra.

En la actualidad, uno de los problemas más comunes a los que se enfrentan las mujeres dentro del ambiente laboral es el acoso sexual que se define como "conducta repetitiva o no de una persona hacia otra que es recibida con molestia; se refiere a chistes,

palabras, miradas, sugerencias, peticiones, acercamientos personales, relaciones sexuales. Se puede decir que es una conducta de carácter sexual recibida con molestia que puede ser utilizada como un acto de poder, en perjuicio de la persona acosada”(Hierro, 1998; p.17). Esta conducta por parte del agresor impide que las mujeres logren una satisfacción plena dentro de su área de trabajo.

Cooper (2001) define el Hostigamiento Sexual como: “cualquier actitud sexual no deseada, la solicitud de favores sexuales o cualquier comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual que hace sentir al otro(a) denigrado(a)”(p.21).

El hostigamiento sexual es ilegal cuando:

1. Implícitamente se presenta el sometimiento a ese tipo de conducta como condición para el empleo de alguien.
2. La sumisión o el rechazo de ese comportamiento por alguien es utilizado como base para decisiones de empleo que afectan a esa persona, como despido.
3. Ese comportamiento tiene el propósito o el efecto de interferir en forma no razonable con el trabajo de un individuo o de crear un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil u ofensivo (hostigamiento por ambiente hostil).

El hostigamiento sexual incluye diferentes comportamientos, desde la degradación involuntaria hasta el maltrato sexual abierto. Es de vital importancia conocer sus implicaciones en el individuo y la organización, porque ningún empleado hombre o mujer, debería de estar sujeto a insinuaciones, proposiciones, o comportamientos sexuales, verbales o físicos, de otro empleado (a) cualquiera que sea su posición.

Otro aspecto que define la situación de muchas mujeres respecto al mundo laboral, según los datos que aporta una encuesta sobre discriminación laboral realizada por el Instituto de la Mujer (1996), es que el salario medio del conjunto de mujeres se sitúa alrededor de 18-19 puntos por debajo del salario de los hombres.

La situación de las mujeres en el mercado laboral nos permite reflexionar sobre las siguientes cuestiones (Corsi, 1995).

1. El nivel educativo de la mujer condiciona su posición en el mercado de trabajo.
2. El colectivo femenino no es homogéneo, nunca lo ha sido, pero ahora es más diverso, diferenciando dos grandes grupos:
 - a) Mujeres dedicadas a tareas tradicionales, que nunca han trabajado fuera de casa, con una edad superior a los 40 años. Este grupo se encuentra desprotegido y con menos capacidad de independencia. Ya que no cuentan con la experiencia requerida para los puestos que ofrecen las empresas, o por la edad, no son aceptadas en puestos gerenciales y tienen que conformarse con los puestos de servicio como la secretaria o la empleada de empresas pequeñas, percibiendo un salario inferior al de sus colegas masculinos.
 - b) El otro grupo está conformado por personas menores de 40 años que no han trabajado fuera de casa, pero que han tenido algún contacto con el mercado de trabajo o que están presionando por entrar en él, a desarrollar una carrera profesional, en este grupo entran todas la recién egresadas de universidades tanto públicas como privadas.

En cualquiera de las situaciones antes mencionadas, existe la posibilidad de independencia del marido, así como el reconocimiento social de un trabajo remunerado, y lo que ello implica en la autoestima personal, y las relaciones sociales con otros grupos de referencia donde la autoridad tiene bases diferentes.

1.3.4 VIOLENCIA SOCIAL

Lamas (1997) afirma que “Género es una construcción social que implica el asignar conductas e ideologías diferenciadas a mujeres y a hombres, de acuerdo a los valores e intereses de cada cultura”(p.172).

La forma en que la sociedad influye sobre la vida de cada ser humano imponiendo modelos y formas de pensamiento ha implicado una diferencia fundamental entre géneros,

ya que la manera de percibir y concebir al mundo a partir de las diferencias anatómicas, psicológicas, morales y culturales conducen a formas de interpretación diferentes de la realidad.

En la sociedades actuales, el papel de la mujer está cambiando en todo el mundo. Los movimientos por la liberación femenina encuentran un paralelo más silencioso hasta en remotas poblaciones rurales (Newland, 1982; citado por Lamas, 1986). Cuando se analizan las conductas o las actividades desempeñadas por los hombres y las mujeres, siempre se hace en términos de la diferenciación de roles impuestos por la sociedad a cada uno, diferencia sobre la que la misma sociedad ha fundamentado sus instituciones y su cultura, sancionando a quien desobedezca esta supuesta diferenciación por todos los medios con que se dispone: prohibiciones legales o culturales, tabúes religiosos, castigos y rechazos; y todavía hay quien se atreve a decir que esta distinción se debe sólo a una diferencia “natural” biológica, que determina el papel que la sociedad espera desarrollen tanto hombres como mujeres.

En un estudio realizado por Margaret Mead (1935; citado en Lamas, 1986), se corroboró que la asignación de diferentes cualidades o características entre los sexos, como es la dependencia e independencia de otros, el activismo sexual, la crueldad, el afecto por los niños, el sentimentalismo, la docilidad y pasividad, son porque se observan y aprenden de modelos que viven en un sociedad determinada. Este estudio concluye afirmando que si realmente se encuentran actividades femeninas y masculinas diferenciadas, son principalmente producto de los patrones y modelos culturales de las normas propias de una sociedad ya establecida.

Ese papel es impuesto a todas las mujeres aún si no llegan a tener hijos ni marido, a todas las hacen vivir en torno a las normas que define su “ser para los otros” (la reproducción y la extensión que de ellas se ha hecho en la cotidianidad como servidumbre permanente, obediencia y sumisión, incluso si les es difícil cumplir con los estereotipos vigentes). Si bien la sociedad sólo reconoce como madres y como esposas a las mujeres casadas y con hijos, también espera que en su relación con otro sujeto actúen como madres y como cónyuges (“simbólica, social, económica, imaginaria, afectivamente”); en este sentido la categoría que abarca la condición de la mujer en la sociedad es la de

madresposas, pues siempre cumplen las funciones reales y simbólicas de esa categoría sociocultural que define los contenidos básicos de todos los cautiverios, y también constituyen un cautiverio específico (Lagarde, 1990).

Por lo mismo, Hierro (1997) considera que en la actualidad ya no se puede aceptar que las mujeres sean por naturaleza lo que culturalmente se designa como femeninas: pasivas, vulnerables, sumisas, sacrificadas, hogareñas, comprensivas, amables, buenas, que su vivir sea dar amor, entre otras. Se tiene que reconocer que las llamadas características femeninas como son los valores, los deseos y comportamientos, se asumen mediante un proceso individual y social, el proceso de adquisición de género; dicha formación e información diferenciada es transmitida por los procesos de socialización, por la transmisión de conocimientos, pautas de comportamiento, normas y costumbres, a través del contacto cotidiano entre individuos e instituciones como la iglesia, la familia, el Estado, los medios de comunicación y por la educación formal instituida en los espacios de enseñanza escolarizados.

Hoy en día muchas mujeres están cambiando porque ya pueden disponer de sus propios cuerpos, vivir con autonomía económica y elaborar su propia interpretación de la historia de las mujeres, y las historias de cada mujer. Estos cambios en la feminidad realmente existentes aún no han permitido del todo a las mujeres dejar de vivir sus vidas de seres para los otros. Pero ya se vislumbran horizontes en los que esa entrega disminuirá e irá reduciendo el peso del yugo que cargan. Como lo menciona Lagarde (1990), los personajes femeninos nuevos, feministas y libertarias, las que pueden ejercer poderes, las que están cambiando, son en realidad mujeres que construyen individual y genéricamente nuevos seres para sí.

El género femenino está sobre presentado en la vida política de casi todos los países del planeta, este hecho parece tan generalizado que daría la falsa impresión de que corresponde a la naturaleza femenina obedecer y a los hombres mandar. Una mujer que llega a ocupar un cargo de dirección, generalmente está aislada del mundo femenino y no tiene posibilidades de encontrar en otras mujeres una comunidad de intereses y de puntos de vista que le permitan desarrollar una política de género (Gómez, 1998).

Experiencias nuevas muestran que algunas reformas sociales desempeñan un papel muy importante para las condiciones de vida de los hombres y de las mujeres. Por lo que es importante darse cuenta del significado de la intervención política dentro de muchas áreas de la sociedad que explican el estado social de las mujeres (Gónas 1992 y Valiente 1995; citados en Hierro, 1998). Por esta razón se formó una definición más general de la igualdad de géneros en la década de los 80's, en la que se basan decisiones políticas de los ámbitos sociales y familiares. El objetivo de esta igualdad de género era la siguiente : las mujeres y los hombres deberán tener los mismos derechos, las mismas obligaciones y las mismas oportunidades en todas las áreas importantes de la vida.

En la sociedad actual hay una tensión entre los viejos y nuevos modelos de vida de hombres y mujeres. Sven Axel Manson (1994; citado en Hierro, 1998), escribe que no existe ninguna duda de que las mujeres han cambiado sus posiciones en el área pública, aunque algunos investigadores piensen que prevalece el dominio masculino pero que se manifiesta de otras maneras.

Puede decirse que el grado de sometimiento y enajenación de la mujer, que difícilmente llega a ser consciente de su situación, y evidentemente los medios de difusión masiva, contribuyen a que día con día se refuerce y legitime esta situación

Lo ideal sería que cada persona tuviera un trabajo bien pagado para que se pudiera sostenerse a sí misma. Los hombres y las mujeres tienen que compartir las responsabilidades de la casa y el cuidado de los hijos y ambos sexos tienen que estar comprometidos en los asuntos políticos, sindicales, y otros de su sociedad o de su lugar de trabajo.

1.4 FACILITADORES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1.4.1 LA EDUCACIÓN

La educación constituye parte fundamental del proceso de reproducción social. Ahora, más que en cualquier otra época, nadie pone en duda que la educación representa el medio primordial a través del cual las sociedades pretenden garantizar el tránsito de una generación a otra, de aquello que se considera patrimonio cultural. Se trata, en este sentido,

de un proceso en el desarrollo del individuo y su sociedad, el cual supone apropiarse de los usos y las costumbres, de los conocimientos y valores, sin dejar de lado las actitudes y habilidades propias de la época en la que uno vive (Cuevas y cols. 1991; citados por Jiménez, 1999).

De acuerdo a lo anterior, considero necesario mencionar que la educación es un aspecto de gran importancia que influye en el desarrollo de las mujeres y de los hombres así como de la sociedad en la que viven. La educación se realiza en dos planos: el primero se refiere a la transmisión de normas, actitudes y valores acordes con la estructura social; el otro se basa en un conjunto de conocimientos y habilidades para el desarrollo de la inteligencia.

El primero se lleva a cabo en la familia, que es la que se encarga de las primeras actividades de socialización de los niños y las niñas, donde se asumen los roles genéricos.

Al respecto, Hierro (1997) menciona que la primera actividad educativa está dentro de la familia, la cual no siempre se encuentra consciente de todo el aprendizaje que proporciona a cada miembro de la familia, sea bueno o malo, ya que es en donde se realiza la primera socialización del individuo. A partir de su nacimiento, las niñas y los niños buscan la manera de relacionarse con el medio que les rodea y, por ende, con las personas que se encuentran cerca de ellos. La interrelación propiciada por la familia es el primer paso del individuo o individuoa en el proceso de socialización que en la adultez se proyectará en su forma de relacionarse con la sociedad y en la manera como actúe dentro de ella que será la misma como aprendió a hacerlo dentro de su familia. Es cierto que después podrá modificar sus patrones de conducta en relación con el nuevo aprendizaje que haga en su relación con el medio; no obstante, sus primeras experiencias muy probablemente estarán reguladas por aquellas pautas iniciales.

El segundo, en la escuela, en donde se refuerza en gran medida lo aprendido en casa. La escuela hace todo un manejo de actitudes en cuanto a la limpieza que se exige a las niñas, el tipo de actividades que se le asignan, así como los juegos que se les enseñan a las niñas y los niños.

En la secundaria se les exige a las niñas “darse a respetar” o “sentarse correctamente”. Así se va conformando un deber ser femenino. Los libros que se distribuyen desde las escuelas primarias muestran imágenes que refuerzan la diferenciación de actividades por género. Asimismo. Los profesores también tienden a reforzar las actitudes de ambos sexos, argumentando que las mujeres son más dóciles y ordenadas y los niños más traviesos y con iniciativa.

Para comprender el acceso de la mujer a la enseñanza escolarizada, es necesario hacer una breve reseña histórica de la educación de la mujer en nuestra sociedad mexicana.

La educación de la mujer en la Nueva España estaba determinada por la posición social y económica, ya que era la que imponía las normas que las mujeres deberían seguir.

La labor de la educación era moldear los hábitos, controlar y evitar desde la infancia los intentos de rebeldía. Había obligaciones para todas las mujeres, cualquiera que fuese su condición, como el acatar los preceptos religiosos, la laboriosidad, la honestidad, la sumisión al marido. La educación la realizaba el Estado y la Iglesia. Coincidiendo ambos, en la consolidación de una sociedad estratificada, en el que cada cristiano y vasallo del rey de España conociera y respetara el lugar que le correspondía (Esquivel y Trujano, 1991).

Con respecto a lo anterior, Herrera (1999) comenta que las instituciones femeninas eran pocas y su crecimiento fue lento. Para las mayoría de las jóvenes y niñas no había más escuela que el catecismo dominical en las parroquias y conventos, y el aprendizaje empírico era en el hogar, junto a sus madres y las mujeres mayores de la casa que les enseñaban hacer lo que “siempre se había hecho”, sobre todo les enseñaban a comportarse.

En las escuelas se daba instrucción cristiana, lectura y raramente escritura y cuentas; en aritmética se les enseñaba a sumar, restar, multiplicar y quebrados, pero las sumas y restas ya eran suficientes para las niñas. Las niñas educadas en un convento obtenía una instrucción más completa, especialmente las que tenían la intención de profesar en ellos.

Las familias de clase alta contrataban profesores frecuentemente extranjeros que enseñaban música, dibujo, inglés, francés y algunas habilidades propias de las damas

distinguidas. Sólo la formación religiosa era esencial y estaba al alcance de todos, así como la educación informal o sistemática, la del hogar y la calle, lecturas festejos y sermones.

Se decía que el tiempo de estudio debería de ser mayor para el niño que para la niña, pues este requería más conocimiento de más cosas.

A lo largo de más de trescientos años la educación tendió a acentuar las diferencias sociales, desde los años de la conquista, para las mujeres indígenas la educación no tuvo mejoría, en cambio la mujer aristócrata ya gozaba de algunos privilegios.

Por su parte, (Hierro, 1997) considera que la educación femenina llegó a grados más altos, pero de forma más exclusiva. El nivel superior sólo lo recibían aquellas mujeres cuyos padres podían pagar maestros particulares. Fue en la segunda mitad del siglo XVIII que la Revolución Intelectual de la Ilustración llegó a la Nueva España, con una doctrina del derecho natural, el cuestionamiento de la autoridad, su énfasis y deseo de progreso social. Dando importantes cambios intelectuales al papel que desempeñaba la mujer en la sociedad.

Sin embargo, aunque los reformadores ilustrados hicieron énfasis en la educación femenina, esto no facilitó la movilidad social, sino que sólo reforzó al sistema social existente y al mismo tiempo sirvió a objetivos nacionales.

Ya que mientras a las niñas ricas se les enseñaba a leer y escribir, preceptos religiosos, bordados, costura y música, un poco de latín, aritmética, ciencia e historia, a las niñas indígenas sólo se les enseñaba las primeras letras acentuando las actividades domésticas como lavar y planchar.

A pesar de lo anterior, Lavrin (1985; citado en Herrera, 1999) considera que la educación fue una de las más importantes conquistas de las mujeres del siglo XIX, las que se beneficiaron con ella y les dio una sensación de realización social y personal que muy pocas veces habían disfrutado anteriormente. La educación hizo posible el reconocimiento de la capacidad intelectual de las mujeres.

El sistema capitalista propicia la entrada de la mujer a la producción, la lleva a desempeñar labores que no son otra cosa que extensiones de las actividades realizadas dentro del hogar y consideradas como propias de las mujeres. La demanda del ingreso de la mujer a las actividades productivas sigue estando determinada por el papel que la sociedad asigna tradicionalmente a la mujer, que propicia la subordinación al hombre. El acceso de la mujer al trabajo asalariado también está limitado por su función como madre y su estatus social (Serret, 1989).

El acceso de la mujer a la enseñanza superior se ve limitado por muchos factores: el ingreso nacional que hace difícil sostener los estudios no sólo profesionales sino incluso los primarios, y el concepto que tiene cada familia de las prioridades, casi siempre inclinándose por el hombre, ya que consideran que este tendrá más probabilidades de empleo que las mujeres, además si las mujeres se casan y se embarazan no aprovecharan los estudios. Un mito que hasta la actualidad sigue limitando a la mujer en el aspecto público, político y laboral. Se considera que la mujer que llega a estudiar una carrera universitaria, tiene que decidir entre casarse y tener hijos o desarrollarse profesionalmente, y en muchas de las ocasiones sacrifica una u otra situación o bien realiza una doble jornada ya que asume las dos responsabilidades, situación muy común en las sociedades actuales.

1.4.2 LA RELIGIÓN

La iglesia católica es una de las instituciones que ha ejercido gran influencia en el papel que ha desempeñado la mujer. Esta institución fue la encargada de la educación de las mujeres hasta mediados del siglo XIX.

Remontándonos al pasado, durante buena parte del período colonial la iglesia católica fue el aparato ideológico del Estado dominante, por ser la Institución con mayor fuerza y eficacia, desempeñó este papel a lo largo y a lo ancho de la sociedad y en posición hegemónica sobre otros aparatos ideológicos.

Herrera (1999) considera que las funciones de la iglesia fueron las siguientes:

- 1) Realizar un discurso ideológico de carácter religioso en el que se transmitiera una representación del mundo y de las relaciones sociales.

- 2) EL discurso contenía las normas de los comportamientos cotidianos, justificadas por la representación ideológica. La iglesia regulaba el comportamiento a través de la persuasión y la represión, disponía de medios de coacción psicológica como la práctica penitencial y de coacción física violenta como los tribunales.

El discurso teológico de la iglesia católica se estructuraba a partir de tres elementos principales: el matrimonio, la familia, y la sexualidad.

En el matrimonio es donde la iglesia ejercía más presión con un discurso más extensamente elaborado para no perder el control. El matrimonio había sido tratado como un mecanismo social y económico mediante el cual se unían intereses familiares y se manifestaban objetivos de grupo más que emociones personales. También era el núcleo básico que mantenía las costumbres, el orden y determinadas tradiciones. Mediante la familia se regulaba el comportamiento cotidiano de las relaciones familiares, procurando que no se alterara el orden social y no se transgredieran las normas. Cabe mencionar, que en la actualidad algunos matrimonios ya no están tan íntimamente ligados a la iglesia, por lo que esta institución ha perdido un poco de fuerza y de control sobre las familias mexicanas.

Dentro de la iglesia católica, existía el acto de confesión que fue durante muchos años y sigue siendo utilizado como un mecanismo de persuasión y una forma de imponer los valores y conseguir la aceptación de toda una cultura, originando en los creyentes sentimientos de culpa. La confesión no sólo hacía un análisis crítico del comportamiento de las personas sino que penetraba en el pensamiento.

Otro aspecto que la iglesia reprimía eran las prácticas sexuales, ya que estas tenían un solo objetivo legítimo y admitido, la perpetuación de la especie. El amor físico sólo encontraba su expresión legítima en el amor conyugal, alcanzado a través del matrimonio, y sólo mediante este se podía poner en práctica.

Con respecto a la iglesia, Lagarde (1990) comenta que además de controlar la vida sexual, la iglesia podía reconciliar a las parejas que habían vivido separadas por algún tiempo. En plena época colonial la posición de la mujer se encontraba debilitada por su

dependencia económica, su menor fuerza física y la subordinación legal y social al marido, y además por la obligación de cumplir con las exigencias físicas del matrimonio.

Si hacemos un análisis sobre cómo la religión ha sido un instrumento ideológico que se ha utilizado para reforzar los valores en relación con el deber ser femenino, encontramos que se impuso a la Virgen María como un nuevo modelo de identificación con el que se transmitieron los siguientes valores: ser santa, callada, modesta, humilde y fundamentalmente ser madre, sin haber gozado del cuerpo.

La Virgen María se convierte en el modelo de las mujeres como mártir del dolor. En este contexto se sitúa la maternidad, con el hecho real de responsabilizar a la mujer no sólo de la gestación sino del cuidado, crecimiento y formación de los hijos, y en ocasiones desempeñando una doble jornada, al tener la necesidad de trabajar fuera de su casa.

Uno de los mitos que se ha creado en torno a la mujer es el de la virginidad, que anula la vida sexual de la mujer y no le permite el goce de su cuerpo.

Otro personaje que tiene que ver directamente en la producción de una valoración hacia la mujer fue Eva, quien es reconocida como “primer ser humano mujer y, por lo tanto madre de toda la especie humana”.

El libro de Génesis contiene dos relatos distintos de la creación de la mujer. En el primero, Adán y Eva son creados simultáneamente por Dios. En el segundo, Adán es dormido y Dios le extrae una costilla de la que nace Eva. El cristianismo ha marcado el acento en la segunda versión desde el apóstol Pablo hasta los Santos Padres de la iglesia, y así hasta nuestros días. El que Eva fuera creada después y a partir de Adán (el hombre) ha justificado durante veinte siglos el hecho de que la mujer debiese obedecer al varón y sentirse inferior a él pues había sido hecha a imagen suya y él en cambio lo había sido a imagen de Dios (Génesis 1 y 2).

Cabe señalar que aunque la historia de Adán y Eva no aparecen en ningún otro pueblo de la antigüedad aparte del hebreo, su difusión a partir del cristianismo lo convierte en un punto clave de las relaciones hombre mujer en la cultura occidental, la categoría de poder que lleva implícito el que Adán haya existido antes que Eva ha sido un argumento tan

utilizado a través de estos mil años que todavía en la actualidad la iglesia se resiste a abandonarlo.

De esta manera, podemos afirmar que existe una concepción de la mujer como un ser derivado de otro. La mujer es el ser que se crea para servir (para entretener) para acompañar en alegrías y pesares. Su creación no fue hecha libremente, fue hecha en función del hombre. La mujer ha vivido siendo lo que otros quieren que ella sea. Esto se remarcó con la expulsión de Adán y Eva del paraíso terrenal, Eva fue condenada a parir con dolor a sus hijos y a estar sujeta a la voluntad de su marido.

Con respecto a lo anterior, Hierro (1997) señala, la situación de desigualdad que viven específicamente las mujeres católicas en una sociedad patriarcal, influida por la jerarquía eclesiástica católica, a nivel pastoral. Pertenecen a sectores cuyos prejuicios y rezagos culturales constituyen un freno para su liberación, en donde la participación de la mujer se ubica en la familia, la cual se utiliza para la reproducción y como sistema de dominación y en donde se enseña la adquisición de atributos que la sociedad patriarcal juzga femeninos.

1.4.3 LA CULTURA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA

Otro aspecto ideológico que ha ejercido gran influencia en el papel que ha desempeñado la mujer en la familia y en la sociedad son los medios de comunicación masiva. Estos medios van desde los impresos (periódicos, revistas, fotonovelas etcétera) hasta los electrónicos (televisión, radio, video, cine, etcétera), (López, 1990).

Existe una relación de los medios de comunicación masiva con la situación histórico social y con las características de socialización de la cultura. Los medios de comunicación no se imponen ni desplazan auténticas formas culturales, sólo refuerzan acciones sociales e influyen en la vida cotidiana de la estructura social.

Por su parte, Salazar (1991) reconoce que la función de los medios es la de mantener el orden establecido, no por si solos sino como reforzadores y reproductores de los valores e ideologías de la clase dominante en la sociedad, ya que los medios responden a la situación social en la que están inmersos.

Los medios tienen como propósito fabricar consumidores, utilizando la imagen de la mujer de manera distorsionada y degradante para inducir al consumo de una amplia diversidad de productos superfluos.

Esquivel (1989) menciona que la imagen de la mujer aparece de muy diversas maneras adquiriendo funciones importantes tales como: promover la venta de innumerables artículos y servir de apoyo al estatus que refleja y refuerza la imagen de la mujer que requiere. En el siglo pasado, específicamente durante la segunda guerra mundial a mitad del siglo XIX, la imagen de la mujer era vista por periódicos y revistas cumpliendo sus funciones de esposas y madres. Se reconocía que la mujer podía y tenía la capacidad de desarrollar cualquier labor intelectual, sin embargo, se mantenía la idea de que la mujer debería seguir desempeñando actividades del hogar.

Al respecto Hierro (1997) considera que a pesar de todos los intentos por erradicar la violencia de género y de que exista una real democracia dentro de la sociedad actual, es lamentable observar que sigue persistiendo el maltrato a la mujer y la violación a sus derechos tanto personales y laborales como profesionales. Uno de los medios por los que se denigra más a la mujer es a través de los medios de comunicación masiva, que utilizan sin miramientos el cuerpo de la mujer como medio de explotación, presentando a mujeres esbeltas, y bellas anunciado todo tipo de productos y servicios.

Para Jiménez (1999), los medios de comunicación siguen dando una imagen tradicional de la mujer que permite reforzar cuál debe ser su rol y emite imágenes contradictorias, pues se les exige ser la síntesis de personalidades incompatibles: por un lado la imagen de la mujer tradicional y por el otro la de símbolo sexual y mujer objeto, los mensajes que emite aparecen desapercibidos y disfrazados, tanto en los cortos publicitarios como en la programación.(telenovelas, series policiales, noticieros, etcétera) y tienen como objeto común, mantener la división sexual del trabajo.

Cabe señalar que en la actualidad, con base en diversos trabajos que se han realizado en torno a la imagen de la mujer en los medios de comunicación masiva se han encontrado lo siguiente: las revistas femeninas no sólo están altamente provistas de un contenido político, no sólo venden contenido político. Sino también opiniones y juicios,

imponen pautas de comportamiento e ideas sobre la mujer. Obedecen a necesidades del mercado. No sólo son objeto de venta sino son a la vez promotoras de consumo de otros objetos (López, 1990).

La moda que se presenta como arma de imitación, fundada en la vanidad, tiene como objetivo hacer pensar a la mujer en el efecto mágico del vestido, en una transformación por el hecho de usarlo. La moda apoya la imagen de la mujer que vale como elemento decorativo, como objeto sexual y de consumo, destinada a agradar a los hombres.

Se considera que el atractivo físico es fuente de influencia sociales, que casi siempre operan a favor de las personas que cumplen los cánones de belleza. La mayoría de las mujeres desean ser más delgadas. Esta discrepancia en la autoimagen está detrás de los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia. También estudios han revelado que las mujeres presentan mayores discrepancias que los hombres entre su aspecto ideal y el real en lo que se refiere a musculatura, piel, peso... Hombres y mujeres descontentos se preocupan de igual manera en mejorar su imagen. La insatisfacción con el cuerpo aumenta después de los veinte años en las mujeres y en los hombres aún no se ha determinado una edad en que comienza esta percepción. A las mujeres obesas se les ve menos atractivas y deseables como parejas, y se considera que poseen menos habilidades sexuales. Por ello pueden ser percibidas con menores posibilidades de mantener una pareja sexual estable e incluso de experimentar deseo sexual. A su vez, a los obesos son considerados menos atractivos en el ámbito sexual y menos deseados como parejas (www/mediosdecomunicación.com.mx)

Se cree, que para los guapos la vida es más fácil; las personas físicamente atractivas en cuerpo y cara son consideradas más persuasivas y tienen más posibilidades de encontrar pareja. Son más apoyadas socialmente y normalmente funcionan mejor con el lenguaje no verbal. Se encuentran mejor adaptadas al medio en que viven. Son más deseables para los demás, percibidas como más competentes, más sanas. Y para rematar se les ve como más dotadas en el ámbito de las relaciones sentimentales. Todo lo anterior se basa en la premisa de que “todo lo bello es bueno” descrita por Dion, Berscheid y Walster (1972; citados en Estrada y Zúñiga, 1997)

Estos anuncios que llegan a todo tipo de población, despiertan el interés de mantener un cuerpo esbelto y bien formado con tal de sentirse en onda y a la moda, sin importarles todo lo que tengan que hacer para lograrlo, ya que si son bellas y esbeltas sienten que serán más aceptadas por toda la sociedad en su conjunto. Si son solteras conseguirán novio, si son casadas el marido las amara más, se sentirán orgullosos de ellas, tendrán mejores oportunidades de empleo. Si al contrario tienen sobrepeso se pueden sentir rechazadas, feas y poco atractivas, porque así lo dice la sociedad, y los medios de comunicación como son las revistas y los anuncios de la televisión. Los cantantes y actrices que están de moda son gente muy delgada y es la moda que se impone, e incluso a veces hasta los amigos más cercanos hacen comentarios alusivos al peso o la imagen corporal.

1.5 ALGUNAS POSIBLES CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Dentro de la violencia de género, la que se considera que deja mayores posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas es la violencia familiar (conyugal), ya que algunos estudios señalan que la exposición constante a la violencia desde temprana edad, puede impactar en las capacidades cognoscitivas, emocionales y sociales de las personas, haciendo a las víctimas susceptibles de presentar síntomas psicósomáticos, estados depresivos y psicóticos, maltrato físico y emocional dentro del hogar, ser abusado sexualmente, presentar bajo rendimiento escolar, tener problemas de conducta y adicciones, lo cual entre otras graves consecuencias, puede convertir al menor en un infractor (Walker, 1990; citado en Corsi, 1995).

Por su parte, Cidhal (1998) considera que es importante señalar que los menores testigos de violencia aparte de presentar los diferentes tipos de afecciones antes señaladas, pueden jugar un papel importante en la transmisión intergeneracional de la violencia, ya que las hipótesis sugieren que el haber sido testigo de violencia entre sus padres puede ser un posible predictor de ser golpeador en la vida adulta.

Por su parte, las niñas testigo de la violencia pueden en el futuro, ser susceptibles a establecer relaciones de pareja con un hombre abusivo, partiendo del modelo de aprendizaje que tuvieron de las parejas paternas.

Es un hecho innegable que la exposición a la violencia puede afectar el nivel físico y psicológico de las mujeres inmersas en relaciones de abuso, las investigaciones realizadas señalan que las mujeres golpeadas muestran mayor propensión que las no golpeadas a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de emergencia, tomar drogas, padecer de alcoholismo y farmacodependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico (Trujano, 1997).

Los padecimientos asociados con el maltrato pueden incluir dolor de cabeza crónico, dolor abdominal, dolor muscular, infecciones vaginales recurrentes, alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, fracturas, luxaciones, depresión, embarazos no deseados, dolor pélvico crónico, asma, abuso de drogas y alcohol, contagio de enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo el VIH, etcétera.

En estudios basados en datos hospitalarios, se señala que las víctimas de la violencia fueron 13 veces más propensas de presentar lesiones en los senos, pecho o abdomen que las víctimas de cualquier otro tipo de accidentes.

Por otro lado, dentro del ámbito laboral la mujer tiene que librar diariamente una batalla contra una sociedad machista que aún no reconoce las capacidades intelectuales de la mujer. La sociedad actual no permite una real igualdad de oportunidades de empleo para mujeres y hombres, ya que en muchas empresas se sigue fomentando el mito de que la mujer no puede ocupar puestos gerenciales, aunque cuente con la preparación suficiente para desempeñarlo satisfactoriamente.

En muchas ocasiones se le brinda un salario menor que a un colega hombre, que incluso esté menos preparado. Esto en ocasiones trae consecuencias desfavorables como un sentimiento de frustración de que no se le reconozca su capacidad y esfuerzo, sintiéndose impotente ante tal situación.

Como lo menciona López (2001) otro aspecto que perjudica al grueso de la población femenina, es el culto a la belleza y al cuerpo esbelto, en muchas empresas sobre todo las consideradas de prestigio es primordial tener un buen cuerpo y una agradable

apariciencia física para conseguir el empleo, sin considerar realmente las aptitudes y actitudes intelectuales de las mujeres. Existen empleos en donde es explotado el cuerpo femenino al cien por ciento, viéndolas sólo como objetos y no como sujetos pensantes.

Como ya se mencionó anteriormente, el hostigamiento sexual es un problema al que se enfrentan con mucha frecuencia la mujeres dentro del ámbito laboral, este tipo de abuso, es el que puede ocasionar con mayor frecuencia daño psicológico ya que puede descontrolar totalmente a la víctima, hasta llevarla a perder el trabajo o acceder a este tipo de peticiones sólo por conservarlo, perdiendo así gran parte de su autoestima, sintiéndose mal consigo misma y con sus seres queridos (Corsi, 1995).

Dentro del aspecto social, la mujer se siente rechazada por la sociedad ya que no se le permite tener un crecimiento a la par que los hombres, en ocasiones se le niega el acceso al mundo político de la sociedad en la que vive.

Es curioso darse cuenta de que la mujer es marginada desde que nace por su condición de mujer, desde la educación informal que se recibe dentro de la familia hasta la formal que recibimos dentro de alguna institución, en donde se nos enseñan los diferentes roles que se deben seguir a lo largo de nuestra vida. Esta educación permite en muchas de las ocasiones darse cuenta de la realidad que existe dentro de la sociedad. Sin embargo, se siguen aceptando los roles aprendidos sin cuestionarlos o debatirlos y de esta manera se sigue perpetuando la condición machista de los hombres y el sometimiento de la mujer.

En cuanto a la religión, ésta ha cambiado un poco en la actualidad, ya que no se siguen los preceptos originales. Al contrario, al paso de los años esta institución ha perdido fuerza y credibilidad en gran parte de la población católica, pero aún para el sector aunque sea menor que confía en esta doctrina, el sometimiento de la mujer sigue siendo el mismo que hace ya varios años sobre todo en los Estados de la República en donde hay gran número de personas de bajos recursos que ven como única salvación a la religión. En estas poblaciones parecer ser que el tiempo no ha pasado, y la mujer sigue siendo víctima del

esposo que es el patriarca de la familia y ella sigue dedicándose de lleno a las labores del hogar y el cuidado de los hijos.

En sociedades en donde ya no se respeta tanto la religión, las cosas han cambiado un poco para la mujer. Ya se le permite trabajar, controlar su maternidad y los deseos de su cuerpo, así como tomar decisiones dentro del hogar y participar más en los aspectos sociales de su comunidad.

Por su parte, los medios de comunicación masiva tienen gran influencia dentro de las sociedades actuales; estos son los que determinan la moda así como el tipo de cuerpo que la mujer actual debe poseer, lo que representa una violencia más de género sobre la mujer ya que es estereotipada de acuerdo a los cánones de belleza actuales.

CAPITULO 2 PREADOLESCENCIA

2.1 QUÉ ES LA PREADOLESCENCIA

En el presente capítulo abordaremos el tema de preadolescencia y adolescencia; mencionaremos los cambios físicos, biológicos y psicológicos, así como la influencia social y de los medios de comunicación en esta etapa de desarrollo.

Para comprender mejor qué es la preadolescencia es necesario definirla:

Desde el punto de vista de la Psicología del desarrollo, Watson (1991) considera difícil definir los límites de la adolescencia ¿cuándo comienza y cuándo termina? Para él, las características de la adolescencia aparecen entre los 9 y 12 años de edad con los cambios físicos y de conducta a los que se llama preadolescencia.

La preadolescencia es la transición después de la niñez, ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en la dimensión física, sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autonomía, autoestima e intimidad. Asimismo, los cambios biológicos de la pubertad señalan el final de la niñez, dando como resultado un rápido crecimiento en estatura y peso (el segundo en velocidad después de que se presenta en la infancia), cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y la llegada a la madurez sexual.

La preadolescencia puede definirse tal vez en forma simple, como el periodo o etapa del desarrollo que separa a la infancia de la edad adulta (Watson, 1991). Comienza con la aparición de la pubertad y hay una serie de cambios fisiológicos generales, y cambios específicamente sexuales, que culminarán con la maduración de los órganos sexuales.

A su vez, Gómez (1997) menciona que la preadolescencia es una etapa crucial de la vida en que se producen cambios biológicos que inician, por un lado, con la transformación física –formas y tamaño corporal – y por el otro, con la materialización de nuevas funciones físicas y psicológicas que afectan la configuración de lo que será el núcleo de la

autorepresentación, en la que la imagen corporal junto con el autoconcepto y la autoestima, adquieren una nueva dimensión.

Por su parte, Pick (1990) considera que la etapa de preadolescencia implica una serie de cambios biológicos y psicosociales, que hacen que el adolescente esté ante una nueva forma de sentirse y percibirse y de sentir y percibir lo que lo rodea.

Asimismo, Papalia (2001) define a la preadolescencia como una etapa de transición, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Dura casi una década desde los 10 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20. Ni el punto de iniciación ni de terminación están marcados con claridad. Se considera que la preadolescencia comienza con la pubertad, proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad y a la capacidad para reproducirse. En la actualidad, la entrada a la edad adulta En la actualidad, la entrada a la edad adulta toma más tiempo y está menos definida. La pubertad en algunos casos comienza más temprano de lo acostumbrado.

Para comprender mejor este proceso, expliquemos un poco cómo inicia: La pubertad comienza con un acelerado incremento en la producción de hormonas sexuales. Primero, entre los cinco y los nueve años (antes de que aparezca cualquier cambio físico) las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, que incidirán en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial. Años después, en las niñas, los ovarios iniciarán su producción de estrógenos, que estimularán el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos.

En los muchachos, los testículos incrementan la producción de andrógenos, particularmente de testosterona, que estimulan el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Los muchachos y las niñas tienen ambos tipos de hormonas pero las niñas tienen niveles más altos de estrógenos y los muchachos de andrógenos; en las chicas, la testosterona influye en el crecimiento del clítoris, lo mismo que en el de los huesos y el vello púbico y axilar.

Cabe mencionar que algunas personas pasan la preadolescencia muy rápido, mientras que otras lo hacen más lentamente. Las niñas en promedio, comienzan a mostrar el cambio de la pubertad entre los ocho y los diez años de edad. Sin embargo, es normal que algunas veces empiecen a presentar los primeros signos desde los siete años, o bien hasta los catorce. En los muchachos, la edad promedio del inicio de la pubertad es a los 12 años, pero sus cambios pueden empezar en cualquier época entre los nueve y los dieciséis años.

El momento preciso en que este crecimiento repentino de la actividad hormonal comienza puede estar relacionado con la llegada a un nivel de peso crítico. Tanto en hombres como en mujeres, pero son estas últimas quienes le dan más importancia. (problema en el que nos centraremos más adelante).

Por otro lado, algunas investigaciones atribuyen el aumento en el comportamiento emotivo y el estado de ánimo de la adolescencia a los cambios hormonales. Por ejemplo, las hormonas están asociada con la agresión en los muchachos y con la depresión en las niñas (Brooks- Gunn, 1988; Buchanan, Eccles y Becker, 1990; citados en Papalia, 2001). También otros factores influyen, como la edad, sexo y temperamento, así como el momento en que empieza la pubertad y pueden moderar o acelerar los factores hormonales.

Las hormonas parecen estar más relacionadas con más fuerza en el humor de los muchachos que en el de las niñas y, en especial en los adolescentes tempranos, que aún se están ajustando a los cambios de la pubertad.

2.2 ASPECTOS FÍSICOS Y BIOLÓGICOS

Algunos de los principales cambios observados durante la preadolescencia son:

- Los cambios corporales.

La Pubertad comienza a los 10 años y medio para las chicas, y a los 11 y medio para los chicos, con una duración aproximada de 3 ó 4 años.

El crecimiento repentino de la adolescente se presenta en un rápido aumento en la estatura y el peso, que generalmente comienza en las niñas entre los 9 ½ y los 14 ½ años (por lo general, a los 10 años).

En las chicas, el comienzo de la pubertad está marcado por desarrollo de los senos, crecimiento del vello axilar y púbico. Los ovarios aumentan de tamaño al igual que las trompas y el útero, la vagina se alarga, la vulva se vuelve más rosada y húmeda, los labios mayores y menores aumentan su tamaño. Aparece la menarquía y la menstruación. Hay un “estirón puberal”, donde hay una aceleración en el crecimiento corporal.

En las chicas la pelvis se ensancha para facilitar el trabajo de parto y las capas de grasa aumentan justo debajo de la piel, dándole un aspecto más redondeado.

En los muchachos entre los 10 ½ y los 16 (usualmente entre los 12 y los 13). El crecimiento repentino suele durar cerca de dos años, poco después de que termina, el joven alcanza su madurez sexual.

En los chicos, el primer signo puberal es el crecimiento de los testículos y las bolsas escrotales. Aparece el vello facial, púbico y axilar. Hay crecimiento longitudinal del pene. Los testículos comienzan a producir espermatozoides, aparecen los sueños húmedos. También hay un “estirón puberal”, y hay aumento de la estatura y del nivel muscular, alcanzando una morfología típicamente adulta.

El crecimiento repentino del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Inclusive los ojos crecen más rápido. La mandíbula inferior se vuelve más grande y gruesa, la quijada y la nariz se proyecta más, y los incisivos se vuelven más sobresalientes. Algunos chicos debido a la tensión experimentan un crecimiento temporal del pecho; esto es normal y puede durar hasta dieciocho meses. Especialmente en los muchachos la voz se vuelve más profunda en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y a la producción de las hormonas masculinas. El aumento de actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) pueden producir granos de grasa y puntos negros. Por esto el acné es más común en los muchachos y se relaciona con el incremento en las cantidades de testosterona.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Los arrolladores cambios físicos de la adolescencia generan implicaciones psicológicas. Ya que además de los sentimientos acerca de los sueños húmedos o la llegada de la primera menstruación muchos jóvenes tienen fuertes reacciones ante los cambios en su aspecto físico y la maduración temprana o tardía.

Esta perturbación a las que se enfrentan los adolescentes, tiene que ver con si maduran más pronto o mucho después de lo usual. Parece existir una estrecha relación entre la madurez sexual y el desarrollo de la personalidad. Uno de los primeros trabajos en el estudio de crecimiento (realizado por Jones, 1943; citado en Watson, 1991), ha demostrado diferencias importantes entre varones que maduran más temprano y aquellos que maduran después que sus coetáneos. Se encontró que los varones que maduran más temprano tienen la mayoría de las ventajas. Pueden ser altos y estar más desarrollados para su edad, tal vez por esto acepten posiciones de liderazgo y responsabilidad, esto les puede ocasionar más problemas de lo que en realidad pueden manejar, pero por lo general el adolescente se da cuenta de que tiene más ventajas que desventajas. Son capaces, por ejemplo, de aprender funciones adultas antes que sus coetáneos. Por otra parte, los niños de madurez tardía pueden estar en una fase diferente a la de sus coetáneos. Cuando tienen 15 o 16 años, y aún no han entrado a la pubertad, pueden ser ignorados o rechazados por sus amigos. Debido a su pequeño tamaño y debilidad física, pueden ser más dependientes, agresivos e inseguros, se revelan más contra sus padres y piensan menos en sí mismos.

Es evidente que hay aspectos a favor y en contra en ambas situaciones. A los muchachos les agrada madurar pronto ya que en ocasiones esto les permite aumentar su autoestima. Al ser más musculosos que los que maduran después, se consideran más fuertes, y logran mejores resultados en deportes y tienen una imagen corporal más favorable. También tienen una ventaja en las citas con las chicas (Alsak, 1992; Clausen, 1975; citados en Papalia, 2001).

Sin embargo, a las chicas, les agrada si el momento en que se presentan sus cambios es al mismo tiempo que el de sus compañeras. Estudios han reportado que las niñas que maduran temprano tienden a ser menos sociables, expresivas y menos equilibradas, son más introvertidas y tímidas y tienen sentimientos más negativos acerca de la menarca (Jones, 1958; Livson y Peskin, 1980; Ruble y Brooks-Gunn,1982; Stubbs, 1989; citados en Papalia, 2001) tal vez porque se sienten obligadas a afrontar las presiones de la adolescencia antes de estar listas, son más vulnerables a la presión psicológica y mantienen esta condición hasta cerca de los 25 años de edad.

Otro aspecto negativo al que se enfrentan las niñas que maduran pronto, es el cómo reaccionar ante el interés de otras personas acerca de su sexualidad. Ya que en ocasiones tanto padres como maestros asumen que las niñas que parecen maduras, son sexualmente activas y pueden tratarlas de manera más estricta o con desaprobación. También otros adolescentes pueden someterlas a presiones para las que no están preparadas. En diversas situaciones pueden echar relajo con muchachos y hombres jóvenes y verse enfrentadas a exigencias sexuales apropiadas a su apariencia física pero no a su edad.

Algunas investigaciones sugieren que estas niñas son más propensas a tener una imagen corporal más deficiente y una baja autoestima en comparación con las niñas que maduran más tarde.

Una niña que madura rápido puede sentirse menos atractiva si sus nuevas curvas chocan con los patrones culturales que equiparan la belleza con delgadez. Pueden sentirse muy mal si ven que están cambiando para empeorar, no para mejorar (Crockett y Peterse, 1987; citados en Papalia, 2001).

Una de las características de los adolescentes es que prestan más atención a su cuerpo, desarrollan nuevos sentimientos y actitudes hacia él. Así, la apariencia y las destrezas físicas van a condicionar su imagen, actitudes y sentimientos hacia su propio cuerpo.

Con respecto a la apariencia Siegel (1982; citado en Papalia, 2001) considera que los adolescentes están más preocupados por su apariencia física que por cualquier otra condición, y suele suceder con mucha frecuencia que a muchos no les guste lo que ven en el espejo. Los muchachos quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas esperan ser lindas, delgadas pero torneadas, con piel y cabello hermoso. Cualquier aspecto que los muchachos piensen que parece femenino o las chicas que parece masculino los hará sentirse miserables. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, complexión y rasgos faciales.

Las niñas, en especial quienes están en una época avanzada de su desarrollo en la pubertad, muestran un aumento normal en la grasa de su cuerpo y esto puede llevar a una preocupación por la imagen corporal y el control de peso. En ocasiones, tienden a pensar que son demasiado obesas cuando en realidad no es así, y esta preocupación por su aspecto físico, lleva a las niñas adolescentes a sentirse más infelices por su apariencia que los muchachos, quizá debido a que hay un mayor énfasis cultural en los atributos físicos de las mujeres (Petersen, 1983; citado en Papalia, 2001). A su vez esta imagen negativa de su cuerpo puede llevarlas a presentar trastornos en la alimentación.

Otros aspectos que considero necesario mencionar son las relaciones de pareja, que son muy importantes en esta etapa, ya que si una adolescente ha comenzado una relación con un muchacho, en particular si es íntima o si ha comenzado a menstruar poco tiempo antes, tiende a preocuparse por la dieta y la imagen corporal, siendo más susceptibles a los trastornos en la alimentación.

Al respecto Raich (2000) considera las citas como momentos estresantes para las chicas ya que éstas que se encuentran en la adolescencia, etapa en donde su cuerpo está cambiando rápidamente y en el que comienzan las primeras salidas con personas del sexo opuesto, la necesidad de agrandar (orientación interpersonal) y de seguir los cánones de la moda del momento (patrón de belleza) factores que pueden explicar la aparición más frecuente de trastornos de la alimentación en las jóvenes.

Los cambios en la alimentación después de iniciada la pubertad, pueden llegar a sorprender pues muchos preadolescentes atraviesan por un breve periodo de cambios en su peso. Sin embargo después de que su crecimiento físico se ha estabilizado, la mayoría de los jóvenes pueden regular su alimentación mediante algunos ajustes en su dieta. Sin embargo, algunos no logran hacerlo. Comerán mucho, o muy poco, o continuamente pasarán del exceso en la comida a las “dietas rigurosas” (Conger, 1980).

Cabe recordar que en la adolescencia, según Buendía y Rodríguez (1996), las chicas en promedio necesitan cerca de 2200 calorías por día; los varones, alrededor de 2800. Sin embargo, los jóvenes (como cualquier otra persona) deben evitar la “comida chatarra” como papas fritas, bebidas gaseosas, helados que son altos en colesterol, grasas y calorías, y bajos en nutrientes, alimentos que son los preferidos de los adolescentes ocasionando muchas de las veces sobrepeso.

Muchos adolescentes comen más calorías de las que gastan y por eso acumulan exceso de grasa en el cuerpo. La obesidad es el desorden más común en la alimentación en niños de entre los 12 y 17 años de edad. Algunas de las causas de la obesidad, son muy poca actividad física y hábitos de alimentación deficientes.

A veces, la determinación para no volverse obeso puede conducir a problemas muy serios en la alimentación. Por la presión en la salud y la belleza, algunos adolescentes – especialmente las niñas – encausan su vida en una batalla para reducir de peso que, en algunos casos, se convierte en patológica. En recientes estudios se ha encontrado que este es un problema muy común en la sociedad actual (Ávila, Lozano y Ortiz, 1997).

En un estudio con niñas desde quinto hasta octavo grado, el 31% dijo que estaba a dieta, el 9% en ocasiones no comía y el 5% se había inducido el vómito. Entre 497 estudiantes del último año de secundaria de áreas urbanas, casi el 66% de las niñas se preocupaba por el peso y la dieta, en comparación con el 15% de los muchachos (Casper y Offer, 1990; citados por Gómez y Ávila, 1998).

Este mismo autor también comenta que las relaciones de las adolescentes con sus padres y compañeros pueden ser un factor en el desarrollo de desórdenes en la alimentación. En un estudio, a 240 niñas blancas de áreas suburbanas de los grados quinto a noveno se les pidió que manifestaran su acuerdo o desacuerdo con enunciados como “Estoy aterrorizada con mi peso”, “me gusta que mi estómago esté vacío”, y “comer demasiado me hace sentir gruesa y fea”. también se les preguntó a las niñas acerca de la cantidad de tiempo que pasaban con sus padres y la cercanía y la amistad de esa relación. Encontrándose que las niñas que tenían relaciones positivas con sus padres tenían menos peso y menos preocupación con respecto a la alimentación (Papalia, 2001).

Cabe mencionar que la mayoría de los jóvenes pasan la adolescencia sin mayores problemas emocionales. Sin embargo, algunos sufren de crisis depresivas de moderadas a severas, que pueden llevarlos a pensar, o intentar, el suicidio. Estudios recientes han reportado que antes de la pubertad, los índices de depresión son los mismos en niñas y niños; no obstante después de los 15 años, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de ser depresivas en comparación con los hombres.

Las niñas también tienen más probabilidades que los muchachos de experimentar varios cambios estresantes en la vida casi al mismo tiempo. Por ejemplo, el cambio de la primaria a la secundaria si la vive dentro de la pubertad o justo después de ella, corre mayor riesgo de padecer depresión. Ya que las niñas empiezan su pubertad más temprano, presentan más probabilidad que los muchachos de experimentar estos dos eventos de manera simultánea (López,1996).

Es difícil generalizar los efectos psicológicos de la época de la pubertad porque ellos dependen en gran medida de la manera en que los adolescentes y las demás personas de su mundo interpretan los cambios que le acompañan.

El Adolescente en la Sociedad

La preadolescencia es definida sociológicamente como el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Es una etapa crucial en la vida del ser humano, en donde se fundamentan las bases de su estructura personal definitiva.

La conceptualización de la preadolescencia o adolescencia tiene amplias variaciones a nivel mundial, las cuales se aprecian cuando se analizan las diferencias existentes entre las sociedades modernas muy tecnificadas, en las cuales este periodo se alarga hasta que se culminan ciertos logros determinados por las condiciones políticas, económicas, oportunidades de estudio, de conseguir vivienda, etcétera; en comparación con las sociedades más tradicionales, muy consecuentes con sus costumbres ancestrales, en donde la adolescencia se acorta notoriamente ya que al llegar a la pubertad se le asignan responsabilidades de adulto, como sucede en las culturas indígenas (Buendía, y Rodríguez, 1996).

Es por lo anterior que la adolescencia socialmente debe entenderse dentro del amplio contexto de lo histórico, político, cultural, religioso, económico y étnico; en donde las tensiones del individuo, originadas por los cambios físicos y psicológicos propios de la edad, emergen de complicados ajustes para enfrentar su acoplamiento social en estructuras deficitarias para sus expectativas (Fernández, 1991; citado en Escamilla, 1996).

Perfil Psico-Social del Adolescente

Los cambios en la adolescencia son parecidos y tipificados en general para el grupo, pero con expresiones particulares de la individualidad y el ambiente socio-cultural que lo circunda (Fernández, 1991).

Asimismo, para Nava (2001) las características más usuales en esta edad son:

- Tendencia a estar en grupos con otros adolescentes: en la búsqueda de su identidad, y es así que se viste, habla y se conduce según las normas del grupo que ayudan a reforzar su yo.

- Necesidad de intelectualizar y fantasear: Piensa y analiza la información que recibe, para sacar sus propias conclusiones; la imaginación tiene alas de libertad, lo cual hace que se distraiga con frecuencia.
- Crisis religiosas y políticas: Analiza, duda y cuestiona todos los conceptos religiosos inculcados en la niñez , y la organización político-social en que vive.
- Desubicación temporal: El tiempo tiene perspectivas de acuerdo a su intereses, hay un inmediatismo acuciante o un postergar indefinido. Todo es “ahora o nunca” o “hay tiempo para todo”.
- Constantes variaciones del estado anímico: Alternativamente en un momento está de mal humor y pocos minutos después muy alegre, desbordando entusiasmo que revela la situación conflictiva de su mundo interno.
- Evolución de su identidad sexual: Se define en un proceso que lo lleva a explorar desde el autoerotismo (masturbación) y experiencias ocasionales con adolescentes de su mismo sexo, hasta llegar a la definición sexual, en donde generalmente se establece su preferencia por el sexo opuesto (heterosexualidad).
- Actitud social reivindicatoria: Reclama de los adultos una conducta coherente con lo que expresan, por lo que cuestionan “todo y a todos”. Además, el adolescente se inicia en la toma de conciencia social, a la que desea mejorar con su participación activa, y es por esto fácilmente conquistado por partidos políticos, sectas religiosas, grupos de voluntarios, etcétera, que le ofrezcan un horizonte que él considere diferente.
- Manifestaciones conductuales contradictorias: Cambia de opinión y conducta en una secuencia rápida de acuerdo a las circunstancias e intereses.
- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad: Donde él piensa que puede experimentar con todo y sin peligro, ya que sólo los demás están expuestos a riesgos de enfermedades.

Metas Psico-Sociales del Adolescente

El desarrollo personal del adolescente está determinado por sus logros en áreas específicas que sustentan las bases para una adultez armónica y equilibrada. Necesita

adquirir autonomía e independencia del seno familiar, ser parte de un grupo donde comparta sus intereses y actividades para reforzar sus creencias, actitudes y valores; compartir aspectos privados e íntimos con una pareja.

Pick, (1990) considera a los siguientes factores, como determinantes en el ajuste psico-social del adolescente:

Factores familiares: la estructura y ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano de adolescente con factores protectores de salud integral, o determinar factores generadores de daño al adolescente que se perpetúan en la edad adulta.

Estos factores involucran:

- ⊃ Estructura de familia (padres presentes o ausentes).
- ⊃ Comunicación familiar (frecuencia, amplitud).
- ⊃ Crisis de edad adulta (de los padres y su manejo intra familiar).
- ⊃ Conflictos familiares (violencia, abuso sexual).
- ⊃ Ejemplos familiares (hábitos, drogas, etcétera).
- ⊃ Situación económica-social que determina otras oportunidades.
- ⊃ Normas éticas y morales (flexibles-estrictas muy permisivas).

Factores sociales: el tipo de integración que el adolescente efectúe en la sociedad, depende de las características que actualmente la definen. Así como las nuevas capacidades cognoscitivas le van a permitir dejar la realidad concreta por el pensamiento abstracto. Temas como la identidad, la sociedad, la existencia, la religión, la injusticia, la moralidad, el amor la amistad etcétera; son de gran interés para el preadolescente y adolescente sobre los que genera sus propias ideas y opiniones.

- Ejemplo moral y ético: que promueve el abandono de principios y una visión ambigua ajustada a intereses mezquinos, además de la tolerancia a la corrupción con una justicia mediatizada.
- Presión negativa por otros adolescentes para que actúe según deseos del grupo.
- Doble cara social para juzgar la conducta adolescente: permisiva por un lado y destructivamente crítica por otros.
- Cambios determinantes por la urbanización, migración y turismo; con su innegable influencia en las oportunidades y ambiente del adolescente.
- Prolongación del periodo de educación formal que aunada a la situación de escasas oportunidades educacionales y laborales, prolongan la dependencia económica.
- Valores sociales: que promueven el dinero, el placer, la satisfacción inmediata, la prepotencia del poder, etcétera; por encima de la justicia, lealtad, honestidad y principios morales.

Watson (1991) menciona que durante la preadolescencia se desarrollan nuevas capacidades y necesidades de integración en el mundo sociolaboral adulto. Necesita asumir mayores responsabilidades y roles de adulto. La sociedad debe facilitar la autonomía e independencia y fomentar el espíritu crítico; reconocer sus necesidades sexuales, ofrecer una excelente educación sexual para todos y cada uno de los preadolescentes y adolescentes.

Como ya se mencionó anteriormente, en los últimos años, se ha observado un incremento considerable en la preocupación de la imagen corporal en niños y niñas muy pequeños. Tal vez esto se deba a la sociedad en la que vivimos, que exige una apariencia delgada. Aunado a esta exigencia el preadolescente se enfrenta al deseo de aceptación de sus iguales, de sus padres y de la sociedad en su conjunto.

Por ser los adolescentes muy sensibles a los defectos físicos y a las situaciones humillantes, la comparación con personas poco atractivas puede fomentar un alto grado de sentimientos de inferioridad. En las primeras relaciones o interacciones sexuales, el atractivo físico juega un papel muy importante para los adolescentes. Dentro de las

habilidades que los adolescentes utilizan para acercarse a las chicas o los chicos y comenzar a tener relaciones más personales, utilizan su aspecto físico. Si ellos se consideran guapos, ésto les da seguridad, y confianza por lo que le dan mucha importancia a la apariencia física ([http:// www.redcientica.com/doc/doc2001110310001.html](http://www.redcientica.com/doc/doc2001110310001.html)).

Influencia Social y Medios de Comunicación

Cabe mencionar que la imagen corporal comienza en la infancia, pero es en la adolescencia en donde se le presta más atención, ya que el adolescente es presa fácil de burlas y bromas por parte de sus coetáneos acerca de su apariencia. Así que el deseo de aceptación los lleva a cuidar su apariencia. La misma sociedad implanta por medio de la educación la imagen corporal que se debe tener: por ejemplo, como lo menciona Raich (2000) los niños de edad preescolar conocen muchas cosas de cómo se ha de ser para tener éxito. Los cuentos de Cenicienta y Blancanieves describen el físico de las vencedoras por encima de las feas y malas (las hermanastras o la madrastra, en cada uno de los cuentos citados). La imagen que se debe tener va quedando cada vez más clara; asimismo los niños pequeños se forman imágenes de cómo no se ha de ser.

La cultura nos enseña qué es lo bello y qué es lo feo. A lo largo de la historia, estos conceptos son distintos y a veces contradictorios. En nuestra cultura, actualmente uno de los factores más influyentes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. Esta presión hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal (Op-Cit).

Lo anterior se manifiesta en el siguiente fragmento de la revista Claudia de México, (citado por Santa, y Erazo, 1980; p.156) ‘Desde que una adolescente va formando conciencia de la estructura y configuración de su silueta empieza el conflicto más o menos manifiesto de la importancia que tiene para todas las mujeres su aspecto físico. La seguridad que da un cuerpo con líneas correctas y armoniosas es casi indispensable’.

Las experiencias interpersonales de los adolescentes que se dan dentro de la socialización acerca del cuerpo va más allá de los anuncios o explicaciones que puedan hallarse en la televisión o en la revistas, que dicen que debes tener una determinada apariencia para triunfar o ser feliz y debes tener un miedo a ser obeso. La familia nos enseña desde muy pequeños cómo arreglarnos, comportarnos, qué es lo bonito y lo feo, nos dicen a quién nos parecemos dentro de la familia. Asimismo, aprendemos a través del modelado de nuestro padres o hermanos.

También las amistades tienen una gran importancia en la preocupación por el sobrepeso, trastorno de la imagen corporal y trastornos de la alimentación. Un amigo puede amplificar los defectos del otro o bien puede servir de modelo ya que si se preocupa por su físico, él también se preocupará.

Ser criticado o sufrir de burlas a causa de la apariencia física en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta. Los apodosos de ‘cuatrojos’, ‘bola de grasa’, ‘tapón’, ‘cara de pan’, ‘Dumbo’..... Ser criticado repetidamente o recibir burlas por la apariencia durante la infancia o la adolescencia puede tener un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal y arrastrarlo en la vida adulta (Raich, 2000).

En los tiempos modernos la mayoría de nosotros nos enfrentamos a alteraciones en la salud por las dietas de moda y la influencia de los medios de comunicación. El mensaje que estos medios nos envía a todo tipo de población incluyendo a los adolescentes y mujeres que son más fácilmente manipuladas es ‘sólo los delgados pertenecen al mundo de la belleza’, estos mensajes pueden llevar a quienes los escuchan a graves trastornos en su salud, tanto física como psicológicamente, ya que irrumpen en la autodefinición corporal tras los esquemas de aceptación, belleza y pertenencia (Vélez y Herresti, 2002).

Estudios Realizados con Preadolescentes y Adolescentes

En diversos estudios se ha encontrado que los preadolescentes y adolescentes se pueden ver fuertemente influenciados por los medios de comunicación social (Cash y Pruzinsky, 1990; Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; citados por Gómez, 1997) para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez, asimismo los niños se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno.

Por su parte, Bruchon-Schweitzer (1992) realizó diferentes estudios con muestras de adolescentes escolares, encontrando asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima, actitud y conductas asociadas con desórdenes del comer; por ejemplo, la preocupación por el peso corporal, un cuerpo percibido negativamente, y la insatisfacción corporal que trae consigo, se relacionaba no sólo con trastornos alimentarios sino con factores de riesgo asociados con ellos.

También se encontró que las niñas de 6 a 9 años comparten con las preadolescentes y adolescentes, el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, además de estar insatisfechas con su imagen corporal, y sobreestimar esta última. Aunque el deseo de una imagen corporal delgada se incrementa con la edad, la mitad de las niñas de 6 a 9 años, de una muestra de $n=232$, tiene el deseo de una imagen más delgada, afirmando que las niñas a esa edad ya se encuentran involucradas con el estereotipo del culto hacia la delgadez y que tienen una actitud negativa hacia la obesidad. Se reportó que tanto las niñas como los niños mostraron actitudes similares hacia la obesidad y hacia el deseo de una figura delgada pero atlética, caracterizada entre púberes y adolescentes, mientras que los niños más chicos de edad mostraron mayor insatisfacción por querer pesar menos (Gómez, en prensa).

Otro estudio realizado con escolares o niños pre-puberales; fue el realizado por Hill, Draper y Stack (1994; citado por Gómez, 1997) con niños ingleses de ambos sexos (213 niñas y 166 niños) de 9 años de edad, en donde se encontró; que los niños con mayor peso corporal manifestaban menor autoestima, deseos de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria; sin embargo, el deseo de seguir un régimen alimentario restrictivo era

independiente del peso corporal real y las niñas (41 %), más que los niños (28%) eran las más interesadas en adelgazar.

Otros estudios realizados por Gómez (1999) encuentran que muchos niños y adolescentes, tanto mujeres como hombres, presentan alteraciones de su imagen corporal, actitudes negativas hacia la obesidad, y que existe un mayor porcentaje de elecciones de una figura ideal delgada, que elegir una figura normal delgada, debido a que la anterior es considerada como la más atractiva.

Dada la importancia que le dan los adolescentes a la apariencia física, y de acuerdo a los estudios realizados que anteriormente se han mencionado, en los cuales la preocupación por tener un cuerpo sin grasa y una apariencia delgada está causando interés desde edades muy tempranas como son los niños de 8 años en adelante, se consideró pertinente realizar un estudio con estos niños, con la finalidad de prevenir este tipo de trastorno de la imagen corporal, y evitar los trastornos en la alimentación. Pero antes mencionaremos algunos conceptos básicos sobre este tema

CAPITULO 3 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

3. 1 CUERPO PERFECTO SEGÚN LA CULTURA

Cada época ha determinado zonas claves de lo que se admira y se determina como ideal del cuerpo (Perrot, 1983; citado en Guillemot y Laxanaire, 1994); si recordamos en la cultura Griega, el cuerpo ejercitado en brazos y piernas fue admirado en todas las expresiones artísticas como la pintura, el teatro y la música, estos medios de expresión corporal permitieron lograr objetivos individuales como admiración respeto y popularidad.

En el matriarcado el cuerpo de la mujer se constituyó en un símbolo de generosidad, sexualidad, fertilidad y protección, por lo que el ideal corporal femenino era robusto.

Posteriormente el papel de la mujer comenzó a ganar terreno en actividades que eran de índole exclusivamente masculino, como el derecho a la libertad de expresión, la práctica de deportes y sobre todo la oportunidad de poder ingresar a instituciones educativas. Estas áreas de expresión dieron un giro muy importante en el papel social que la mujer desempeñaba, ya que no sólo era progenitora, sino que comenzó a convertirse en un símbolo sexual, al ser utilizada su imagen en la venta de productos, tanto de la industria del vestido, como de la alimentación, por lo que la proyección del cuerpo femenino, ganó gran aceptación en la publicación de revistas y artículos relacionados con el cuerpo (deportes, artistas, modelos, cocina).

Gómez (1999) señala que en el siglo XX, se ha incrementado la importancia de disciplinar al cuerpo mediante una dieta restrictiva, además de resaltar la práctica del ejercicio físico para garantizar la salud para los hombres y la estabilidad mental para las mujeres. Las dietas se volvieron cada vez más minuciosas e individuales, de tal forma que se aplicaron a enfermos, prisioneros, mujeres embarazadas, obreros y deportistas, considerando siempre la edad, sexo y actividad. De esta forma, a la práctica de conductas restrictivas se le fueron agregando símbolos de trastorno, de falta de disciplina, de flojera y

sobre todo muestra de debilidad o falta de voluntad, constituyéndose en un cuerpo enfermo.

Desde luego, más tarde los avances tecnológicos como la radio y la televisión buscaron influir en el pensamiento de las personas sobre los productos exhibidos, garantizándoles sus necesidades personales, este objetivo tuvo dos fines, uno, vender el producto, y otro, dejar impregnado en el público una imagen corporal “ideal”, acompañado de mensajes como “ fortalécete, adelgaza, o ambos”, “ mejora tu cuerpo”, “ descubrimos el cuerpo perfecto que hay en ti “ (Toro, 1996).

El cuerpo “ideal” mostrado en los anuncios publicitarios tiene como característica esencial la delgadez, la cual está reforzada por los lineamientos de salud y bienestar, estereotipos culturales que actúan como preceptos a seguir en la sociedad (López, 1990).

- ↯ Los anuncios referidos al cuerpo contribuyen a crear y difundir estereotipos culturales, que actúan como un modelo para la sociedad en general (Buendía y Rodríguez, 1996), sin considerar diferencias individuales, estructura ósea, factores genéticos o la interacción de estos con las primeras experiencias alimenticias.
- ↯ El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; citados por Gómez, 1998), ya que la obesidad se asocia a aspectos negativos.
- ↯ Un cuerpo delgado es sinónimo de salud (Vírveda, 1995; citado por Gómez, 1998) existe la creencia de que basta tener un cuerpo delgado para garantizar que sea saludable, sin considerar los mecanismos para obtenerlo o si se tiene una alimentación adecuada.

Los medios de comunicación han jugado y juegan un papel importante en la promoción de modelos estéticos de extrema delgadez (Toro, Cervera, y Pérez, 1989; citados en López, 2001). La publicidad empezó a generar una gran cantidad de anuncios de productos químicos o naturales, de diversas formas de hacer dietas y aparatos sencillos y/o complejos que brindan un efecto rápido en la reducción del peso.

La comida restrictiva “sinónimo de dieta” es quizá la práctica más difundida entre la población para la reducción de peso, siendo aparentemente la manera más sencilla de disciplinar al cuerpo para obtener la forma idealizada socialmente, por lo que la gente comenzó a considerar los índices de grasas, calorías y valor nutricional de los alimentos bajos en grasas y colesterol.

Por su parte, la industria farmacéutica creó productos que prometen y dicen garantizar la disminución de peso corporal, y que no representan gran complicación en la forma de ser administrados, aunque muchos de éstos no mencionan sus efectos secundarios o colaterales.

El desarrollo de la tecnología brindó la posibilidad de acceder a aparatos de uso doméstico con costos económicos accesibles a muchos consumidores, destinados a ejercitar el cuerpo para obtener de forma casi mágica y rápidamente la disminución del peso corporal. Todos estos productos dicen brindar beneficios tan diversos como: delgadez, salud, aptitud y belleza, además de bienestar emocional y social. Estas vinculaciones dieta-delgadez, ejercicio-delgadez y delgadez imagen “ideal”, hablan de objetivos en los que se persigue una imagen corporal y no un ideal de salud. De tal manera la dieta y todas las prácticas para reducir peso corporal, dejaron de constituirse en un componente de salud, las cuales no siempre eran supervisadas por disciplinas como la medicina y la nutrición, aplicadas a deportistas, personas obesas, enfermos del corazón y diabetes, etcétera, para pasar a ser una práctica de la población en general y consideraciones como algo para obtener belleza (Toro, 1996).

La industria del vestir también contribuyó a fomentar este ideal de delgadez-belleza, principalmente con la ayuda de medios de comunicación como la televisión y las revistas, en los cuales los anuncios relacionados a la imagen corporal son dirigidos en su mayoría a las mujeres, quienes son más susceptibles a ellos (Philip, Myers y Frank, 1992; citados por Gómez, 1998), ya que a través de modelos, actrices y locutores se modela la ropa y la forma corporal femenina de delgadez que se debe “llevar” (Toro, 1996). De esta manera, la industria del vestir no sólo se encarga de crear lo que cubre el cuerpo, sino de

valorarlo objetiva y socialmente brindando a la mujer en sus prendas de moda, distinción, parecer más culta, sana, inteligente, dinámica y sobre todo sentirse satisfecha con su propio cuerpo.

Las casas de moda con el fin de crear una mayor similitud con los modelos corporales actuales, excluyen de la presentación de sus diseños a personas con sobrepeso o peso normal, dando mayor prioridad a ropa unitalla, unisex y hasta ropa de moda que sólo existe en tallas pequeñas. De esta manera es la prenda la que indica el cuerpo que la debe vestir. Exponiendo al cuerpo a entrar en ellas.

Todo lo anterior, permite comprender que las mujeres cuya profesión está centrada en sus características corporales, como es el caso de las modelos, se han ido adaptando a los estándares de belleza que se han ido delimitando, como lo señala Thompson (1980; citado por Gómez, 1998), al realizar una investigación de un periodo de 19 años en participantes al concurso de belleza (Mis América), encontrando que a lo largo del tiempo han disminuido las medidas de pecho y cadera, así como su peso corporal, que se encontraban entre un 13% -19% por debajo del peso normativo.

Con los avances tecnológicos como la radio y la televisión, se ha buscado influir en el pensamiento de las personas, intentando convencerlas de que los productos exhibidos pueden garantizar el cubrimiento de las necesidades personales; sin embargo, este objetivo lleva dos fines, uno, vender el producto, y otro, dejar impregnado en el público una imagen corporal ‘ideal’, acompañados de mensajes como ‘ fortalécete, adelgaza, o ambos’, ‘mejora tu cuerpo’, ‘descubrimos el cuerpo perfecto que hay en ti’ (Toro, 1996).

El cuerpo ‘ideal’ mostrado en los anuncios publicitarios tiene como una de sus características esenciales la delgadez, la cual está reforzada por supuestos lineamientos de salud y bienestar, estereotipos culturales que actúan como pautas a seguir en la sociedad.

Los medios de comunicación han jugado y juegan un papel relevante en la promoción del modelo estético de extrema delgadez (Toro, Cervera, y Pérez 1989; citados

por López, 1990). La publicidad empezó a generar una gran cantidad de anuncios de productos químicos o naturales, de diversas formas de hacer dietas, y aparatos sencillos y/o complejos que brindan un efecto rápido en la reducción del peso, para así lograr la Imagen Corporal Ideal.

3.2 LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es un factor importante en la valoración del cuerpo. El origen de la imagen está dado por diferentes conceptos que a lo largo de la historia se han señalado y complementado.

Para comprender mejor qué es Imagen Corporal es necesario definirla, y una de las definiciones más clásica de Imagen Corporal es la de Schilder (1950; Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990; citados en Raich, 1998) quien menciona que la Imagen Corporal es la representación mental que el propio individuo hace de su cuerpo. Posteriormente una de las definiciones más completas es la propuesta por Bruchon-Schweitzer (1992; citado en Gómez, 1997) quien concibe la imagen del cuerpo 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. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una expresión evaluativa.

Por su parte, Thompson (1990; citado por Raich, 1998) propone una definición que engloba aspectos cognoscitivos y afectivos acerca del cuerpo. Construye la imagen corporal en tres componentes: **a)** componente perceptual, precisión con que se percibe el tamaño corporal; **b)** componente subjetivo, aspectos (cognoscitivos-afectivos) actitudes, sentimientos, cogniciones, y valoraciones que despierta el cuerpo, como el tamaño corporal, el peso, la apariencia física (satisfacción, preocupación, ansiedad); **c)** componente conductual, que incluye las percepciones, sentimientos y conductas asociadas al cuerpo.

Para Cash y Pruzinsky (1990) la Imagen Corporal implica perceptualmente: imágenes y valoraciones de tamaño y forma en varios aspectos del cuerpo;

cognoscitivamente: crea un centro de atención al cuerpo basado en autoafirmaciones de creencias asociadas al cuerpo y de experiencias del propio cuerpo, y emocionalmente introduce experiencias de placer-displacer, satisfacción e insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

Cabe señalar que es importante la forma en que se percibe la persona y cómo se siente cuando otros hablan de su cuerpo; para Cash y Pruzinsky (1990) sólo a través de los tres elementos anteriormente mencionados la definición de Imagen Corporal está completa. Cabe mencionar que la Imagen Corporal es un desarrollo perceptivo que involucra sentimientos y conductas no de un determinado momento, sino de todo un proceso de vida en donde la persona constantemente compara su cuerpo con relación a otros cuerpos y en donde no sólo se juzga sino también es juzgado por los demás. Otro componente es la susceptibilidad de la persona en un determinado proceso de la vida – como la adolescencia en donde la personalidad es fuertemente influida a través de los modelos sociales que en ocasiones les provoca insatisfacción por su Imagen Corporal.

De acuerdo con Bruchon-Schweiter (1992) la imagen corporal además de ser un concepto polisémico (con sus diferentes puntos de vista) no se reduce a una simple imagen óptica del cuerpo, esto es, no es meramente un “concepto corporal” sino es una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente de conjuntos de representaciones y efectos de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto. Es decir, la imagen corporal consiste, en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros, y como “propio” lo que corresponde también a la apreciación del sí mismo como “objeto” y “sujeto”.

3.3 DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

A través de diversas investigaciones, se ha encontrado que algunas mujeres preadolescentes y adolescentes, presentan una gran preocupación por su apariencia física, llegando incluso a desarrollar un trastorno llamado Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). La palabra dismorfia – significa miedo a la propia forma – fue descrita por Morselli (1886;

citado por Raich, 1998) refiriéndose a una “obsesión por la vergüenza de su propio cuerpo” miedo de la persona a ser ridiculizada. Por su parte Rosen (1990; citado en Raich, 1998) definió al Trastorno de la Imagen Corporal como una preocupación exagerada que produce un profundo malestar por la apariencia física.

Raich (2000) menciona que los criterios de diagnóstico del trastorno dismórfico, según el DSM IV (APA, 1987; APA, 1994) son los siguientes:

- 1) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- 2) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 3) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Esta misma autora considera que el trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptuales, cognoscitivos y conductuales.

- **Perceptuales:** la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad; es a lo que se le llama “distorsión perceptual”. Un ejemplo más común hoy en día es el de las chicas jóvenes que teniendo un peso normal se ven gruesas.
- **Cognoscitivos:** pensamientos distorsionados o errores cognoscitivos respecto de la apariencia. En muchos casos, independiente de lo que la demás gente le diga o le suceda, su interpretación de los hechos está siempre sesgada hacia la crítica a su defecto corporal. Esta crítica se lleva a cabo en un diálogo interno, y la mayor parte de las veces se vive inconscientemente. Se cree que es un “pensamiento lógico y natural” pero la realidad es que los ha aprendido hace tiempo y los ha incorporado, a

pesar de que sólo le sirven para sentirse mal y para actuar con mucha menos confianza en sí mismo.

Aquí aparecen las *comparaciones injustas*, comparan su propia apariencia con gente que consideran más atractiva, que está a su alrededor. *La lupa*: consiste en centrarnos en aspectos de nuestra apariencia que no nos gustan y exagerar su importancia. *La fealdad radiante*: la insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza a otras características físicas. El descontento por un aspecto físico lleva a encontrar defectos en otros. *La mala interpretación de la mente*: la suposición o creencia de que soy poco atractivo me hace suponer que los demás me ven también así. *Prediciendo desgracias*: esperar que el mal aspecto físico tenga efectos negativos en el futuro. *La belleza limitadora*: restringimos o limitamos nuestro comportamiento por las preocupaciones por nuestra apariencia. Mantenemos creencias de que no podemos hacer ciertas cosas por la culpa de nuestra apariencia. *Sentirse feo*: “como me siento fea, debo ser fea”. La interpretación se convierte en certeza. *El reflejo del mal humor*: el mal humor por razones no relacionadas con la apariencia física, criticándola y explayándonos en ella. Las distorsiones cognoscitivas nos predisponen a sentirnos de determinada manera. Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal se han descrito como obsesiones que se refieren a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia.

- **Conductualmente**: organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Estas conductas tienden a un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia.

Raich (2000) considera que el tener trastorno de la imagen corporal va a asociado a una baja autoestima. Es decir, que uno se sienta poco adecuado como persona. No se autovalora. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positivo o negativo que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él.

La insatisfacción con la imagen corporal está relacionada con la identidad de género, o los sentimientos de feminidad o masculinidad. Ya que algunas personas creen que no poseen las cualidades que debería por pertenecer a uno u otro género.

Asimismo una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si no es capaz de aceptarse creará que los demás tampoco podrán hacerlo. Dando como resultado de esto, que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. Puede suceder con personas del mismo sexo o a veces del sexo contrario (Gómez, 1998).

Esta preocupación por el propio cuerpo puede causar problemas de relación sexual, pues puede en ocasiones provocar miedos el mostrar el cuerpo desnudo.

En muchos de los casos cuando una persona sufre de Trastornos de la Imagen Corporal, está más propensa a padecer trastornos de la alimentación tales como la bulimia y la anorexia nerviosa, que pueden ocasionar serios problemas físicos y psicológicos.

Para comprender mejor qué son los trastornos alimentarios empecemos por definir qué es un trastorno alimentario:

Raich (2000) menciona que el término “trastorno alimentario” se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se haya en la alteración psicológica.

Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres, preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y muy jóvenes, son muchísimo más frecuentes en sociedades desarrolladas, en donde hay sobre abundancia de comida, en las culturas que predomina enfatizar la delgadez, y al parecer en la medida en que aumenta el nivel de vida, crece el número de las personas que presentan dichos trastornos

La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la cual la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50 por 100 de las personas que lo padecen usan también el vómito inducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso (Raich,2000).

También la anorexia se define como un síndrome, que afecta mayormente a la mujer adolescente, pero también a niñas, mujeres mayores, y con menos frecuencia a hombres. Se caracteriza principalmente por una pérdida de peso autoinducido por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, la provocación de vómitos o el exceso de actividad física. Además hay temor a la gordura, amenorrea (pérdida de la menstruación en la mujer) y disminución de la libido o interés sexual (Del Rio, 2000).

La prevalencia de la anorexia nerviosa está situada en una persona cada 100 ó 250 (Garfinkel y Garner 1982; citados por Raich, 1994) aparece en jóvenes adolescentes y es una enfermedad muy grave. Es mucho más frecuente entre mujeres con una proporción respecto de los hombres de 9 a 1 (Toro, 1987; citado por Raich, 1994).

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en el DSM-III (APA, 1980) son los siguientes:

- 1) Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que disminuye el peso.
- 2) Alteración de la imagen corporal, por ejemplo, se queja de “sentirse gordo” aún estando demacrado.
- 3) Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que le correspondería haber ganado de acuerdo con el proceso de crecimiento, hasta constituir la pérdida del 25%.
- 4) Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y altura.
- 5) Ausencia de enfermedad que justifique la pérdida de peso.

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria, entre los que se encuentra la anorexia están aumentando alarmantemente. Las cifras muestran que de cada 1000 mil jóvenes, entre los 15 y los 24 años de edad y posteriormente entre los 30 a 40 años sufren de anorexia nerviosa cada año y estudios prospectivos muestran que estas cifras van en aumento, transformándose en un problema social, no sólo individual.

También debemos de recordar que la anorexia es un trastorno que además de ser muy frecuente lleva a la muerte en un 10% de las personas que lo padecen, que se hace crónico hasta en un 35% de los casos restantes, y en los demás deja secuelas que afectan su capacidad de adaptación y de relación en los ámbitos laboral, familiar, social, y sexual.

Los síntomas más frecuentes que describen los pacientes o sus familiares son los siguiente:

- ↪ Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla.
- ↪ Miedo intenso al aumento de peso o ser obeso, incluso con peso inferior al normal.
- ↪ Distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo, por ejemplo “sentirse gorda”, a pesar de tener un aspecto delgado.
- ↪ En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (amenorrea primaria o secundaria).
- ↪ Alteraciones digestivas.
- ↪ Trastornos de la piel.
- ↪ Con relación a los alimentos, preocupación exagerada por las calorías.

Por otro lado la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria en el cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día. De acuerdo con Russell (1987; citado en Gómez, 1993b) va acompañado de un miedo

enfermizo a engordar. La prevalencia de la bulimia nerviosa está situada entre un 2 y un 4 por 100.

La bulimia nerviosa se clasifica según los siguientes criterios en el DSM-III-R:

- a) Episodios recurrentes de voracidad (rápida consumición de grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo).
- b) Sensación de falta de control durante el episodio bulímico.
- c) Utilización regular del vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, dietas restrictivas.
- d) Un promedio mínimo de dos episodios bulímicos semanales en, por lo menos, los tres últimos meses.
- e) Preocupación intensa por el peso y la línea.

Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa se pueden observar aspectos cognoscitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal.

- ⊃ Abstracciones selectivas, o sea, llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales.
- ⊃ Generalizaciones excesivas,
- ⊃ Magnificación de consecuencias negativas.
- ⊃ Pensamiento dicotómico de todo o de nada.
- ⊃ Ideas auto referenciales, ejemplo: ‘cuando como parece que todos me miran’.
- ⊃ Pensamientos supersticiosos.

Los sentimientos que predominan en las pacientes con estas alteraciones son negativos. Metidas en un callejón sin salida del intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo, se ven a su vez controladas por este problema. Sentimientos de tristeza y llantos frecuentes son característicos, por eso Pope y Hudson (1985; citados en Raich, 1994) al observar que la depresión era tan frecuente en la bulimia, sugirieron que era una variante del trastorno afectivo.

Estudios clínicos han encontrado que la depresión está asociada a la anorexia, la bulimia y en general a todos los trastornos alimentarios.

Las personas que sufren trastornos alimentarios y aún mucho más las mujeres (que son la mayoría de las pacientes de estos trastornos) suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. O sea: “si no me considera atractiva es que no sirvo para nada”; varios estudios demuestran que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está asociada con la autoestima en general.

Los deseos de cumplir con la delgadez vienen marcados por la presión social, ya que en las sociedades en las que se enfatiza la delgadez estos trastornos aumentan. Asimismo algunas sociedades han desarrollado unos ideales de belleza que marcan los objetivos a conseguir.

Dentro de estas exigencias se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenina. De acuerdo con los resultados obtenidos en diversas investigaciones, se indica que en los últimos tiempos ha habido un crecimiento desmesurado en personas que a muy corta edad ya presentan trastornos de la imagen corporal, y que éstos pueden derivar en trastornos más serios, como los alimentarios.

Recordemos que la influencia de los medios de comunicación sobre nosotros y el modelo de éxito y de belleza que nos imponen, es una causa importante del trastorno de la Imagen Corporal y de trastornos alimentarios (Anorexia y Bulimia). Las estadísticas muestran que el promedio de los adolescentes mira entre 3-4 horas diarias la televisión y que el 60% de las niñas de enseñanza media leen al menos una revista de moda regularmente, y que ésta es su principal fuente de información sobre temas de salud. Además, un estudio reveló que en las revistas de adolescentes todos los artículos contenidos incluían al menos una frase afirmando que el bajar de peso mejoraría su apariencia física, que el 74% de los artículos citaban como razón para bajar de kilos el “ser más atractiva” (y

no el ser más saludable), y el 51% notaban la necesidad de bajar de kilos o quemar calorías (Del Rio, 2000).

Según los resultados obtenidos en diversas investigaciones, y como lo reporta Gómez, (1995, 1997, 1999) los trastornos de la imagen corporal se presentan cada vez más a una edad muy temprana. En la mayoría de las veces este tipo de trastorno está fuertemente inducido por la influencia de los medios de comunicación social, que violentan a las personas orientando sus preferencias hacia una apariencia física estereotipada y les forman una imagen negativa de su propio cuerpo. No es un problema aislado, ya que puede ocasionar serios problemas alimenticios a los adolescentes, así como una baja autoestima. Es un problema social que en la actualidad requiere de una investigación más profunda con poblaciones más jóvenes que permitan conocer más el problema y abran nuevas líneas de investigación, con la idea de tomar medidas preventivas que ayuden a los preadolescentes a enfrentar este problema de una manera satisfactoria sin tener que recurrir a dietas extremistas.

3.4 POSIBLES EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL EN LAS MUJERES Y LOS HOMBRES

Dentro de los efectos psicológicos del trastorno de la imagen corporal, en el aspecto perceptivo se tiende a exagerar el defecto de apariencia, es decir, sobreestimar o sobredimensionarlo. En el aspecto cognoscitivo se produce una serie de errores en cuanto a los sentimientos o emociones que se generan, están en el campo de la ansiedad o de la afectividad, siendo los más frecuentes los de tristeza, enfado, rabia o vergüenza. El comportamiento que lleva a cabo una persona con trastorno de la imagen, son las llamadas conductas de evitación de determinadas situaciones o de rituales repetitivos que le permitan disminuir la ansiedad.

Los problemas que pueden acompañar a una mala imagen corporal son: una baja autoestima, dificultades en la identidad del género, dificultades en las relaciones sociales y sexuales y depresión (Raich, 2000).

Los efectos psicológicos son muchos, como ya se mencionó anteriormente, el más importante es la baja autoestima que provoca este tipo de trastorno en un hombre o mujer que lo padezca. Es sentirse rechazado por todos y por él mismo, no poder adaptarse al medio en el que vive y no poder aceptar los retos que da la vida de una manera satisfactoria, así como vivir con la obsesión de tener un cuerpo más delgado, aunque lo tenga.

Entre los hallazgos más importantes se encuentran el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada, ésta última fue una respuesta genérica e independiente tanto de indicadores objetivos como subjetivos que constituyen como lo señala Garfinkel, Garner y Goldbloom (1987; citados en Gómez, 1999) un factor de riesgo de naturaleza sociocultural (delgadez altamente valuada) que es parte del inicio de los trastornos de la alimentación. Es probable que sea esta naturaleza sociocultural la que permite que se facilite la introyección del deseo de delgadez de manera generalizada y desde edades muy tempranas.

Gómez (1993a) menciona que algunas características en los pacientes con anomalías en la conducta alimentaria son la preocupación excesiva por el peso, el tener miedo a subir, a llegar a ser gorda u obesa, que de acuerdo a varios investigadores, es lo que propicia la conducta dietaria y los problemas de alimentación.

Una persona que sufre el trastorno de la imagen corporal puede ser una persona reservada e introvertida, ya que no se siente aceptada por los demás y tiende a exagerar su problema físico.

El problema del trastorno de la imagen corporal no permite a la persona que lo padece vivir plenamente disfrutando la vida, pues la mayor parte de su tiempo se la pasa pensando en lo gorda que está y la necesidad de perder esos kilos de más.

Como ya se dijo anteriormente, las personas más propensas a padecer este tipo de trastorno son los preadolescentes y adolescentes, así como las mujeres, que viven en lucha constante por el afán de agradar al sexo opuesto.

CAPITULO 4.1 PLANTEAMIENTO

“Un estudio sobre la violencia de género y el trastorno de la imagen corporal en preadolescentes”.

El interés por el estudio de la imagen corporal ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años, sobre todo como consecuencia del progresivo aumento de investigaciones que han documentado el papel que juega la insatisfacción corporal en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia desde edades muy tempranas.

En la actualidad diferentes estudios han destacado que ya en niños de 7 y 8 años existe preocupación por la imagen corporal, así como conductas y actitudes alimentarias problemáticas (Cooper, Taylor y Spence, 1989; Rolland, Farnill y Griffiths, 1997 en Marcó, 2002). Por este motivo diversas investigaciones han empezado a centrarse en el estudio de los factores asociados con la insatisfacción corporal y los problemas de alimentación en niños, encontrando que las mismas variables que se muestran asociadas con la preocupación de la imagen corporal y con los problemas de alimentación en muestras de adolescentes y adultos jóvenes, aparecen también asociados en niños con problemas alimenticios y de imagen corporal, estos factores son: la edad, índice de masa corporal (IMC), autoestima, familia y amigos.

Es pertinente mencionar que la imagen corporal comienza en la infancia, pero es desde la preadolescencia en donde se le presta más atención, ya que el niño o preadolescente es presa fácil de burlas y bromas por parte de sus compañeros, amigos, y en algunas ocasiones de sus familiares acerca de su apariencia. Así que el deseo de aceptación sobre todo de sus coetáneos los lleva a cuidar su apariencia física.

Dada la importancia que adquiere la apariencia física durante la etapa de la preadolescencia, y a los estudios realizados, en los cuales se manifiesta la creciente preocupación por tener un cuerpo sin grasa y una apariencia delgada desde edades muy

tempranas, surge el interés, por realizar la presente investigación desde la perspectiva de género, ya que ésta nos permite trabajar las diferencias del hombre y la mujer dentro de una misma sociedad, caracterizada por los estereotipos tradicionales.

Es interesante destacar que este problema que anteriormente se consideraba exclusivo del género femenino, actualmente afecta al género masculino, es decir, cada vez son más los hombres que también cuidan su apariencia física desde edades muy tempranas, aunque claro, en un porcentaje menor que las mujeres. Por esta razón se consideró pertinente realizar la presente investigación con niños y niñas de 8 a 12 años, con la finalidad de que se abra la posibilidad de prevenir este tipo de trastorno de la imagen corporal, y evitar futuros trastornos en la alimentación.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Dado que el presente trabajo forma parte de una investigación más amplia llamada “Imagen Corporal y Género”, que involucra un estudio transcultural entre México y España, este trabajo se basa en el de Marcó (2002) que se llevó a cabo en Gerona, Cataluña, España.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo del presente estudio es el siguiente:

- a) Aportar pruebas de la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados por Marcó (2002). Estudio de la autoestima corporal en niños y niñas preadolescentes y de su posible relación con determinadas actitudes alimentarias y la autoestima en general.

También se buscará identificar la violencia de género ejercida en los preadolescentes a través de la demanda social por tener un cuerpo perfecto, lo que se estudiará a partir de las siguientes hipótesis:

- Violencia de género manifestada por las exigencias sociales que pueden reflejarse en posibles diferencias entre niñas y niños de la autoestima corporal general y de las actitudes alimentarias.

- Violencia de género manifestada en las diferencias en la autoestima y las actitudes hacia la alimentación entre niñas y niños con IMC extremos (infrapeso y sobrepeso).

- Violencia de género observada en la prevalencia de posibles trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes.

- Identificación de posibles grupos de riesgo con trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes.

Las anteriores hipótesis tienen como finalidad concluir que:

Durante la preadolescencia se espera que las niñas sean más sensibles que los niños a los comentarios de los demás, generándoles una baja autoestima y en ocasiones trastorno en la imagen corporal, en este mismo sentido, las niñas delgadas tendrán una autoestima general alta y las niñas con sobrepeso una autoestima general baja.

4.2 MATERIAL Y MÉTODO

MUESTRA

La muestra objeto de estudio estuvo formada por 200 preadolescentes de nivel socioeconómico medio bajo, que en esos momentos cursaban el 4to, 5to, y 6to grado de educación primaria, así como niños de 1er grado de secundaria, de los cuales 93 (46 %) eran niños y 107 (54%) eran niñas con edades comprendidas entre los 9 y 12 años, procedentes de 4 institutos privados de educación primaria y secundaria ubicados al norte del área metropolitana del D. F. La selección se realizó a partir de un muestreo no probabilístico en los 4 institutos mencionados.

INSTRUMENTOS

El protocolo de evaluación estaba formado por los siguientes instrumentos:

1. Lawrence Self-Esteem Questionnaire LAWSEQ (Lawrence, 1981 ; citado en Marcó, 2002). Esta escala valora la autoestima en niños y se basa en la definición hecha por Lawrence (1981) quien considera a la autoestima como la “evaluación afectiva que hacen los niños de la suma de sus características físicas y mentales” (pág. 246). El LAWSEQ tiene dos versiones una para niños de primaria y otra para niños de secundaria, ambas están formadas 16 ítems. Su contenido es similar al recogido por Coopersmith Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967; en Marcó, 2002). Contiene diversos ítems que valoran cómo los jóvenes perciben las conductas de los demás, respecto a ellos y cómo creen que son vistos por los demás, desde la importancia y la influencia que estas percepciones tienen sobre la autoestima. El LAWSEQ no contiene ítems que hagan referencia ni a la imagen ni a la satisfacción corporal, por lo que permite tratar la autoestima y la imagen corporal como variables separadas. Por otra parte, Byrne (1996; en Marcó, 2002) en una revisión de los instrumentos de evaluación de autoconcepto y la autoestima, ha señalado que esta escala es una medida global específica para niños que valora directamente la percepción que tiene el individuo sobre su valía y consideración personal.

Los 16 ítems del LAWSEQ tienen tres posibles respuestas: “no” (con puntuación de 0 a 2 dependiendo del ítem), “si” (con puntuación de 0 a 2 dependiendo del ítem), y “no lo se” (con puntuación de 1). Los ítems 4,7,9,12 son neutros y no se puntúan. La puntuación media de esta escala se ha establecido en 19 puntos (DE=4), puntuaciones por encima de una desviación estándar indicarían una alta autoestima y puntuaciones por debajo indicarían una baja autoestima. La fiabilidad interna de la escala en el estudio original fue de .76 (Lawrence,1981; citado por Marcó, 2002), confirmado posteriormente por Harater (1985; en Marcó, 2002).

En la presente investigación, en este instrumento se eliminaron los ítems 4,7,9 y 12 de los cuales se reportarán los motivos en un análisis posterior. La escala de LAWSEQ, se podrá revisar en el (Anexo A).

2. Body-Esteem Scale (BES) (Katz, 1982; en Marcó, 2002) Es un instrumento formado por 24 ítems que valoran la autoestima corporal en niños. Aunque la escala es unidimensional, recoge diferentes aspectos de la autoestima corporal, así, los ítems 1,6,10,y 20 reflejan cómo los sujetos valoran su apariencia, mientras que los ítems 2,13,19,y 23 reflejan cómo interpretan los sujetos que son valorados por los demás. Cada ítem tiene una respuesta dicotómica de si/no. Los ítems 1,2,3,6,9,10,14,15,19,20,22,y 23 púntuan 1 punto si la respuesta es “si” y los ítems 4,5,7,8,11,12,13,16,17,18,21, y 24 valen 1 punto si la respuesta es “no”. Por lo cual la máxima puntuación que se puede obtener en el test es de 24 puntos que reflejaría una alta autoestima corporal. (Anexo B).
3. Children Eating Attitud Test (CHEAT) (Mahoney, 1989; en Marcó, 2002). Instrumento formado por 26 ítems que valoran las aptitudes alimentarias, las conductas de dieta y la preocupación por la comida en niños. El CHEAT es una modificación del Eating Attitud Test (EAT-26; Garner y Garfinkel, 1979 en Marcó 2002). Frecuentemente es utilizado para valorar actitudes anoréxicas respecto a la comida en adolescentes y adultos. La adaptación utilizada por Maloney et al. (1989 en Marcó, 2002) presenta una buena estabilidad tes- retest y unos coeficientes de fiabilidad interna ($\alpha=.76$) comparables a los hallados en los estudios realizados con la versión para adultos. Estos resultados han sido confirmados más recientemente por Smolak y Levine (1994 citado en Marcó, 2002). En la versión adaptada para niños, los autores utlizaron sinónimos sencillos para reemplazar algunas palabras o expresiones que en el EAT se mostraron ambiguas o de difícil comprensión para muchos niños. En ambos estudios los autores omiten el ítem 19 por presentar una baja correlación ítem-total, con lo que la escala queda reducida a 25 ítems.

A pesar de estos resultados, y puesto que en nuestro caso se trata de realizar la adaptación de la escala original, se utilizó la versión completa de 26 ítems.

Los ítems del CHEAT se puntúan en una escala de 6 puntos (nunca=1, siempre=6). La puntuación total del CHEAT se obtiene sumando únicamente las respuestas extremas “siempre”, “muy a menudo” y “muchas veces” que se puntúan con 3, 2 y 1 punto respectivamente, con un posible rango de puntuación que va desde 1 a 78 puntos. El resto de respuestas no se puntúan. Lo mismo que la versión para adultos una puntuación arriba de 20 o superior es indicativa de posibles trastornos de la conducta alimentaria. En la presente investigación, se eliminaron los ítems 25, 13 y 22 quedando sólo 23 ítems, los motivos se reportarán en el análisis correspondiente. Este instrumento se puede revisar en el (Anexo C).

4. Body Image Assessment (BIA) (Stunkard, Sorenson y Schulsinger, 1983; en Marcó, 2002). Es una escala visual en la que aparecen por separado 7 figuras de niños y 7 figuras de adolescentes de ambos sexos, que ilustran un rango de peso que va desde muy delgado hasta el sobrepeso, con un rango de puntuaciones que van desde 1 hasta el 7, con incrementos de .5 puntos. La máxima delgadez está representada por el 1 y la obesidad por el 7.

La forma de aplicación del TEST consistió en mostrar en primer lugar el rango de figuras que representaban a niños / as y realizando las siguientes preguntas:

¿Cuál de estas figuras piensas que se parece a ti? (yo real)

¿Cuál de estas figuras te gustaría ser? (yo ideal)

¿Con qué figura crees que te identifican los demás? (yo social)

A continuación se mostraba el rango de figuras adolescentes, y se realizaba la siguiente pregunta:

¿ A qué figura te gustaría parecerte cuando seas grande? (yo futuro)

Los niños y niñas tenían que emitir una respuesta numérica lo más precisa posible, es decir, no bastaba con identificar la figura sino que era necesario dar una puntuación exacta, aunque algunos casos se situaba entre dos figuras diferentes. (Anexo D).

5. Índice de masa corporal (IMC): $\text{peso}/\text{altura}^2$. Relación entre el peso en kilos y la altura expresada en metros. Es una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional del sujeto. En adultos, se ha propuesto como valor del IMC normal un rango comprendido entre $20\text{-}25\text{kg}/\text{m}^2$ para ambos sexos (Garrow y Webster,. 1985; citado por Marcó, 2002). Todos los participantes fueron medidos y pesados sin calzado y con ropa puesta.

En población infantil, el IMC puede compararse con el correspondiente a una población de referencia, mediante tablas o mediante curvas percentiladas. Esto permite hacer un seguimiento longitudinal del individuo. También puede utilizarse en estos casos el valor Z normalizado, que consiste en medir la distancia que represente un valor con respecto al valor medio para la edad correspondiente (o la mediana, si el parámetro no sigue una distribución normal). Así, se obtiene un valor objetivo que permite comparar individuos de diferentes edades.

En la presente investigación se consultaron las curvas de estudio de la población mexicana del Instituto de Nutrición, también se revisaron las tablas de IMC que se obtuvieron en el Hospital Infantil de México (1974-1975). Así como las citadas por Faulhaber (1976) que son utilizadas por los especialistas de Antropología Física y por los Médicos Pediatras de manera oficial en México y Latinoamérica, aprobadas por la OMS desde 1975.

Pero dado que nuestra muestra presentaba valores superiores al estándar, se optó por estandarizar las variables por edad de los cuartiles del 01% al 05%, del 95% al 100% y del 06% al 94%. Esta decisión se tomó al considerar que las tablas a las que se hizo referencia no están actualizadas, y en los últimos años los niños suelen tener características diferentes.

PROCEDIMIENTO

ADAPTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Marcó (2002) en Gerona, Cataluña (España), realizó el pilotaje y la traducción de los cuestionarios originales del Inglés primero al Catalán y después al Castellano, con la ayuda de dos pares de traductores bilingües quienes posteriormente realizaron una retro-traducción, obteniendo un grado favorable de confiabilidad entre las traducciones; para el LAWSEQ de $r = .89$ para el BES de $r = .87$ y para el CHEAT de $r = .85$. También realizaron la evaluación de cada uno de los cuestionarios.

Cabe mencionar que los cuestionarios utilizados en la presente investigación son las traducciones realizadas al Castellano por Marcó (2002). Asimismo, en este trabajo se realizó un estudio piloto con 20 niños, con la finalidad de entrenar a los aplicadores. Y de probar los instrumentos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez seleccionadas las escuelas, se solicitó la autorización de la dirección del plantel, explicándole en qué consistía la aplicación de los instrumentos y qué finalidad tenían, se les pidió su ayuda y cooperación para la realización de los mismos.

La recolección de los datos se realizó durante el curso 2001-2002 concluyéndose en el segundo bimestre del 2002.

La aplicación fue individual, el investigador leía cada uno de los ítems de los diferentes cuestionarios y anotaba las respuestas del sujeto, con la finalidad de minimizar la distorsión en la comprensión de las preguntas debido a la corta edad de los niños /as, así como centrar la atención en las pruebas, especialmente en el BIA.

Se cuidó mucho que los niños que participaban en la investigación no perdieran horas hábiles de su calendario escolar, de hecho, se solicitó a los profesores de cada grupo que enviaran de 2 a 3 niños de acuerdo al número de aplicadores que había.

La aplicación individual tuvo una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos por sujeto. El orden de aplicación de las escalas fue el siguiente: escala de autoestima general (LAWSEQ), escala de autoestima corporal (BES), cuestionario de conducta alimentaria (CHEAT), escala de imagen corporal (BIA). El registro de peso y altura se realizó sin calzado y sin ningún objeto en las manos o dentro de las bolsas del pantalón (canicas, dinero, resortera, tazos, yoyo, y todo tipo de tarjetas) con en fin de no alterar los datos.

CAPITULO 5 RESULTADOS

5.1 DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

La muestra total de estudio estaba formada por 200 participantes, de los cuales un 46% eran niños (n = 93) y un 54 % eran niñas (n = 107), con edades comprendidas entre los 9 y 12 años, con una media de edad de 10.66 y una DE = 1.11 para los niños y una media de 10.35 para las niñas así como una DE = 1.14 (Tabla 1)

Tabla 1.

Distribución de la edad, peso, talla e IMC de la muestra por sexo.

	NIÑOS (n = 93)		NIÑAS (n = 107)	
	M	DE	M	DE
Edad	10.66	1.11	10.35	1.14
Peso (Kg.)	44.17	13.45	42.11	12.35
Talla (m.)	1.4506	.1083	1.4310	9.933E-02
IMC (Kg/m.)	20.6585	4.3989	20.2311	4.2025

La tabla siguiente (Tabla 2) muestra los datos descriptivos de los cuestionarios Body Esteem Scale (BES), Self-Esteem Questionnaire (LAWSEQ), Children Eating Attitude Test (CHEAT), el Índice de Masa Corporal (IMC), y el Body Image Assessmente (BIA) por género y por edad.

Tabla 2.

Descriptivos de los cuestionarios BES, LAWSEQ, CHEAT, BIA e IMC por edad y sexo.

		NIÑOS		NIÑAS	
		M	DE	M	DE
BES					
EDAD	9	17.900	1.8610	17.4722	4.0461
	10	17.2778	5.0504	16.5263	4.8576
	11	16.4483	4.5323	15.3548	5.3201
	12	14.3077	4.8230	12.2381	5.0488
LAWSEQ					
EDAD	9	16.050	3.3791	14.5833	4.6314
	10	15.8889	3.3936	13.2632	4.1612
	11	15.8966	4.1434	14.3226	4.3465
	12	14.6154	4.8586	14.5238	3.7632

		<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
		<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>
(cont.)					
CHEAT					
EDAD	9	17.3000	7.1899	16.8333	9.0538
	10	15.7778	7.7502	18.0000	6.3333
	11	14.4483	9.8510	15.1613	8.2587
	12	15.9231	10.2291	14.0000	9.6488
IMC					
EDAD	9	18.4274	3.5324	18.2537	3.7185
	10	20.3140	5.0005	19.5810	3.1832
	11	21.8334	4.5227	21.4215	3.6362
	12	21.2929	3.9657	22.4521	5.0634
BIA R					
EDAD	9	3.8150	.6915	4.1556	1.0070
	10	4.0667	.8798	4.2684	.9080
	11	4.4828	1.0310	4.5806	.8860
	12	4.4423	.8406	4.6667	.8470
BIA I					
EDAD	9	3.7450	.7824	3.5861	1.0472
	10	3.5833	.4926	3.8105	.8524
	11	3.9655	.6613	3.9516	.7113
	12	4.0577	.5163	3.9286	.8409
BIA S					
EDAD	9	3.9250	1.3420	3.9917	1.1819
	10	3.9444	1.3382	4.2842	1.4668
	11	4.3517	1.3514	4.6710	1.2300
	12	4.3654	1.1363	4.6333	1.2302
BIA F					
EDAD	9	3.2650	.8940	3.1472	.7618
	10	3.5833	.4618	3.4053	.5662
	11	3.7552	.6231	3.6129	.6672
	12	3.7308	.5870	3.3333	.8563

Nota. BES = Body Esteem Scale; LAWSEQ = Self-Esteem Questionnaire;

CHEAT = Children Eating Attitudes Test; IMC = Índice de Masa Corporal;

BIA = Body Image Assessment , BIA-R = Imagen Real, BIA-I = Imagen Ideal, BIA-S= Imagen Social ,

BIA-F = Imagen Futura.

Se realizó un análisis múltiple de la varianza (MANOVA) para comprobar si existen diferencias significativas entre los factores género (niños y niñas) y grupos de edad (9,10,11,12 años), sobre la base del conjunto de variables dependientes LAWSEQ, BES, CHEAT, y BIA.

Se encontraron diferencias significativas por género, ya que se reportó una mayor autoestima general (LAWSEQ) en los niños (ME = 15.5699, DE 4.0604) que la observada en el grupo de niñas cuyos datos obtenidos fueron (ME = 14.2617, DE 4.2744) ($F[1,200] = 5.533$, $p = .020$). Asimismo, se observó una menor puntuación media total en el CHEAT en niños (ME = 15.7312, DE = 8.9893) que la hallada en las niñas (ME = 16.0000, DE = 8.5263) ($F [1,200] = .011$, $p = .915$) es decir, que a los niños les preocupa en menor proporción el cuidado de su alimentación, en cambio las niñas presentan una mayor preocupación por cuidar lo que comen.

Con respecto a la imagen futura el grupo de niños eligió un promedio un poco más alto (ME = 3.6097, DE = .6731) que el promedio elegido por las niñas (ME = 3.3645, DE .7382) ($F[1,200] = 4.282$, $p = .040$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias del BES ($F[1,200] = 2.663$, $p = .104$); en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el BIA estas no fueron significativas ya que se encontraron los siguientes resultados en la imagen del yo Real ($F[1,200] = 2.683$, $p = .103$), BIA Ideal ($F [1,200] = .027$ $p = .869$) y BIA Social ($F[1,200] = 1.797$, $p = .182$).

Por grupos de edad se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias del BES ($F [3,200] = 8.320$, $p = .000$) entre los grupos de (9,10, y 11 años) de edad registrándose una autoestima menor en grupo de mayor edad (12 años) con respecto a los grupos de menor edad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la autoestima general (LAWSEQ) ($F [3,200] = .382$, $p = .766$) entre los grupos de mayor edad (11 y 12 años) con respecto a los grupo de menor edad (9 y 10 años). Tampoco se observaron diferencias por edades en las puntuaciones medias totales del CHEAT ($F[3,200] = .941$, $p = .422$).

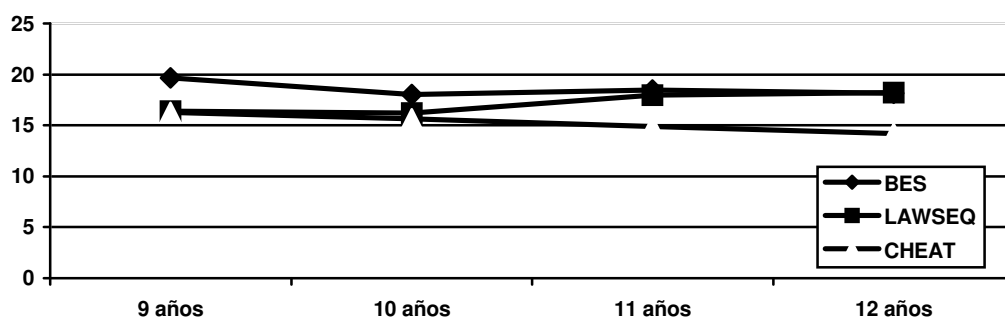
En cuanto al BIA Real se hallaron diferencias significativas entre los grupos de edad de (10, 11 y 12 años) con respecto a los de (9 años) ($F [3,200] = 4.807$, $p = .003$); es decir, que los niños de mayor edad se perciben con una silueta más delgada de lo que son en realidad, y los niños de menor edad se perciben tal como son, su silueta no sufre cambios; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas por edades en las puntuaciones medias totales en el BIA Ideal ($F[3,200] = 2.358$, $p = .073$), Social ($F[3,200] = 2.419$, $p =$

.067). En cambio se observaron diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad en el BIA Futuro ($F [3,200] = 4.489, p = .005$). (Figura 1).

Con respecto a la interacción entre los factores género y edad, los análisis realizados no señalaron diferencias estadísticamente significativas entre las interacciones en ninguna de las variables dependientes que se estudiaron: LAWSEQ ($F[3,200]=.646, p = .586$); BES ($F[3,200] = .285, p = .836$); CHEAT ($F[3,200] = .426, p = .734$); BIA Real ($F[3,200] = .166, p = .919$); BIA Ideal ($F[3,200] = .522, p = .667$); BIA Social ($F[3,200] = .119, =.949$); BIA Futuro ($F [3,200] = .411, p = .745$).

Figura 1.

Puntuaciones medias del BES, LAWSEQ y ChEAT por grupos de edad.



5.2 CONFIABILIDAD INTERNA DE LOS CUESTIONARIOS

La confiabilidad interna de cada una de las escalas se determinó calculando el coeficiente alfa de Cronbach que indica la homogeneidad de las respuestas a los ítems en cada una de los cuestionarios.

En el Body Esteem Scala (BES) se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = .8333$ con correlaciones ítem-total que oscilan entre un mínimo de .8155 y un máximo de .8384.

El Children Eating Attitud Test (CHEAT) presentó un alfa total de .7344 eliminando tres ítems el 13, 22 y 25 que no servían, ya que no contaban con los índices de confiabilidad

necesarios en esta escala, obteniendo finalmente correlaciones ítem-total para toda la escala que varían entre un coeficiente mínimo de .7101 y un máximo de .7395.

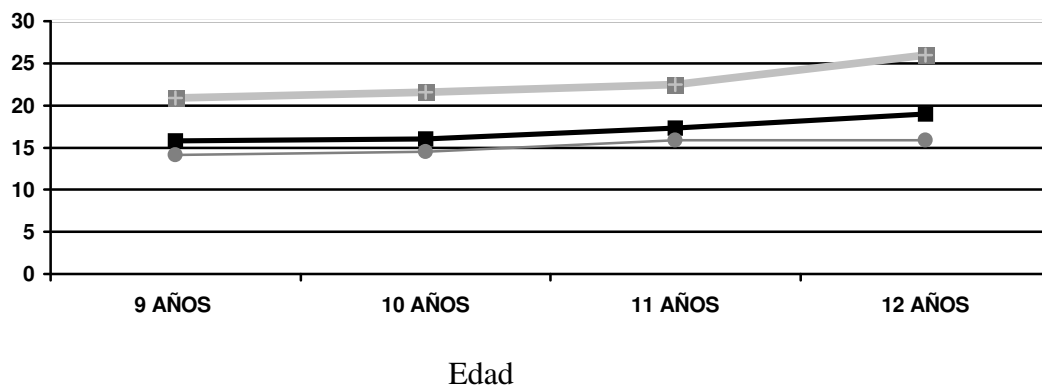
De igual modo, se obtuvo el coeficiente de confiabilidad del Self-Esteem Questionnaire (LAWSEQ) eliminando cuatro ítems el 4,7,9 y 12 que tampoco registraban el índice de confiabilidad requerida, quedando un alfa total de .6420 con correlaciones ítem que varían entre un coeficiente mínimo de .6003 y .6438 máximo.

5.3 SELECCIÓN DE GRUPOS SOBRE-PESO, NORMOPESO E INFRAPESO

La distribución de los diferentes grupos a partir de sus respectivos Índices de Masa Corporal (IMC) se realizó al estandarizar las variables por edad de los cuartiles del 01% al 05% para el infrapeso y del 95% al 100% para el sobrepeso; entendiéndose que del .06% al .94% corresponderán al normopeso.

Cabe señalar que las tablas de IMC consultadas inicialmente (obtenidas en el Hospital Infantil de México. Federico Gómez ubicado en el Distrito Federal (D.F), son de 1974 a 1985, y las citadas por Faulhaber son de 1976. Dichas tablas no se consideraron porque los datos de éstas, mostraban estar muy alejadas de nuestros resultados, seguramente por su antigüedad.(Figura 2).

Figura 2.
Puntuaciones medias del IMC, desviaciones estándar y percentiles mínimo y máximo de referencia por edades.



5.4 COMPARACIONES GRUPOS NORMOPESO

A continuación se realizó un análisis con los datos obtenidos en el grupo de sujetos con normopeso, no se incluyeron en este análisis los participantes que presentaron infrapeso (6% de la muestra) o sobrepeso (5% de la muestra), para evitar sesgos debidos al IMC en la interpretación de los resultados globales.

La muestra final de estudio quedó formada por 178 sujetos, de los cuales un 46.63% eran niños ($n = 83$) y un 53.37% eran niñas ($n = 95$). La media de edad fue de 10.70 años ($DE = 1.10$) para los niños y de 10.34 años para las niñas ($DE = 1.10$).

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis de la varianza (ANOVA) de las puntuaciones del BES, CHEAT, LAWSEQ, BIA e IMC por sexo.

Como se puede observar no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el CHEAT en el grupo de niños y de niñas.

Sin embargo, con respecto al análisis de las puntuaciones medias de cada una de las subescalas que componen el CHEAT (Control oral, Bulimia y Dieta), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el factor Bulimia ($F[1,178] = 5.554, p = .020$).

Siendo los niños los que manifestaron una mayor preocupación por cuidar su figura y realizar la conducta de bulimia, es curioso este resultado pues, se podría esperar que las niñas fueran las que realizaran esta conducta como medida para cuidar su peso, los datos de los niños fueron ($ME = 2.6867, DE = 1.9313$) y de las niñas ($ME = 2.0947, DE = 1.4072$). En cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre géneros en los factores Control oral y Dieta, siendo al parecer estas conductas inexistentes

Tabla 3.

Comparación de las puntuaciones medias del BES, CHEAT, LAWSEQ, BIA e IMC por sexo.

	NIÑOS (n =83)		NIÑAS (n =95)		F	SIG
	M	DE	M	DE		
BES	16.5653	3.9546	15.6737	5.0412	1.692	.195
CHEAT	15.4217	9.2157	16.1579	8.5282	.306	.581
Control oral	3.8313	3.9504	4.6105	3.9607	1.719	.192
Bulimia	2.6867	1.9313	2.0947	1.4072	5.554	.020*
Dieta	8.9036	6.5232	9.4526	6.3493	.323	.571
LAWSEQ	15.6747	3.8354	14.0737	4.2156	6.947	.009*
BIA						
Imagen Real	4.1735	.7834	4.4168	.9248	3.532	.062
Imagen Ideal	3.8060	.6255	3.7695	.9027	.096	.757
Imagen Social	4.1892	1.1586	4.3779	1.2713	1.060	.305
Imagen Futura	3.5867	.6912	3.3526	.7396	4.717	.031*
IMC	20.4087	3.2882	20.2318	3.5122	.119	.730

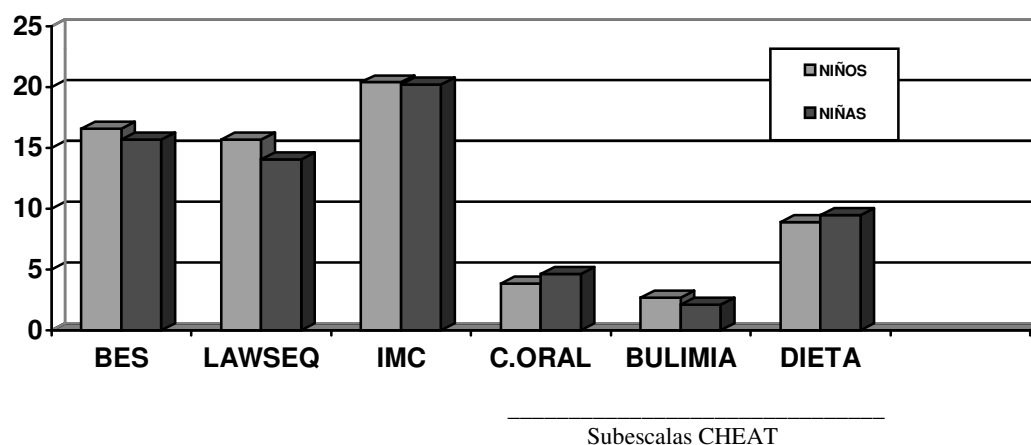
* Diferencias significativas para $p < 0.05$

Nota: BES: Body Esteem Scale; CHEAT: Children Eating Attitudes Test; LAWSEQ: Self-Esteem Questionnaire; BIA: Body ImageAssessment; IMC: Índice de Masa Corporal.

De igual modo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros en las puntuaciones de la autoestima corporal (BES), y el Índice de Masa Corporal (IMC). Pero si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoestima general (LAWSEQ) ($F[1,178] = 6.947$, $p = 009$), siendo de nuevo los niños quienes reportaron una media más alta ($ME = 15.6747$, $DE = 3.8334$) que la reportada por las niñas ($ME = 14.0737$, $DE = 4.2156$), es decir, los niños cuentan con una autoestima general más alta que las niñas (Figura 3).

Figura 3.

Puntuaciones medias y desviaciones estandar del BES, LAWSEQ, IMC y ChEAT (factores Control Oral, Bulimia y Dieta en niños y niñas).



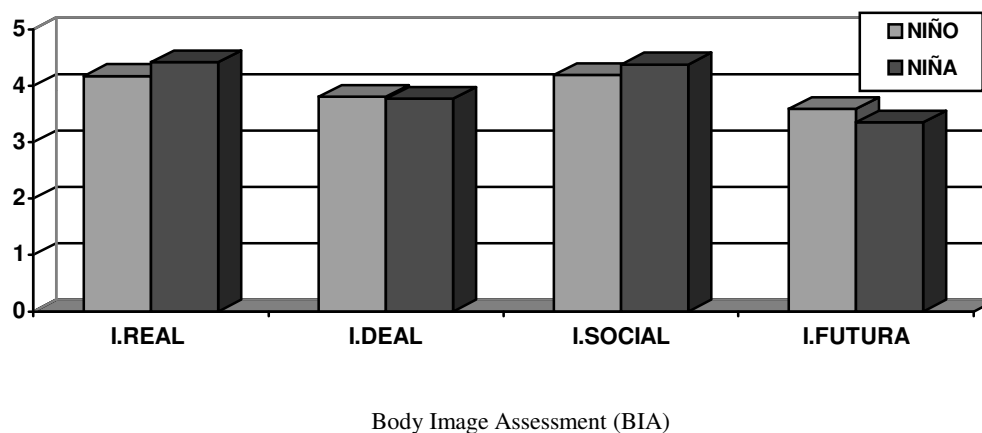
(1) Diferencias significativas para $p < 0.05$

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Body Image Assessment (BIA) se observaron diferencias estadísticamente significativas en una de las escalas visuales, la del yo futuro ($F_{[1,178]} = 4.717$, $p = .031$) en esta escala tanto niños como niñas se sitúan por debajo del valor central de la escala, que es de 4 puntos, aunque en la mayoría de las ocasiones son las niñas quienes seleccionan una figura significativamente más delgada de la que tienen y en un futuro se ven aún con una figura más delgada ($ME = 3.3526$, $DE = .7396$) sin embargo, los niños la figura que seleccionan para un futuro es de un cuerpo proporcionado que no es la más delgada de la escala, esto demuestra que para ellos no es tan significativo estar delgado en un futuro ($ME = 3.5867$, $DE = .6912$). como lo es para las niñas.

En las escalas visuales Imagen del yo Real, Imagen del yo Ideal e Imagen del yo Social no se registraron diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros (Figura 4).

Figura 4.

Puntuaciones medias y desviaciones estandar de las escalas visuales del BIA en niños y niñas



(1) Diferencias significativas para $p < 0.05$

En la tabla siguiente (Tabla 4) se muestran las distribuciones de los porcentajes de las diferencias entre la imagen real y la ideal por género en el grupo normopeso.

Tabla 4

Distribuciones de los porcentajes de discrepancias entre la imagen del yo Real-Imagen del yo Ideal por Sexos

	Ideal mayor	Ideal igual	Ideal menor
Niños (n = 57)	16 (28.0%)	25 (44.0%)	16 (28.0%)
Niñas (n = 71)	14 (19.7%)	31 (43.7%)	26 (36.6%)

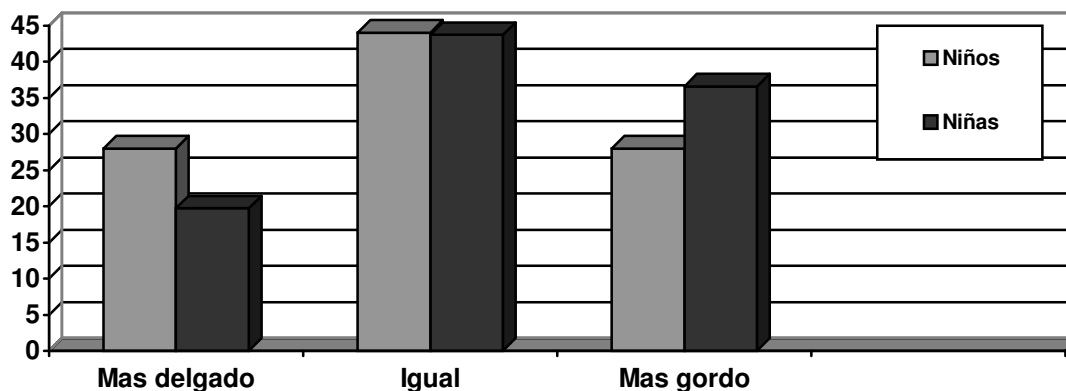
Porcentajes sobre el total de la muestra (n = 128) 30 (23.5%) 56 (43.7%) 42 (32.8%)
 $\chi^2 = 212.57$ gl = 2; p = .000

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distribuciones de las diferencias entre imagen real e imagen ideal por géneros ($\chi^2 = 212.57$ gl = 2; p = .000) por lo cual, un 28.0% de los niños prefirieron una figura ideal mayor que la figura elegida como real, mientras que un 19.7% de las niñas elegían una figura mayor que la real. Por otro lado, un 28.0% de los niños optaron por una silueta ideal menor que la real, frente a un 36.6% de las niñas que prefirieron una figura ideal menor.

Mientras que un 44.0% de los niños seleccionaron una imagen del yo Ideal igual que la imagen del yo Real, un porcentaje similar se observa en las niñas, donde un 43.7% de ellas eligió la misma silueta para identificar su yo Real y su yo Ideal (Figura 5).

Figura 5.

Porcentaje de niños y niñas que eligen una figura de su imagen Ideal menor, igual y mayor que la imagen de su yo Real



Body Image Assessment (BIA)

En total un 43.7% de la muestra eligió la misma figura en el yo Ideal y en el yo Real, mientras que un 32.8% de la muestra prefirió una figura Ideal más delgada que la Real, frente a un 23.5% que la eligió de mayor tamaño. De este último porcentaje, los niños representan un 12.5% del total frente a un 11.0% de las niñas.

En la Tabla 5 se muestran las intercorrelaciones de los cuestionarios BES, LAWSEQ, las subescalas control oral, bulimia, y dieta del CHEAT, y las escalas visuales del BIA Imagen del yo Real, y Social en niños y niñas.

Tabla 5.

Intercorrelaciones escalas BES, LAWSEQ, BIA, CHEAT, e IMC por sexo

Niños

	BES	LAWSEQ	Subescalas BIA			Subescalas CHEAT			IMC
			Real	Ideal	Social	C. Oral	Bulimia	Dieta	
BES	1.000	.442**	-.298**	.056	-.210	-.038	-.232*	-.357**	-.258*
LAWSEQ		1.000	-.028	.126	.107	-.222*	-.070	-.311**	.061
Subescalas BIA									
Real			1.000	-.004	.672**	-.438**	.171	.154	.636**
Ideal				1.000	.012	.049	.012	-.167	.129
Social					1.000	-.354	.058	.240*	.617**
Subescala CHEAT									
C. Oral						1.000	.118	.249*	-.526**
Bulimia							1.000	.334**	.139
Dieta								1.000	.095

Niñas

	BES	LAWSEQ	Subescalas BIA			Subescalas CHEAT			IMC
			Real	Ideal	Social	C. Oral	Bulimia	Dieta	
BES	1.000	.381**	-.350**	.124	-.405**	-.012	-.110	-.396**	-.475**
LAWSEQ		1.000	.128	.144	-.004	-.360**	-.028	-.315**	.013
Subescalas BIA									
Real			1.000	.397**	.752**	-.282**	-.054	.114	.654**
Ideal				1.000	.142	-.004	.090	-.213*	.146
Social					1.000	-.307**	.093	.177	.718**
Subescala CHEAT									
C. Oral						1.000	-.108	.324**	-.306**
Bulimia							1.000	-.076**	.192
Dieta								1.000	.284**

*diferencias significativas para $p < 0.01$

**diferencias significativas para $p < 0.05$

Se observa en ambos géneros una correlación significativa y de signo positivo entre IMC y la estimación de la imagen del yo Real (BIA) (niños: $r = .636$, $p < 0.05$; niñas: $r = .654$, $p < 0.05$), así como una correlación moderadamente alta entre la estimación de la imagen del yo Real y del yo Social, tanto en niños ($r = .672$, $p < 0.05$) como en niñas ($r = .752$, $p < 0.05$). Hay que resaltar que en ambos grupos se observa una correlación negativa aunque baja

entre la autoestima corporal (BES) y la estimación de la imagen del yo Real (BIA) (niños : $r = -.298$, $p < 0.05$; niñas $r = -.350$, $p < 0.05$).

En ambos géneros se observa también una asociación positiva entre la autoestima corporal (BES) y la autoestima general (LAWSEQ), moderada en el grupo de niños ($r = .442$, $p < 0.05$) y un poco baja en el grupo de niñas ($r = .381$, $p < 0.05$).

El grupo de niñas muestra una asociación negativa y moderada entre las puntuaciones de autoestima corporal (BES) y autoestima general (LAWSEQ) con las puntuaciones de la subescalas Dieta del CHEAT ($r = -.396$, $p < 0.05$; $r = -.315$, $p < 0.05$) respectivamente.

5.5 COMPARACIÓN DE GRUPOS SEGÚN EL PUNTO DE CORTE DEL CHEAT.

A partir del punto del corte del CHEAT (>20 puntos), los sujetos con normopeso se clasificaron en dos grupos. Un grupo, con puntuaciones iguales o inferiores a 20 puntos, formado por 125 individuos (70.22% de la muestra) y otro grupo, con puntuaciones totales en el CHEAT superiores a 20 puntos, constituido por 53 individuos (29.78% de la muestra).

En la Tabla 6, se muestra el resultado del análisis de la varianza (ANOVA) de las puntuaciones medias del LAWSEQ, BES, las escalas visuales imagen del yo Real, del yo Ideal, del yo Social, y del yo Futuro del BIA, y el IMC, entre grupos con puntuaciones inferiores y superiores al punto de corte del CHEAT.

Tabla 6.

Comparación de las puntuaciones medias del LAWSEQ, BES, BIA e IMC, entre los grupos con puntuaciones inferiores y superiores al punto de corte del CHEAT

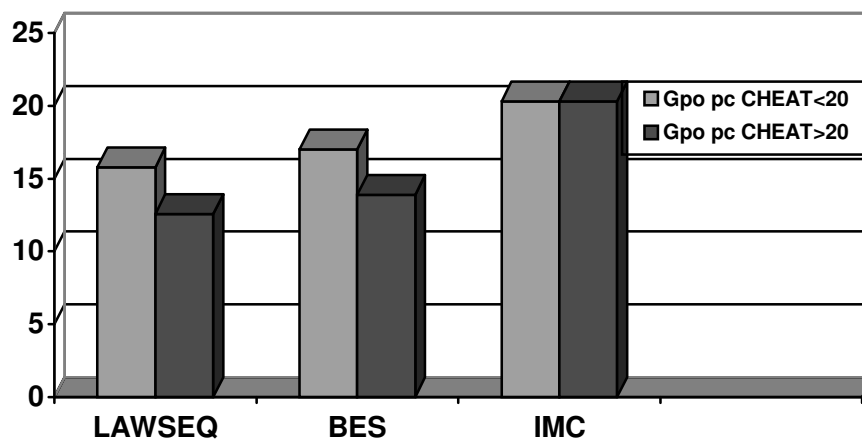
	PC ChEAT<20		PC ChEAT>20		F	SIG
	M	DE	M	DE		
LAWSEQ	15.7680	3.6503	12.5849	4.2986	25.399	.000*
BES	17.0240	4.0430	13.8868	5.0256	19.301	.000*
BIA						
Imagen real	4.3328	.7854	4.2340	1.0422	.481	.489
Imagen Ideal	3.8304	.7336	3.6830	.8903	1.318	.252
Imagen Social	4.3008	1.0933	4.2642	1.4891	.033	.855
Imagen Futura	3.4976	.7325	3.3774	.7065	1.024	.313
Discrepancias BIA						
Real-Ideal	3.7935	.7052	3.7139	.9387	2.873	.002
Real-Social	3.9152	1.0489	3.9028	1.3618	4.582	.002
IMC	20.3115	3.2287	20.3208	3.8100	.000	.987

- Diferencia significativa para $p < 0.05$

En primer lugar, los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de ambos grupos en las escalas LAWSEQ ($F[1,178]=25.399$, $p = .000$ y BES ($F[1,178]=19.301$, $p = .000$). El sentido de estas diferencias indican que el grupo con puntuaciones superiores al punto de corte del CHEAT, manifiestan una menor autoestima general (LAWSEQ) y corporal (BES) que el grupo con puntuaciones inferiores a dicho punto. En cambio, es necesario mencionar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias del IMC ($F[1,178]=.000$, $p = .987$) entre ambos grupos (Figura 6).

Figura 6.

Puntuaciones medias y desviaciones estándar del LAWSEQ, BES e IMC en los grupos de participantes en puntuaciones inferiores y superiores al punto de corte del CHEAT.



(1) Diferencias significativas $p < 0.05$

En segundo lugar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las escalas del BIA, imagen del yo Ideal, imagen del yo Social, imagen del yo Real e imagen del yo Futuro, entre ambos grupos. En la elección del yo Ideal los sujetos con puntuaciones CHEAT superiores al punto de corte, presentan una puntuación menor ($ME = 3.6830$; $DE = .8903$) que el grupo con puntuaciones inferiores ($ME = 3.8304$; $DE = .7336$). Es decir, los sujetos que puntúan por encima del punto de corte del CHEAT eligen una silueta del yo Ideal ligeramente más delgada que aquellos que se sitúan por debajo. En ambos casos, las puntuaciones medias obtenidas se sitúan por debajo del valor central de la escala del BIA.

Cabe destacar que las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de imagen del yo Social y del yo Real, se sitúan por encima del valor central de la escala de 4 puntos del (BIA). Las puntuaciones medias en la imagen del yo Social son significativamente inferiores en el grupo con puntuaciones CHEAT >20 (ME = 4.2642; DE = 1.4891) que el grupo de sujetos con un CHEAT <20 (ME = 4.3008; DE = 1.0933). En este caso, el grupo de niños y niñas con puntuaciones >20 manifiestan una imagen Social menor, es decir, tal vez se sientan con un poco de sobrepeso y esto les afecta en su relación social, ya que ellos creen que son vistos por los demás como gorditos aunque en realidad no lo estén, en cambio los niños y niñas con puntuaciones <20 manifiestan una imagen social mayor se perciben con una silueta delgada y se siente más aceptados por sus compañeros, amigos y familiares.

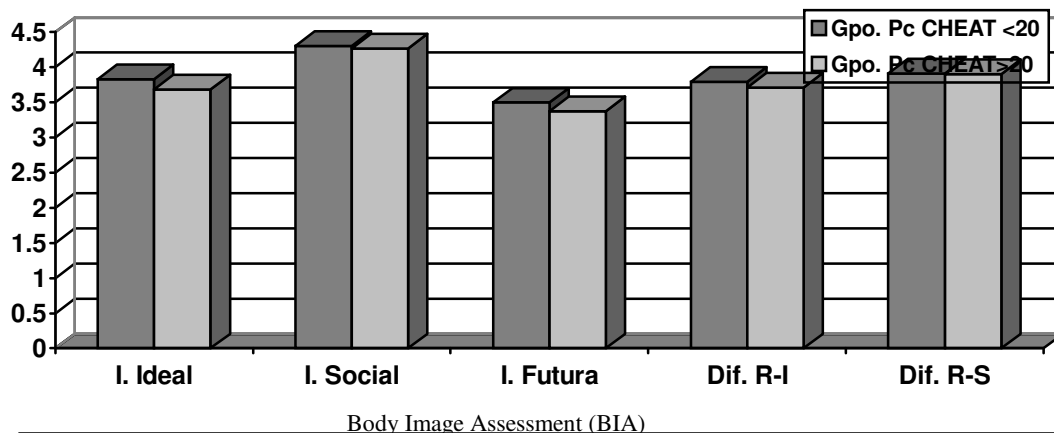
Con respecto a las puntuaciones medias de ambos grupos en la imagen del yo Futuro, tanto niños como niñas se perciben con una silueta delgada y creen mantenerla en un futuro.

También se observaron diferencias estadísticamente significativas en las discrepancias en la imagen del yo Real e Ideal, y en la imagen del yo Real e imagen del yo Social entre ambos grupos. El grupo CHEAT >20 presenta una puntuación media ligeramente menor en la discrepancia entre la imagen del yo Real con la imagen del yo Ideal (ME = 3.7139; DE = .9387), lo que indica la elección de un silueta ideal igual que la silueta elegida como la indicadora de la imagen del yo Real.

Además, este grupo también muestra una puntuación menor aunque no significativa entre las diferencia de la imagen Real con la imagen Social (ME = 3.9028; DE = 1.3618), que denota que los sujetos con puntuaciones CHEAT >20 manifiestan una percepción subjetiva de la imagen de su yo Social igual que la estimación subjetiva de la imagen de su yo Real y, por lo tanto, de una igual discrepancia entre ambas estimaciones del yo corporal (Figura 7).

Figura 7

Puntuaciones medias y desviaciones estándar de las escalas visuales del BIA Real, Ideal, Social y Futuro, y de las diferencias entre la imagen BIA Real con la imagen del yo Ideal y Social en niños y niñas con puntuaciones totales en el CHEAT inferiores y superiores al punto de corte.



Diferencias significativas $p < 0.05$

Nota: Dif. R-I= Imagen del yo Real menos Imagen del yo Ideal, Dif. R-S= Imagen del yo Real menos Imagen del yo Social.

Respecto a las distribuciones de las diferencias entre imagen del yo Real e imagen del yo Ideal, el 43% ($n = 40$) de los sujetos con puntuaciones inferiores al punto de corte del CHEAT, así como un 44.5% ($n = 16$) de los sujetos con puntuaciones superiores al punto de corte del CHEAT, eligieron la misma figura para representar la imagen de su yo Real e Ideal, frente a un 36.0% ($n = 33$) que prefirieron una imagen del yo Ideal más delgada y a un 21.5% ($n = 19$) que eligieron una figura de mayor tamaño.

En cambio, un 25% ($n = 9$) de los participantes del grupo con puntuaciones superiores al punto de corte del CHEAT, seleccionaron una imagen más delgada que la imagen que la imagen del yo Real previamente elegida, mientras que un 30.5% ($n = 11$) prefirieron una imagen de mayor tamaño que la real. Cabe destacar que ninguno de los participantes de este grupo coincidió en la elección de la imagen real con la ideal. Las diferencias en las distribuciones observadas son significativas ($X^2 = 67.57$, $gl = 2$, $p = .007$) (Tabla 7) (Figura 8).

Tabla 7.

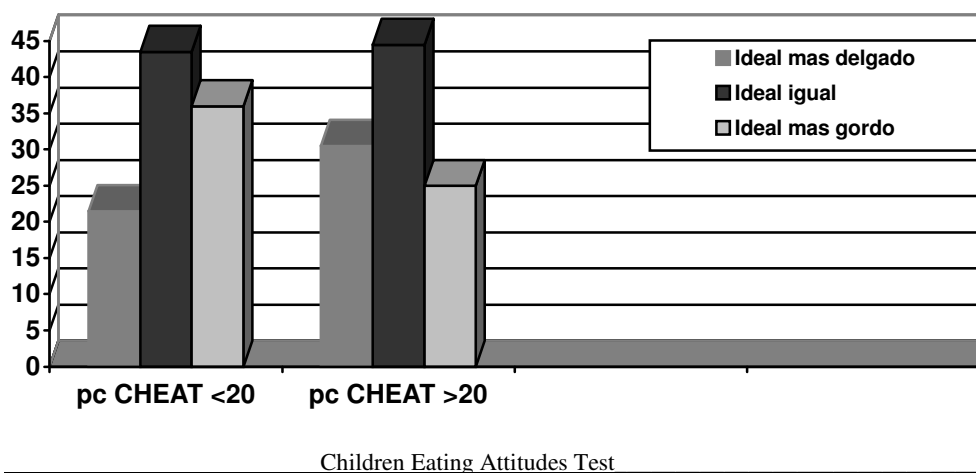
Distribuciones de los porcentajes de discrepancias entre Imagen del yo Real-Imagen del yo Ideal por grupos CHEAT con puntuaciones inferiores y superiores al punto de corte.

	Ideal mayor	Ideal igual	Ideal menor
Grupo pc CHEAT <20	19 (21.5%)	40 (43.5%)	33 (36.0%)
Grupo pc CHEAT >20	11 (30.5%)	16 (44.5%)	9 (25.0%)
porcentaje sobre el total de la muestra (n=128)	30 (23.4%)	56 (43.7%)	42 (32.8%)

$\chi^2 = 67.57$, $gl = 2$, $p = .007$

Figura 8.

Distribución de los porcentajes de participantes por grupos CHEAT con respecto a la diferencia entre la elección del yo Real y del yo Ideal.



Adicionalmente se compararon los resultados obtenidos por el grupo de sujetos con normopeso que presentaban además puntuaciones superiores a 20 en el CHEAT, con el grupo de sujetos con sobrepeso. El 47.2% ($n = 17$) de los se encontraban en la franja de normopeso, frente a un 52% ($n = 19$) de las niñas.

Respecto al grupo de sobrepeso, 30.5% eran niños ($n = 11$), frente a un 38.8% ($n = 14$) de niñas.

Por grupos de edad la distribución de los porcentajes de sujetos con sobrepeso respecto al total de esta submuestra, fue la siguiente: 9 años, 13.8% ($n = 5$); 10 años, 8.3% ($n = 3$); 11 años, 22.2% ($n = 8$) y 12 años, 25.0% ($n = 9$) de niños con sobrepeso.

Como se muestra en la Tabla 8, la prueba de comparación de muestras no paramétricas para datos independientes U de Mann-Whitney no señaló diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media total del CHEAT entre ambos grupos. Los sujetos con normopeso y con puntuaciones por encima de 20 puntos en el

CHEAT, presentaban una puntuación media (ME = 15.2734, DE = 8.3767) significativamente menor que la observada en el grupo con sobrepeso cuyos datos son los siguientes (ME = 16.3016, DE = 8.8966).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en las puntuaciones medias del LAWSEQ, BIA Ideal, BIA Futura, en cambio si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el BIA Real ($p < .000$), y BIA Social ($p < .000$).

Tabla 8.

Comparación de las puntuaciones medias del BES, las subescalas del CHEAT, LAWSEQ, BIA, e IMC entre grupos de participantes con normopeso y una puntuación total en el CHEAT >20 con el grupo con sobrepeso.

	Grupo Normopeso		Grupo Sobrepeso		SIG
	M	DE	M	DE	
BES	17.2344	3.7657	13.0000	5.5649	.000*
Subescalas CHEAT					
C. ORAL	4.8906	4.1417	2.6667	2.3895	.000*
Bulimia	2.2969	1.6475	2.6825	1.8822	.372
Dieta	8.0859	5.6652	10.9524	7.3032	.010*
LAWSEQ	14.7656	4.0537	14.6508	4.5796	.780
BIA					
Real	4.0125	.7627	5.1063	.7626	.000*
Ideal	3.7711	.7749	3.9317	.8207	.831
Social	3.9117	1.1399	5.2492	.9082	.000*
Futura	3.4430	.6881	3.5317	.8024	.693
IMC	18.5092	2.6345	25.1455	3.1169	.000*

*U de Mann-Whitney significativa para $p < .01$

**U de Mann-Whitney significativa para $p < .05$

Aunque estas diferencias muestran que, a pesar de un IMC superior en el grupo con sobrepeso, la autoestima corporal no difiere significativamente del grupo normopeso con puntuaciones CHEAT >20 . Mientras en el LAWSEQ, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias, aunque en el grupo con normopeso se registró una puntuación media ligeramente mayor que el grupo con sobrepeso esta diferencia no es significativa, es decir, presentan ambos grupos una autoestima general aceptable, y una buena adaptación al entorno social (no tienen problemas para relacionarse o jugar con otros niños en la escuela). Como era de esperar, el grupo con sobrepeso presentó una puntuación

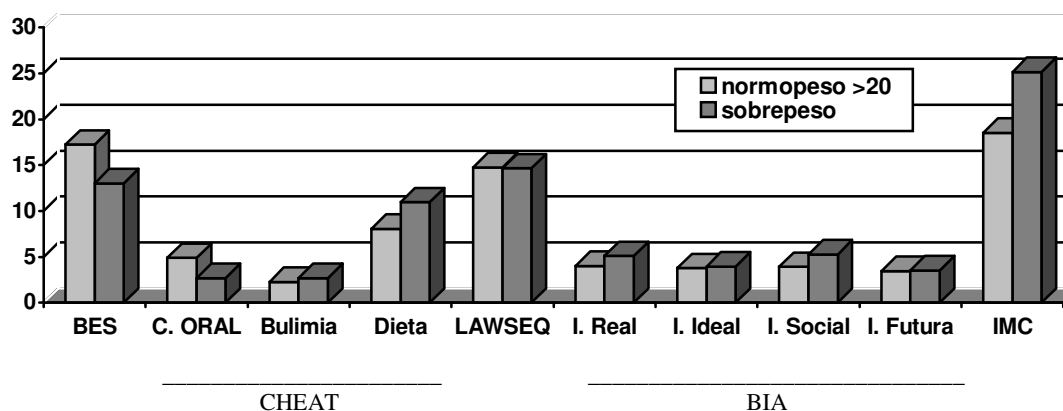
media total en el CHEAT significativamente más alta. Esta diferencia adquiere sentido si consideramos que el CHEAT valora actitudes y conductas alimenticias.

La dirección de estas diferencias señala que el grupo con normopeso considera que los demás prefieren que coman más y piensan que están demasiado delgados, reciben presiones para que coman, se sienten incómodos después de ingerir dulces, y les gusta probar nuevos alimentos con más frecuencia que el grupo de sujetos con sobrepeso.

Lógicamente, el grupo de individuos con sobrepeso elige una silueta del yo Real mayor (ME = 5.1063, DE = .7626) que el grupo con normopeso y CHEAT>20 (ME = 4.0125, DE = .7627), lo mismo sucede con la elección de la imagen del yo Social, donde el grupo de sujetos con sobrepeso elige una imagen significativamente mayor (ME = 5.2492, DE = .9082) que la elegida por el grupo normopeso y CHEAT>20 (ME = 3.9117, DE = 1.1399). En cuanto a la elección de la imagen del yo Ideal y yo Futuro no se encontraron diferencias significativas (Figura 9).

Figura 9

Puntuaciones medias y desviaciones estándar del BES, las subescalas del CHEAT, el LAWSEQ, BIA e IMC entre grupos de participantes con normopeso y una puntuación total en el CHEAT >20 y el grupo de participantes con sobrepeso.



- (2) Diferencias significativas para $p < 0.01$
 (3) Diferencias significativas para $p < 0.05$

CAPITULO 6. DISCUSIÓN

En primer lugar, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, podemos decir que los instrumentos muestran una aceptable confiabilidad interna en todos los cuestionarios adaptados. Sin embargo, al momento de hacer la evaluación para realizar la fiabilidad de cada una de las pruebas consideramos pertinente eliminar algunos ítems, porque no resultaban útiles ya que no contaban con el índice de confiabilidad necesaria en nuestro estudio, tal fue el caso del CHEAT, en el cual se eliminaron de la escala original tres ítems: el 13, 22 y 25, obteniendo así un coeficiente de confiabilidad total de $\alpha = .7344$, análogo al observado en el estudio de Marcó (2002).

La fiabilidad interna de la Body Esteem Scale (BES) fue de $\alpha = .8333$ equiparable también a la obtenida por Marcó (2002) que fue de un $\alpha = .80$.

En el caso del Lawrence Self-Esteem Questionnaire (LAWSEQ) el alfa de Cronbach obtenida fue de $.6420$ la cual se obtuvo eliminando cuatro ítems el 4,7,9 y 12 respectivamente, pues al igual que en el CHEAT, no registraban el índice de confiabilidad requerida. Este valor fue semejante a la fiabilidad encontrada en el trabajo original de Lawrence (1981) que fue de $.70$, y al de Marcó (2002) de $.67$, para ambos géneros y para todos los grupos de edad incluidos en el estudio.

Con respecto a la escala visual (BIA), los resultados obtenidos se limitan a la validez externa de la imagen del yo Real con respecto a las variables criterio peso e IMC. Los coeficientes de correlación ítem-criterio obtenidos son aceptables e incluso superiores a los obtenidos en el trabajo de Collins (1991; citado por Marcó, 2002). La correlación encontrada en nuestro estudio en la imagen del yo Real y el peso fue de $r = .5930$ mientras que la referida en el estudio original fue de $.36$, sin embargo, es similar a la observada por Marcó que fue de $.60$. Al igual que la correlación BIA-Real e IMC encontrada en el presente trabajo también es equiparable ($r = .654$) a la obtenida por Marcó (2002) que fue de $r = .66$, lo que nos permite concluir que la escala BIA Real e IMC presenta unas aceptables propiedades psicométricas de validez externa.

En segundo lugar, los resultados obtenidos en conjunto muestran la existencia de una mayor autoestima corporal (BES) en niños que en niñas. Es decir, los niños se sienten a gusto con su imagen corporal aún cuando ésta no sea la más delgada, y no tienen tanta preocupación por este aspecto como las niñas. En cambio, por grupos de edad se encontraron diferencias significativas en la autoestima corporal entre los grupos de (9,10 y 11 años) registrándose una autoestima corporal menor en el grupo de mayor edad (12 años) que la registrada en los grupos de menor edad. También en la autoestima general (LAWSEQ) se registraron diferencias significativas, siendo de nuevo los niños quienes reportaron medias más altas, manifestando mayor autoestima general que las niñas. Estos resultados ponen de manifiesto que existe una menor preocupación en los niños por la imagen y que ésta no les afecta en su autoestima general. En cambio las niñas como era de esperarse, tienen una mayor preocupación por la imagen, y ésta les afecta tanto en la autoestima corporal como en la autoestima general. En parte estos resultados difieren de los obtenidos por Marcó (2002) quien reportó no haber encontrado diferencias en la autoestima corporal por sexos, pero si en los diferentes grupos de edad.

Estos resultados coinciden con los hallados por otros autores que destacan la importancia de la autoestima corporal desde edades muy tempranas como lo menciona Gómez, (en prensa) quien encontró que las niñas de 6 a 9 años comparten con las preadolescentes y adolescentes, el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, además de estar insatisfechas con su imagen corporal, y sobreestimar esta última. Aunque el deseo de una imagen corporal delgada se suele incrementar con la edad, la mitad de las niñas de 6 a 9 años, de una muestra de $n=232$, tiene el deseo de una imagen más delgada, afirmando que las niñas a esa edad ya se encuentran involucradas con el estereotipo del culto hacia la delgadez y que tienen una actitud negativa hacia la obesidad. Se reportó que tanto las niñas como los niños mostraron actitudes similares hacia la obesidad y hacia el deseo de una figura delgada pero atlética, característica entre púberes y adolescentes, mientras que los niños más chicos de edad mostraron mayor insatisfacción por querer pesar menos.

Además, la autoestima corporal y la autoestima general están moderadamente relacionadas en ambos grupos, registrándose un poco más alta en los niños ($r = .442$) y un

poco más baja en las niñas ($r = .381$). Esto estaría en consonancia con aquellos estudios (Gustafson-Larson, Terry, 1992; Sazón, et al, 1995 citado por Marcó,2002) que señalan la incipiente aparición en edades tempranas de una relación entre cómo perciben, sobre todo las niñas, su apariencia física y valía personal. A esto hay que añadir que las niñas con una menor autoestima corporal mantienen un control más restrictivo sobre la dieta ($r = -.396$). Esta misma asociación aparece también en niños, aunque de forma más moderada ($r = -.357$). Tanto en niños como en niñas un mayor IMC se muestra asociado a una menor autoestima corporal, aunque en el caso de las niñas una menor masa corporal se relaciona con un mayor control sobre la dieta.

Esta diferencia de cómo perciben los niños y las niñas su autoestima corporal y general, es en la mayoría de las ocasiones consecuencia de cómo ha sido atacada la mujer con respecto a su imagen física en los diferentes medios de comunicación. Al respecto, Herrera (1999) menciona que uno de los medios por los que se denigra más a la mujer es a través de los medios de comunicación masiva, que utilizan sin miramientos su cuerpo como medio de explotación, presentando a mujeres muy jóvenes, esbeltas, y bellas anunciado todo tipo de productos y servicios.

En este sentido, los resultados ponen de manifiesto que en conjunto, existe una menor autoestima general en niñas que en niños sobre todo con respecto a la opinión de los demás y a la interacción social. Tanto en niños como en las niñas la autoestima general aumenta con la edad, un hecho que como sostienen algunos autores como (Harter, 1982; en Marcó 2002) está relacionado con un aumento de la competencia, habilidades y aceptación social, que sería mayor en los niños que en las niñas.

Los resultados obtenidos en el CHEAT por géneros, manifiestan diferencias en los hábitos alimenticios; a los niños les preocupa en menor proporción el cuidar su alimentación, en cambio, las niñas se preocupan más por cuidar lo que comen. Es pertinente mencionar que en las puntuaciones medias de cada una de las subescalas que componen el CHEAT (C.Oral, Bulimia, Dieta), se obtuvieron diferencias significativas por géneros en el factor Bulimia, siendo los niños quienes manifestaron una mayor

preocupación por cuidar su imagen realizando la conducta de Bulimia como medida para cuidar el peso. Este resultado es sorprendente pues, se podría esperar que fueran las niñas quienes realizaran alguna de estas conductas.

También se encontraron diferencias en los grupos de edad de (10, 11 y 12 años) con respecto a los de 9 años; es decir, los niños de mayor edad eligen una imagen más delgada de lo que son, y los niños de menor edad eligen una figura igual a la que tienen, es decir, su silueta no sufre cambios.

Por género, se encontró que las niñas optan por una imagen futura bastante más delgada que la elegida por los niños, y ambos seleccionan como imagen futura siluetas que se sitúan por debajo del central de escala; en el caso de los niños, la figura que seleccionan no es la más delgada de la escala, sino la de un cuerpo proporcionado, esto demuestra que para ellos no es tan significativo estar delgado en el futuro como lo es para niñas, quienes eligen la figura más delgada de la escala tanto a la hora de escoger una imagen futura como en la selección de su yo ideal, que en ambos géneros se sitúa también por debajo del valor central de la escala. Estos datos corroboran los resultados obtenidos en otros estudios que señalan la existencia de una orientación hacia un cuerpo delgado ya en la preadolescencia y que sería mayor en las niñas. Así, un estudio realizado por Hill, Draper y Stack (citado por Gómez, 1997) halló que un 41% de niñas de 9 años de edad ya preferían un cuerpo delgado.

Los resultados de nuestro estudio apuntan hacia la misma dirección, un 28.0% de las niñas prefieren una figura Ideal más delgada que la que tienen en la actualidad. Los niños también muestran preferencia por un ideal más delgado, un 36.6% eligen una figura representativa de su yo más delgada que la imagen de su yo real. Estos datos son coherentes con los obtenidos por otros autores (Gómez, 1999) que han encontrado que muchos niños y adolescentes, tanto mujeres como hombres, presentan alteraciones de su imagen corporal, así como actitudes negativas hacia la obesidad, y que existe un mayor porcentaje en la elección de una figura ideal delgada, que en una figura normal delgada, debido a que la primera es considerada como la más atractiva.

En nuestro estudio, un 28.0% de los niños prefirieron una figura Ideal mayor que la figura elegida como Real, frente a un 19.7% de las niñas. En los niños, la selección de una figura más gruesa se explicaría como se dijo anteriormente, porque prefieren un cuerpo más voluminoso, y por lo tanto se inclinan a elegir una figura más ancha como representativa de un cuerpo más musculoso, Schur (et al, 2000; citado en Marcó, 2002) obtuvo resultados similares a los nuestros en la elección de la figura real e ideal, donde un 24.7% de los niños prefirieron una figura ideal mayor que la real al igual que un 16.3% de las niñas.

Sin embargo, los datos obtenidos señalan la existencia de una orientación hacia un cuerpo más esbelto y delgado también en niños, que incluso es mayor a aquéllos que eligen como figura Ideal una silueta más voluminosa, y se aproxima en porcentaje a las niñas que eligen como figura Ideal una silueta más delgada.

El porcentaje de sujetos que eligen la misma imagen Real que la Ideal es de un 44.0% en niños y de un 43.7% en niñas, porcentajes similares a los encontrados por Marcó (2002) que refiere un 40.9% en niños y un 43.9% en niñas.

En tercer lugar, es importante mencionar que para la distribución de los diferentes grupos, fue necesario consultar diversas tablas de crecimiento, como las tablas de IMC (obtenidas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez) así como citadas por Faulhaber (1976) que son utilizadas en la actualidad por los especialistas de Antropología Física, y por Médicos Pediatras de manera oficial en México y Latinoamérica, aprobadas por la OMS desde 1975.

Sin embargo, estas tablas no fueron utilizadas, ya que como se puede observar son muy viejas y los datos que éstas arrojan están muy alejados de la actualidad; nosotros pensamos que son datos que no son útiles en la población actual ya que durante los últimos años los hábitos alimenticios han cambiado mucho, incluso el peso y la estatura que se consideraba normal, en esos años, hoy en día ya no lo es.

Así, la distribución de los diferentes grupos a partir de sus respectivos Índices de Masa Corporal (IMC) se realizó al estandarizar las variables por edad de los cuartiles del 01% al 05% para el infrapeso y del 95% al 100% para el sobrepeso; entendiendo que del .06% al .94% corresponderán al normopeso. De este último grupo, un 29.78% del total de la muestra puntúo por encima del punto de corte del CHEAT establecido (Maloney et al, 1988; en Marcó, 2002) en 20 puntos. De este porcentaje, un 16.33% eran niñas y un 13.45% niños. En conjunto, el porcentaje observado de sujetos con puntuaciones superiores al valor del criterio del CHEAT se sitúa un poco alto al encontrado por Marcó (2002) que fue un 10.4%, donde el 3.5% eran niñas y un 7% niños.

Respecto a las diferencias entre los sujetos con puntuaciones superiores e inferiores al punto de corte del CHEAT, los resultados encontrados muestran que tanto los niños como las niñas con puntuaciones por encima de 20 puntos en el CHEAT, y que teóricamente tendrían un posible riesgo de TCA, presentan una menor autoestima general y corporal. Es decir, prefieren una silueta representativa de su yo Ideal más delgado y creen que son vistos por los demás como más gordos de lo que ellos creen que son, a pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas en la elección del yo Real ni en el IMC entre este grupo y los sujetos que puntúan por debajo de 20 puntos en el CHEAT.

Las diferencias entre la imagen del yo Real con respecto a la imagen del yo Ideal y del yo Social muestran una mayor discrepancia en el grupo de niños y niñas con puntuaciones mayores a 20; es decir, eligen una figura Ideal mucho más delgada que el otro grupo y creen que son vistos por los demás con una figura más gruesa que la que creen que realmente tienen. Es importante señalar que todos los sujetos de este grupo presentan algún tipo de discrepancia y no hay ninguno que esté satisfecho con la imagen que tienen. Mientras que en el grupo con puntuaciones en el CHEAT inferiores a 20, el 44.5% eligieron la misma figura para representar su yo Real e Ideal, es decir, no hubo discrepancias en su imagen, en cambio, un 25% de los niños y niñas del grupo con puntuaciones superiores al punto de corte del CHEAT tienen como ideal corporal una figura más delgada que la real. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Marcó (2002) que señala también una mayor discrepancia entre la imagen del yo real con respecto

a la imagen del yo Ideal y del yo Social en ambos géneros en el grupo del CHEAT con puntuaciones mayores a 20; y en lo que respecta al grupo con puntuaciones inferiores a 20, el 47.2% no discrepa de su imagen real, y en porcentajes, el 71.1% de los niños y niñas con puntuaciones superiores al valor criterio del CHEAT tiene como ideal corporal una figura más delgada.

Los resultados en todos los casos indican claramente una tendencia hacia la delgadez en preadolescentes de ambos géneros.

Y es que aunque la imagen corporal comienza en la infancia, es en la adolescencia en donde se le presta más atención, ya que el adolescente es presa fácil de burlas y bromas por parte de sus coetáneos acerca de su imagen. Así que el deseo de aceptación los lleva a cuidar su apariencia. El ser criticado o sufrir de burlas a causa de su físico en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta. Los apodosos de “cuatrojos”, “bola de grasa”, “tapón”, “cara de pan”, “Dumbo”..... ser criticado repetidamente o recibir burlas por la apariencia durante la infancia o la adolescencia puede tener un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal y ser arrastrado hasta la vida adulta (Raich, 2000).

Desde la perspectiva de género, este tipo de burlas también son una muestra de la violencia de género, ya que a las personas se les etiqueta de acuerdo a los estereotipos que marca la sociedad acerca de la apariencia, este tipo de violencia lo padecen ambos géneros.

Por otro lado, llama la atención Bruchon-Schweitzer (1992), quien realizó diferentes estudios con muestras de adolescentes escolares, encontrando asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima, actitud y conductas asociadas con desórdenes del comer; por ejemplo, la preocupación por el peso corporal, un cuerpo percibido negativamente, y la insatisfacción corporal que trae consigo, se relacionaba no sólo con trastornos alimentarios, sino también con factores de riesgo asociados con ellos.

La detección de estos problemas antes de la pubertad ha hecho que algunos autores hayan centrado sus hipótesis en las influencias externas que reciben los niños, una de ellas, la más importante, es la cultura que nos enseña qué es lo bello y qué es lo feo. A lo largo de la historia, estos conceptos son distintos y a veces contradictorios. En nuestra sociedad actual, uno de los factores más influyentes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. Esta presión hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal (Op-Cit).

Lo anterior se manifiesta en el siguiente fragmento de la revista Claudia de México (citado por Santa, y Erazo, 1980): ‘Desde que una adolescente va formando conciencia de la estructura y configuración de su silueta empieza el conflicto más o menos manifiesto de la importancia que tiene para todas las mujeres su aspecto físico. La seguridad que da un cuerpo con líneas correctas y armoniosas es casi indispensable’(p.156).

La misma sociedad presiona violentamente a los individuos por medio de la educación la imagen corporal que se debe tener: por ejemplo, como lo menciona Raich (2000) los niños de edad preescolar conocen muchas cosas de cómo se ha de ser para tener éxito. Los cuentos de Cenicienta y Blancanieves describen el bello físico de las vencedoras por encima de las feas y malas (las hermanastras o la madrastra, en cada uno de los cuentos citados). La imagen que se debe tener va quedando cada vez más clara; asimismo, los niños pequeños se forman imágenes de cómo no se ha de ser.

Por otra parte, la familia es sumamente importante en este aspecto, ya que en primera instancia nos enseña desde muy pequeños cómo arreglarnos, comportarnos, qué es lo bonito y lo feo, nos dicen a quién nos parecemos dentro de la familia. Asimismo, aprendemos a través del modelado de nuestros padres o hermanos lo que se espera de nosotros. También las amistades tienen una gran importancia en la preocupación por el sobrepeso, trastorno de la imagen corporal y trastornos de la alimentación. Un amigo puede amplificar los defectos del otro o bien puede servir de modelo, ya que si se éste se preocupa por su físico, quizás él también se preocupará.

En diversos estudios se ha encontrado que los preadolescentes y adolescentes se pueden ver fuertemente influenciados por los medios de comunicación social (Cash y Pruzinsky, 1990; Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; citados por Gómez; 1997) para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez, asimismo los niños se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno.

En los tiempos modernos la mayoría de nosotros nos enfrentamos a alteraciones en la salud por las dietas de moda y la influencia de los medios de comunicación. El mensaje que estos medios nos envían a todo tipo de población incluyendo a los adolescentes y mujeres que son más fácilmente manipuladas es “sólo los delgados pertenecen al mundo de la belleza y de los triunfadores”, estos mensajes pueden llevar a quienes los escuchan a graves trastornos en su salud, tanto física como psicológicamente, ya que irrumpen en la autodefinición corporal tras los esquemas de aceptación, belleza y pertenencia (Vélez y Herresti, 2002).

Después de ver que evidentemente existe una preocupación por la figura corporal en preadolescentes con un índice de masa corporal normal para su edad, cabría preguntarse ¿qué sucede con aquellos niños y niñas con sobrepeso? Los resultados obtenidos en el presente trabajo con la submuestra de sujetos con sobrepeso, no indicaron diferencias en la autoestima respecto a los sujetos con puntuaciones superiores a 20 en el CHEAT; es decir, los niños y las niñas de ambos grupos mostraron los mismos niveles de baja autoestima: están descontentos con su aspecto y forma física, y consideran que los demás tienen una opinión negativa de su imagen corporal.

En cambio, es importante destacar que los niños con sobrepeso tienen una autoestima general significativamente más alta que los niños con normopeso y CHEAT >20 puntos. A diferencia de lo que sería posible esperar, los niños y niñas con sobrepeso tienen una buena autoestima general, sobre todo aquellos aspectos de relación con los demás niños y en sus actividades académicas, a pesar de tener una baja autoestima corporal y de reconocer que su imagen corporal genera una visión negativa ante los demás. Esto no les impide que

manifiesten un buen nivel de autoestima general y de relación social con sus compañeros. Como sería de esperarse, los sujetos de este grupo ejercen un menor control sobre sus conductas de ingesta y dieta, y no se preocupan por lo que comen. También hay que destacar que optan por una figura ideal significativamente más gruesa que el grupo con normopeso y puntuaciones del CHEAT superiores a 20; aparentemente, se aceptan gorditos y son felices. Lo mismo sucede en la elección de su figura futura donde, a pesar de ser significativamente mayor que el otro grupo, se sitúa ligeramente por debajo del valor central de la escala BIA.

Estos datos abundan en lo dicho anteriormente, la baja autoestima y la aparición de conductas alimenticias restrictivas afectan a preadolescentes con un peso normal en mayor medida que aquellos niños y niñas que objetivamente tienen un problema de sobrepeso que afectaría a su autoestima corporal pero no a otras dimensiones. Es importante por lo tanto, continuar investigando sobre el tema, contextualizando los hallazgos desde una perspectiva de género que nos permita desenmascarar la violencia ejercida en hombres y mujeres desde edades muy tempranas, y que está afectando en la actualidad a nuestros niños / as.

CAPITULO 7. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten concluir que todos los instrumentos adaptados como son el Body Esteem Questionnaire (BES), Lawrence Self-Esteem Questionnaire (LAWSEQ), Body Image Assessment (BIA) y el Childrens Eating Attitudes Test (CHEAT), presentan una aceptable confiabilidad.

En lo que respecta al estudio de la autoestima corporal en niños y niñas preadolescentes y de la posible relación con determinadas actitudes alimentarias y la autoestima general, los resultados obtenidos fueron los siguientes: aunque con algunos matices diferentes, las conclusiones de este trabajo se sitúan en la línea de la mayoría de las investigaciones realizadas sobre autoestima corporal, actitudes y conductas alimentarias en niños preadolescentes donde, en general, se insiste en un desplazamiento de la preocupación por la imagen corporal y en la aparición de determinadas conductas restrictivas o de control alimentario hacia edades cada vez más tempranas.

De acuerdo al segundo objetivo general podemos concluir que: se identificó la violencia de género ejercida en los preadolescentes a través de la demanda social por tener un cuerpo perfecto, que se estudió a partir de las siguientes hipótesis:

Violencia de género manifestada por las exigencias sociales que pueden reflejarse en posibles diferencias entre niñas y niños de la autoestima corporal general y de las actitudes alimentarias. De acuerdo a los resultados obtenidos, esta primera hipótesis se aceptó, ya que los resultados arrojaron que efectivamente las niñas son más susceptibles a los comentarios de los demás y que prestan más atención a las exigencias sociales. De esta manera queda manifestada la violencia de género, ya que las diferencias encontradas por géneros tanto en la autoestima corporal y general nos permiten confirmarlo.

En cuanto a la segunda hipótesis: Violencia de género manifestada en las diferencias en la autoestima y las actitudes hacia la alimentación entre niñas y niños con IMC extremos (infrapeso y sobrepeso), podemos decir que la violencia de género se vio

manifestada en las diferencias encontradas en los resultados con respecto a la autoestima general y corporal, siendo los niños quienes presentaron una autoestima general y corporal mayor que las niñas. Es pertinente resaltar, que los niños arrojaron resultados sorprendentes con respecto a la actitud hacia lo que comen, pues cuidan su alimentación realizando en ocasiones conductas restrictivas. Con respecto a los niños /as con IMC extremos (infrapeso y sobrepeso) no se encontraron diferencias significativas en lo referente a la autoestima. Tampoco en las actitudes hacia la alimentación.

En la tercera y cuarta hipótesis: Violencia de género observada en la prevalencia de posibles trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes, y la Identificación de posibles grupos de riesgo con trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes, se encontró que la violencia de género fue observada en la prevalencia de los posibles trastornos de la conducta alimenticia en preadolescentes, dado que se pudo observar preocupación en lo que se come y un deseo constante de tener una figura delgada.

Esta violencia está inmersa en los anuncios de la televisión, radio y prensa escrita, en donde se hace mucho culto a la delgadez, rechazando la gordura, y se le invita a toda la gente a seguir estos pasos, pero son los preadolescentes quienes son más susceptibles a este tipo de mensajes.

Según los resultados obtenidos en diversas investigaciones, y como lo reporta Gómez, (1995, 1997, 1999) los trastornos de la imagen corporal se presentan cada vez más a una edad muy temprana. En la mayoría de las veces este tipo de trastorno está fuertemente inducido por la influencia de los medios de comunicación social, que violentan a las personas orientando sus preferencias hacia una apariencia física estereotipada y les forman una imagen negativa de su propio cuerpo, ocasionándoles en algunos casos trastorno de la imagen corporal y en ocasiones trastornos en la alimentación. También el presente trabajo nos permitió conocer los posibles grupos de riesgo, que fueron quienes se encontraban en el grupo de sobrepeso y presentaban una puntuación mayor a 20 en el corte del CHEAT.

Por lo anterior, los resultados encontrados en las hipótesis planteadas nos permiten concluir que efectivamente, son las niñas quienes son más sensibles que los niños a los comentarios de los demás, y que en ocasiones esto les puede generar una autoestima general más baja y un posible trastorno de la imagen corporal; en este mismo sentido, se podría esperar que las niñas y niños delgados tendrían una autoestima general mayor y las niñas y niños con sobrepeso una autoestima general más baja. Sin embargo, los resultados destacan que no hay diferencias significativas en la autoestima general en niños y niñas con normopeso y los niños y niñas con sobrepeso; ambos grupos tienen una autoestima general aceptable, se llevan bien con sus compañeros y no tienen problemas con su aprovechamiento escolar.

Es pertinente mencionar que la muestra utilizada para la presente investigación como ya se mencionó en el método, pertenece al nivel socioeconómico medio bajo, esto puede influir en los resultados obtenidos, ya que todos los niños tienen más o menos los mismos hábitos alimenticios y se desarrollan bajo el mismo contexto cultural.

Sin embargo, tal vez para lograr resultados diferentes, sería pertinente realizar el estudio con muestras de niños que pertenecieran a diversas clases sociales y se desarrollaran en diferentes contextos culturales, ya que posiblemente manifestarían hábitos alimenticios distintos y presiones culturales diferentes, porque tampoco es lo mismo en una sociedad como la nuestra, ser un niño /a gordo /a de clase social alta, que de clase social baja. En este mismo sentido algunos autores (Kagan y Squires, 1983; Striegel Moore, Silberstein y Rodin, 1986; Pike y Rodin, 1991 en Raich, 1998) consideran que la individualización de la presión social por la esbeltez, viene dada en muchas ocasiones por la misma familia, que comenta la importancia de la apariencia delgada, refuerza los comportamientos de dieta y estigma su seguimiento, y /o rechaza el sobrepeso o la obesidad.

Parece que la familia amplifica la importancia sociocultural del atractivo, que para las mujeres equivale a la delgadez y para el hombre la figura musculosa. Dentro de la sociedad mexicana, esta presión parece caracterizarse más en el nivel socioeconómico alto.

Estamos totalmente de acuerdo con Marcó (2002) sobre la necesidad de realizar estudios longitudinales que contemplen el papel de la familia, de las relaciones sociales sobre todo de la transmisión de rol entre semejantes, y la influencia de determinados mensajes de la mercadotecnia infantil.

Las posteriores investigaciones deberían de elaborar un modelo más amplio que integre las distintas hipótesis posibles sobre los factores que afectan precozmente a la autoestima corporal y a determinadas conductas alimenticias infantiles, así como establecer instrumentos y criterios de evaluación específicos para niños. En este contexto, pensamos que trabajar desde la perspectiva de género ayudaría a esclarecer muchos de los factores que, en apego a los roles tradicionales favorecen la adquisición a este sistema de creencias y con ello, facilitan la aparición del trastorno de la imagen corporal.

ANEXOS

AJ] LAWSEQ: Versión escuela primaria

Centro escolar	Sexo
Nombre	Peso
Edad	Talla

--

NS	SI	NO
1- ¿Piensas que a tus padres les gusta escuchar tus ideas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- ¿A menudo te encuentras solo/a en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- ¿A menudo otros niños/as te pegan o se enfadan contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- ¿Te gustan los juegos en equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- ¿Piensas que otros niños/as dicen cosas desagradables de ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- ¿Cuándo tienes que hablar delante de tus maestros o profesores, ¿sientes vergüenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- ¿Te gusta escribir historias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- ¿A menudo te sientes triste porque no tienes a nadie con quién jugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- ¿Te van bien las matemáticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- ¿Hay muchas cosas de ti que te gustaría cambiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- ¿Cuándo tienes que hablar delante de otros niños/as, ¿tienes vergüenza o te sientes ridículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- ¿Encuentras difícil hacer cosas bonitas de madera u otro tipo de manualidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- ¿Cuándo tienes que decir alguna cosa delante de los maestros o profesores, ¿a menudo te sientes ridículo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- ¿A menudo tienes que buscar nuevos amigos/as porque los que tienes juegan con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- ¿Cuándo hablas con tus padres, ¿a menudo te sientes ridículo/a o tonto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- ¿Las otras personas piensan que dices mentiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total:

BJ BODY ESTEM SCALE

	SI	NO
1- Me gusta la imagen que tengo en las fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- A los otros niños/as les gusta mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Estoy contento/a con la apariencia física que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- La mayoría de los niños/as tienen un cuerpo mejor que el mío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Me siento insatisfecho/a con mi peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Me gusta ver mi imagen reflejada en el espejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Me gustaría estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Hay muchas cosas que cambiaría de mi apariencia física si pudiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Estoy orgulloso/a de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Estoy contento con mi peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Me gustaría tener una mejor apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- A menudo siento vergüenza de mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Las otras personas se ríen de mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Pienso que tengo un cuerpo bonito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Me gusta el aspecto físico que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Es bastante duro tener un aspecto físico como el mío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Me gustaría estar más gordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- A menudo pienso que me gustaría parecerme físicamente a otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Pienso que a mis amigos/as les gustaría ser físicamente como yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Tengo una buena opinión de mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- No me gusta mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Mi aspecto físico es tan bueno como el de la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- A mis padres les gusta el aspecto físico que tengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Me preocupa mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total:		<input type="text"/>

BES (Katz, B., et al., 1982) de la adaptación: M. De Gracia y M. Marcó (2000)

A] CHILDREN EATING ATTITUDES QUESTIONNAIRE- 26



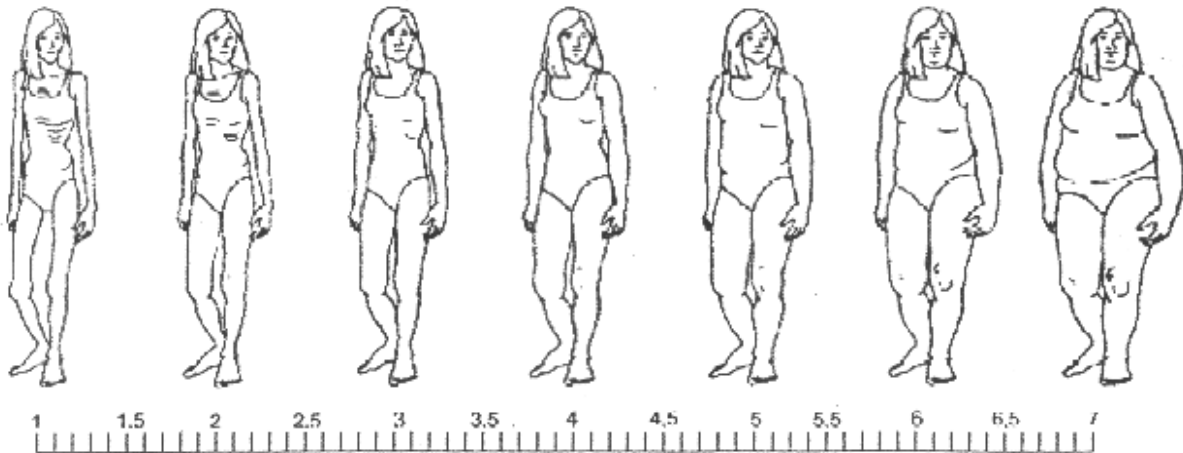
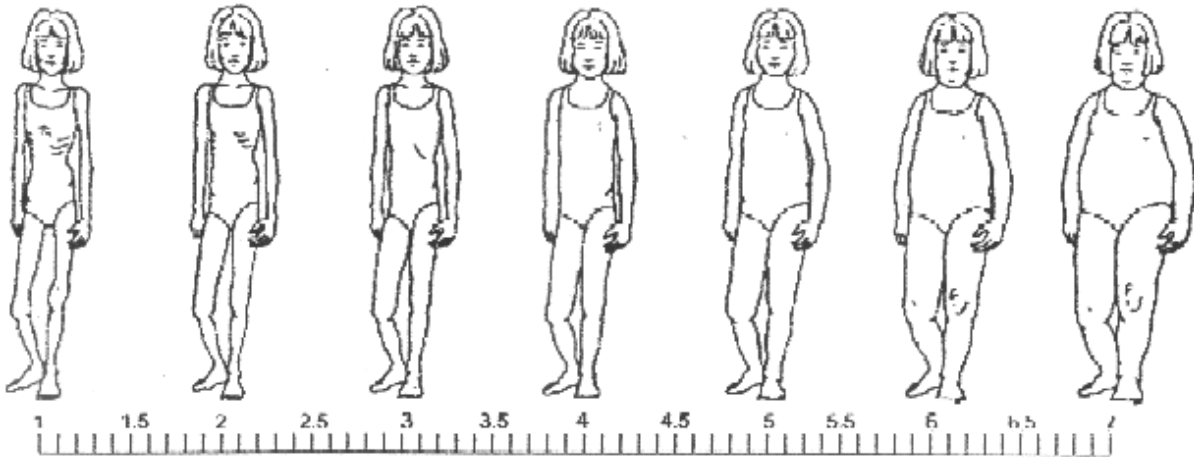
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5	6

1- Me da mucho miedo engordar	
2- Procuo no comer aunque tenga hambre	
3- Pienso en comer todo el tiempo	
4- A veces tengo tanta hambre que no puedo para de comer	
5- Corto toda la comida en trocitos muy pequeños	
6- Estoy informado/a de los alimentos que engordan y de los que no cuando como	
7- Evito, comer alimentos como pan, patatas o arroz	
8- Noto que los demás preferirían que comiera más	
9- Vomito después de haber comido	
10- Me siento muy culpable después de comer	
11- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	
12- Pienso en adelgazar cuando hago ejercicio	
13- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	
14- Me preocupa la idea de tener demasiada grasa en el cuerpo	
15- Tardo en comer más que las otras personas	
16- Procuo no comer alimentos con azúcar	
17- Noto que los demás me presionan para que coma	
18- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	
19- Me siento incomodo/a después de comer dulces	
20- Me comprometo a hacer régimen	
21- Me gusta sentir el estoma (o la barriga) vacía	
22- Me la paso bien probando comidas nuevas y sabrosas	
23- Tengo ganas de vomitar después de las comidas	
24- como alimentos de régimen	
25- Siento que lo alimentos o la comida son el centro de mi vida	
26- Me controlo en las comidas (o como menos de lo que comería en las comidas	

Puntuación total:

Cheat-26 (Mahoney, M. J., et al., 1989) de la adaptación: M. Gracia y M. Marcó (2000)

D) BIA = BODY IMAGE ASSESSMENT

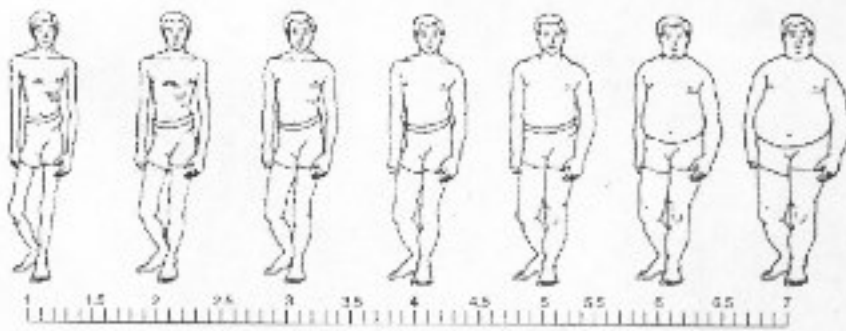
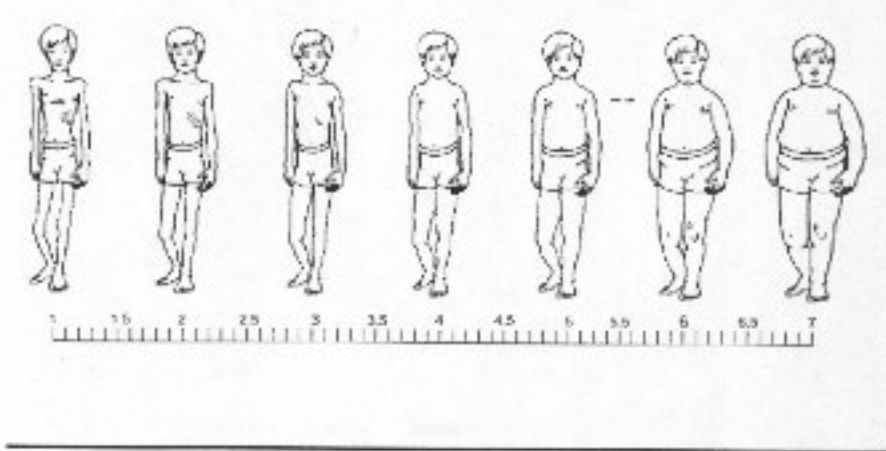


IR	II	IS	IF

D)

BIA=BODY IMAGE ASSESSMENT

Development to Personality



IR II IS IF

--	--	--	--

BIA (Colzani, M. H., 1997); adaptado de Williamson, (1985) versión de M. de Guzmán y M. Marín (2000)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ávila, L. Lozano, V.; Ortiz, L.(1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

Buendía, J.; Rodríguez. (1996). Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid. Masson.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona. Herder.

Cash, T.; Pruzinsky, T. (1990) .Body images: Development, deviance y change . New York: Guilford Press.

S/A, (1998) Violencia doméstica; Programa: Documentación, Educación y Cultura. CIDHAL. México.

Conger, J. (1980) Adolescencia. Colombia. Harper y Row Latinoamericana.

Cooper, A. J. (2001) Sexualidad y género en el ámbito laboral: atracción, emociones, discriminación y respeto. México. PUEG. UNAM.

Corominas, J. (1999) Diccionario Etimológico . Madrid. Editorial. Gredos.

Corsi, J. (1995) Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. México. Paidós.

Del Rio, P. (2000) Hablemos de anorexia nerviosa. Internet, file//A/ SaludActual _cl-%20Anorexia.

Enciclopedia Universal (1993) Diccionario ilustrado de la lengua española. Barcelona. Editorial. Sopena.

Escamilla, J. (1996). Influencias que inciden en el autoconcepto, la autoestima y la identidad sexual en el desarrollo de la niñez temprana. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Iztacala.

Esquivel, M. (1989). Mujer y modernización: análisis estadístico. Sociológica, 4, (10) 81 – 105.

Esquivel, M.; Trujano, M. (1991). Política de fecundidad y cambio cultural: algunas reflexiones. Sociológica, 6, (17), 129-154.

Estrada, D.; Zúñiga, T. (1997). Relación que existe entre significado psicológico de la imagen corporal y autopercepción de ésta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

Fernández, E. (1991) Psicopatología de la adolescencia. Madrid. Editorial. Narcea.

Foulhaber, J. (1976) Investigación longitudinal del crecimiento. México. Colección Científica, Antropología Física 26. Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Gerber, D. (1989) La verdad es mujer. Sociológica, 4, (10), 23-36.

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

Gómez G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociados con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.

Gómez, G. (1995). Peso Real, Peso Imaginario y Distorsión de la Imagen Corporal . Revista Mexicana de Psicología 12, (2), 187-197.

Gómez, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología 14, (1), 31-40.

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

Gómez, G.; Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6, (2), 37-45.

Gómez, G. (1999). Preadolescentes mexicanos y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología. 16, (1), 153-166.

Gómez, G. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. (En prensa).

Guillemont, A.; Laxanaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid. Masson.

Herrera, F. (1999) La familia y la identidad de la mujer. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala.

Hierro, G. (1997) Filosofía de la educación y género. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.

Hierro, G. (1998) La violencia de genero. Psicología y Ciencia Social, 2. (suplemento), 3-8.

Islas, P. (2000) La intervención del psicólogo en la atención a mujeres víctimas de violencia proporcionada en la asociación mexicana contra la violencia a la mujeres A.C. COVAC. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM. Iztacala.

Instituto de la Mujer (1991) Violencia contra la mujer. Ministerios del Interior. Madrid.

Jiménez, S. (1999) El papel de la mujer en la sociedad y los medios de difusión. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM. Iztacala.

Lagarde, M. (1990) Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México. UNAM. Coordinación General de Estudios de Posgrado.

Lamas, M. (1986) “ La antropología feminista y la categoría género”, Nueva Antropología, 8, (30), 147-172.

Lamas, M. (1997) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México. Porrúa.

López, C. (2001) Influencia social e insatisfacción corporal relacionados a trastornos alimentarios en estudiantes de danza. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala.

López, S. (1990). ¿Qué es la publicidad. México: ISAED.

López , S. (1996). Climaterio, imagen y cuerpo femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM Iztacala.

Marcó. A. M. (2002) Imagen corporal, autoestima, y actitudes alimentarias en preadolescentes. Trabajo de Investigación del ciclo de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Inédito.

Nava, P. (2001). La problemática psicológica en el adolescente: su estructura y dinámica familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala.

Papalia, E. D. (2001) Psicología del desarrollo. Colombia. Mc Graw Hill.

Pick, W. S. (1990) Yo adolescente. México. Editorial Planeta.

Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. España. Pirámide.

Raich, R. (1998). Definición, evolución del concepto del trastorno de la imagen corporal. Psicología y Ciencia Social . 2, (1), 15-26.

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

Salazar, F. (1991). El concepto de cultura y los cambios culturales. Sociológica, 6, (17), 11-25.

Santa, A.; Erazo, V. (1980) Compropolitán. El orden transnacional y su modelo femenino: Un estudio de las revistas femeninas en América Latina. México. Instituto Latinoamericano de Estudios Transnacionales. Ed. Nueva Imagen.

Serret, E. (1989). El sujeto femenino; para una refundamentación de la “Teoría Feminista”. Sociológica 4, (10), 11-21.

S/A. (1996) Instituto de la Mujer . México.

Tablas de crecimiento de los niños Mexicanos del Instituto Nacional de Pediatría en México. (1976).

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

Trujano, M. (1998). Desde el análisis filosófico de la violencia al arte de la existencia femenina. Psicología y Ciencia Social. 2, (suplemento), 9-15.

Trujano, P. (1997). Violencia en la familia. Psicología y Ciencia Social. 1, (2), 10-19.

Trujano, P.; Limón , G. Reflexiones sobre la violencia el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En Limón, A. C. (comp.) Terapias Posmodernas. Consideraciones Construccinistas. México. Pax. En Prensa.

Vázquez, M. (2001) De la imposición y el deber ser, a la elección y el conflicto: alcances y posibilidades de las relaciones igualitarias entre géneros. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala.

Vázquez, Ocampo, López, Mancilla , Álvarez. (2002) La influencia de modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. Psicología conductual. 10, (2), 355-369.

Vélez y Herresti (2002) <http://www.interpsiqueyahoo.com>

Watson, I. R (1991) Psicología del niño y el adolescente . México. Ed. Limusa.