

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

APROXIMACIÓN AL MODELO DEL AUTOCONCEPTO EN LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIO: UN ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL ESQUEMA DE DELGADEZ
EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

LORETO CHACÓN, KENIA JIMÉNEZ, DANIELA PEÑA, CAROLINA RAIN

PROFESOR PATROCINANTE

LILIANA CONTRERAS

VALPARAÍSO, CHILE
ENERO 2004

100153003 2004

RECONOCIMIENTOS

Dedicado a nuestros padres, familias y seres queridos por el apoyo incondicional y comprensión en todos estos años de estudios.

A Dios por guiarnos y acompañarnos en cada minuto de nuestras vidas.

Loreto, Kenia, Daniela y Carolina

TABLA DE CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iii
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	ix

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
Parte I MARCO TEÓRICO	2
<i>Capítulo 1. ANTECEDENTES GENERALES</i>	<i>3</i>
1.1. Historia de los trastornos alimentarios.....	3
1.2. Características Clínicas.....	4
1.3. Criterios Diagnósticos.....	11
1.4. Epidemiología.....	14
1.5. Pronóstico.....	15
<i>Capítulo 2. MODELO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS</i>	<i>16</i>
2.1. Factores Predisponentes.....	18
2.1.1. Individuales.....	18
2.1.1.1. Biológicos.....	18
2.1.1.2. Personalidad.....	19
2.1.1.3. Esquema de Delgadez.....	21
2.1.1.4. Dietas.....	22
2.1.2. Sistemas.....	23
2.1.2.1. Sociocultural.....	23
2.1.2.2. Familiares.....	26
2.1.2.3. Pares.....	28

2.2. Factores Desencadenantes	29
2.2.1. Etapas del Desarrollo	29
2.2.2. Sucesos Estresantes.....	34
<i>Capítulo 3. DESCRIPCIÓN DEL CONSTRUCTO: ESQUEMA DE DELGADEZ</i>	<i>36</i>
3.1. Teoría de los Esquemas	37
3.2. Modelo del Autoconcepto de Karen Stein.....	39
3.2.1. Esquemas del sí mismo	40
3.2.2. Diferencias individuales en el autoconcepto.....	42
3.3. Modelo Integrativo del Autoconcepto en los Trastornos Alimentarios de Stein... 46	
3.3.1. Número de esquemas del sí mismo.....	46
3.3.2. Actitudes evaluativas de los esquemas del sí mismo	47
3.3.3. Contenido de los esquemas del sí mismo	48
3.3.4. Accesibilidad de los esquemas del sí mismo.....	49
3.4. Esquema de Delgadez	50
<i>Capítulo 4. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....</i>	<i>59</i>
4.1. Prevención Primaria	59
4.2. Prevención Secundaria	61
4.3. Prevención Terciaria.....	62
PARTE II METODOLOGÍA.....	63
<i>Capítulo 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>64</i>
5.1. Primer Problema Investigación.....	64
5.1.1 Objetivo General.....	65
5.1.2 Objetivos Específicos	65
5.2. Segundo Problema Investigación	65
5.2.1. Objetivo General.....	66
5.2.2. Objetivos Específicos	66
<i>Capítulo 6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>67</i>
<i>Capítulo 7. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....</i>	<i>68</i>
7.1. Tipo y diseño de Investigación.....	68
7.2. Formulación de Hipótesis.....	68
7.2.1. Primera Hipótesis de Trabajo.....	68
7.2.2. Segunda Hipótesis de Trabajo.....	68

7.3. Variables en Estudio.....	69
7.3.1. Variables del primer problema	69
7.3.2. Variables del segundo problema.....	70
7.4. Muestra	71
7.5. Procedimiento.....	72
7.5.1. Revisión instrumento anterior.....	72
7.5.2. Revisión bibliográfica.....	72
7.5.3. Diseño del instrumento.....	72
7.5.3.1. Cuestionario Autoconcepto	73
7.5.3.2. Cuestionario Esquema de Delgadez.....	74
7.5.4. Presentación Juicio de Expertos.....	76
7.5.5. Instrumentos aplicados.....	76
7.5.6. Aplicación a muestra piloto	77
7.5.7. Aplicación a muestra definitiva	78
7.5.8. Procedimiento estadístico	79
7.5.8.1. Cálculo de confiabilidad y validez	79
7.5.8.2. Análisis estadístico.....	80
<i>Capítulo 8. RESULTADOS</i>	81
8.1 Juicio de expertos.....	81
8.2. Análisis descriptivo de la muestra	82
8.2.1. Medidas de tendencia central.....	82
8.2.2. Resultados Cuestionario E.D.....	82
8.2.3. Resultados Cuestionario Autoconcepto.....	83
8.2.4. Resultados Cuestionario EAT-40.....	84
8.2.5. Relación entre las variables en estudio.....	86
8.3. Análisis de validez y confiabilidad.....	89
8.3.1. Análisis de confiabilidad.....	89
8.3.2. Análisis de validez.....	90
8.4. Cálculo de correlaciones.....	91
8.5. Cálculo de diferencia de medias.....	92
8.5.1. Prueba T para EAT-40 y cuestionario E.D.....	92
8.5.2. Prueba T para EAT-40 y cuestionario Autoconcepto.....	93
8.5.3. Prueba T para cuestionario Autoconcepto y cuestionario E.D.	95

8.5.4. Análisis de varianza.....	96
<i>Capítulo 9. CONCLUSIONES.....</i>	<i>98</i>
<i>Capítulo 10. SUGERENCIAS Y REFLEXIONES.....</i>	<i>101</i>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	103
APÉNDICES.....	109
Apéndice A: Primera parte cuestionario	110
Apéndice B: Presentación a juicio de expertos	112
Apéndice C: Elección de juicio de expertos.....	127
Apéndice D: Preguntas seleccionadas por expertos.....	130
Apéndice E: Instrumento final.....	136
Apéndice F: Cuestionario EAT- 40.....	144

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa	11
Figura 2: Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa.....	12
Figura 3: Criterios para el diagnóstico de la Conducta Alimentaria No Especificada.....	13
Figura 4: Modelo de Riesgo para el desarrollo de los Trastornos Alimentarios	17
Figura 5: Red esquemática de comedoras restrictivas.....	55
Figura 6: Red esquemática de grupo control.....	56
Figura 7: Cuadro de formación del “Esquema de Delgadez”	58
Figura 8: Rasgos pertenecientes a los dominios del autoconcepto.....	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Puntuación cuestionario E.D.....	75
Tabla 2: Medidas de tendencia central.....	82
Tabla 3: Puntos de corte cuestionario E.D.....	83
Tabla 4: Puntos de corte cuestionario Autoconcepto.....	83
Tabla 5: Comparación EAT-40 y colegios.....	85
Tabla 6: Comportamiento de las variables.....	86
Tabla 7: Proporción entre E.D. y riesgo de T.A.....	87
Tabla 8: Proporción entre Autoconcepto y riesgo de T.A.....	88
Tabla 9: Correlación ítem – total cuestionario E.D.....	89
Tabla 10: Estadísticos prueba T para grupos EAT-40 y E.D.....	92

Tabla 11: Prueba T para grupos EAT-40 y E.D.....	93
Tabla 12: Estadísticos prueba T para grupos EAT-40 y Autoconcepto.....	94
Tabla 13: Prueba T para grupos EAT-40 y Autoconcepto.....	94
Tabla 14: Estadísticos prueba T para grupos Autoconcepto y E.D.....	95
Tabla15: Prueba T para grupos Autoconcepto y E.D.....	96
Tabla16: Análisis de Varianza Anova One Way.....	97

RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio psicométrico cuyo propósito es la creación y primera etapa de validación de un instrumento que detecte la presencia del Esquema de Delgadez (saliencia del autoesquema del peso), a partir de la propuesta teórica del autoconcepto en los trastornos alimentarios de Karen Stein (1996). Para ello, se seleccionó una muestra de 106 adolescentes de sexo femenino pertenecientes a diversos establecimientos educacionales de Viña del mar y Valparaíso a quienes se les aplicó un cuestionario de esquema del sí mismo, el test de actitudes hacia la alimentación EAT-40 y el cuestionario de Esquema de Delgadez construido por las autoras. Los resultados obtenidos indican que el cuestionario Esquema de Delgadez cuenta con un alto índice de confiabilidad, ya que el α de Cronbach fue igual a 0,932. En la investigación se encontraron algunas relaciones entre la saliencia del peso y riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (EAT-40), pero no son estadísticamente significativas. Asimismo existe una relación entre el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y un autoconcepto disminuido. Los escasos resultados obtenidos sugieren algunas limitaciones tanto de la construcción del instrumento como del reducido número de adolescentes de la muestra que presentaron alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

En cuanto al modelo del autoconcepto en los trastornos alimentarios, también se aprecian relaciones en términos de tendencias que avalan la hipótesis de Stein, la cual asocia un autoconcepto bajo con mayor saliencia del autoesquema del peso; sin embargo el número de casos en esta categoría no permite establecer conclusiones estadísticamente significativas.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación se han convertido en un foco de gran interés para la investigación clínica, a partir de la necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental.

Diversos modelos han intentado explicar el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Uno de ellos corresponde al propuesto por Smolak y Levine (1996) quienes plantean que la alimentación problemática es el resultado de una transacción entre las demandas propias de la adolescencia y vulnerabilidades como las creencias esquemáticas sobre la importancia de la delgadez. Respecto a esto último, varios autores (Vitousek & Hollon, 1990; Markus, Hamil & Sentis, 1987; Stein, 1996) señalan que la relevancia de tales creencias dentro del autoconcepto pueden variar en función de la valencia que tenga el autoconcepto. Según Stein (1996), un autoconcepto disminuido constituye una vulnerabilidad para considerar a las ideas sobre el peso como fuente primaria de autodefinición, lo que llevaría al surgimiento del Esquema de Delgadez, en el cual la importancia de la delgadez guiaría todo el procesamiento de los estímulos del medio, y la forma en que la persona se autoevalúa en relación a sus propias capacidades frente a las transacciones con el medio.

Es así como la presente investigación explora la presencia de dicho esquema, a partir del modelo propuesto por Stein (1996). Para ello, se construyó un instrumento que pretende medir la importancia que las adolescentes le otorgan al peso en relación a su propio desempeño en diversas tareas del desarrollo. Lo anterior con el fin de conocer la existencia de estructuras de conocimiento diferenciadas relativas a éste, y su comportamiento dentro del autoconcepto.

PARTE I
MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. ANTECEDENTES GENERALES

1.1. Historia de los trastornos alimentarios

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un foco de gran interés para la investigación clínica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental. Sin embargo, el interés antes mencionado es muy reciente, ya que aunque la enfermedad no es nueva, no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas. En 1694, Morton describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno. Posteriormente, Gull utilizó por primera vez la expresión Anorexia Nerviosa. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue (1873), calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que Gull, una enfermedad psicógena (Toro, 1996). A fines del siglo XIX, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914, Simonds patólogo alemán, describe una paciente caquética en cuya autopsia se encontró una destrucción pituitaria, reinando durante los siguientes 30 años la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, dejando atrás las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

1.2. Características Clínicas

Los trastornos alimentarios se caracterizan básicamente por el temor casi fóbico a engordar, las distorsiones de la imagen corporal, y por todo el amplio arsenal de conductas que se despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar, y así, conseguir estar más a gusto consigo mismas. Su valoración como personas, su éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal que se propongan penden de un finísimo hilo: la delgadez como forma de vida. Sin embargo, una vez que se ha iniciado un trastorno de este tipo y a medida que se va avanzando, estas personas consiguen justo lo contrario de lo que se proponían en un principio: su autoestima que ya era baja, se va deteriorando cada vez más con el paso del tiempo, crece su aislamiento social, y lo que es peor aún, lejos de conseguir ser felices cuando alcancen la tan deseada delgadez, cada vez se encuentran más tristes, solas y angustiadas (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Respecto a la conceptualización de los trastornos de la alimentación, es posible distinguir una hipótesis que proponen numerosos autores (Perpiña, 1989; Calvo, 1992; Scarano, Kalodner, 1994; Lowe et al., 1996; cit. en (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997) denominada "hipótesis del continuo". Esta hipótesis, tal como lo indica su nombre, propone una continuidad en los trastornos de la alimentación en lugar de su clasificación por categorías aisladas; es decir, todos estos trastornos compartirían dos ideas centrales: a) la preocupación por el peso y, b) la idea sobrevalorada de adelgazar, distribuyéndose a lo largo de un continuo en función de que esta sintomatología vaya o no acompañada de un determinado peso, de seguimiento de dietas más o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal.

De esta manera, en un extremo estaría la anorexia nerviosa restrictiva, seguida de la anorexia bulímica, y la bulimia nerviosa tendría una posición intermedia seguida de la

sobreingesta compulsiva. En el otro extremo estarían los obesos que presentan pautas de conducta alimentaria alteradas (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Los pacientes con trastornos alimentarios presentan características comunes que pueden agruparse en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual), así como diferentes problemas asociados a su diagnóstico principal que en numerosos casos cobran también relevancia clínica y que deben ser motivo de atención y tratamiento especializado.

- Manifestaciones cognitivas: Ambos cuadros, anorexia y bulimia nerviosa coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos.

Numerosos autores coinciden en señalar la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética que se hace del mismo y que, en un principio, no se consideran patológicas. Sin embargo, su reiteración y persistencia las convierten en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas pacientes. Una vez que se ha instaurado la enfermedad, se consideran distorsiones cognitivas y coinciden con las señaladas por Beck (1976) en relación con las anomalías cognitivas presentes en la depresión. Autores como Garner y Bermis (1982) sistematizan y clasifican dichas cogniciones al hablar de las irregularidades del pensamiento de la anoréxica. Estas distorsiones son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva, y poco tiempo después van a ser también las responsables en gran medida del mantenimiento del trastorno (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Otra variable cognitiva que se debe tener en cuenta son las alteraciones de la imagen corporal que se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aún estando extremadamente delgadas, nieguen su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta

manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Toro & Vilardell, 1987).

A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria se pueden extraer las siguientes ideas relevantes:

a) La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada. Esta misma tendencia conlleva una mayor gravedad y peor pronóstico del cuadro.

b) La sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros grupos como en personas obesas y en adolescentes (León, 1983; cit. en Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997) mujeres de la población general y en accidentados con desfiguraciones físicas, entre otros. No obstante, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que éstas últimas hacen sobre su imagen corporal (Toro, 1990; cit. en Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Por otro lado, los datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales parecen apoyar la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia nerviosa. No se sabe muy bien si es que no perciben determinados estímulos interoceptivos, principalmente aquellos relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anómalo. Tampoco resulta claro si esto se debe a una característica previa al inicio del trastorno, o bien es una consecuencia del mismo. En cualquier caso, lo que sí parece cierto es que existen alteraciones interoceptivas en estos pacientes (Toro & Vilardell, 1987).

- Manifestaciones fisiológicas: En el caso de la anorexia nerviosa, al momento de realizar el primer examen físico se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubierta de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. Las extremidades, manos y pies, están fríos, probablemente por una vasoconstricción generalizada. Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo (Toro & Vilardell, 1987). Otras manifestaciones son las cardiovasculares, entre las que destacan la disminución del volumen cardíaco, el pulso anormalmente lento y/o arritmias. En cuanto a los síntomas gastrointestinales, son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Como manifestaciones renales pueden aparecer la formación de cálculos, y, finalmente, son muy características como alteraciones endocrinas las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea.

El empleo de conductas purgativas constituye un índice de mal pronóstico, y puede llegar a ser la causa de la muerte de estas pacientes, ya que pueden presentar muerte súbita atribuible a arritmias secundarias por alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos o abuso de laxantes (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

A pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico, pueden pasar bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectado, lo que tiene evidentes repercusiones pronósticas. En el caso de los pacientes bulímicos, éstos rara vez se encuentran desnutridos, su aspecto externo suele ser o bien el de una persona más o menos obesa, o bien presentan un peso normal. Por esta razón, y debido a que la vida de estas personas se encuentra marcada por el temor y la vergüenza a ser descubiertos durante uno de los episodios de sobreingesta, suele ser bastante difícil

detectar este tipo de problemas. En el caso de los pacientes con anorexia, los síntomas físicos pueden llegar a ser claramente visibles para el observador externo, principalmente, debido a la pérdida de peso y al deterioro físico considerable que se produce. Sin embargo, el tiempo que pasa desde el inicio de la sintomatología hasta que consultan, suele ser bastante largo (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

- Manifestaciones conductuales: En primer lugar, aparecen cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de los hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos, y, por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a los lípidos o grasas y, finalmente a las proteínas. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación.

Generalmente si alguien les pregunta el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Suelen evitar comer tanto con los demás miembros de su familia como en cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa, lo que lleva a un deterioro en las relaciones sociales que a lo largo del tiempo, puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

La anorexia bulímica y la bulimia nerviosa se caracterizan además por frecuentes episodios de hiperfagia en los que la paciente describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y, durante un período de tiempo que varía de minutos a horas. Tras el episodio de hiperfagia se produce sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa (Chinchilla, 1994; cit. en Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997), lo que da lugar a que la paciente recurra a métodos purgativos tales como el vómito y/o abuso de laxantes y diuréticos. El cuadro suele instaurarse de forma lenta y progresiva, de

forma que cada vez se suceden con más frecuencia los atracones y los vómitos varias veces al día. Como consecuencia de ello, el paciente comienza a percibir una falta de control en su conducta que hace que, poco a poco, se vea envuelta en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Mora y Raich, 1993; cit. en Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

En relación a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen ir vestidas con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.) y finalmente su función es doble. Por un lado, no pasar frío (padecen de hipotermia) y por otro, disimular su delgadez extrema.

Es más propio de la anorexia nerviosa la búsqueda de la reducción de peso, a través de la disminución del consumo energético, la realización de ejercicio de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc.

Por otro lado, como ya se dijo anteriormente, los trastornos alimentarios no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. En este sentido, se ha encontrado que un considerable número de las pacientes además del trastorno de alimentación presenta otro diagnóstico en el Eje I del manual DSM-IV. Los diagnósticos más comunes son: trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad, y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibitoras del apetito y ansiolíticos) (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

En cuanto a la ansiedad, ésta constituye un fenómeno central en éste tipo de trastornos. En este sentido, es posible que dichos sujetos tengan altos niveles de ansiedad incluso antes de desarrollar el trastorno y que éstos sean un factor más, entre otros precipitantes. En un principio, las preocupaciones principales de estas personas, se centran en la anticipación de consecuencias negativas derivadas, por un lado, de la situación real o imaginada de

sobrepeso, y, por otro lado, de la valoración que ellas mismas hacen acerca de su imagen corporal. Como consecuencia de ello, el individuo toma la decisión de llevar a cabo una dieta que de acuerdo con su filosofía será la encargada de poner fin a todos sus problemas personales. A partir de este momento, todos sus pensamientos y comportamientos girarán alrededor de un único objetivo: bajar de peso. La consecución de dicho objetivo es la fuente principal que da origen a los sentimientos de ansiedad y depresión que caracterizan a la enfermedad.

Por otro lado, diferentes estudios ponen de manifiesto la importancia de las situaciones estresantes como factores etiológicos de los trastornos alimentarios. Entre estos acontecimientos estresantes destacan: padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres, muerte de personas significativas, etc. (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

1.3. Criterios Diagnósticos

Según DSM-IV (1994) los criterios para el diagnóstico de la anorexia, bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado son los siguientes:

Figura 1. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa

DSM-IV (A.P.A.,1994)

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 por 100 esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 15% inferior al esperado.
- B.** Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aún estando emaciada.
- C.** Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
- D.** En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo, estrógenos).
- Subtipo bulímico: durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.
 - Subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

Figura 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa

DSM-IV (A.P.A.,1994)

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

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

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

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

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

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

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

Especificar tipo:

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

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

Figura 3. Criterios para el diagnóstico del
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
DSM-IV (A.P.A.1994)

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

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

1.4. Epidemiología

La anorexia nerviosa generalmente aparece en la adolescencia, fluctuando su edad de inicio entre los 13 y 18 años de edad (Belloch, Ramos & Sandani, 1995), por lo que, esta población es considerada de alto riesgo para desarrollar un trastorno anoréxico. Sin embargo, existen ciertos sectores más sensibles que otros, sobre todo aquellos que viven en países desarrollados y que poseen un alto status económico.

Durante los últimos quince años, los índices de prevalencia de los trastornos de la alimentación no han variado significativamente, ya que la investigación sobre este tema indica que se mantiene constante la tasa de pacientes que son remitidos a especialistas (Fairburn, Hay y Welch, 1993; cit. en Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997). En el último decenio se estima que la prevalencia de la patología en mujeres adolescentes fluctúa alrededor del 1% (Chinchilla, 1995; Kaplan y Sadock, 1999; McCallum, 1993; cit. en González, 2002)

Según el DSM-IV, la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor (APA, 1994).

En Chile se dispone escasa información sobre la prevalencia de estos trastornos. En una investigación realizada por Behar, Botero, Corsi y Muñoz (1994, cit. en Marín, 2002) en la cual se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) a escolares de 3° y 4° Medio de la V región del país, los resultados indicaron que el 18% de las jóvenes podían ser incluidas dentro de la categoría de "potencialidad patológica" para el desarrollo de Anorexia Nerviosa.

1.5. Pronóstico

En relación a los indicadores de pronóstico, Toro y Vilardell (1987) proponen que los factores que se han relacionado más claramente con un peor pronóstico son la obesidad previa, la cronicidad del trastorno y un número elevado de hospitalizaciones. Asimismo, señalan otras variables que también se han mostrado relevantes al respecto.

La obesidad previa y la presencia de trastornos de la ingesta previos, son factores de mal pronóstico tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa. Por otro lado, la presencia de trastornos de la personalidad previos (sin especificar) es un factor asociado a un peor pronóstico.

Son también factores a tener en cuenta la insatisfacción corporal permanente y la sobreestimación de su imagen corporal, así como los desajustes sociales serios. El mayor uso de conductas purgativas (vómitos y/o abusos de laxantes y diuréticos) se encuentra asociado a una mayor cronicidad del trastorno (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Según Toro y Vilardell (1989), entre el 30% y el 40% de las pacientes anoréxicas recuperan la normalidad; entre el 30% y el 40%, mantiene sintomatología anoréxica, aunque significativamente mejorada; entre un 10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno, y de un 5 a un 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio.

Por otro lado, éstos autores señalan que la respuesta precoz al tratamiento es también un factor de buen pronóstico (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997).

Capítulo 2. MODELO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Cuando se busca la etiología de los trastornos alimentarios, se obtiene que ésta es multifactorial ya que resulta de la interacción entre factores de riesgo propios del individuo, de su familia y de la sociedad. En un intento por interrelacionar dichos factores, se han propuesto variados modelos teóricos que hacen énfasis a ámbitos de riesgos diferentes. Sin embargo, es posible decir que el contexto sociocultural, el contexto familiar, la vulnerabilidad constitucional, y los sucesos adversos de la vida personal son elementos que influyen en el desarrollo de un trastorno alimentario. Estos factores son acumulativos, es decir, mientras más factores de riesgo se experimenten, mayores son las posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

Dentro de la variedad de modelos existentes, la presente investigación utilizará como marco de referencia el modelo propuesto por Smolak y Levine (1996)¹, el cual explica la evolución de los trastornos alimentarios y cómo los factores de riesgo involucrados se potencian en el período de la adolescencia y no en etapas anteriores. Estos autores plantean que el significado, la organización y las consecuencias de la conducta de los factores de riesgo individuales y sociales, se modificarán durante la adolescencia temprana a medida que la joven se vea enfrentada a las tareas del desarrollo propias de su edad. De esta manera, los trastornos alimentarios se consideran el resultado de una transacción entre vulnerabilidades como creencias esquemáticas sobre la importancia de la delgadez, y los cambios que experimentan los adolescentes de forma simultánea (Smolak & Levine, 1996).

Es así como este estudio profundizará en el grado de importancia que adquieren las creencias del peso en el autoconcepto una vez que la adolescente se ve enfrentada a las tareas del desarrollo.

¹ Ver Figura 4

Figura 4. Modelo de riesgo para el desarrollo de Trastornos Alimentarios.

(Smolak y Levine, 1996)

Predisposiciones	Descendentes o precipitadores	Tareas evolutivas	Mediadores	Consecuencias
<p>Personalidad individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquema de delgadez - Perfeccionismo - Necesidad de aprobación social - Insatisfacción con el cuerpo - Dietas restrictivas - Autoestima <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Interactúan con</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sistemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aglutinación familiar - Agresividad familiar - Bromas - Presiones de los pares - Actitudes y conductas familiares respecto a peso y silueta 	<p>Individuo</p> <p>Conciencia del fin de la niñez: Pubertad, cambios en la escuela, cambio en las relaciones con los padres</p> <p>Sucesos estresantes o inesperados de la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuso o acoso sexual <p>Sistemas sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento en la interacción con los pares - Disminución de apoyo e influencia de los padres - Aumento apoyo de los docentes - Disminución presiones de los docentes, entrenadores, etc. - Aumento exposición a mensajes mediáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptarse a las características físicas adultas (reproducción, estatura, fuerza). - Búsqueda de la identidad. - Comenzar las relaciones heterosociales. - Iniciar una exploración realista de las carreras profesionales (ingreso a la escuela secundaria). - Evaluar la relación familia versus pares. - Intensificación de los roles de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Simultaneidad de la exigencia de las tareas - Edad en que se da la pubertad 	<p>Adaptación máxima</p> <p>Ante la ausencia de predisposiciones individuales, las tareas pueden recibir una interpretación positiva (satisfacción con el cuerpo, autoestima alta, relaciones interpersonales maduras y motivación de rendimiento)</p> <p>Adaptación moderada</p> <p>En presencia del esquema de delgadez y sin ninguna tarea simultánea, dietas simples sin patología significativa. Con el esquema de delgadez y sucesos simultáneos, alimentación inconveniente, dietas restrictivas y baja autoestima producto de la insatisfacción con el cuerpo.</p> <p>Adaptación mínima</p> <p>En presencia de esquema de delgadez y tres tareas simultáneas (en especial tempranas) se dan trastornos alimentarios subclínicos. En presencia de varias predisposiciones de la personalidad y tres tareas secundarias se da trastorno alimentario clínico.</p>

Se postula que en la medida en que estas creencias sobre el peso sean consideradas como fuentes primarias de autodefinición, se estará frente a la presencia del Esquema de Delgadez (Smolak & Levine, 1996), el cual es el factor de riesgo estudiado en esta investigación.

A continuación, se procederá a describir el modelo de Smolak y Levine, el cual caracteriza los acontecimientos que tienen lugar durante la época escolar dando forma a las reacciones frente a la adolescencia. En cuanto a los factores involucrados es posible describir los siguientes:

2.1. Factores Predisponentes

2.1.1. Factores Individuales

2.1.1.1. Factores Biológicos:

Las investigaciones realizadas sobre la vulnerabilidad genética de los trastornos alimentarios no han arrojado resultados consistentes, por lo que se plantea que existiría un espectro común con los trastornos afectivos y de ansiedad más que un terreno de vulnerabilidad específico para los trastornos alimentarios. Sin embargo, Kendler et al. (1995) proponen que sería la bulimia nerviosa la que mayor peso genético presenta en su etiopatogenia, sobretodo cuando se encuentra asociada a trastornos por ansiedad y fobias (cit. en Moses & Rodríguez, 2003). Otras investigaciones, como la de Walters et al. (1995) muestran que existe una asociación significativa entre la anorexia nerviosa y depresión mayor (cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

Respecto a anomalías endocrinológicas, se han encontrado en la anorexia nerviosa alteraciones hipotalámicas, en el eje hipotalámico-tiroides, en el eje hipotálamo-hipófisis-

suprarrenal, en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, aumento de las concentraciones de la hormona del crecimiento en relación inversamente proporcional a los valores de la albúmina, alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y prolactina, entre otras. A pesar de los datos encontrados aún no existe seguridad de que dichas alteraciones sean previas o posteriores al desarrollo del trastorno. Por otro lado, en la bulimia se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados a la modulación del apetito (cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

Podría existir riesgo hereditario tanto para bulimia como para anorexia. La anorexia es ocho veces más común en personas con parientes que presentan dicho trastorno, pero los expertos no saben precisamente cual es el peso del factor heredado. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, lo cual dificultaría más el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez, acompañada de factores culturales y psicológicos, podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Algunos expertos creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre (cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

2.1.1.2. Factores de Personalidad:

Se ha intentado relacionar a los trastornos alimentarios con un perfil específico de personalidad. En cuanto a las pacientes anoréxicas, se ha descubierto que éstas presentarían características de obsesión, inhibición social, sumisión, perfeccionismo y restricción emocional; siendo común la presencia de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. La focalización en el logro es un aspecto central de la conducta obsesiva-compulsiva, convirtiéndose así la delgadez corporal en un importante desafío en las pacientes anoréxicas. (Behar, 1996; cit. en González, 2002).

Rowland (1980), señala que la similitud entre las pacientes anoréxicas y las obsesivas se encuentra en la intensa ambivalencia de sus actos, en el orden excesivo, la limpieza exhaustiva, el detallismo meticuloso, la testarudez, la rigidez, la necesidad de control y el perfeccionismo (cit. en González, 2002).

Algunos autores describen las siguientes características comunes en jóvenes anoréxicas antes de comenzar el proceso de su enfermedad (Crispo, 1996; Toro & Vilardell, 1987; Toro, 1999; Polivy & Thompsen, 1988; Garfinkel & Garner, 1982; cit. en Díaz, 2001):

- alumnas ejemplares
- hija modelo
- excelente deportista; exageradas para todo
- independiente y madura
- joven perfecta y muy inteligente
- cooperadora y obediente
- deseos de agradar.

Una investigación desarrollada por León & cols. (1995) citado en González (2002), señala que otros factores de riesgo para el surgimiento de la Anorexia Nerviosa son la falta de conciencia interoceptiva, relacionada con altos niveles de estrés y con depresión. Es así como se plantea que la personalidad, junto con características temperamentales, son variables significativas al momento de establecer diferencias entre una dieta normal y patrones de desorden alimentario más grave.

Por otro lado, el estudio de Killen (1994) en una población de adolescentes de 13 a 14 años, arrojó que la semiología anoréxica se daba en aquellas adolescentes que presentaban mayor grado de desarrollo psicosexual, más estrictas, mayor miedo a ganar peso, mayor disforia, mayor grado de insatisfacción corporal y mayores sentimientos de inseguridad (cit. en Díaz, 2001).

En cuanto a la personalidad de las mujeres bulímicas, éstas parecen tener un marcado deseo de aprobación social, tendencia a generar conflictos, y dificultades para identificar y expresar sus propias necesidades. En algunos casos se observa la presencia de trastorno de personalidad límite (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

Tanto para la anorexia como para la bulimia, la baja autoestima y la inseguridad se correlacionan con las actitudes negativas respecto del propio cuerpo. Finalmente, ser mujer implica un mayor riesgo en este tipo de trastornos debido a la sobrevaloración de la belleza y la delgadez (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

2.1.1.3. Esquema de Delgadez:

En investigaciones recientes (Smolak & Levine, 1996; cit. en Noordenbos & Vandereycken, 2000) se ha propuesto el constructo de Esquema de Delgadez como un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios que interrelaciona las creencias sobre la importancia que adquieren la atracción y la delgadez para el éxito personal (adquiridas mediante la socialización) con el autoconcepto (Smolak & Levine, 1996; Stein, 1996).

De esta manera, se postula que en la medida en que exista una autoimagen devaluada sumado a una excesiva importancia otorgada a los valores estéticos corporales impuestos por la sociedad, existiría una alta probabilidad de evaluar al sí mismo en función del peso corporal (Stein, 1996). En la presente investigación, lo anterior se entenderá como el surgimiento del Esquema de Delgadez, a través del cual el autoconcepto pasa ser definido principalmente por las ideas sobre el peso. Es así como las adolescentes anoréxicas desarrollan la creencia de que el éxito en sus interacciones sociales y el logro en las tareas a las que se enfrenten está mediado por la percepción que los otros tengan de su cuerpo, obteniendo la aprobación y estima deseada sólo si son lo suficientemente delgadas. De la misma manera, su autovaloración estará fundada en estas mismas creencias, por lo que todos sus esfuerzos se

encontrarán destinados a alcanzar el ideal cultural de belleza corporal centrado principalmente en la delgadez (González, 2002).

Considerando la importancia que adquiere este constructo al momento de explicar tanto la interacción entre los componentes cognitivos, afectivos y socioculturales involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios, como también la forma en que confluyen los distintos factores predisponentes, y las implicancias que este modelo tiene para el tratamiento de los trastornos alimentarios, es que la presente investigación se enfocará en el estudio del mismo, por lo que se revisará detalladamente en el siguiente capítulo.

2.1.1.4. Dietas:

La sociedad actual le otorga gran importancia a la apariencia corporal como forma de destacar y ser valorado de modo particular, o simplemente de ser aceptado por otros, lo que hoy se manifiesta a través del deseo de adelgazar. Para ello, se ha vuelto frecuente en algunas personas la iniciación y mantenimiento de largas y rigurosas dietas, así como también la práctica a veces excesiva de ejercicio físico.

Se ha demostrado que el seguimiento indiscriminado y sin control médico de dietas, es uno de los factores de riesgos más relacionados con los trastornos alimentarios, en especial en edades propias de la adolescencia, siendo los medios de comunicación uno de los grandes responsables de este fenómeno a través de la masiva publicidad acerca de la figura delgada (cit. en Lemus & Rodríguez, 2003).

Un estudio de niñas entre 9, 11 y 13 años reveló que el único factor común que permitía prever actitudes y conductas alimentarias anormales era la historia de sus dietas. Es por ello que las preocupaciones excesivas por el control del peso y la silueta juegan un papel fundamental como causantes del desarrollo de los trastornos alimentarios (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

En cuanto al ejercicio físico, éste se practica ya sea para reducir el peso actual o para compensar las consecuencias de los "atracones". En la mayor parte de los casos, la actividad física se inicia o intensifica voluntariamente, con el fin de conseguir explícitamente ese objetivo: adelgazar. Sin embargo, es evidente que a medida que avanza el curso de un trastorno alimentario, la práctica de ejercicio físico deja de ser funcional y pasa a transformarse en una actividad que se realiza de forma compulsiva, llegando a ser un aspecto paralelo a las preocupaciones por el peso, el cuerpo y la alimentación (Toro, 1997).

2.1.2. *Sistemas*

2.1.2.1. Sistema Sociocultural:

El factor sociocultural ha sido uno de los aspectos más estudiados en relación con el origen de los trastornos alimentarios, tomando en cuenta que la morbilidad de éstos difiere significativamente entre las diferentes culturas. Sobre las diferencias que se dan entre culturas, es conocido que en Occidente hay una mayor incidencia de este tipo de trastornos.

En diversas investigaciones como las de Crago et al. (1996) se ha demostrado que las adolescentes más vulnerables son aquellas que presentan un mayor nivel educativo, un mayor grado de identificación con los valores de la cultura blanca y con los valores de la clase media.

Por otra parte, se habla de la existencia de dos cambios sociales básicos que se relacionan de manera directa con este tipo de trastornos: la actitud sociocultural hacia los alimentos y las nuevas expectativas respecto a los roles genéricos (Behar, 1993). Respecto a los cambios sociales, se observa que en la actualidad las mujeres, pero sobre todo las adolescentes, están preocupadas por su cuerpo, lo que las lleva a distorsionar su imagen corporal practicando fuertes deportes y dietas estrictas. Lo anterior, se genera porque en las últimas décadas se ha producido una deformación de los conceptos de talla y peso corporal, considerando como saludable a personas delgadas, deportistas y triunfadoras (son ideas que

incluyen a ambos sexos, pero pareciera ser que afectan principalmente a las mujeres) (Behar, 1993).

El cambio de estos conceptos se expresa en tres posturas diferentes pero a la vez complementarias (Cervera & Quintanilla, 1995; cit. en Lemus & Rodríguez, 2003):

- Por un lado, se acentúa el especial cuidado de lo físico, considerando más bellas y atractivas a las mujeres más delgadas.
- Se atribuye a la mujer delgada el contar con valores como la salud, el éxito, la belleza, la inteligencia y el poder.
- Se enfatiza el autocontrol que se requeriría para obtener y mantener la delgadez.

Otro aspecto que juega un papel relevante en los trastornos alimentarios es el de los medios de comunicación y el tipo de mensajes que transmiten a toda la población. Estos difunden el modelo estético corporal de la delgadez femenina, haciendo posible la transmisión de las costumbres y valores sociales (Martínez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza; 1993). Ellos muestran a las personas como triunfadoras, con cuerpos perfectos y con un peso inferior al biológicamente posible, lo cual muchas veces no permite reconocer los síntomas de un trastorno alimentario, puesto que tales características no son consideradas como anormales por el común de la gente. Asimismo, los medios de comunicación exhiben la desvalorización que existe sobre aquellas personas que no poseen un cuerpo perfecto, siendo rechazados por una sociedad que se orienta por patrones estéticos (Martínez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza; 1993).

A medida que el interés por un cuerpo delgado se extiende por nuestra sociedad, los medios de comunicación se aprovechan de ello y lo promueven; constituyendo probablemente la televisión y la publicidad medios muy relevantes en la transmisión del valor de la delgadez (Martínez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza; 1993).

La televisión, específicamente, desempeña un rol primordial tanto en la determinación como en el mantenimiento de patrones acerca del prototipo corporal aceptable entre los adolescentes. Los niños acceden a los mensajes televisivos antes de leer o incluso hablar, situación por la cual se convierte en una fuente importante de valores, ideologías, perspectivas de género, creencias e imágenes de mundo.

En relación a la publicidad como técnica de comunicación, ésta se encuentra al servicio de productos de tipo *light* y de belleza. Estos medios entregan y mantienen con frecuencia el mensaje de que el éxito personal depende fundamentalmente de la apariencia física y que se puede moldear el cuerpo a gusto de uno mismo sin problemas. En cuanto a los medios de publicidad escritos (revistas, anuncios, etc.), son los que parecen atraer con mayor frecuencia la atención de las adolescentes (Martínez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza; 1993), entregando una importante cantidad de anuncios y mensajes relativos a la delgadez, los cuales son recibidos por público principalmente femenino. Éstos mensajes patógenos son fáciles de organizar y expresar como un conjunto esquemático de creencias tales como: "la delgadez es muy deseable e importante", "la mujer ideal debería parecerse a una modelo", "las mujeres delgadas son más valiosas y triunfadoras", etc. (Smolak & Levine, 1996; cit. en Noordenbos & Vandereycen, 2000). De esta forma, se produce la internalización del ideal cultural de delgadez.

Los agentes socioculturales en la transmisión del modelo estético de la imagen corporal cobran así gran importancia en los trastornos alimentarios, siendo relevantes entre ellos la publicidad y la literatura sobre productos adelgazantes. Lo anterior, sumado a la influencia de los valores y comportamientos de las amistades y las relaciones sociales, constituye el medio cultural en el cual se enraízan las actitudes a favor de la delgadez (Martínez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza; 1993). Todo esto conllevaría a plantear que el ambiente pudiese conducir las influencias socioculturales relacionadas con el modelo estético corporal, así como también las reacciones cognitivas y emocionales de las jóvenes ante tales influencias.

2.1.2.2. Sistemas Familiares:

Es conocido que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan un papel importante en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos alimentarios.

Desde la perspectiva sistémica, específicamente en el enfoque estructural, se plantea que determinados tipos de dinámicas familiares influirían en la generación de trastornos alimentarios. Las familias de pacientes anoréxicas se caracterizarían por contar con límites poco claros entre los diferentes subsistemas, lo que daría paso a una constante dependencia donde la entrega, lealtad y bienestar del grupo resultan primordiales, pero que impiden que las niñas se sientan seguras para realizar el proceso de independencia característico en la adolescencia (Minuchin, 1985; cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

Una descripción común de estas familias distingue en su interacción aspectos tales como:

- Intrincación (enmarañamiento); los miembros de la familia son muy sensibles a los otros y tienden a “sentir” los movimientos de cada uno.
- Sobreprotección.
- Rigidez; los comportamientos suelen ser siempre los mismos, sin modificarse cuando una situación lo requiere.
- Poca resolución de conflictos; no hay resolución adecuada de los problemas, lo cual conduce a estados de tensión y desagrado.
- Involucramiento de un niño vulnerable.

Son familias que se mantienen unidas en busca del progreso y del perfeccionismo. Las madres se caracterizan por ser “perfectas”, “posesivas” y “omnipotentes”, y suelen impedir el desarrollo e independencia de sus hijos (Minuchin, 1985; cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

En familias caracterizadas por patrones de interacción sobreprotectores, no es posible apreciar una clara delimitación de la individualidad de cada uno de los miembros, más bien es común observar altos grados de cohesión entre estos. La sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía de los hijos, siendo habitual que inhiban la participación de ellos en actividades que abarquen esferas fuera del ámbito del hogar, de manera que no se educa a los hijos para enfrentarse a la vida, existiendo notables carencias de habilidades para tomar decisiones (Rausch & Bay, 1997; cit. en González, 2002).

Esto impediría que el niño desarrolle un adecuado autoconcepto, ya que al contar con pocas posibilidades de explorar su entorno de una manera autónoma, no podría llegar a conocer diversas formas de enfrentarse al mundo, por lo que poseería pocas fuentes de autodefinición (Bruch, 1981; cit. en Stein, 1996).

Por su parte, las familias de pacientes bulímicas, además de las características previamente mencionadas, presentan tres nuevos aspectos (Minuchin, 1985; cit. en Moses & Rodríguez, 2003):

- Aislamiento de la paciente índice.
- Hiperconciencia sobre la apariencia.
- Especial apego al alimento y al comer.

De esta manera, en aquellas familias fuertemente cohesionadas se limita la posibilidad de diferenciación de sus miembros y subsistemas que componen el sistema familiar. Además, producto de la rigidez imperante, se dificultan las posibilidades de cambio y acomodación a nuevas experiencias de vida, en especial en el período de la adolescencia. Stierlin y Weber plantean que en las familias de anoréxicas, los cambios de la pubertad generan altos índices de ansiedad y variados intentos por mantener la estabilidad (cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

Por otro lado, se propone que en estas familias, además de las características estructurales ya mencionadas, existirían premisas que se transmiten de generación en

generación, dificultando el proceso de individuación de sus miembros, ya que éste es considerado como una amenaza para la familia. Estas premisas enfatizan la importancia de la cohesión, estructuras rígidas y límites difusos. Por estas características, las jóvenes intentan poner a prueba su autonomía siendo perseverantes e inflexibles en su propósito de bajar de peso, creando así un espacio donde ellas poseen el control y decisión acerca de este dominio que constituyen la alimentación y su cuerpo, sin darse cuenta que con tales comportamientos se vuelven dependiente de la comida y sus efectos (Minuchin, 1985; cit. en Moses & Rodríguez, 2003).

2.1.2.3. Pares:

A medida que el adolescente se desarrolla, y dependiendo de la maduración intelectual y emocional que presente, estará mejor preparado para dialogar con sus coetáneos y con los adultos, para descubrir el significado de sus actividades, y para colaborar en el plano de las ideas (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

En cuanto al nivel intelectual, el perfeccionamiento de las funciones intelectuales le permite al individuo ser cada vez más independiente en el contenido de sus ideas, teorías y juicios. Lo anterior, no obstante, no rige para el círculo social de pares al que se vinculan voluntariamente, ya que el adolescente se siente muy atado a su grupo y a sus amigos. Es decir, aunque los jóvenes procuran ser cada vez más independientes y autónomos frente a los adultos, son capaces de someterse voluntariamente a los dictados del grupo de compañeros o amigos, convirtiéndose así la opinión de los pares en algo que posee mucho valor para ellos, ya que buscan ser comprendidos y aceptados por los mismos (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

Es así como la opinión y conducta que posean los miembros de estos grupos sobre la figura y alimentación, se convierte en una fuerte influencia para los jóvenes en relación al desarrollo de los trastornos alimentarios. (Noordenbos & Vandereycken, 2000).

2.2. Factores Desencadenantes

2.2.1. Etapa del desarrollo

Considerando que la pubertad es una de las etapas más importantes en el desarrollo de un individuo, en la cual con frecuencia se evidencian los primeros síntomas relacionados con los trastornos alimentarios, y la posible formación del Esquema de Delgadez, es que resulta pertinente analizarla con mayor profundidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como *"la etapa de la vida que ocurre entre los 10 y 20 años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico"* (Florenzano, 1995). En esta etapa se experimentan cambios en diversos ámbitos como lo social, sexual, físico y psicológico, los cuales han sido esquematizados dentro del concepto de "Tareas del desarrollo". Este concepto ha sido definido por Havighurst como desafíos que se presentan en ciertos períodos de la vida de un individuo, cuya debida realización lo conduce a la felicidad y éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores (Florenzano, 1995).

Con respecto a las tareas del desarrollo en la adolescencia, Erikson define como la más importante a la búsqueda de la identidad. Ésta se relaciona con el sentirse a sí mismo como

estable a lo largo del tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual definitiva, que se expresa a través de roles sexuales aceptados socialmente (Florenzano, 1995).

La segunda tarea del desarrollo corresponde al proceso de individuación, entendiéndose por ésta la separación de la familia de origen. Esta necesidad del adolescente por definirse a sí mismo implica un grado de conflicto e incluso de rebeldía en la relación con los padres, a veces necesaria para lograr la autonomía personal. Esta separación se logra en forma importante a través del desarrollo de lazos amistosos y emocionales con sus pares (Florenzano, 1995).

La tercera tarea de la adolescencia es la definición de la identidad en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta consolidación es tal vez la más influida por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven. El adecuado equilibrio entre capacidades, expectativas, logros académicos y oportunidades laborales, determinará en gran medida la calidad de vida y satisfacción personal posteriores del sujeto.

Aunque la diferenciación del sí mismo en la adolescencia representa un gran avance en el desarrollo, durante este período se produce una gran confusión debido al ensayo de nuevos roles que el adolescente debe integrar en una imagen coherente de sí mismo. La percepción en cierta manera fragmentada que el adolescente tiene sobre su funcionamiento en los diferentes dominios, le generan tensión y confusión, llegando al final de la adolescencia a tener una imagen integrada y más consistente, con lo que el conflicto que va viviendo a lo largo de todo el período se amortigua (Harter, 1999; cit. en Pastor, 1999).

De acuerdo a Erikson, el desenlace de estas tareas de la adolescencia da paso a la consolidación de la identidad, avanzando a la etapa siguiente (adulto joven), o bien quedando en el denominado "síndrome de difusión de identidad" (Florenzano, 1995). En éste, el sujeto a lo largo de su vida adulta, vuelve reiteradas veces a tratar de definir sus áreas de interés, elecciones vocacionales o de pareja.

Otra tarea importante en esta etapa de la vida, consiste en adaptarse a las características físicas adultas. Lo anterior, debido a los cambios físicos que se presentan en la pubertad, los cuales constituyen un conjunto complejo de fenómenos, que incluyen un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo. Estos cambios tienen repercusiones tanto a nivel fisiológico como psicológico (Berk, 1999).

En relación a las repercusiones psicológicas de la transformación física, éstas provienen principalmente de las expectativas sociales respecto de las actitudes y la conducta propias de la madurez. Cuando el individuo parece más adulto que niño, las expectativas sociales lo abruman psicológicamente. Una de las tareas evolutivas más difíciles para el adolescente es la aceptación de la forma de su cuerpo cambiado, ya que no sólo ha de ajustarse a las modificaciones normales que acompañan a la pubertad, sino que también debe aceptar su nuevo tamaño y conformación de la figura que tendrá por el resto de su vida.

De forma general, la insatisfacción respecto de la propia apariencia se agudiza poco después de haber alcanzado la madurez sexual. A partir de entonces, los adolescentes bien equilibrados muestran una aceptación creciente de sí mismos y de su apariencia. Los hombres tienden a tener una opinión desfavorable frente a sus aptitudes, mientras que las mujeres se inclinan por la crítica a su propia figura, siendo la "catexia corporal" (medida de satisfacción con el cuerpo) más importante para éstas últimas respecto de los primeros, producto del factor cultural que le otorga mayor valor a la apariencia femenina. De esta manera, a menos que la adolescente esté conforme con su físico tras la transformación puberal, desarrollará sentimientos de inseguridad y ansiedad. Esto también se aplica a los varones, si bien en menor medida, pues éstos no dan tanta importancia al atractivo físico (Berk, 1999).

Según Berk (1999), en relación a los factores que influyen en los efectos de los cambios corporales es importante mencionar: la rapidez del cambio, falta de preparación, expectativas sociales, inseguridad social, estereotipos:

Por otra parte, en esta etapa se evidencian importantes cambios a nivel conductual, producto de las variaciones corporales a las que debe adecuarse cada pubescente (Berk, 1999).

Respecto a las influencias cognitivas, sociales y culturales es necesario mencionar que el desarrollo cognitivo influye en la estructura cambiante del Yo.

Cuando los niños pueden comprender las actitudes que otros tienen hacia ellos, éstos desarrollan un Yo psicológico bien organizado; lo cual les permite adquirir la habilidad de tomar una perspectiva distinta a la propia, en otras palabras, superar la etapa egocéntrica (planteada por Piaget). Esta habilidad va mejorando a medida que se avanza hacia la adolescencia. Sin embargo, en sujetos que presentan trastornos alimentarios, esta capacidad no se desarrolla adecuadamente, ya que el Yo no ha conseguido una estabilidad que le permita salir de su egocentrismo para poder considerar la opinión de los otros como válida (Berk, 1999).

Gradualmente, a medida que se incorporan a la adolescencia, las fuentes de la autodefinición son más selectivas. Aunque los padres continúan influyendo, entre los 8 y 15 años, como ya se señaló, los iguales son más importantes; y a lo largo del tiempo, el autoconcepto está más supeditado al *feedback* proveniente de los pares más cercanos.

Por último, en lo que respecta a las influencias culturales sobre la autodefinición, algunas investigaciones transculturales indican que su desarrollo no sigue el mismo curso en todas las sociedades, dado que en las culturas donde se valora lo colectivo sobre lo individual, el Yo y el grupo social no están completamente diferenciados (Rosenberg, 1979; cit. en Berk, 1999). Considerando los aspectos mencionados dentro de los factores socioculturales, se podría inferir que las adolescentes con trastornos alimentarios inmersas en la cultura occidental,

la cual exalta un modelo estético corporal delgado, se ven sobreexpuestas a los estímulos y exigencias del medio, perdiendo los límites entre el Yo individual y lo colectivo, llegando esto incluso a sobreponerse sobre aquello.

En lo que respecta al desarrollo de la autoestima, la cultura ejerce cierta influencia sobre esta. En relación al aspecto físico, los jóvenes suelen sentirse mal consigo mismos por el hecho de alcanzar el desarrollo más tardíamente que las mujeres; y en éstas últimas las expectativas estereotipadas de género sobre el atractivo físico y el logro tienen un efecto perjudicial en su autoestima, ya que los modelos propuestos resultan difíciles de alcanzar. Comenzando la adolescencia, las niñas puntúan más bajo que los niños en el sentido global de la autoestima, en parte porque ellas se preocupan más por su apariencia física y porque se sienten más inseguras de sus habilidades (Block & Robins, 1994; cit. en Berk, 1999).

Es por lo anterior, que la pubertad es considerada como un factor clave en el desarrollo de los trastornos alimentarios en las niñas, dados los cambios fisiológicos producidos durante la misma. Mientras los varones en esta época ganan peso porque aumentan su musculatura, las jóvenes lo hacen porque aumenta su grasa corporal, lo que genera en ellas insatisfacción corporal y baja autoestima (Williams & Currie, 2000). Ocurre que mientras los varones van despojándose de sus preocupaciones acerca del sobrepeso a medida que van creciendo, las niñas se tornan cada vez más preocupadas de estar demasiado gordas, como lo demuestra un estudio realizado en Escocia por Sweeting y West (2002). Dicho estudio fue realizado en menores de edades entre 11, 13 y 15 años. En los resultados se encontró que el porcentaje de los varones preocupados por presentar sobrepeso disminuyó de 30% en los 11 años a 23% en los 15 años. Mientras tanto, el porcentaje de las niñas preocupadas acerca de su peso ascendió de 40% a 70% en el mismo período.

Según este estudio, el 30% de la muestra de 11 años que presentaban sobrepeso se encontraban haciendo dieta (tanto hombres como mujeres), mientras que en los de 15 años

sólo el 16% de los hombres con sobrepeso referían estar en dieta, en comparación con el 48% de las mujeres que presentaban dicha condición. Es así también como muchos estudios de adolescentes muestran un gran incremento en las dietas reportadas por las jóvenes, las cuales llegan incluso a superar a los varones en más del doble (Sweeting, 2002).

2.2.2. *Sucesos estresantes*

Existirían una serie de factores traumáticos o inesperados en la vida que propiciarían la presencia de un trastorno alimentario, tales como situaciones de abuso o acoso sexual, padres alcohólicos o con algún tipo de trastornos afectivos y muertes de personas significativas. Lo anterior ejercería un efecto desorganizador en el autoconcepto, provocando disrupciones en las creencias básicas sobre el sí mismo, por lo que la definición global de éste se ve amenazada (Bruch, 1973; cit. en Stein 1996).

Dado todo lo anteriormente expuesto, en el modelo de Smolak y Levine (1996) se plantea que los factores predisponentes (tanto individuales como los sistemas involucrados) constituyen agentes causales de riesgo cuando se encuentran en interacción con los factores desencadenantes (desarrollo y sucesos estresantes) o precipitadores que se presentan en la adolescencia.

De esta forma, a partir de algunas situaciones que acontecen durante la etapa preescolar y escolar en la vida de un individuo, tales como bromas sobre la silueta, modelos ofrecidos por la familia y los pares relacionados a la importancia del peso, influencia de los medios, etc., se pueden originar determinadas interpretaciones de las tareas evolutivas anteriormente expuestas correspondientes a la adolescencia o reacciones frente a ellas, provocando consecuencias potenciales que varían según el grado de adaptabilidad de la persona (Smolak & Levine, 1996). En la medida en que exista un menor grado de adaptabilidad,

surge la alimentación problemática como resultado de la interacción entre las creencias esquemáticas de la importancia de la delgadez y los cambios adolescentes simultáneos (cambios corporales, relaciones amorosas, etc). Lo anterior, se arraiga con más fuerza en la medida en que el contexto (familia, pares, comunicadores, etc) otorgue mensajes congruentes (Smolak & Levine, 1996).

Considerando lo anterior, el siguiente capítulo profundizará en el desarrollo de la importancia que adquieren las creencias esquemáticas acerca de la delgadez.

Capítulo 3. DESCRIPCIÓN DEL CONSTRUCTO: ESQUEMA DE DELGADEZ

Tomando en cuenta la revisión del modelo propuesto por Smolak y Levine (1996), se procederá a describir en profundidad las variables implicadas en el Esquema de Delgadez y su dinámica de desarrollo.

Los autores que hacen referencia explícita a este constructo son Smolak y Levine, quienes lo definen como *“una red cognitiva que interrelaciona las creencias sobre la importancia de la atracción, con la importancia de la delgadez respecto de la atracción y el éxito personal, y con los modos de lograr la delgadez y la atracción”* (Smolak & Levine, 1996; cit. en Noordenbos & Vandereycken, 2000). Este concepto se refiere entonces a la influencia que la delgadez ejerce tanto en la autodefinición, como en la significación de los logros sociales y profesionales; incluyendo componentes específicos tales como las consecuencias del aumento o pérdida de peso (cuál sería la probabilidad de éxito si se tiene sobrepeso), y el grado de control que puede ejercerse sobre el peso y la silueta.

Otros autores hacen referencia implícita al constructo “Esquema de Delgadez”, ya que abordan el tema de la influencia del autoconcepto en los trastornos alimentarios, realizando planteamientos complementarios a la propuesta de Smolak y Levine (1996). Uno de estos autores es Karen Stein, quien desarrolló el Modelo del Autoconcepto en los trastornos alimentarios, el cual será utilizado en esta investigación, como base teórica en la explicación del proceso de desarrollo del Esquema de Delgadez.

Considerando la importancia que adquiere la noción de esquemas en este modelo, resulta pertinente revisar la teoría de los esquemas a fin de contextualizar la información.

3.1. Teoría de los Esquemas

Dentro del paradigma de la psicología cognitiva, el concepto de esquema tiene un origen computacional, ya que ha sido recuperado dentro del marco de los estudios sobre Inteligencia Artificial (Minsky, 1975; Schank & Abelson, 1977; cit. en Pozo, 1989), cuyos autores postulan que para que un programa sea "inteligente" (según la definición de Inteligencia Artificial de Minsky, 1968), no es suficiente con que posean algunas destrezas sintácticas y un conocimiento léxico, sino que también es necesario que posean un "conocimiento del mundo", es decir, un componente semántico portado por algún tipo de estructura (Pozo, 1989).

Es así como uno de los autores más influyentes en el desarrollo de esta teoría, David Rumelhart, define los esquemas como: *"una estructura de datos para representar conceptos genéricos almacenados en la memoria"* (Rumelhart, 1984; cit. en Pozo, 1989).

Lo que dicha teoría postula, es que los esquemas son la unidad básica de procesamiento de información, y que están compuestos por unidades más simples, consistentes en una red de interrelaciones que se esperaría existiese entre los constituyentes de un concepto determinado. (Rumelhart & Ortony, 1997; cit. en Pozo, 1989). De lo anterior es posible inferir entonces que *"una teoría del esquema implica una teoría prototípica del significado"* (Rumelhart, 1984; cit. en Pozo, 1989), ya que éstos son paquetes de conocimiento prototípico, cuyos componentes o variables no están especificados, y que se rellenarían en función del contexto. Es así como al tener variables cuyos valores se rellenan en cada caso según ciertas restricciones probabilísticas, los esquemas pueden definirse como representaciones prototípicas de los conceptos (Pozo, 1989).

Rumelhart y Ortony (1997) postulan que los esquemas son una organización jerárquica de conocimiento, donde las unidades más globales pueden subdividirse a su vez en otras más simples que serían sus referentes. Esta disposición jerárquica tiene sin embargo un límite, ya

que hay esquemas atómicos o primitivos que poseen una unidad de significado indivisible en otros subesquemas (Pozo, 1989).

Según la teoría de Rumelhart, un sistema sólo puede formar nuevos esquemas cuando dispone de esquemas ya existentes lo suficientemente complejos (Pozo, 1989). Es necesario entonces el planteamiento sobre como es que se generan los esquemas primitivos. Es aquí donde la teoría cognitiva responde que a través del programa genético de la especie, o, según sea el caso, por un programa de computador (Pozo, 1989). En este punto se aprecia que, si bien los esquemas pueden introducir cierto aire de constructivismo a la psicología cognitiva, dicha posición se ve entrampada por la limitación evolutiva. Es importante distinguir entre dos tipos de constructivismos: uno estático, según el cual construimos o interpretamos la realidad a partir de nuestros esquemas de conocimiento; y el dinámico, donde no sólo construimos la realidad, sino también aquellos esquemas con los cuales la aprehendemos (Pozo, 1989). De acuerdo al autor, la psicología cognitiva se identificaría más con el primer tipo.

En lo que respecta al contenido de los esquemas, es relevante destacar la diversidad de dominios de conocimiento que se pueden representar mediante los mismos, ya que existen esquemas visuales (marcos), situacionales (guiones), de dominio, sociales y de autoconcepto.

Según De Vega (1990), los esquemas cognitivos son sociales en un doble sentido: en primer lugar, la génesis de un esquema no es un proceso estrictamente individual, sino que tiene también una dimensión cultural. En segundo lugar, una gran parte de nuestro conocimiento sobre el mundo se refiere a contenidos interpersonales.

Un tipo importante de esquemas sociales son los relativos al autoconcepto, los cuales contienen información sobre el sí mismo, sobre las propias destrezas o debilidades, logros o fracasos, preferencias, temperamento, etc. Hay autores que señalan que el autoesquema es una estructura cognitiva muy diferenciada y articulada, por lo que permite elaborar de mejor manera la información cuando ésta es incorporada (Bower & Gilligan, 1979; cit. en De Vega,

1990). También existe la tesis de que la información referida al sí mismo está acompañada de carga afectiva y actividad evaluativa (Rogers, 1981, cit. en De Vega, 1990). Es tal la importancia de este constructo, que se ha llegado a señalar que el autoconcepto guiaría el procesamiento de todo tipo de información (De Vega, 1990). Dado lo anterior, a continuación se presentará la revisión realizada por Stein (1996) sobre el trabajo existente acerca del autoconcepto; para luego describir las características de este constructo en pacientes con trastornos alimentarios.

3.2. Modelo del Autoconcepto

El Modelo del Autoconcepto propuesto por K. Stein (1996) a partir del trabajo existente en el tema, es un acercamiento contemporáneo al estudio del desarrollo del sí mismo dentro de la psicología social cognitiva, y está basado en el Modelo de Esquemas del sí mismo o Autoesquemas desarrollado por Markus (1977). Éstos autores toman como base para sus investigaciones la proposición de que las respuestas conductuales a los estímulos del medio están mediadas por esquemas cognitivos, los cuales fueron explicados en el apartado anterior.

Dentro del modelo señalado, el autoconcepto se define como *"un complejo sistema de cogniciones sobre el sí mismo que se articula en la memoria, el cual está conformado por "esquemas del sí mismo" o "autoesquemas" y otras imágenes menos elaboradas sobre el sí mismo"* (Cantor & Kihlstrom, 1987; Markus & Wurf, 1987; cit. en Stein, 1996), constituyendo así la suma total de atributos, habilidades, actitudes y valores que un individuo cree que define quién es.

Dicho sistema se comienza a construir desde la niñez, etapa en la cual se encuentra basado en características concretas, como por ejemplo el nombre, la apariencia física, posesiones y conductas típicas, y se continúa desarrollando hasta incluir competencias como

por ejemplo: "soy buena para la lectura", y atributos psicológicos como "soy honesto, amistoso", etc. (Berk, 1999). Según Epstein (1974) el autoconcepto se modifica con la experiencia, integra nuevos datos e informaciones, y se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con personas significativas. De esta manera, el mantenimiento de la organización del concepto de sí mismo es esencial para el funcionamiento del individuo, ya que le proporciona un sentimiento de seguridad e integridad (Fierro, 1981).

Considerando que los componentes del autoconcepto, es decir, los esquemas del sí mismo, son de gran importancia para éste, a continuación serán revisados con mayor detalle.

3.2.1. Esquemas del sí mismo

Markus (1977) define a los esquemas del sí mismo o autoesquemas como *"generalizaciones cognitivas sobre el sí mismo, derivadas de experiencias pasadas, las cuales organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con el sí mismo contenida en la experiencia social de un individuo"*. Estos esquemas se construyen alrededor de diferentes aspectos de las personas, incluyendo características físicas, roles sociales, rasgos de personalidad, habilidades, competencias e intereses, y se generan en dominios que la persona valora como importantes para sí misma (Markus, 1977). Es posible identificar distintos dominios del sí mismo tales como (Bermúdez, 2001; Tennessé, 1972; cit. en Domínguez, 2003):

- Físico: Relacionado con dominios como la altura, el sexo, y especialmente el peso corporal. El sujeto realiza una autoevaluación tanto de su apariencia y presencia física como de sus habilidades y competencias para cualquier tipo de actividad física. Algunas características que hacen alusión a este dominio son: ser delgada, alta, baja, buena deportista, mala deportista, tener rostro bonito, etc.
- Académico: Se refiere a cómo se rinde en el ámbito académico en general (colegio, universidad, etc.) o sobre el éxito en los estudios. La persona se evalúa en relación al

cumplimiento del modelo de estudiante ideal que los padres y profesores han impuesto. Esto lo realiza comparando su propio rendimiento académico con el de sus pares. Ejemplos de este dominio son: ser inteligente, responsable, irresponsable, estudiosa, ordenada, desordenada, competitiva, etc.

- Social: Describe cómo nos relacionamos con otras personas, el tipo y calidad de relaciones que generamos, las condiciones y motivaciones para establecerlas, etc. Los individuos evalúan las interacciones y relaciones que establecen con los demás miembros del grupo al que pertenece, de acuerdo a las consecuencias de su comportamiento con los demás. Algunos ejemplos de este dominio son: ser extrovertida, introvertida, simpática, popular, amigable, entretenida, etc.
- Familiar: Referido al sentimiento de valor personal y de la afectividad al interior de la familia. La persona realiza una autoevaluación de su integración en el núcleo familiar y su sentido de pertenencia a ese grupo, valorando la importancia que ahí se le otorgue. Ejemplos de este dominio son: ser amable, respetuosa, irrespetuosa, obediente, etc.
- Etico-moral: Incluye los valores morales con los cuales la persona se identifica. El sujeto se evalúa para saber si su conducta se adecúa a aquellas normas que ha aprendido que se deben seguir para vivir en sociedad. Algunos ejemplos son: ser honesta, deshonesto, confiable, etc.
- Personal: Se refiere a la percepción que tiene la persona sobre sus propias cualidades. Ejemplos de estos dominios son: ser optimista, tolerante, conflictiva, dominante, confiada, dependiente, cariñosa, relajada, impulsiva, paciente, exitosa, perseverante, perfeccionista, etc. Como se puede observar, este modelo posiciona a los autoesquemas como variables mediadoras críticas que permiten entender la forma en que las transacciones de los individuos con sus pares, familias y sistemas socioculturales, se internalizan como creencias y metas personales, impactando así los procesos de desarrollo y conducta.

Se asume que cada persona cuenta con una variedad de esquemas del sí mismo, los cuales difieren en la cantidad de conocimiento que poseen, en su complejidad y coherencia, y en su nivel de generalidad. De esta manera, se propone que hay algunos esquemas del sí mismo que son universales, es decir, esquemas que todas las personas adquieren en alguna medida, como aquellos asociados con ser el hijo de alguien, con tener un determinado género, edad o apariencia física. Este tipo de esquemas derivan de las categorías sociales más relevantes. Ellos se distinguen de los llamados esquemas particulares, los cuales son estructuras de conocimiento que sólo algunos individuos poseen, tal como el esquema liberal / conservador, independencia / dependencia, introvertido / extrovertido, sobrepeso / bajo peso. Este tipo de esquemas reflejan el hecho de que no todos los individuos se enfocan en las mismas características de su conducta, y que algunas de ellas pueden ser organizadas de distintas maneras (Markus, Hamill, Sentis, 1987).

Es importante señalar que los esquemas del sí mismo no sólo contienen conocimiento declarativo sobre lo que el sí mismo es, sino que también cuentan con conocimiento procedural, es decir, con reglas, estrategias y rutinas que dirigen y regulan el comportamiento en un dominio, por lo que la conducta puede ser más eficiente, competente y consistente en el dominio determinado. Entre los impactos que estos esquemas tienen en la conducta, se encuentra una menor latencia en el tiempo de respuesta al gatillar estímulos, mayor número de ejemplos idiosincráticos, consistencia en la descripción del sí mismo, y predicciones tanto sobre el comportamiento futuro, como preferencias, elecciones y metas (Malle, 2000 cit. en oregon.edu).

3.2.2. Diferencias individuales en el autoconcepto

De acuerdo a este modelo, es posible identificar diversas fuentes importantes de diferencias individuales en el autoconcepto, a partir de determinadas características de los esquemas del sí mismo que lo componen, tales como:

- El número de esquemas del sí mismo incluidos: Existen personas que poseen un mayor número de dominios elaborados en la memoria que son fundamentales para su autodefinición, mientras que otras poseen relativamente pocos. Lo anterior depende de la edad, el estadio del desarrollo, educación y presencia de psicopatología. Es posible explicar el reducido número de autoesquemas positivos en una persona como el resultado de dos trayectorias de desarrollo distintas. La primera de ellas, siguiendo a Bruch (cit. en Stein, 1996), se justificaría por la presencia de padres controladores y perfeccionistas, lo que limitaría las posibilidades del niño/a para funcionar de manera autónoma y de explorar distintas áreas del comportamiento, contando así con menos oportunidades de desarrollar esquemas positivos. Lo anterior, se debe a que los padres actuarían frente al menor considerando sólo sus propias expectativas de perfección, más que las necesidades y deseos de su hijo. Es así como en este caso, el niño dependería de sus padres como única fuente de autodefinición (Bruch, 1981; cit. en Stein, 1996), experimentando su "sí mismo" de acuerdo a las demandas de los otros, y padeciendo profundos sentimientos como "sentirse nada", lo que conduciría al desarrollo de un autoconcepto disminuido e inestable.

La segunda vía de desarrollo, considera la existencia previa de autoesquemas positivos formados durante el desarrollo temprano. Sin embargo, existen ciertos eventos vitales estresantes, como por ejemplo el divorcio de los padres, violación, muertes, etc., que pueden llegar a ser tan disruptivos para una persona que la definición del sí mismo se ve amenazada. Durante estos períodos de desestabilización del autoconcepto, los autoesquemas existentes pueden fragmentarse y desorganizarse, por lo que el individuo no tendría acceso a sus fuentes positivas de autodefinición almacenadas en la memoria (Stein, 1996).

De esta manera, lo anterior explicaría la presencia de un conjunto limitado de esquemas positivos del sí mismo en algunas personas, lo que conllevaría a que éstas posean escasas fuentes de autodefinición.

Por otra parte, considerando que los esquemas del sí mismo no sólo contienen conocimiento declarativo, sino también procedural, es pertinente señalar que en adolescentes el número de éstos esquemas disponibles en la memoria influirá directamente en su capacidad de enfrentar de manera adecuada las tareas y exigencias propias de su estadio del desarrollo, tales como adaptarse a las características físicas adultas (reproducción, estatura, fuerza), comenzar las relaciones heterosociales, iniciar una exploración realista de las carreras profesionales (ingreso a la escuela secundaria), evaluar la relación familia versus pares, intensificación de los roles de género, etc. (Stein, 1996; Smolak & Levine, 1996, comp. en Noordenbos & Vandereycken, 2000).

De esta manera, aquellos adolescentes que posean un gran número de autoesquemas positivos disponibles, poseerán un amplio repertorio de estrategias y de conductas que le permitirán enfrentar los desafíos de las transiciones biológicas y sociales de la adolescencia (Markus, Cross & Wurf, 1990; cit. en Stein, 1996). Por otro lado, aquellos individuos que tienen pocos autoesquemas positivos elaborados en el autoconcepto, poseerán menos habilidades para enfrentar efectivamente esta transición, lo que generará en ellos sentimientos de confusión, frustración e incompetencia (Stein, 1996).

Es así como una limitada colección de autoesquemas positivos contenidos en el autoconcepto, se podría asociar a consecuencias emocionales y conductuales como depresión, pobre autoestima e incapacidad para adaptarse al estrés (Stein, 1996). Por el contrario, cuando una persona posee una adecuada cantidad de autoesquemas positivos, poseerá entonces una rica fuente de autodefinición, lo que le permitirá poseer un autoconcepto estable y bien definido (Stein, 1996).

- Actitudes evaluativas asociadas a los esquemas del sí mismo: Las personas poseen actitudes estables (positivas o negativas) que reflejan sus sentimientos de valía en cada dominio de conducta que componen al autoconcepto, los cuales sirven como fundamento que da lugar al nivel global de autoestima. Esta última es definida por Coopersmith (1976) como *"la evaluación que hace el individuo del sí mismo, la cual tiende a mantenerse; expresa una actitud de aprobación o rechazo y hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso"*. Es el juicio personal de la valía que se expresa en las actitudes que tiene un sujeto hacia sí mismo (cit. en Auzmendi & Villa, 1999).

Según Stein (1996), la falta de una autodefinition adecuada producto de un limitado número de autoesquemas, llevaría a sentimientos de incompetencia y baja autoestima.

- Contenido de los esquemas del sí mismo: Existen diferencias individuales respecto a los dominios particulares que se almacenan en la memoria como parte del sí mismo, los cuales son idiosincráticos en determinados temas y sirven como posibles fuentes de autodefinition. Así, es posible encontrar distintos dominios particulares entre las personas, como el de la creatividad, de machismo / feminismo, salud / enfermedad, bajo peso / sobrepeso, etc. Tal como se ha mencionado previamente, aquellos sujetos que presenten esquemas particulares en dichos temas, son denominados Esquemáticos en esos dominios (Stein, 1996).

En cuanto a las conductas asociadas a la salud, algunos estudios han demostrado que las personas presentan diferencias respecto a la presencia de dominios de ejercicio, peso corporal y salud como fuentes de autodefinition (Stein, 1996).

- Accesibilidad de los esquemas del sí mismo: Se refiere a la facilidad con la cual un esquema específico es activado en la memoria de trabajo. Algunos esquemas pueden ser

crónicamente accesibles a dicha memoria, siendo frecuentemente utilizados como marco para procesar los diversos estímulos que recibe la persona (Stein, 1996). Los individuos con esquemas accesibles en un dominio determinado no atienden selectivamente sólo a aquellos estímulos del medio que le son más consistentes, sino que también usan estos esquemas para interpretar y dar significado a estímulos vagos.

Tomando en consideración este modelo y la importancia que adquieren características determinadas del autoconcepto en el desarrollo de diversas patologías, a continuación se revisará el comportamiento de dicho constructo en personas con trastornos alimentarios, de acuerdo a la propuesta integrativa realizada por Karen Stein (1996), con el fin de conocer la dinámica de desarrollo del Esquema de Delgadez.

3.3. Modelo Integrativo del Autoconcepto en Trastornos Alimentarios de Karen Stein (1996).

En este modelo, Stein (1996) integra el modelo de los esquemas del sí mismo de Markus (1977) con el trabajo existente del autoconcepto en los trastornos alimentarios.

Respecto a las características del autoconcepto, la autora plantea que las diferencias en los esquemas del sí mismo anteriormente señaladas, se manifestarían en pacientes con trastornos alimentarios de la siguiente manera:

3.3.1. *Número de esquemas del sí mismo*

Las pacientes con trastornos alimentarios presentarían un número reducido de esquemas del sí mismo positivos, lo que generaría en ellas los sentimientos característicos de

incompetencia, baja autoestima y temor a perder el control (Stein, 1996). Además, serían los causantes de la falta de autodefinición ya que no permitiría tener una visión clara y estable del sí mismo, lo que sumado a una distorsión de la identidad, constituirían una parte fundamental de los trastornos alimentarios.

3.3.2. *Actitudes autoevaluativas asociadas a los esquemas del sí mismo*

Dichas actitudes, al poseer un carácter negativo en las pacientes con trastornos alimentarios, muy a menudo las lleva a sentirse no merecedoras de alegría, amor y posibilidad de disfrutar (lo que sólo estaría reservado para los otros), creyendo en cambio merecer tristeza, desilusión y castigo. De esta forma, la baja autoestima que ellas presentan, contribuiría al desarrollo de otros factores de riesgo para los trastornos alimentarios, pudiendo incluso convertirse en un factor mantenedor (Smith, 2002).

Por sus escasos autoesquemas positivos, estas personas se autovaloran de acuerdo a los logros que alcanzan (resultados académicos, profesionales, sociales, familiares, etc.), producto de sus altas tendencias al perfeccionismo. Sin embargo, inevitablemente a medida que se van alcanzando los logros, los estándares personales se vuelven cada vez más inalcanzables, creándose así un círculo dentro del cual nunca se alcanzará la aceptación total de uno mismo en relación al éxito de las tareas (Smith, 2002).

Las mujeres con esta patología se abstienen de participar en actividades nuevas, porque sienten que corren el riesgo de no ejecutarlas perfectamente. Lo anterior sumado a que dentro de su enfermedad pueden ejercer el control que desean, ayuda a perpetuar las creencias de base que las caracterizan. Asimismo, es común que estas personas usen el control como un sustituto de la autoestima, sosteniendo la creencia de que si se controlan a sí mismas y a sus circunstancias, entonces serán aceptadas. Sin embargo, esta seguridad es falsa, y falla en su intento por ofrecer sentimientos genuinos de autoestima y autovalía (Smith, 2002).

13.3. Contenido de los esquemas del sí mismo

Dado que no es suficiente la presencia de un autoconcepto disminuido para el desarrollo de los trastornos alimentarios, la autora resalta la importancia del esquema del peso como el factor diferenciador de estos trastornos respecto de otros que comparten la característica de la falta de autodefinición y la baja autoestima (Stein, 1996).

El esquema del peso, según Vitousek y Hollon (1990) se refiere a las estructuras cognitivas que codifican información sobre lo que significa ser gordo o flaco, más que un esquema sobre el estatus del sí mismo como gordo o flaco.

El origen de estos significados en la cultura del siglo XX, corresponden a la internalización del ideal cultural de la delgadez y a la historia de aprendizaje del individuo a través de los mensajes familiares y de los medios de comunicación.

En pacientes con trastornos alimentarios, los ideales culturales relativos al tema se organizan y expresan como un conjunto esquemático de creencias tales como: "La belleza constituye el objetivo primordial en la vida de una mujer"; "Una silueta delgada es un componente fundamental de la belleza, la salud física, el éxito y la felicidad "; "El peso y la silueta de una mujer son el objeto legítimo de la crítica y el acoso públicos y de las bromas sobre la gordura"; "Las dietas restringidas en calorías son un camino viable hacia la delgadez y una prueba de autocontrol", y "La gordura revela una pérdida del control personal y es un signo de fracaso" (Vitousek & Hollon, 1990).

Es importante mencionar que muchos de estos juicios evaluativos pueden ser compartidos por sus pares, como por ejemplo que la delgadez es signo de salud, belleza, éxito y felicidad; sin embargo, el significado del peso será más elaborado, idiosincrático, y cargado emocionalmente para los individuos con trastornos alimentarios que para otros sujetos sin presencia de psicopatología que posean creencias distorsionadas sobre el peso (Vitousek & Hollon, 1990).

3.3.4. *Accesibilidad de los esquemas del sí mismo*

Como ya ha sido señalado, es posible que gran parte de la población femenina occidental, cuente con un esquema del peso disponible en la memoria. Sin embargo, la diferencia entre población clínica y no clínica radica en la frecuencia con la que este esquema del peso es activado y utilizado como marco organizador en el procesamiento de información. Dicha diferencia dependerá de la cantidad de autoesquemas positivos accesibles en la memoria con que cuente la persona. En caso de poseer un alto número de autoesquemas positivos, el esquema del peso será sólo uno más de los marcos bajo los cuales el individuo podrá interpretar los estímulos del medio. Por otro lado, una mujer que tiene pocos autoesquemas positivos estará más predispuesta a utilizar el esquema del peso como marco interpretativo para el procesamiento de estímulos tanto coherentes, como ambiguos o poco claros, ya que requieren de un mínimo esfuerzo cognitivo, dada su simplicidad y concretismo; por lo que estos esquemas se vuelven crónicamente accesibles en la memoria de trabajo (Stein, 1996).

Lo anterior se produciría cuando la adolescente con pocos autoesquemas positivos se ve enfrentada a las tareas del desarrollo, tales como la búsqueda de identidad, inicio de las relaciones heterosociales, etc., lo cual generaría en ella sentimientos de confusión, frustración e incompetencia, ya que no contaría con las herramientas suficientes para ello. De esta manera, Bruch (1973, cit. en Stein 1996) plantea que esta adolescente en su intento de aliviar dichos sentimientos y establecer un sentido de identidad y autovalía, le asignaría una importancia exagerada a sus creencias sobre el peso corporal.

Sumado a lo anterior, la constante estimulación por parte de la cultura (familia, medios de comunicación, pares, etc.), hacen que este esquema sea el más frecuentemente activado por estas pacientes, pasando desde un procesamiento activo y voluntario de los datos, a uno completamente pasivo e inconsciente (Stein, 1996).

En síntesis, la autora sugiere que una limitada colección de esquemas del sí mismo o autoesquemas positivos disponibles en la memoria, en combinación con la presencia de un esquema relacionado con el peso conducen a que éste último se vuelva crónica e inflexiblemente accesible, dando paso al desarrollo y mantenimiento de las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (Stein, 1996).

Desde esta perspectiva, poseer un número reducido de autoesquemas positivos se convertiría en una vulnerabilidad que aumentaría el riesgo de considerar al esquema del peso como una fuente primaria de autodefinición (Stein, 1996), lo que en esta investigación se entenderá como el surgimiento del "Esquema de Delgadez".

3. 4. Esquema de Delgadez

Como ya se mencionó al inicio de este capítulo, quienes hacen referencia explícita a este constructo son Smolak y Levine (1996), los cuales lo entienden como la importancia que se le otorga a la atracción para el autoconcepto, y la importancia que adquiere la delgadez para la atracción y el éxito personal.

La relevancia que adquiere la delgadez en el autoconcepto es explicada por K. Stein (1996) a partir de la presencia de un número limitado de autoesquemas positivos, lo que lleva a que el esquema del peso se vuelva crónicamente accesible en la memoria del individuo, pasando éste a ser la principal fuente para la definición del autoconcepto y la autoestima de la persona. Es a esta dinámica, que las autoras de la presente investigación entenderán como el proceso de desarrollo del Esquema de Delgadez.

Respecto a los efectos que este Esquema de Delgadez ejerce en el procesamiento de información, Vitousek y Hollon (1990) plantean que éste llevaría a producir errores sistemáticos

a través de mecanismos como el sobreuso de dicho esquema, atención y memoria selectiva, perseverancia, correlación ilusoria, predisposición confirmatoria y falsos consensos.

De esta manera, dichos autores plantean que este esquema sería la "esencia cognitiva" de los trastornos alimentarios, al ser un poderoso esquema inclusivo que provee de un conjunto de premisas de las que se pueden deducir reglas específicas permitiendo reducir la ambigüedad, al facilitar juicios y predicciones. Se hipotetiza así, que estos mecanismos juegan un rol al servir de base al comportamiento desadaptativo asociado con los Trastornos Alimentarios (Vitousek & Hollon, 1990). Así, las estructuras cognitivas en este nivel representan la psicopatología específica de los trastornos alimentarios, ya que la paciente anoréxica encuentra una solución desadaptativa a su sufrimiento, confusión y sentido de inadecuación al identificar y evaluar al sí mismo según las creencias que posee sobre el peso corporal (Bruch, 1973; cit. en Stein, 1996). De esta manera, ella experimenta alivio en la simplicidad del esquema, carente de ambigüedad y congruente con su visión de mundo (Stein, 1996).

Es así como la presencia del Esquema de Delgadez generaría una mayor vulnerabilidad a realizar dietas restrictivas, consideradas como un factor de riesgo fundamental que contribuirían al desarrollo de un Trastorno Alimentario.

Respecto a las investigaciones que se han llevado a cabo en torno a este tema, se encuentra la realizada por Markus, Hamill y Sentis (1987). En dicho estudio se aplicó un cuestionario a 272 mujeres y hombres con el fin de detectar la presencia de esquemas relativos al peso corporal. En este cuestionario se les pedía autoevaluarse en once dimensiones distintas como independiente – dependiente, bajo peso – sobrepeso, creativo – no creativo, etc. El rango de evaluación de dichas dimensiones era de 1 a 8 puntos. A su vez, se les pidió ordenar jerárquicamente cada una de estas dimensiones respecto al grado de importancia para su autodefinición. Con los resultados obtenidos en esta primera etapa, se clasificaron a los individuos en cuatro grupos de acuerdo a los autoesquemas que tenían sobre su peso:

1. Esquemáticos con Sobrepeso: Estos individuos señalaron que el término sobrepeso era autodescriptivo (puntuaron entre 8 – 11 puntos en la dimensión del sobrepeso), e indicaron que esta dimensión era importante para su autoevaluación. Además, excedían el peso normal.
2. Esquemáticos Obesos: Estos individuos señalaron que el término sobrepeso era autodescriptivo (puntuaron entre 8 – 11 puntos), y señalaron que esta dimensión era importante para su autodefinition. Además, el 50% de estos individuos estaba objetivamente dentro del rango de obesidad.
3. A –esquemáticos: Estos sujetos se ubicaban en el medio de la dimensión del peso, e indicaban que esta dimensión no era importante para su autoevaluación. Su peso real no excedía el criterio del peso normal.
4. A –esquemáticos con sobrepeso: Estos sujetos se ubicaban a ellos mismos en el rango medio de la dimensión del peso, e indicaban que esta dimensión no era importante para su autoevaluación. Su peso real, sin embargo, sí excedía el criterio del peso normal.

A estos grupos se les aplicaron una serie de pruebas sobre imagen corporal, rasgos descriptivos y comida, con el fin de investigar las diferencias en el procesamiento de información entre cada uno de ellos. Los resultados indicaron que aquellas personas que poseen estructuras de conocimiento diferenciadas para el peso corporal en la memoria, procesaban más rápida y consistentemente los estímulos sobre siluetas corporales, y no así los estímulos de comida, ya que ante ellos se detenían a evaluar características como el número de calorías, etc.

Los investigadores se explican estos resultados debido a la posible presencia de un esquema del peso corporal crónicamente accesible a la memoria de trabajo, dentro del cual se evalúa un amplio rango de estímulos, como por ejemplo: "¿Pesa ella menos que yo?"; " ¡Nunca seré así de delgada!", etc. Se asume que este tipo de personas integra en la estructura

esquemática del peso corporal un mayor número de representaciones independientes de ésta, la cual se activa de manera automática cuando las personas prestan atención a su peso corporal (Markus, Hamill, Sentis, 1987). Lo anterior se traduciría en una mayor preocupación sobre el peso, mayor disposición para realizar dietas, menor tolerancia al fracaso en ellas y mayor preocupación por ser estigmatizados por su peso corporal.

Resulta interesante destacar que los resultados de este estudio no arrojaron datos relativos a un grupo de personas Esquemáticas con Bajo peso. Se puede hipotetizar que este hecho se debería a un posible sesgo investigativo, ya que sólo se centraron en aquellos individuos cuyo Índice de masa corporal (IMC) se encontraba entre un rango de peso normal y sobrepeso.

Es importante mencionar que si bien estos autores no hacen referencia al constructo de Esquema de Delgadez, los aportes de sus investigaciones son los que han sido utilizados como base para el desarrollo del Modelo del Autoconcepto en los trastornos alimentarios de K. Stein (1996). A su vez, dicha autora se encuentra actualmente realizando un estudio sobre las características del autoconcepto en pacientes anoréxicas y bulímicas basado en su propuesta teórica. Hasta el momento, los resultados de su investigación señalan que las mujeres con dichas patologías poseen menos autoesquemas positivos y más negativos disponibles en la memoria, así como también una mayor interrelación entre los distintos autoesquemas del autoconcepto, en comparación con el grupo de control (Stein, 2001).

Otra investigación reciente acerca del tema, es la realizada por Morris, Goldsmith, Roll y Smith (2001), quienes exploraron en un grupo de 50 mujeres la forma en que el autoconcepto se relaciona con las preocupaciones sobre el peso y la comida entre las "comedoras restrictivas" y el grupo control. Se utilizó el modelo de redes para representar visualmente los autoesquemas de ambos grupos con el fin de comparar su estructuras cognitivas. A estos grupos se les presentó una serie de combinaciones entre 27 conceptos pertenecientes a dos

categorías correspondientes al autoconcepto y a concepciones ligadas al peso y la comida. A los participantes se les solicitó juzgar el grado en que dichos pares se relacionaban entre ellos. Las relaciones establecidas se tradujeron a través de un algoritmo en redes esquemáticas².

Las conclusiones obtenidas en este estudio muestran que en el grupo de “comedores restrictivos” los conceptos más frecuentemente seleccionados fueron: gorda, pérdida de peso, ganancia de peso, ejercicio y autoestima; mientras que en el grupo de control fueron: autoestima, estrés, ejercicio, ansiedad y pérdida de peso.

Por otra parte, se evidenció que las relaciones más preponderantes para las comedoras restrictivas giraron entorno a los conceptos relacionados al peso y la comida; mientras que en el caso del grupo control las relaciones más importantes se establecieron en torno a aspectos autoevaluativos, sin considerar los conceptos ligados al peso y la comida.

En cuanto a la autoestima, el primero de estos grupos la ligó frecuentemente con conceptos ligados al peso y la comida, a diferencia del segundo grupo que la relacionó principalmente con conceptos de tipo autoevaluativos.

En las redes que se presentan en las figuras 5 y 6, se evidencia claramente que en el grupo de las comedoras restrictivas, dicha red se distribuye en un grupo de conceptos relativamente indiferenciado; en el caso del grupo control se distinguen dos grupos discretos: uno referido a la autoevaluación, y el otro a los conceptos ligados al peso y la comida.

De esta manera, este estudio ofrece apoyo empírico a las formulaciones teóricas referidas a la influencia de las ideas sobre el peso y la comida en el autoconcepto de las comedoras restrictivas.

² Ver figura 5 y 6.

Figura 5. Red esquemática de "comedoras restrictivas".

(Morris et al., 2001)

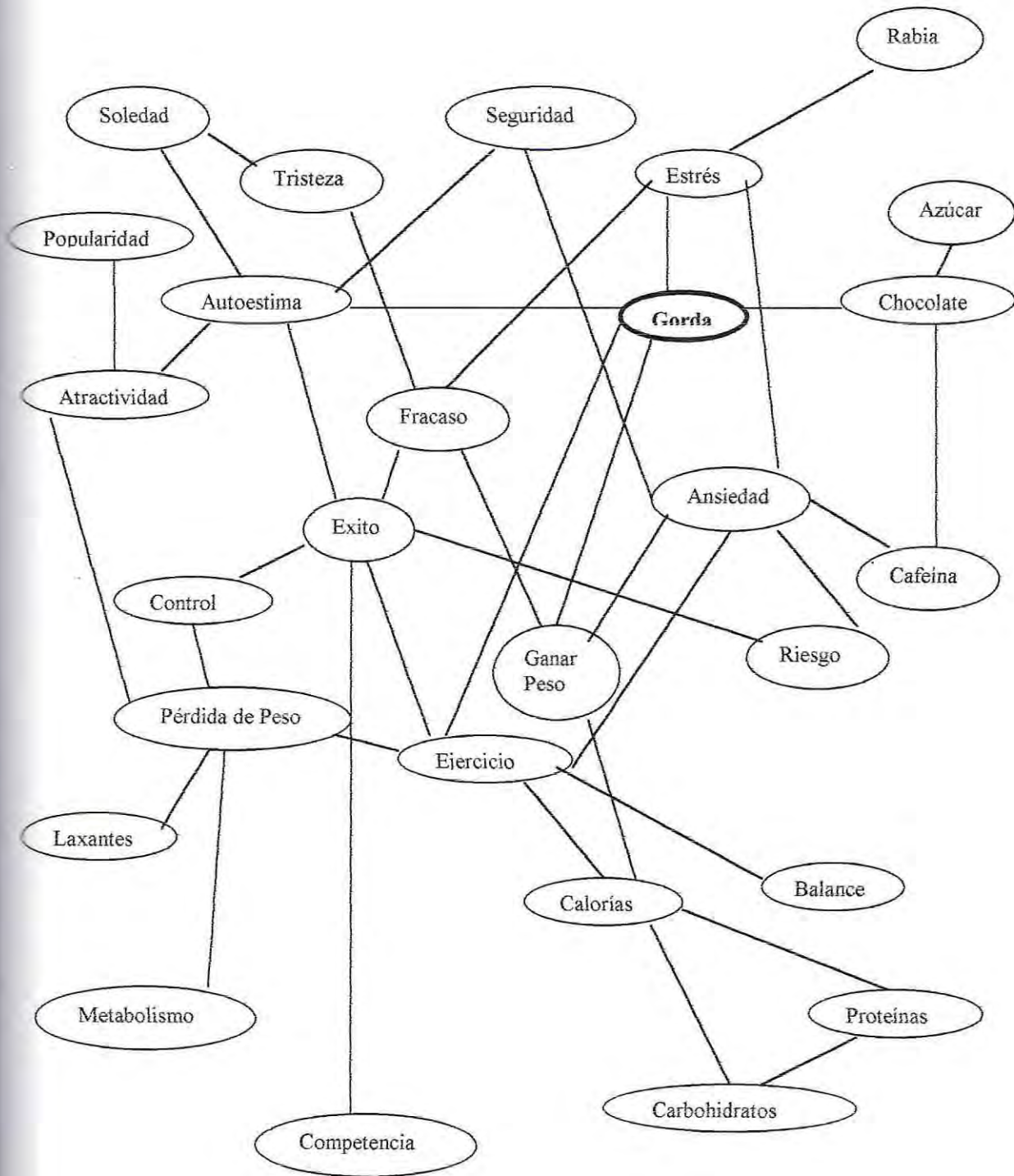


Figura 6. Red esquemática de grupo control.

(Morris et al., 2001)



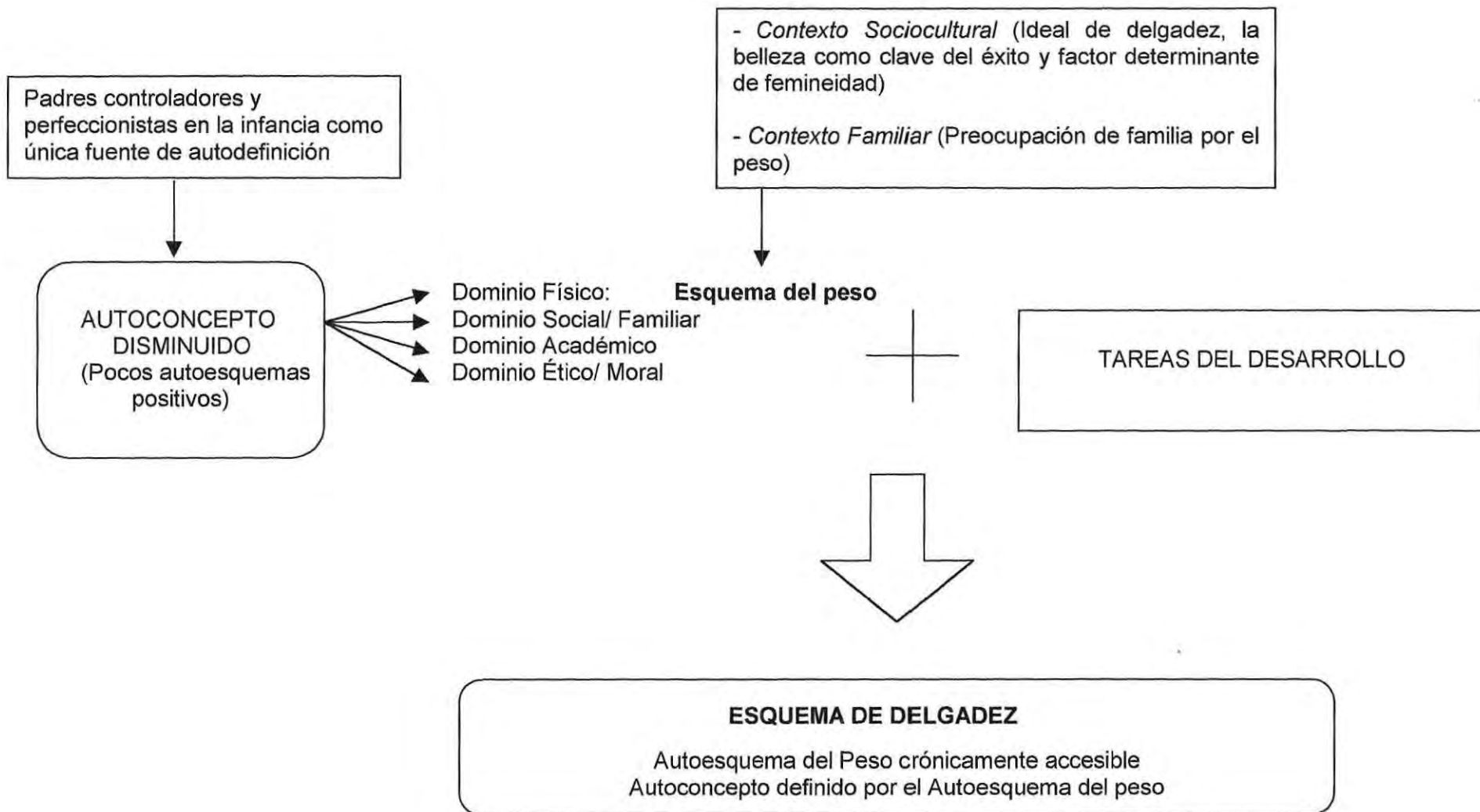
De acuerdo a la revisión teórica realizada, las autoras de la presente investigación definen "Esquema de Delgadez" como "el autoesquema del peso que ha pasado a ser la base primordial para la definición del autoconcepto y la autoestima de una persona, de tal forma que influye todo el procesamiento de información que ésta realiza de los estímulos que la rodean"³.

Finalmente, cabe mencionar las implicancias que el modelo recién expuesto presenta para el tratamiento de los trastornos alimentarios. En primer lugar, considerando la característica de accesibilidad crónica del esquema del peso en personas con el Esquema de Delgadez, la intervención podría estar dirigida a la modificación de dicha accesibilidad mediante el distanciamiento de interacciones personales que se enfoquen en la comida y el peso corporal; y la re-evaluación de estrategias terapéuticas basadas en la alimentación, tales como llevar un autoregistro de la comida que se ingiere. Una segunda implicancia de este modelo es la importancia del desarrollo de otras fuentes de autodefinición, a través de la construcción de nuevos autoesquemas. Esto último, también influiría directamente en la disminución de la accesibilidad crónica del esquema del peso (Stein, 1996).

Todas las implicancias presentadas permiten ampliar el campo de intervención en los trastornos alimentarios, desde el intento por cambiar sólo las creencias irracionales sobre el propio peso que presentan estas pacientes, hacia la identificación de fortalezas personales desconocidas, convirtiéndolas en valiosas fuentes de autodefinición, mejorando así la confianza y autoestima (Stein, 1996).

³ Ver figura 7.

Figura 7. Formación del Esquema de Delgadez



Capítulo 4. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Al considerar la importancia que adquiere el modelo multifactorial de riesgo descrito previamente, resulta pertinente enfocar la detección del Esquema de Delgadez dentro de la prevención de los trastornos alimentarios, ya que el desarrollo de sus componentes (autoestima y esquemas cognitivos) al ser de inicio temprano, es posible de ser intervenido.

Los trastornos de la conducta alimentaria han llegado a ser una preocupación de salud pública en todos los países occidentales, por lo que se han sugerido programas de educación para prevenir el desarrollo de estos trastornos y promover prácticas de alimentación saludables en niños y adolescentes.

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria está dirigida a evitar, retrasar la aparición o atenuar la severidad y duración de los trastornos de salud mental en personas y grupos con mayor riesgo (Minsal, 2001). Esta prevención es necesaria, pero dificultosa por estar dirigida principalmente a adolescentes y además porque es complicado diferenciar entre información preventiva y propagación de conductas riesgosas.

El abordaje preventivo de los trastornos de la conducta alimentaria puede ser integrado en el esquema que utilizan las ciencias de la salud, de acuerdo con el cual distinguimos los siguientes niveles de prevención:

4.1. Prevención Primaria

La prevención primaria tiene como objetivo reducir la incidencia de los trastornos alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo; actuando sobre los factores de riesgo y de vulnerabilidad.

Los diversos enfoques de la prevención primaria se pueden dividir en el grupo que busca eliminar o anular los factores causales del trastorno y en el grupo que procuran "fortalecer al huésped", con el fin de protegerlo de las influencias nocivas (Noordenbos & Vandereycken, 1998).

Las medidas que constituyen este nivel de prevención se centran en la información de estos trastornos a la población general y específicamente a la población de riesgo, comenzando desde la educación escolar. Además, se centra en la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, particularmente el inicio de las dietas restrictivas; así como también en la identificación de grupos de riesgo y en la acción sobre los estereotipos culturales (García, 2000).

Este tipo de prevención es muy importante, ya que con su inicio precoz, las prevenciones a nivel secundario y terciario pueden ser modificadas favorablemente. Con la prevención primaria se trata de intentar modificar un fenómeno de tipo cultural, por lo que se sugiere un esquema de trabajo en tres niveles (García, 2000):

El primer nivel hace referencia al cambio en el concepto y énfasis cultural sobre delgadez. La gente debe saber los peligros de "dietas" restrictivas, de conductas purgativas y de los desórdenes de la conducta alimentaria, y contrastarlos con la propaganda de "nueva mujer", delgada, sin grasa, *ultralight*.

El segundo nivel debe enfocarse al cambio en el concepto de apariencia y autoestima. Una vez reconocida la baja autoestima como precursora de los trastornos de la conducta alimentaria, se deben estudiar sus posibles orígenes para tomar acciones preventivas.

En el tercer nivel se debe hacer prevención específica en grupos de alto riesgo; fundamentalmente en mujeres jóvenes, que puedan tener familiares obesos, con trastornos alimentarios o problemas emocionales. También en bailarinas, deportistas y en niños diabéticos, ya que aunque no se ha encontrado relación causal o epidemiológica entre diabetes

y trastorno de la conducta alimentaria, se sabe que el pronóstico de ésta empeora si coincide con un trastorno de la conducta alimentaria (García, 2000).

De acuerdo a lo expuesto en los dos primeros niveles resulta importante la detección del Esquema de Delgadez, ya que ésta permitiría conocer la presencia de la internalización del modelo estético cultural de la delgadez, así como también de una baja autoestima; lo cual guiaría un adecuado trabajo en dichos niveles.

Diversas investigaciones (Noordenbos & Vandereycken, 2000) plantean que las intervenciones a nivel primario no han sido exitosas, debido a que no existe suficiente información referida tanto a los factores de riesgos como a los de protección, y que los factores que están a la base de los trastornos alimentarios serían inmodificables y por tanto imposible de eliminar mediante una intervención. Este insuficiente desarrollo insta a perfeccionar los acercamientos teóricos, de tal forma que permitan la adecuada detección y tratamiento de los trastornos alimentarios.

De esta manera, la presente investigación pretende describir en profundidad un factor de riesgo involucrado en los trastornos alimentarios, como es el Esquema de Delgadez. Esto permitiría revertir la visión de que la prevención primaria no ejerce un impacto en las actitudes y conductas de los individuos, ya que algunos investigadores (Stein, 2001) han postulado que la modificación de este contenido esquemático, permitiría un cambio en las conductas relativas a la alimentación.

4.2. Prevención Secundaria

La prevención secundaria está destinada a la detección temprana de los trastornos alimentarios, teniendo como objetivo mejorar los efectos positivos del tratamiento, por medio de

una intervención precoz (Noordenbos & Vandereycken, 2000); es decir, tiene como finalidad acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento, todo esto mediante la detección y tratamiento precoz. Es éste el nivel preferente al que se han dirigido los esfuerzos en prevención.

4.3. Prevención Terciaria

El último nivel de prevención tiene como objetivo reducir las consecuencias del trastorno, evitando la aparición de complicaciones; esto mediante un tratamiento enfocado principalmente a disminuir las complicaciones de los trastornos alimentarios (García, 2000).

Un tratamiento rápido y adecuado es el elemento principal, capaz de reducir la aparición de secuelas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria y evitar la cronificación de los pacientes.

El curso natural de estos trastornos es variable, pero como media se demora entre 4 a 5 años, llegando a la recuperación en aproximadamente el 65% de los casos.

El trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras y unidades de hospitalización favorece la continuidad del tratamiento, disminuye las hospitalizaciones, actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro y evalúa las necesidades asistenciales (García, 2000).

PARTE II
METODOLOGÍA

Capítulo 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando los planteamientos de Smolak y Levine (1996) sobre el Esquema de Delgadez, así como también la propuesta realizada por Stein (1996) quien plantea que una limitada colección de esquemas del sí mismo o autoesquemas positivos disponibles en la memoria, llevaría a que el esquema relacionado con el peso se vuelva crónica e inflexiblemente accesible, conduciendo al desarrollo y mantenimiento de las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (Stein, 1996), es que resulta interesante profundizar sobre este modelo teórico explicativo, buscar la relación entre el autoconcepto, el Esquema de Delgadez y el riesgo de trastorno alimentario en población adolescente. Para ello, es necesario en primer lugar contar con técnicas estandarizadas que permitan evaluar el constructo Esquema de Delgadez. Es así como las autoras plantean los siguientes problemas de investigación:

- Diseñar un instrumento que evalúe la presencia del Esquema de Delgadez y realizar la primera etapa de validación.
- Explorar las relaciones existentes entre el autoconcepto, el Esquema de Delgadez y el riesgo de trastorno alimentario en población adolescente.

5.1. Primer problema de investigación

Diseñar un instrumento que evalúe la presencia del Esquema de Delgadez en población adolescente de sexo femenino. Adicionalmente, realizar la primera etapa de validación de dicho instrumento, utilizando para ello una muestra determinada.

5.1.1 *Objetivo General*

Construir un instrumento que evalúe la presencia del Esquema de Delgadez en población adolescente femenina; y establecer los primeros indicadores de validez y confiabilidad de este instrumento.

5.1.2. *Objetivos Específicos*

- Construir ítems que detecten la saliencia del autoesquema del peso frente a otros autoesquemas en las distintas tareas del desarrollo.
- Someter los ítems del instrumento construido a evaluación de Juicio de Expertos, logrando así una primera validación de constructo.
- Aplicar el instrumento a muestra piloto compuesta por adolescentes de Viña del mar y Valparaíso, para determinar la aplicabilidad del instrumento, considerando aspectos tales como: el tiempo de duración de la medición y la comprensión de los ítems por parte de la muestra.
- Aplicar el instrumento definitivo a población adolescente femenina, a fin de establecer indicadores estadísticos de confiabilidad y validez interna.
- Analizar los valores que obtiene la muestra tanto en el instrumento diseñado, como en el cuestionario EAT-40, el cual será aplicado con el fin de obtener indicadores de validez concurrente.

5.2. Segundo problema de investigación

¿Existe relación estadísticamente significativa entre las variables Esquema de Delgadez, Autoconcepto y las actitudes hacia a la alimentación en población adolescente femenina?

5.2.1 *Objetivo General*

Describir cómo se presentan las variables Esquema de Delgadez, Autoconcepto y actitudes hacia la comida y la relación entre ellas en población adolescente femenina entre 14 y 15 años pertenecientes a establecimientos municipalizados y particulares de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

5.2.2. *Objetivos específicos*

- Conocer cómo se presenta el Esquema de Delgadez en la muestra escogida.
- Conocer cómo se presenta el autoconcepto en la muestra escogida.
- Conocer la relación entre el Esquema de Delgadez y el autoconcepto en la muestra escogida.
- Conocer la relación entre el Esquema de Delgadez y las actitudes hacia la comida en la muestra escogida.
- Conocer la relación entre el autoconcepto y las actitudes hacia la alimentación en la muestra escogida.
- Conocer las diferencias de medias del Esquema de Delgadez en sujetos con riesgo y sin riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.
- Conocer las diferencias de medias del autoconcepto en sujetos con riesgo y sin riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.
- Conocer las diferencias de medias del Esquema de Delgadez en sujetos con alto autoconcepto y bajo autoconcepto.

Capítulo 6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Considerando la importancia que adquiere el constructo de "Esquema de Delgadez" como factor de riesgo para la aparición de un trastorno alimentario, es que las autoras de esta investigación estiman pertinente la construcción de un instrumento que mida las variables implicadas en dicho constructo.

De esta forma, el instrumento pretenderá medir la saliencia del autoesquema del peso frente a otros autoesquemas en las tareas del desarrollo consideradas, ya que esto reflejaría la presencia del Esquema de Delgadez.

Por otro lado, a fin de comprobar la hipótesis de Stein sobre la influencia del autoconcepto en la importancia otorgada a las ideas relacionadas al peso, es que se incluyó como parte de la evaluación un instrumento que contiene un listado de rasgos personales con el fin de conocer el número y valencia de los autoesquemas incluidos en el autoconcepto, lo que permitirá contar con datos para contrastar la teoría sobre la relación entre el autoconcepto y el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Capítulo 7. METODOLOGÍA DE TRABAJO

7.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación corresponde a un estudio psicométrico que pretende construir y validar un instrumento que mida el Esquema de Delgadez.

Además, es un estudio de tipo descriptivo, ya que se describe el comportamiento de las variables antes mencionadas en una población determinada.

En relación al diseño de la investigación éste es no experimental, ya que las variables en estudio no son manipuladas, sino que se observan tal y como se presentan. A su vez, éste es de tipo transeccional, ya que los datos son recolectados en un tiempo determinado, para analizar su incidencia e interrelación.

7.2. Formulación de Hipótesis

7.2.1. Primera hipótesis de trabajo

El instrumento diseñado en esta investigación cumplirá con los estándares mínimos de confiabilidad y validez.

7.2.2. Segunda hipótesis de trabajo

- Si existe relación estadísticamente significativa entre el autoconcepto y el Esquema de Delgadez, entonces la relación será inversamente proporcional.
- Si existe relación estadísticamente significativa entre la actitud hacia la alimentación y el Esquema de Delgadez, entonces la relación será directamente proporcional.

- Si existe relación estadísticamente significativa entre el autoconcepto y las actitudes hacia la alimentación, entonces la relación será inversamente proporcional.
- Las medias de la variable Esquema de Delgadez serán distinta en sujetos con riesgo y sin riesgo de desarrollar trastorno alimentario.
- Las medias de la variable autoconcepto serán distintas en sujetos con riesgo y sin riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.
- Las medias de la variable Esquema de Delgadez serán distintas en sujetos con alto autoconcepto y bajo autoconcepto.

7.3. Variables en estudio

7.3.1. Variables implicadas en el primer problema

Considerando que como parte de la validación del instrumento se utilizará el cuestionario EAT – 40, es que a continuación se presentan las siguientes variables:

- Esquema de Delgadez: Autoesquema del peso que ha pasado a ser la base primordial para la definición del autoconcepto y la autoestima de una persona, de tal forma que tiñe todo el procesamiento de información que ésta realiza de los estímulos que la rodean. Operacionalmente, esta variable es medida a través del cuestionario E.D., a partir de la ubicación jerárquica de la delgadez respecto a las otras características señaladas en el cuestionario, lo que indica el grado de saliencia del autoesquema del peso. Los puntajes serán divididos en tres percentiles, considerándose los puntajes sobre el percentil 67 como alta saliencia del peso o Esquema de Delgadez presente. Aquellos puntajes

obtenidos bajo el percentil 33, representarán baja saliencia del esquema del peso, por lo tanto, Esquema de Delgadez ausente.

- **Actitudes hacia la alimentación:** Indica si existe riesgo de presentar un trastorno alimentario. Esta variable es medida a través del puntaje del EAT – 40. Puntajes 30 o más en este cuestionario, se considerará como alto riesgo de desarrollar trastorno alimentario; mientras que bajo este puntaje, se considerará no existencia de riesgo de desarrollar trastorno alimentario.

7.3.2. Variables implicadas en el segundo problema

- **Esquema de Delgadez:** Autoesquema del peso que ha pasado a ser la base primordial para la definición del autoconcepto y la autoestima de una persona, de tal forma que tiñe todo el procesamiento de información que ésta realiza de los estímulos que la rodean.

Operacionalmente, esta variable es medida a través del cuestionario E.D., a partir de la ubicación jerárquica de la delgadez respecto a las otras características señaladas en el cuestionario, lo que indica el grado de saliencia del autoesquema del peso. Los puntajes serán divididos en tres percentiles, considerándose los puntajes sobre el percentil 67 como alta saliencia del peso o Esquema de Delgadez presente. Aquellos puntajes obtenidos bajo el percentil 33, representarán baja saliencia del esquema del peso, por lo tanto, Esquema de Delgadez ausente.

- **Autoconcepto:** Complejo sistema de cogniciones sobre el sí mismo que se articula en la memoria conformado por "autoesquemas", constituyendo así la suma total de atributos, habilidades, actitudes y valores que un individuo cree que define quién es.

Operacionalmente, esta variable es medida a través del cuestionario de Autoconcepto. Los puntajes serán divididos en tres percentiles, considerándose los puntajes sobre el percentil 67 como alto autoconcepto. Aquellos puntajes obtenidos bajo el percentil 33, representarán la presencia de un autoconcepto bajo.

- Actitudes hacia la alimentación: Indica si existe riesgo de presentar un trastorno alimentario. Esta variable es medida a través del puntaje del EAT – 40. Puntajes 30 o más en este cuestionario, se considerará como alto riesgo de desarrollar trastorno alimentario; mientras que bajo este puntaje, se considerará no existencia de riesgo de desarrollar trastorno alimentario.

7.4. Muestra

Considerando que el Esquema de Delgadez se presenta una vez que la adolescente se ve enfrentada a las tareas del desarrollo en la adolescencia, se considera pertinente seleccionar una población de sexo femenino, entre 14 y 15 años de edad, ya que es en esta etapa cuando deben enfrentarse a dichas tareas que pondrán a prueba sus habilidades de afrontamiento contenidas en los esquemas del sí mismo.

Por otro lado, considerando que ser mujer constituye un importante factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios, ya que alrededor de un 90% a 95% de los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria son mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Behar, 2001), resulta más significativo tomar en cuenta sólo población femenina en el presente estudio, lo cual no pretende restar importancia al aumento de las cifras de esta problemática en la población masculina.

En síntesis, el universo a considerar estuvo constituido por una población de sexo femenino entre 14 y 15 años de edad, de niveles socio-económicos medio-bajo y medio-alto correspondientes a establecimientos municipalizados y particulares de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar pertenecientes a la Quinta Región.

La muestra consistió en 106 niñas entre las edades mencionadas, seleccionadas al azar.

El tipo de muestra es probabilística, dado que todos los elementos contaron con la misma probabilidad de ser elegidos.

7.5. Procedimiento

7.5.1. *Revisión de instrumento anterior*

El primer paso del estudio consistió en la revisión del Seminario de Título realizado por Aránguiz, Leiva y Romero (2003); del cual se tomó como referencia el tema central considerado por las autoras, para dar inicio a la presente investigación.

7.5.2. *Revisión Bibliográfica*

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva acerca de los diferentes autores que se refieren al constructo Esquema de Delgadez de manera directa o indirecta. En esta revisión adquiere gran relevancia la propuesta teórica realizada por Stein (1996), quien en sus planteamientos introduce la posible relación entre el autoconcepto y el desarrollo de los trastornos alimentarios. Es así como, las autoras de esta investigación definen el constructo a partir de dichos planteamientos, identificando las variables que pretende medir el instrumento diseñado.

7.5.3. *Diseño del Instrumento*

La fase inicial consistió en diseñar dos cuestionarios:

7.5.3.1. Cuestionario de Autoconcepto:

Este cuestionario pretende medir el número y cualidad (positivos / negativos) de los autoesquemas incluidos en el autoconcepto de las adolescentes, a través de una lista de 64 rasgos personales⁴ (32 rasgos con sus opuestos) que corresponden a seis dominios del autoconcepto⁵ los cuales fueron seleccionados a partir del Test de Autoconcepto de Tennessee (1996; cit. en Domínguez, 2003), y del Perfil de Autopercepciones de Harter (1988; cit. en Pastor, 2001). Dichos cuestionarios cuentan con las normas de confiabilidad y validez establecidas.

Las adolescentes deben marcar aquellos rasgos que identifiquen como propios y positivos con un ticket, mientras que aquellos que identifiquen como propios pero negativos con una cruz.

FIGURA 8. RASGOS PERTENECIENTES A LOS DOMINIOS DEL AUTOCONCEPTO

	Dominio Personal	Dominio Social	Dominio Etico-Moral	Dominio Académico	Dominio Familiar	Dominio Físico
R A S G O S	Alegre	Extrovertida	Honesta	Inteligente	Amable	Delgada
	Optimista	Simpática	Confiable	Responsable	Sumisa	Alta
	Tolerante	Popular		Estudiosa	Obediente	Buena deportista
	Conflictiva	Amigable		Ordenada	Respetuosa	Rostro bonito
	Confiada	Entretenida		Competitiva		
	Dependiente			Perfeccionista		
	Cariñosa					
	Relajada					
	Impulsiva					
	Perseverante					
	Paciente					
	Exitosa					

⁴ Ver Apéndice A.

⁵ Ver figura 8.

Los ítems del cuestionario se puntúan de la siguiente manera: en primer lugar, se suma el total de autoesquemas positivos y el total de autoesquemas negativos marcados por cada alumna. Luego, se calcula la diferencia entre ambos. Esta diferencia es el puntaje total obtenido en el cuestionario.

Los puntajes serán divididos en tres percentiles, considerándose como alto autoconcepto los puntajes sobre el percentil 67. Las puntuaciones incluidas entre los percentiles 34 y 66 indicarán la presencia de un autoconcepto medio; mientras que se considerará como bajo autoconcepto los puntajes bajo el percentil 33.

7.5.3.2. Cuestionario Esquema Delgadez (E.D.):

Este cuestionario pretende medir la presencia del Esquema de Delgadez a través de la saliencia del autoesquema del peso sobre el resto de los autoesquemas. Consta de 21 preguntas que describen situaciones específicas a las cuales las jóvenes se ven enfrentadas durante la adolescencia. Estas situaciones corresponden a las siguientes tareas del desarrollo (Smolak & Levine, 1996; comp. en Noordenbos & Vandereycken, 2000; Erikson, 1968; cit. en Florenzano, 1995):

1. Búsqueda de identidad
2. Comenzar relaciones heterosociales: citas
3. Comenzar relaciones heterosociales: pares
4. Relaciones familiares
5. Desafíos académicos
6. Iniciar exploración realista de carreras profesionales
7. Intensificación de roles de género.

Como respuesta a cada pregunta se deben ordenar jerárquicamente seis características personales según la importancia que las adolescentes le otorguen a cada una para el logro de las tareas presentadas. Estas características representarán a los siguientes dominios del autoconcepto: área social, familiar, ético moral, académico, aspecto físico y personal. Dentro de las alternativas de todas las preguntas se incluye a la delgadez, con el fin de conocer cuan saliente es esta característica sobre las demás. De esta forma, se incluyen dentro de cada ítem respuestas referidas a esquemas de otro tipo, con el fin de no centrar la atención de las adolescentes sólo en la figura corporal, lo que además disminuye la posibilidad de que este instrumento sea iatrogénico.

La puntuación de los rasgos se realiza según la ubicación que cada alumna les asigna como se muestra en la tabla N°1.

Tabla 1. Puntuación Cuestionario E.D.

UBICACIÓN	DELGADEZ	PUNTAJE
1		6
2		5
3		4
4		3
5		2
6		1

Se determina el puntaje total asignado al rasgo de la delgadez en las 21 preguntas a través de la sumatoria del puntaje en cada una. El puntaje total obtenido es directamente proporcional a la saliencia del autoesquema del peso dentro del autoconcepto.

Los puntajes serán divididos en tres percentiles, considerándose los puntajes sobre el percentil 67 como alta saliencia del peso o Esquema de Delgadez presente. Aquellos puntajes obtenidos bajo el percentil 33, representarán baja saliencia del esquema del peso, por lo tanto, Esquema de Delgadez ausente.

7.5.4. Presentación de cuestionario E.D. a Juicio de Expertos

Con el fin de seleccionar 21 preguntas, en un principio el cuestionario de Esquema de Delgadez constó de 42 preguntas, las cuales fueron enviadas a juicio de expertos⁶, quienes debieron seleccionar las tres preguntas que a su juicio resultaran más pertinentes para cada una de las tareas presentadas. Lo anterior permitió de contar con un total de 21 preguntas.

7.5.5. Instrumentos aplicados

Los instrumentos aplicados a la muestra fueron los siguientes: Cuestionario de Autoconcepto, Cuestionario Esquema de Delgadez (E.D), los cuales fueron descritos anteriormente; y el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40).

Este último es un cuestionario de screening autoadministrado de 40 ítems. Cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las respuestas se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en unos casos y 0, 0, 0, 1, 2, 3 en otros. El rango de puntuación va de 0 a 120 con un punto de corte establecido en 30 puntos, a partir de los cuales se infiere la posibilidad de que exista un riesgo potencial de desarrollar un trastorno alimentario. Las preguntas contenidas en dicho cuestionario miden 1) dieta: evitación de alimentos que engordan; 2) control oral: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) bulimia y preocupación por el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas (Garner, 1982; cit. en Behar, 2003).

La validación de la versión española del EAT-40 fue realizada por Castro y cols. (De Gracia, 2001), donde se obtuvo un coeficiente de validez global r biseral 0.61.

7.5.6. Aplicación de instrumentos a muestra piloto

Los instrumentos fueron aplicados a una muestra de 10 adolescentes entre 14 y 15 años, con el fin de conocer el tiempo de duración de la aplicación, y la comprensión de los ítems por parte de la muestra.

Con el fin de conocer el tiempo requerido para la medición, a esta muestra se le aplicaron los tres cuestionarios a utilizar en la presente investigación (Cuestionario de autoconcepto, Cuestionario de Esquema de Delgadez, y EAT – 40). El tiempo total utilizado fue de 30 minutos aproximadamente.

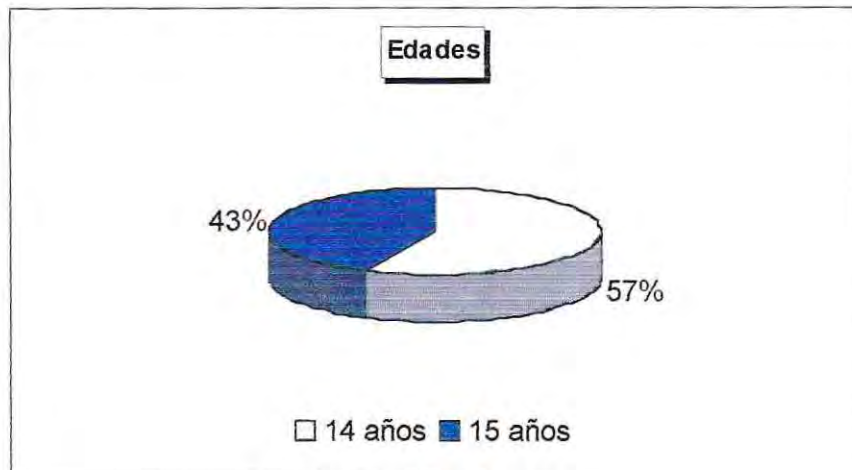
A partir de dicha aplicación, se decidió eliminar el rasgo “desatenta” del cuestionario de Autoconcepto, ya que su significado generó confusión entre las adolescentes.

La comprensión del cuestionario E.D. fue adecuada, por lo que éste no requirió modificaciones.

7.5.7. Aplicación de instrumentos a la muestra definitiva

El número total de la muestra fue de 106 adolescentes entre 14 y 15 años.

Gráfico 1. Distribución etárea



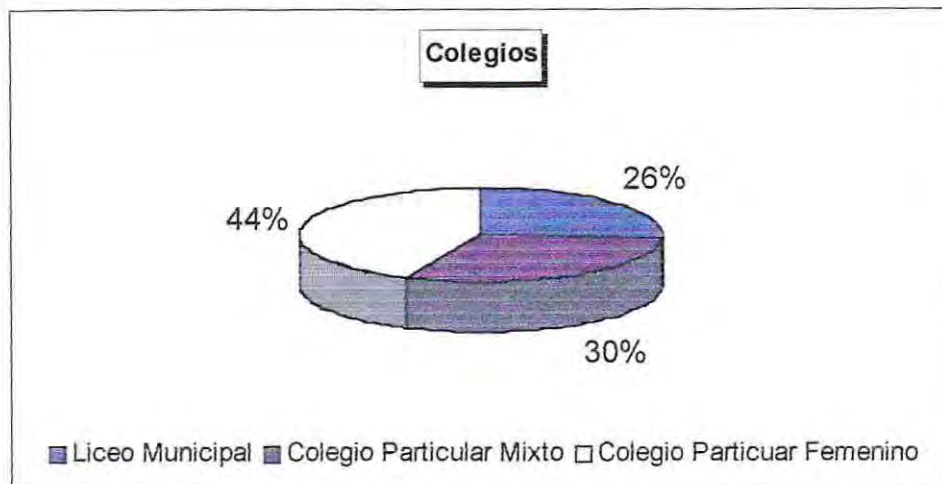
Se observa que en lo que a edades se refiere, esta muestra no tiene mucha variación y además el porcentaje entre las dos edades es similar.

Los establecimientos que conformaron la muestra fueron los siguientes:

- Liceo Municipal femenino de Valparaíso.
- Dos establecimientos particulares: Colegio mixto de Valparaíso.

Colegio femenino de Viña del Mar.

Gráfico 2. Tipo de Establecimiento Educativo



En este gráfico se observa que el porcentaje mayor de las encuestadas corresponde al colegio particular femenino, y el menor al Liceo municipal.

A dicha muestra se le aplicó el cuestionario de Autoconcepto, el cuestionario Esquema de Delgadez⁷ y posteriormente el cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación, EAT-40⁸. La aplicación de este instrumento se incluyó con el fin de utilizarlo en la validación del cuestionario creado por las autoras de la presente investigación.

7.5.8. Procedimiento estadístico

7.5.8.1 Cálculo de confiabilidad y validez para cuestionario E.D.:

Para el cálculo de la confiabilidad del cuestionario E.D., se realizaron las siguientes correlaciones:

- Item - Total: Este cálculo se efectuó a través del coeficiente de Pearson, el cual resume la magnitud y la dirección de la relación entre dos variables cuantitativas.
- Alfa de Cronbach.

⁷ Ver Apéndice E.

Para el cálculo de la validez, se realizaron los siguientes pasos:

- Validez de Contenido: Para determinar el grado en que la medición representa al concepto medido, se utilizó el Juicio de expertos.
- Validez de Criterio: Se obtuvo a través de la correlación entre el Esquema de Delgadez y un criterio externo, en este caso, el EAT – 40. En la medida en que más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio (Cuestionario EAT-40), éste tipo de validez será mayor. Es importante mencionar que los dos cuestionarios no miden las mismas dimensiones, sin embargo, la selección del cuestionario EAT – 40 se debe al interés de conocer si los resultados del cuestionario E.D. se relacionan con índices de riesgo de trastorno alimentario.
- Validez de Constructo: Esta validez se determinó analizando el comportamiento de las variables incluidas en la hipótesis teórica de Stein.

7.5.8.2. Análisis Estadístico:

Se realizaron los análisis descriptivos pertinentes para cada variable, calculando la moda, mediana, media y desviación estándar .

Además, se realizó un estudio correlacional (coeficiente de pearson) entre las siguientes variables:

- Autoconcepto con Esquema de Delgadez
- Esquema de Delgadez con actitudes hacia la alimentación (EAT – 40)
- Autoconcepto con actitudes hacia la alimentación (EAT – 40)

Capítulo 8. RESULTADOS

8.1. Resultado Juicio de Expertos

El resultado del análisis del cuestionario E.D. realizado por los especialistas en el tema⁹ permitieron seleccionar las preguntas que mejor midieran el constructo en cuestión¹⁰.

Las sugerencias más relevantes entregadas por dichos profesionales se refieren a lo siguiente:

- En cuanto al aspecto formal del cuestionario, un experto sugirió cambiar el formato de presentación de las situaciones. Dicha sugerencia fue acogida, modificándose el formato de las alternativas con el fin facilitar su ejecución¹¹.
- En cuanto al contenido del cuestionario, dicho experto señaló que la tarea del desarrollo de "Exploración de carreras profesionales", resultaba poco pertinente para la edad de la muestra. Sin embargo, se decidió mantener esta categoría ya que algunos autores revisados señalan que sí es importante durante la etapa de la adolescencia, considerando además que ningún otro experto realizó esta observación.
- Por otra parte, un segundo profesional realizó la siguiente observación: una adolescente puede presentar un trastorno de la conducta alimentaria, girando su vida permanente y absolutamente alrededor de su imagen corporal. Sin embargo, al momento de ser interrogada, es poco probable que seleccione voluntariamente a la delgadez por sobre otros valores, ya que ha aprendido los conceptos sociales y morales que la sociedad, verbalmente, sitúa por encima de la estética corporal. Considerando lo anterior, dicho experto señala que es posible que la mayoría de las preguntas no sean contestadas de modo distinto por población con trastorno

⁹ Ver Apéndice C.

¹⁰ Ver Apéndice D.

¹¹ Ver Apéndice E.

alimentario o con riesgo de padecerlos y la población normal. Sin embargo, deja abierta la posibilidad de comprobar dicha hipótesis.

8.2. Análisis descriptivo de la muestra

A continuación se describe el comportamiento de la muestra en las tres variables utilizadas.

8.2.1. Medida de Tendencia Central

Las medidas de tendencia central de cada variable se presentan en la tabla N°2.

Tabla 2. Medidas de tendencia central.

VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	MODA	D.S	MÍN	MÁX
Autoconcepto	11,42	11	13	7,71	-6	35
Saliencia del Peso	39,58	37	34	11,04	23	81
EAT-40	17,91	14	16	14,77	1	63

Se observa que respecto a la variable autoconcepto, el puntaje que más se repitió entre las alumnas se ubicó en la categoría autoconcepto medio. Respecto a la variable saliencia del autoesquema del peso, el puntaje que más se repitió se ubicó en la categoría media saliencia del peso en su extremo inferior. Por último, en cuanto a la variable EAT-40, el puntaje que más se repitió se ubicó en la categoría no riesgo de desarrollar trastorno alimentario.

8.2.2. Resultados Cuestionario E.D.

Los puntos de corte de este cuestionario se obtuvieron a través de la división de la muestra en tres grupos correspondientes a los percentiles 0.33, 0.66 y 1. El número de alumnas en cada categoría no fue homogéneo, ya que los percentiles dividían a alumnas que poseían el

mismo puntaje en dos categorías distintas, por lo que el corte se realizó en la última alumna que obtuvo dicho puntaje.

De esta manera se obtuvieron las categorías presentadas en la siguiente tabla:

Tabla 3. Puntos de corte Cuestionario E.D.

Percentil	Puntaje	Códigos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Abs. Acumulada
Inferior	23 a 33	Baja Saliencia del Peso	36	33,9	36
Medio	34 a 42	Media Saliencia del Peso	34	32,1	70
Superior	43 a 81	Alta Saliencia del Peso	36	33,9	106
		Total	106	100	

8.2.3. Resultados Cuestionario de Autoconcepto

Los puntos de corte de este cuestionario se obtuvieron a través de la división de la muestra en tres grupos correspondientes a los percentiles 0.33, 0.66 y 1. Al igual que en el cuestionario E.D., el número de alumnas en cada categoría no fue homogéneo, ya que los percentiles dividían a alumnas que poseían el mismo puntaje en dos categorías distintas, por lo que el corte se realizó en la última alumna que obtuvo dicho puntaje.

En la siguiente tabla se observan las categorías obtenidas:

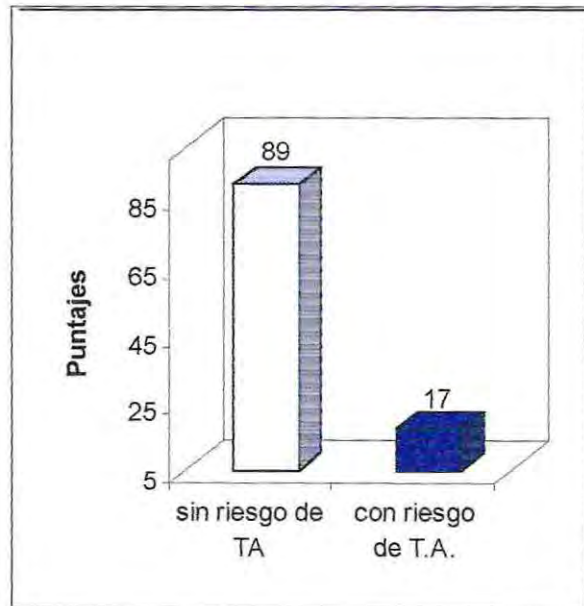
Tabla 4. Puntos de corte Cuestionario Autoconcepto

Percentiles	Puntaje	Códigos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Abs. Acumulada
Inferior	- 6 a 7	Autoconcepto bajo	34	32,1	34
Medio	8 a 13	Autoconcepto Medio	34	32,1	68
Superior	14 a 35	Autoconcepto Alto	38	35,8	106
		Total	106	100	

8.2.4. Resultados Cuestionario EAT-40

Los resultados obtenidos en el cuestionario EAT-40, indican que 89 adolescentes correspondientes al 84% del total de la muestra, no presenta riesgo a desarrollar un trastorno alimentario; mientras que 17 adolescentes equivalentes al 16% de las encuestadas se encuentra en condición de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Gráfico 3. Cuestionario EAT-40.



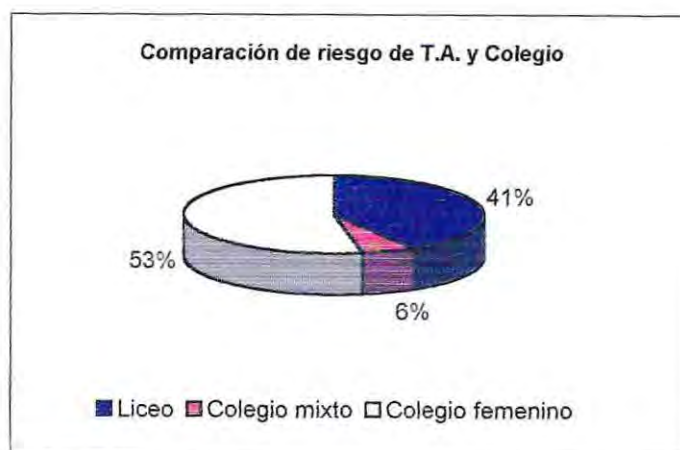
Respecto a los resultados obtenidos por cada establecimiento en el EAT-40, en la siguiente tabla se observa que el colegio particular femenino presenta mayor número de alumnas que presentan riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Tabla 5. Comparación entre EAT-40 y colegios.

Colegio	E.A.T-40		Total
	Con riesgo T.A.	Sin riesgo T.A.	
Liceo Municipal	25%	75%	100%
Colegio Particular mixto	3%	97%	100%
Colegio Particular femenino	19.5%	80%	100%

Dentro de la muestra que presentó riesgo de desarrollar trastorno alimentario, el colegio que obtuvo mayor porcentaje es el colegio particular femenino con 53%, mientras que el que obtuvo menor porcentaje es el colegio particular mixto con 6%, como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Comparación de riesgo de T.A. con colegios de la muestra.



8.2.5. Relación entre las variables en estudio

A continuación se presenta una tabla que describe el comportamiento del Esquema de Delgadez (saliencia del autoesquema del peso) respecto al riesgo de trastorno alimentario y al autoconcepto.

Tabla 6. Comportamiento de las variables.

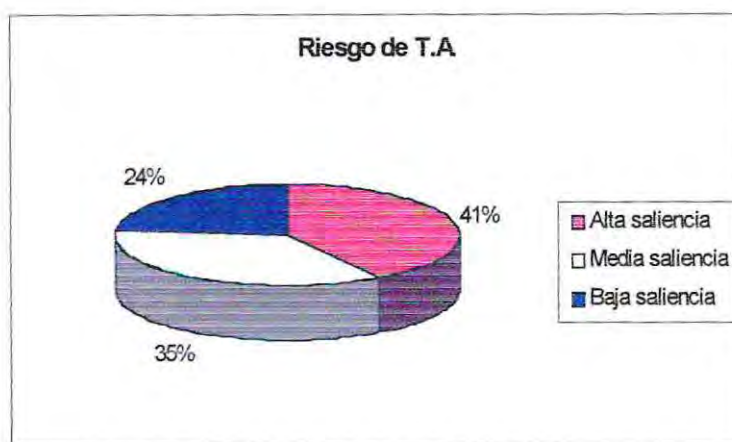
1. Alta Saliencia			
Autoconcepto	Con riesgo T.A.	Sin riesgo T.A.	Total general
Autoconcepto bajo	4	10	14
Autoconcepto medio	1	13	14
Autoconcepto alto	2	6	8
Total general	7	29	36

2. Media Saliencia			
Autoconcepto	Con riesgo T.A.	Sin riesgo T.A.	Total general
Autoconcepto bajo	4	6	10
Autoconcepto medio	1	6	7
Autoconcepto alto	1	16	17
Total general	6	28	34

3. Baja Saliencia			
Autoconcepto	Con riesgo T.A.	Sin riesgo T.A.	Total general
Autoconcepto bajo	1	10	11
Autoconcepto medio	1	12	13
Autoconcepto alto	2	10	12
Total general	4	32	36

Se evidencia que del total de alumnas que presenta riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, un 41,2% obtuvo alta saliencia del autoesquema del peso, mientras que un 35,3% obtuvo media saliencia del peso y un 23,5% presenta baja saliencia del peso. Lo anterior significa que no todas las alumnas con riesgo presentan las características propias del Esquema de Delgadez.

Gráfico 5. Comparación entre Saliencia del peso y riesgo de T.A.



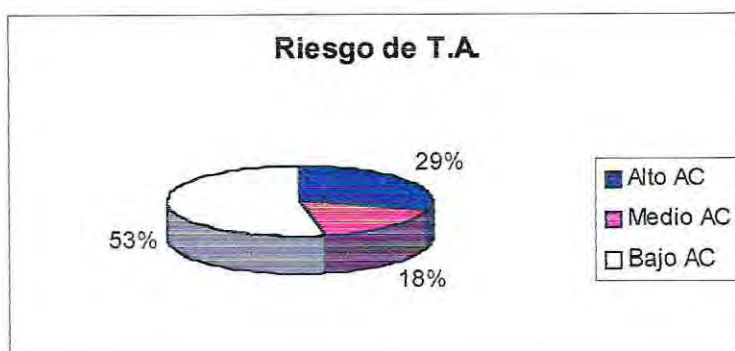
En la siguiente tabla se observa que el riesgo de presentar un trastorno alimentario es casi el doble en presencia de alta saliencia del peso en relación a la baja saliencia.

Tabla 7. Proporción entre saliencia del autoesquema del peso y riesgo de T.A.

Saliencia	Con Riesgo T.A.	Sin Riesgo T.A.	Proporción
Alta saliencia	7	29	0,24
Baja saliencia	4	32	0,13

Por otra parte se observa que del total de alumnas con riesgo de presentar trastorno alimentario, un 52,9% presentó bajo autoconcepto, un 17,6% medio autoconcepto, y un 29,4% se ubicó en la categoría de alto autoconcepto.

Gráfico 6. Comparación entre Autoconcepto y riesgo de T.A.



Asimismo, en la tabla N°8 se observa que las alumnas con autoconcepto bajo presentan casi el doble de riesgo de presentar un trastorno alimentario, en comparación con las que poseen un autoconcepto alto.

Tabla 8. Proporción entre autoconcepto y riesgo de T.A.

Autoconcepto	Con Riesgo T.A.	Sin Riesgo T.A.	Proporción
Autoconcepto Alto	5	32	0,16
Autoconcepto Bajo	9	26	0,35

8.3. Análisis de validez y confiabilidad

Los cálculos de confiabilidad y validez se realizaron tomando en cuenta sólo el cuestionario Esquema de Delgadez.

8.3.1. Análisis de confiabilidad

Para el cálculo de la confiabilidad se utilizó la correlación de Items - Total del cuestionario E.D., obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 9. Correlación ítem – total cuestionario E.D.

ITEMS	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS		CONSISTENCIA INTERNA CORRELACION
	Media	Desv. Est.	Item-total
Pregunta 1	5,23	1,297	0,486
Pregunta 8	3,98	2,024	0,346
Pregunta 15	4,97	1,676	0,495
Pregunta 2	4,22	1,414	0,431
Pregunta 9	4,52	1,429	0,511
Pregunta 16	4,24	1,625	0,404
Pregunta 21	5,35	1,104	0,283
Pregunta 3	5,66	0,755	0,377
Pregunta 10	5,45	1,164	0,503
Pregunta 4	5,79	0,859	0,113
Pregunta 11	5,42	1,154	0,407
Pregunta 17	5,74	0,887	0,103
Pregunta 5	5,84	0,719	0,262
Pregunta 12	5,75	0,837	0,367
Pregunta 18	5,82	0,614	0,276
Pregunta 6	5,79	0,700	0,303
Pregunta 13	5,15	1,433	0,583
Pregunta 19	5,49	1,123	0,482
Pregunta 20	3,12	1,835	0,578
Pregunta 14	5,26	1,290	0,604
Pregunta 7	4,95	1,552	0,416
		Total	8,329

De esta tabla se obtiene un estimador de la confiabilidad, que indica la consistencia interna del cuestionario.

El Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,932.

Este valor de α indica que la consistencia interna del cuestionario Esquema de Delgadez es significativa.

8.3.2. Análisis de validez

Para la validez de criterio se realizó la correlación de Pearson entre el EAT-40 y la saliencia del autoesquema del peso, en la cual se obtuvo un valor de 0,21. Esto indica que existe una baja correlación directa, es decir, que al aumentar la saliencia del autoesquema del peso, aumentaría el riesgo de trastorno alimentario. Que la correlación sea baja podría deberse a que el Esquema de Delgadez sería más bien una condición que estaría presente al momento de ser medida, mientras que el EAT – 40 mide riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en el futuro. Lo anterior no habría permitido obtener una relación significativa entre ambas variables.

Respecto a la validez de contenido, ésta se realizó a través del Juicio de expertos, quienes evaluaron positivamente la pertinencia de las preguntas del cuestionario para la evaluación del constructo.

En relación a la validez de constructo, esta se determinó en términos de la consistencia interna de las medidas asumidas en el dominio de la saliencia del peso. Considerando que todas las medidas correlacionaron altamente entre sí, como se observa a través del Alfa de Cronbach, se puede concluir que todos los items medirían lo mismo, por lo que se podría emplear un mismo constructo para explicar dichas interrelaciones. Sin embargo, este procedimiento no puede asegurar que el nombre "Esquema de Delgadez" sea el más apropiado para el constructo en cuestión.

8.4. Cálculo de correlaciones

- Correlación entre autoconcepto y actitud hacia la alimentación (EAT-40):

La correlación obtenida fue de -0,20.

Esto indica que existe una baja correlación inversa, pero si se analiza el signo se observa una tendencia a que a medida que aumenta el riesgo de un trastorno alimentario, disminuiría el autoconcepto. Esta baja correlación podría explicarse debido a que el cuestionario de Autoconcepto utilizado posiblemente apuntó sólo a la medición del componente cognitivo de dicho constructo, mientras que en distintas investigaciones revisadas se hace referencia a la autoestima, componente afectivo del autoconcepto, como factor relevante en el desarrollo de un trastorno alimentario. Asimismo, es importante señalar que los planteamientos de Stein sobre el número de autoesquemas en los trastornos alimentarios es poco claro, lo que no permite establecer métodos de medición que arrojen resultados precisos respecto a dicho constructo.

- Correlación entre saliencia del autoesquema del peso (E.D.) y actitud hacia la alimentación (EAT-40):

La correlación obtenida fue de 0,21.

Esto indica que existe una baja correlación directa, pero si se analiza de acuerdo al signo, se observa que al aumentar el riesgo de trastorno alimentario, aumenta la presencia del Esquema de Delgadez.

- Correlación entre autoconcepto y saliencia del peso (E.D.):

La correlación obtenida fue de -0,19.

Esto indica que existe una baja correlación inversa, pero si se analiza de acuerdo al signo, se observa una tendencia a que si el autoconcepto disminuye la saliencia del peso aumentaría.

8.5. Cálculo de Diferencia de Medias

Para conocer la diferencia de medias entre los grupos se realizó la prueba T de Student para muestras independientes, la cual permitió contrastar la hipótesis de igualdad de medias entre los grupos determinados.

De esta manera, se compararon las medias de los siguientes grupos:

8.5.1. Prueba T para EAT-40 y E.D.

En esta prueba, la variable de agrupación correspondió a los puntajes del EAT-40, lo que permitió dividir a la muestra en dos grupos: alumnas sin riesgo de trastorno alimentario ($EAT-40 < 30$), y alumnas con riesgo de T.A. ($EAT-40 \geq 30$). A continuación se compararon las medias de los resultados del cuestionario E.D. de ambos grupos, planteándose las siguientes hipótesis:

H_0 : Las medias de los grupos no difieren significativamente entre sí.

v/s

H_1 : Las medias de los grupos difieren significativamente entre sí.

Los resultados arrojados por la prueba se observan en las siguientes tablas:

Tabla 10. Estadísticos de Prueba T para grupos EAT-40 y E.D.

	EAT-40	N	Media	D.S.	Error típico de la media
ED	≥ 30	17	42.18	11.796	2.861
	< 30	89	39.09	10.886	1.154

Tabla 11. Prueba T para grupos EAT-40 y E.D.

PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS						
t	gl	Sig. (1 cola)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la media	
					Inferior	Superior
1.06	104	0.15	3.09	2.92	-2.70	8.88

Asumiendo que las varianzas de los grupos son iguales, el estadístico T toma el valor de 1.06 y tiene asociado un valor crítico de 0.15. Este valor es el que informa sobre el grado de compatibilidad existente entre la diferencia observada entre las medias de los grupos comparados y la hipótesis nula de que las medias son iguales. Puesto que 0.15 es mayor que 0.05, se acepta la hipótesis nula, es decir, las medias de los grupos son iguales, de lo cual se concluye que el Esquema de Delgadez presentado por las alumnas con y sin riesgo de trastorno alimentario no difieren significativamente.

Por otra parte, los límites del intervalo de confianza permiten estimar que la verdadera diferencia entre el Esquema de Delgadez de las alumnas con y sin riesgo, se encuentra entre -2.70 y 8.88. El hecho de que el intervalo obtenido incluye el valor crítico, también permite aceptar la hipótesis nula.

8.5.2. Prueba T para EAT-40 y Autoconcepto

En esta prueba, la variable de agrupación correspondió al punto de corte del EAT-40, lo que permitió dividir a la muestra en dos grupos: alumnas sin riesgo de trastorno alimentario ($EAT-40 < 30$), y alumnas con riesgo de T.A. ($EAT-40 \geq 30$). A continuación se compararon las medias de los resultados del cuestionario Autoconcepto de ambos grupos, planteándose las siguientes hipótesis:

H_0 : Las medias de los grupos no difieren significativamente entre sí.

v/s

H_1 : Las medias de los grupos difieren significativamente entre sí.

Los resultados arrojados por la prueba se observan en las siguientes tablas:

Tabla 12. Estadísticos de Prueba T para grupos EAT-40 y Autoconcepto.

	EAT-40	N	Media	D.S.	Error típico de la media
AC	>= 30	17	8.82	8.57	2.08
	< 30	89	11.91	7.48	0.79

Tabla 13. Prueba T para grupos EAT-40 y Autoconcepto.

PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS						
t	gl	Sig. (1 cola)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la media	
					Inferior	Superior
-1.52	104	0.06	-3.09	2.03	-7.11	0.93

Asumiendo que las varianzas de los grupos son iguales, se aprecia que el estadístico T toma el valor de -1.52 , teniendo un valor crítico de 0.06 . Puesto que este valor es mayor que 0.05 , se acepta la hipótesis nula, es decir, las medias de los grupos son iguales, de lo cual se concluye que el autoconcepto presentado por las alumnas con y sin riesgo de trastorno alimentario no difiere significativamente.

Por otra parte, los límites del intervalo de confianza permiten estimar que la verdadera diferencia entre el autoconcepto de las alumnas con y sin riesgo, se encuentra entre -7.106 y 0.933 , por lo que también se acepta la hipótesis de que las medias no difieren significativamente.

8.5.3. Prueba T para Autoconcepto y E.D.

En esta prueba, la variable de agrupación correspondió a los puntajes del cuestionario de Autoconcepto, lo que permitió dividir a la muestra en dos grupos: alumnas con autoconcepto alto (puntaje ≥ 14), y con autoconcepto bajo (puntaje ≤ 7). A continuación se compararon las medias de los resultados del cuestionario E.D. de ambos grupos, planteándose las siguientes hipótesis:

H_0 : Las medias de los grupos no difieren significativamente entre sí.

v/s

H_1 : Las medias de los grupos difieren significativamente entre sí.

Los resultados arrojados por la prueba se observan en las siguientes tablas:

Tabla 14. Estadísticos de Prueba T para grupos Autoconcepto y E.D.

	AC	N	Media	D.S.	Error típico de la media
ED	≥ 14	38	36.87	9.27	1.50
	≤ 7	34	41.62	11.98	2.06

Tabla 15. Prueba T para grupos Autoconcepto y E.D.

PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS						
t	gl	Sig. (1 cola)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la media	
					Inferior	Superior
-1.89	70	0.03	-4.75	2.51	-9.76	0.26

Asumiendo que las varianzas de los grupos son iguales, se aprecia que el estadístico T toma el valor de -1.89 y tiene asociado un valor crítico de 0.03 . Puesto que este valor es menor que 0.05 , se rechaza la hipótesis nula, es decir, las medias de los grupos difieren entre sí, de lo cual se concluye que el Esquema de Delgadez se presenta de distintas maneras en alumnas con bajo autoconcepto y en alumnas con alto autoconcepto, pudiéndose observar en la tabla N° 14 que la media de la saliencia del peso es mayor en alumnas con bajo autoconcepto que en aquellas con alto autoconcepto.

8.5.4. Análisis de Varianza

Considerando la diferencia de medias arrojada por la prueba T en la variable Esquema de Delgadez entre los grupos con alto y bajo autoconcepto, se estimó pertinente realizar un análisis de varianza Anova One Way para dichos grupos.

Las hipótesis planteadas para este análisis son las siguientes:

H_0 : Las medias de los grupos no difieren significativamente entre sí.

v/s

H_1 : Las medias de los grupos difieren significativamente entre sí.

El análisis de varianza produce un valor "F", que se basa en una distribución muestral F de Fisher. Este valor F compara las variaciones en las puntuaciones de dos fuentes distintas: variaciones entre los grupos que se comparan y variaciones dentro de los grupos.

Si los grupos difieren realmente entre sí, sus puntuaciones variarán más de los que puedan variar las puntuaciones entre los integrantes de un mismo grupo. Es decir, la razón "F" indica si las diferencias entre grupos son mayores que las diferencias intra grupos, las cuales son medidas en términos de varianza.

Tabla 16. Anova One- Way

F de V.	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrada	F	Valor P
Entre grupos	4202.161	26	161.622	1.766	0.046
Intra grupos	4118.950	45	91.532		
Total	8321.111	71			

En el presente caso, con un nivel de significancia de 0,05 el valor F es significativo, es decir, con el 95% de confianza los grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Capítulo 9. CONCLUSIONES

A partir de la hipótesis de Stein, quien plantea que un autoconcepto disminuido constituye una vulnerabilidad para considerar al autoesquema del peso como fuente primaria de autodefinición, lo cual da origen a la formación del Esquema de Delgadez, y considerando que en la actualidad no existen instrumentos que midan dicho constructo, es que la presente investigación estuvo dirigida a la construcción de un instrumento que midiera la saliencia del autoesquema del peso. Asimismo, se planteó como objetivo el conocer las relaciones entre esta variable, el autoconcepto, y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

En primer lugar, se realizó la primera etapa de validación del cuestionario E.D. construido. Considerando que este es uno de los primeros acercamientos a la medición de la variable Esquema de Delgadez, es que el índice de confiabilidad arrojado es muy significativo, demostrándose que la consistencia interna del cuestionario permite afirmar que se estaría midiendo algún constructo.

A partir de los resultados expuestos, surge la pregunta de porqué la variable Esquema de Delgadez no se relacionó significativamente con el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, ni con el autoconcepto presentado por las alumnas.

Como respuesta, es posible citar la opinión de uno de los expertos, quien planteó la siguiente observación: una adolescente puede presentar un trastorno alimentario, su vida puede girar completamente en torno al peso, pero ya ha aprendido los conceptos sociales y morales que la sociedad, verbalmente, sitúa por encima de la estética corporal, aún cuando tenga internalizado el ideal de delgadez. Dado lo anterior, al momento de ser interrogada resultará poco probable que voluntariamente seleccione a la delgadez por sobre otros valores. Esto podría explicar el comportamiento de la muestra respecto a las variables de riesgo y de saliencia del peso, donde de 17 alumnas que presentaron riesgo de trastorno alimentario, sólo 7

puntuaron alta saliencia del peso, es decir, presentaban las características propias del Esquema de delgadez.

De esta manera, es posible que dentro de las alumnas que presentaron riesgo de trastorno algunas no hayan seleccionado voluntariamente a la delgadez por sobre otros rasgos producto de la deseabilidad social u otros factores, lo que no permitió conocer la verdadera configuración cognitiva de estas alumnas.

Considerando que para que las hipótesis tengan utilidad no es necesario que sean las respuestas correctas a las preguntas planteadas, sino que al ser descartadas permitan estrechar el campo de investigación, dirigiendo la atención del investigador hacia otros factores o relaciones que puedan ayudar a resolver el problema, es que los resultados de la presente investigación son relevantes, ya que permiten reevaluar el uso de cuestionarios autoaplicados como única forma de medir los esquemas presentes, sin considerar otros factores que sí pongan de manifiesto las consecuencias que tiene para el procesamiento de información la presencia del Esquema de delgadez, como la medición del tiempo de latencia frente a cada reactivo, o la consistencia en las respuestas.

Es así como la investigación en psicología cognitiva experimental sería uno de los tipos de investigación más apropiado para encontrar resultados que permitan confirmar hipótesis sobre la existencia de un esquema específico desarrollado por adolescentes con riesgo, y las consecuencias que dicho esquema tendría en las preferencias y elecciones que realizaran las mismas.

Respecto a los aportes realizados por la presente investigación a los planteamientos de Stein, se encuentra la evidencia de que la saliencia del peso difiere significativamente en alumnas que presentan alto autoconcepto y en aquellas que presentan bajo autoconcepto, siendo la media de la saliencia del peso mayor en este último grupo. Lo anterior confirmaría que

el contar con un autoconcepto bajo constituiría una vulnerabilidad para considerar al esquema del peso como fuente primaria de autodefinición.

En cuanto a la teoría cognitiva en la cual se basan los postulados de Stein, se estima importante señalar que los elementos que dicha teoría considera en el desarrollo de un trastorno alimentario, se verían complementados al incluir la influencia que la dimensión afectiva ejerce en la formación de dichos trastornos.

Finalmente, sumado a lo anterior, es importante rescatar el aporte teórico realizado por la presente investigación, sobre la relación entre el autoconcepto y los trastornos alimentarios, y sobre las características de los esquemas cognitivos involucrados en dichos trastornos. Esto ya que el modelo explicativo utilizado es capaz de integrar los diversos factores que influyen en el desarrollo de esta problemática, abriendo así nuevos campos de investigación empírica sobre este tema.

Capítulo 10. SUGERENCIAS Y REFLEXIONES

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se plantean las siguientes sugerencias:

Respecto al diseño del instrumento, se considera conveniente incluir preguntas en las cuales la delgadez no aparezca como alternativa, ya que se observó durante la aplicación del cuestionario, que la aparición sostenida de dicha característica en todas las preguntas, condujo a actitudes opositoras por parte de algunas alumnas encuestadas, lo cual podría haber influido en los resultados finales. De esta manera, el término delgadez podría ser sustituido por otro rasgo que sea equivalente al mismo, o que apuntara al dominio físico. Resultaría interesante incluir el rasgo "gorda" o términos equivalentes que reemplacen al "ser delgada", ya que como plantean algunas investigaciones revisadas, dicho término es central en adolescentes que otorgan excesiva importancia al peso. La puntuación sería la misma para esta característica, ya que de igual manera se estaría midiendo la saliencia del autoesquema del peso. Asimismo, podrían incluirse preguntas distractoras o items neutros en el cuestionario.

En cuanto a las tareas del desarrollo incluidas, se recomienda en una futura investigación evaluar la importancia que adquiere cada dominio del autoconcepto en las tareas presentadas, y en cual de ellas la delgadez resulta más relevante.

Respecto a la población, se considera interesante comparar los resultados obtenidos en esta investigación con una muestra clínica, con el fin de establecer si existen diferencias entre ambas poblaciones.

En relación al instrumento utilizado para obtener la validez de criterio, EAT – 40, sería recomendable que en futuros estudios se utilizara un instrumento más congruente con los contenidos del cuestionario E.D.

Por otra parte, resultaría interesante realizar una investigación donde se mida la influencia del Esquema de Delgadez en el procesamiento de la información, determinando por ejemplo el tiempo de latencia en respuestas frente a estímulos asociados y no asociados a la delgadez y la comida en población clínica y no clínica; la inclusividad de dicho esquema, así como también las relaciones establecidas dentro de éste.

Finalmente, futuras investigaciones sobre las características del Esquema de Delgadez en la población adolescente femenina, permitirían fundamentar empíricamente los siguientes aspectos:

- La necesidad de realizar intervenciones preventivas a nivel primario en escolares, dirigidas al fortalecimiento de la autoestima, a fin de ayudar a los menores a construir un autoconcepto organizado y estable que les permita manejar de manera adecuada las influencias socioculturales sobre el peso.
- La concientización de los agentes educativos que rodean a la población adolescente que ha desarrollado este tipo de esquemas, sobre la importancia de no realizar juicios valóricos con respecto a la apariencia física, ni preferencias personales basadas en la misma, con el fin de evitar la sobreactivación del esquema del peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *DSM – IV Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales*. Washington: Masson.
- Amezcuca, J.A. & Fernández, E. (2000). *La Influencia del Autoconcepto en el Rendimiento Académico*. España: Universidad de Granada. Disponible en <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/iberpsi8/amezcua/amezcua.htm>
- Arancibia, V., Alvarez, I. & Maltes, S. (1990). *Test de autoconcepto académico*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Aránguiz, P., Leiva, A. & Romero, C. (2003). *Identificación del esquema de delgadez en población infantil: Construcción y evaluación psicométrica de un instrumento*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Bazmendi, E. & Villa, A. (1999). *Desarrollo y evaluación del Autoconcepto en la edad infantil*. España: Ediciones Mensajero.
- Behar, R. (1993). *Actualizaciones acerca del concepto de la distorsión de la imagen corporal en los trastornos del hábito del comer.*
- Behar, R., De la Barrera, M. & Michelotti, J. (2001). *Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista Médica de Chile*, Vol. 129, No.9, p.1003-1011.
- Behar, R., De la Barrera, M. & Michelotti, J. (2003). *Características Clínicas e Identidad Genérica en Subtipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. *Revista Médica de Chile*, Vol.131, No.7, p.748-758.

- Belloch , A., Ramos , F. & Sandani,B. (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Madrid: Mc Graw Hill.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Prentice Hall
- Bermúdez, M. (2001). *Déficit de autoestima*. Madrid: Editorial Pirámide.
- De Gracia, M., Ballester, D., Patiño, J. & Suñol, C. (2001). *Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2298/?++interactivo>
- De Vega, M. (1990). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Editorial Alianza.
- Díaz Atienza, J. (2001). *Programa Almería para el tratamiento de los trastornos alimentarios*. Disponible en www.paidopsiquiatria.com/anorexia/anorexia/anorexintro/temas1-3.pdf.
- Domínguez Arguello, T. (2003). *La jubilación, significado del trabajo: Su relación con el Autoconcepto y el Bienestar Subjetivo*. Puebla: Universidad de las Américas. Disponible en http://mail.udlap.mx/~tesis/udlap/mocl/dominguez_a_tg/index.html
- Fierro, A. (1981). *Lecturas de Psicología de la Personalidad*. Madrid: Editorial Alianza.
- Florenzano, R (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- García, J. & Ros, S. *Descripción EAT-40*. Disponible en http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion_test/051.doc
- García, E. (2000). *Los Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual*. Revista de Pediatría de Atención Primaria. Madrid, España.

- García, J. *Cómo diseñar instrumentos de investigación: una guía para principiantes*. Educación UIA.
- Geller, J., Srikameswaran, S., Cockell, S. & Zaitsoff, S. (1999). *Assesment of Shape- and Weight- Based Self- Esteem in Adolescent*. Vancouver, Canadá.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). *Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Volumen XI N° 1. Disponible en <http://rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/publica/volxiN1/Gonzalez.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill
- Hurlock, E. (1980). *La psicología de la Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lemus, A.; Rodríguez, C. (2003). *Actitudes hacia la promoción de la delgadez en la televisión y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio correlacional en estudiantes universitarios*. Universidad de Valparaíso.
- Magnusson, D. (1990). *Teoría de los Tests*. México: Editorial Trillas.
- Marín, V. (2002). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes*. Revista Chilena de Nutrición, Vol.29, N°2, p.86-91. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7518.
- Markus, H., Hamil, R. & Sentis, K. (1987). *Thinking Fat: Self Schemas for Body Weight and the Processing of Weight Relevant Information*. Journal of Applied Social Psychology, 17(1), 50-71.

- Markus, H. (1977). *Self-Schemata and processing information about the self*. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 63-78.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J. & Zaragoza, M. (1993). *Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación*. Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Barcelona: Editorial Barna.
- Mateos-Parra, A. & Solano-Pinto, N. (1997). *Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Revista Electrónica de Psicología Vol. 1, No. 1. Disponible en http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_4.htm.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- Moral, L. (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid: Ed. Instituto Nacional de la Salud. Disponible en www.es.salut.conecta.it/pdf/Criterios/cap1.pdf
- Morris, M., Goldsmith, T., Roll, S. & Smith, J. (2001). *A Model for Assessing the Self-Schemas of Restrained Eaters*. Cognitive Therapy and Research. Vol. 25. Estados Unidos. Disponible en <http://content.ebsco.com/fulltext.asp?was=8000375wqn4qppb2ux4g&ext=.pdf>
- Moses, B. & Rodríguez, A. (2003). *Factores de riesgo estructurales familiares en adolescentes con riesgo de presentar trastorno alimentario*. Universidad de Valparaíso, Chile.
- Noordenbos, G. & Vandereycken, W. (2000). *La Prevención de los Trastornos Alimentarios*. Barcelona: Ediciones Gránica.
- Nunnally, J. (1999). *Teoría Psicométrica*. México: Editorial Mc. Graw-Hill.

- Pastor, Y. & Balaguer, I. (1999). *Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos*. Universitat de València, España. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/57/>
- Pastor, Y. (1999). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat de València, España. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/56/>
- Pastor, Y., Balaguer, I., Atienza, F. & García-Merita, M. (2001). *Análisis de las propiedades psicométricas del Perfil de Autopercepciones para Adolescentes (Harter, 1988) en adolescentes valencianos*. Universitat de València, España. Disponible en <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/iberpsi10/pastor/pastor.htm>
- Pozo, J.I. (1989). *Teorías cognitivas del Aprendizaje*. Madrid: Editorial Morata.
- Purkey, W. (1988). *An overview of self-concept theory for counselors*. ERIC Clearinghouse on Counseling and Personnel Services, Ann Arbor, Mich. Disponible en <http://chiron.valdosta.edu/whuitt/files/selfconc.html>
- Schmitt-Rodermund, E., Silbereisen, R. & Weichold, K. (2002). *Short-Term and Long-Term Consequences of Early Vs Late Physical Maturation in Adolescents*. Consequences of Physical Maturation In Adolescents. Disponible en <http://dtjena.compsy.unijena.de/ss2002/>
- Smith, M. (2002). *Towards an Understanding of Self-esteem and Eating Disorders*. Disponible en <http://centerforchange.com/articles/detail.php?i=74>
- Zahlberg, D., Petersen, L.E. & Dauenheimer, D. (1999). *Preferences for and Evaluation of Self-Relevant Information Depending on the Elaboration of the Self-Schemata Involved*. *European Journal of Social Psychology*, 29, 489 - 502.

- Stein, D. (1992). *Schemas in the Cognitive and Clinical Sciences: An Integrative Construct*. Journal of Psychotherapy Integration. Disponible en <http://cogprints.ecs.soton.ac.uk/archive/00001114/00/Schema.3.htm>
- Stein, K. (1996). *The Self- Schema Model: A Theoretical approach to the Self – concept in Eating Disorders*. Archives of Psychiatric Nursing, vol. X , N°2. Michigan, USA.
- Stein, K. (2001). *Developing Identity: An Eating Disorders Nursing Therapy*. Disponible en <http://itdprod1.itd.umich.edu/HOSPITAL/GCRC/GCRC.nsf/0/2f3dc8fe1798371e85256d0c0068e2c3?OpenDocument>
- Sweeting, H. & West, P. (2002). *Gender differences in weight related concerns in early to late adolescence*. Journal of Epidemiology and Community Health.
- Sweeting, H. & West, P. (2002). *The Health of Young People in Scotland: Quantitative Dimensions*. MRC Social and Public Health Sciences Unit. Disponible en www.hebs.scot.nhs.uk/researchcentre/Pdf/westsw2.pdf
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ed. Martinez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. (1997). *Actividad física y trastornos del comportamiento alimentario*. Revista de Psiquiatría infanto-juvenil. Barcelona, España.
- Vitousek, K. & Hollon, S. (1990). *The investigation of schematic content and Processing in Eating Disorders*. Cognitive Therapy and Research. Estados Unidos.

APÉNDICES

APÉNDICE A

Cuestionario Autoconcepto

Cuestionario de Autoconcepto

Estimada alumna:

A continuación se presentan una serie de características personales, las que debes marcar de la siguiente manera:

- Marca con un ticket (✓) las características que tú crees que tengas, y que además te gusten;
- Marca con una cruz (X) las características que tú crees que tengas, pero que no te gusten.
- No marques aquellas que no te representan.

Dominante	
Alta	
Honesta	
Baja	
Pacífica	
Relajada	
Exitosa	
Alegre	
Antipática	
Impulsiva	
Triste	
Tensa	
Controlada	
Confiada	
Sumisa	
Dependiente	
Deshonesta	
Conflictiva	
Paciente	
Tolerante	
Mala deportista	
Estudiosa	
No amigable	
Fome	
Buena Deportista	
Confiable	
Poco respetuosa	
Poco obediente	
Perseverante	
Descuidada	
Amigable	
Amable	

Impopular	
Introversa	
Gorda	
Extroversa	
Optimista	
Rostro feo	
Desconfiada	
Independiente	
Responsable	
Floja	
Cariñosa	
Rostro bonito	
Simpática	
Impaciente	
Popular	
Fría	
Delgada	
Pesimista	
Fracasada	
Irresponsable	
Desordenada	
Intolerante	
Competitiva	
Perfeccionista	
Ordenada	
Respetuosa	
Obediente	
Poco confiable	
Tonta	
Entretenida	
No competitiva	
Inteligente	

APÉNDICE B

Presentación a Juicio de Expertos
Cuestionario de Esquema de Delgadez

Presentación a Juicio de Expertos

El siguiente instrumento pretende medir el grado de importancia que adquieren las ideas relacionadas a la delgadez dentro del autoconcepto de las adolescentes, de acuerdo a los planteamientos de Karen Stein (1996) en su modelo del Autoconcepto en los trastornos alimentarios.

En este modelo el autoconcepto se entiende como un conjunto de cogniciones sobre el sí mismo conocidos como “autoesquemas”, los cuales están relacionados con diferentes dominios tales como el aspecto físico, el área personal, social, familiar, ético – moral, y académica. El número de autoesquemas incluidos en cada dominio es fundamental para que una persona posea una adecuada autodefinición. En la medida en que se hayan desarrollado pocos autoesquemas positivos durante la infancia, el individuo poseerá pocas fuentes positivas de autodefinición, por lo que su autoconcepto estará disminuido, y por ende poseerá baja autoestima. Cuando una joven con estas características se vea enfrentada a las tareas propias de la adolescencia, esta falta de autodefinición hará surgir en ella sentimientos de incompetencia, dudas sobre sí misma y temor a perder el control. Es por lo anterior, que la adolescente recurriría constantemente a uno de los autoesquemas que le otorga mayor simplicidad y rapidez a su procesamiento de información, el cual corresponde al autoesquema del peso. Éste contiene información sobre la importancia y valor que la cultura le otorga a la delgadez respecto a temas como la felicidad, el éxito, el autocontrol, la belleza, etc.

De esta forma, las ideas sobre el peso adquieren mayor preponderancia que los otros autoesquemas, por lo que guiarían el procesamiento de información y la interpretación de todos los estímulos y situaciones a las que la joven se vea enfrentada, pasando estas creencias sobre el peso a definir su autoconcepto.

Por lo tanto, el Esquema de Delgadez se definiría como “el autoesquema del peso que ha pasado a definir el autoconcepto disminuido en una persona” (Stein, 1996), constituyéndose así en un factor de riesgo para el desarrollo de un Trastorno Alimentario.

Operacionalmente esta variable se medirá a través de las respuestas arrojadas por el “Cuestionario de Esquema de Delgadez”, que se presenta a continuación.

Este cuestionario constará de 21 preguntas que describen situaciones específicas a las cuales las jóvenes se ven enfrentadas en la adolescencia. Estas situaciones corresponden a las siguientes tareas del desarrollo:

1. Búsqueda de identidad

2. Comenzar las relaciones heterosociales: citas
3. Comenzar las relaciones heterosociales: pares
4. Relaciones familiares
5. Desafíos académicos
6. Iniciar exploración realista de carreras profesionales
7. Intensificación de roles de género

En cada una de estas preguntas, las adolescentes deberán ordenar jerárquicamente seis características personales según la importancia que le asignen a cada una para el logro de las áreas presentadas. Dichas características representan a los siguientes dominios del autoconcepto: aspecto físico, área personal, social, familiar, ético – moral, y académico. Lo anterior con el fin de conocer la saliencia de las ideas relacionadas con la delgadez.

Este instrumento será aplicado a una muestra constituida por una población de sexo femenino entre 14 y 15 años de edad, de establecimientos municipalizados y particulares de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar pertenecientes a la Quinta Región.

Es importante mencionar que en el instrumento definitivo, se expondrán las preguntas de formas aleatoria sin indicar la tarea del desarrollo a que corresponde cada una.

A continuación se presentará el cuestionario, la cual consiste en seis preguntas para cada área del desarrollo. Para cada una de ellas y considerando la edad de la muestra, solicitamos a Ud. seleccionar las 3 preguntas que a su juicio resulten más pertinentes para la evaluación del constructo en cuestión, marcando con una X en los casilleros correspondientes a las preguntas seleccionadas.

Cuestionario de "Esquema de Delgadez"

A continuación se presentan una serie de preguntas que debes leer con atención. Frente a cada una, indica qué aspectos de ti misma consideras más influyentes para el logro de las tareas señaladas. Enuméralos de mayor a menor importancia.

Por ejemplo:

Tienes que exponer un trabajo frente a tu curso del colegio, ¿ qué aspectos de ti misma son más importantes para ser bien evaluada?

Si crees que serás mejor evaluada si eres responsable, pon un 1 en el casillero que corresponde a esa característica. Si crees que luego de ser responsable, influye el que seas inteligente, pon un número 2 en dicho casillero. Si crees que en tercer lugar de importancia está ser delgada, pon un 3 en su casillero; si a continuación consideras que influye ser simpática, pon un 4 en su casillero. Si en quinto lugar consideras ser estudiosa, pon un 5 en su casillero; si finalmente consideras ser perfeccionista pon un 6 en el casillero correspondiente.

Ser inteligente	<u> 2 </u>
Ser simpática	<u> 4 </u>
Ser estudiosa	<u> 5 </u>
Ser delgada	<u> 3 </u>
Ser responsable	<u> 1 </u>
Ser perfeccionista	<u> 6 </u>

Si crees que influye otra característica, escríbela donde dice:

Otro _____

1. Búsqueda de identidad

- a. Cuando te piden describirte a ti misma, ¿qué características son más importantes al momento de autodefinirte?

Ser simpática _____
 Ser sincera _____
 Ser delgada _____
 Ser inteligente _____
 Ser optimista _____
 Ser independiente _____

Otro _____

- b. ¿Qué características tuyas crees te ayudarían a "ser popular" entre tu grupo de amistades?

Ser simpática _____
 Ser sincera _____
 Ser delgada _____
 Ser inteligente _____
 Ser optimista _____
 Ser independiente _____

Otro _____

- c. Si quisieras cambiar algún aspecto de ti, ¿cuál de las siguientes características mejorarías?

Ser más simpática _____
 Ser más sincera _____
 Ser más delgada _____
 Ser más inteligente _____
 Ser más optimista _____
 Ser más independiente _____

Otro _____

- d. Si te invitan a participar en un grupo de personas con intereses comunes (por ejemplo scouts, movimiento religioso, grupo musical, grupo deportivo, etc.), ¿en qué características de sus miembros te fijarías para decidirte a participar?

Que sean simpáticos _____
 Que sean sinceros _____
 Que sean delgados _____
 Que sean inteligentes _____
 Que sean optimistas _____
 Que sean independientes _____

Otro _____

e. Si quisieras distinguirte del resto de las personas, ¿qué características tuyas crees que te lo permitirían?

Ser simpática _____
 Ser sincera _____
 Ser delgada _____
 Ser inteligente _____
 Ser optimista _____
 Ser independiente _____

Otro _____

f. ¿Cuál de las siguientes características crees que te harían sentirte más segura de ti misma?

Ser simpática _____
 Ser sincera _____
 Ser delgada _____
 Ser inteligente _____
 Ser optimista _____
 Ser independiente _____

Otro _____

2. Comenzar las relaciones heterosociales: citas

a. En tu colegio se realizará una fiesta a la que hay que ir con pareja. ¿Qué aspectos de ti misma crees que influyen para que te inviten?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

b. Si supieras que le atraes a alguien del sexo opuesto, ¿en qué aspectos de ti misma crees que se fijó?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

- c. Cuando quieres conquistar a alguien del sexo opuesto, ¿qué aspectos de ti misma crees que son importantes para lograrlo?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

- d. Si estás conociendo a alguien del sexo opuesto por un chat de internet, y te pregunta cómo eres, ¿qué aspectos de ti misma destacarías?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

- e. Si luego de tener una primera salida con un joven, él te vuelve a llamar, ¿qué aspectos tuyos crees que lo motivaron?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

- f. Si estuvieras celebrando una fecha importante en tu pololeo, ¿qué aspectos tuyos crees que tu pareja ha valorado para seguir junto a ti?

Ser popular _____
 Ser delgada _____
 Ser simpática _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser cariñosa _____
 Ser extrovertida _____

Otro _____

3. Comenzar las relaciones heterosociales: pares

- a. Cuando te encuentras en un grupo nuevo con personas de tu edad, ¿qué características de ti misma crees que ayudan a que te acepten con mayor facilidad?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

- b. Dentro de tu grupo de amigos más cercanos, ¿qué aspectos tuyos crees que ellos valoran más en tí?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

- c. Para que personas de tu edad te consideren "buena compañía", ¿qué características tuyas crees que influirían en ello?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

- d. Cuando un grupo de compañeros te invita a participar en un trabajo para el colegio, ¿cuál de estas características crees que influirían en dicha elección?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

- e. Si optaras por realizar una actividad extraprogramática en el colegio, ¿qué características tuyas te ayudarían a adaptarte al nuevo grupo con mayor facilidad?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

- f. En tu colegio pronto se elegirá un nuevo Centro de Alumnos, ¿qué características tuyas crees que influirían para que te inviten a formar parte de éste?

Ser amigable _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____
 Ser delgada _____
 Ser honesta _____
 No ser conflictiva _____

Otro _____

4. Relaciones familiares

- a. Cuando en tu familia se tienen que tomar decisiones importantes, ¿qué cualidades tuyas crees que son importantes para que tu opinión sea tomada en cuenta?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

- b. ¿Cuáles de tus características personales crees que valora más tu familia?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

c. ¿Qué características personales crees que tus padres esperan que tú tengas?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

d. Se ha juntado toda tu familia (tíos, primos, abuelos, etc) para celebrar una ocasión especial.
 ¿Qué características tuyas crees que llamarían la atención de los demás?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

e. Si quisieras salir de vacaciones con la familia de una amiga, ¿qué características tuyas crees que influirían para que tus padres te dieran permiso?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

f. Si pudieras determinar la manera en que tu familia piensa de ti, ¿qué características tuyas te gustaría que ellos resaltarán?

Ser extrovertida _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser simpática _____
 Ser amable _____
 Ser honesta _____

Otro _____

5. Desafíos académicos

- a. Tienes que exponer un trabajo frente a tu curso del colegio. ¿Qué aspectos de ti misma son más importantes para ser bien evaluada?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

- b. Se realizará una competencia académica entre distintos colegios de la región. ¿Qué características tuyas crees que tomarán en cuenta los profesores para invitarte a participar?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

- c. Al momento de rendir un examen oral, ¿qué características tuyas crees que son más importantes para que seas bien evaluada?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

- d. ¿Qué características tuyas crees que influyen en un buen rendimiento académico?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

e. Piensa en un profesor (a) con el que tengas una buena relación, ¿qué características tuyas crees que influyen en ello?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

f. Si tuvieras que asistir a una entrevista de admisión en un nuevo colegio, ¿qué aspectos tuyos crees que resaltarían para ser aceptada?

Ser inteligente _____
 Ser simpática _____
 Ser estudiosa _____
 Ser delgada _____
 Ser responsable _____
 Ser perfeccionista _____

Otro _____

6. Iniciar exploración realista de carreras profesionales

a. Al momento de optar por una carrera profesional, ¿qué aspectos de ti misma influirían en dicha elección?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____

Otro _____

b. Cuando un profesor te orienta respecto a qué carrera profesional deberías elegir, ¿qué aspectos tuyos crees que guiarían su opinión?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____

Otro _____

c. ¿Qué características tuyas crees que te permitirían llegar a ingresar a la educación superior?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____
 Otro _____

d. Si no te interesara seguir una carrera técnico o universitaria, ¿qué características tuyas crees que te servirían para desempeñarte con éxito en el mundo laboral?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____
 Otro _____

e. ¿Qué características tuyas crees que te permitirán tener un buen desempeño en la Educación Superior?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____
 Otro _____

f. Piensa en un área de trabajo en la cual te gustaría desempeñarte en el futuro, ¿qué características tuyas te ayudarían para que te fuera bien?

Ser estudiosa _____
 Ser extrovertida _____
 Ser perseverante _____
 Ser delgada _____
 Ser competitiva _____
 Ser simpática _____
 Otro _____

7. Intensificación de roles de género

a. Según lo que comúnmente se entiende por "ser femenina", ¿qué características de ti misma crees que te harían considerarte así?

Ser delgada _____
 Ser amable _____
 Ser inteligente _____
 Ser cariñosa _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____

Otro _____

b. ¿Cuáles de los siguientes aspectos crees que son más importantes en una mujer?

Ser delgada _____
 Ser amable _____
 Ser inteligente _____
 Ser cariñosa _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____

Otro _____

c. Si te encuentras dentro de un grupo de mujeres, ¿qué características de ti misma crees que te distinguen de las demás?

Ser delgada _____
 Ser amable _____
 Ser inteligente _____
 Ser cariñosa _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____

Otro _____

d. ¿Qué características crees tú que más le llaman la atención a los hombres de las mujeres?

Ser delgada _____
 Ser amable _____
 Ser inteligente _____
 Ser cariñosa _____
 Tener rostro bonito _____
 Ser simpática _____

Otro _____

e. Si tuvieras una hija, ¿qué aspectos considerarías importante que ella tuviera como mujer?

Que fuese delgada _____
Que fuese amable _____
Que fuese inteligente _____
Que fuese cariñosa _____
Que tuviera rostro bonito _____
Que fuese simpática _____

Otro _____

f. ¿Qué características debería tener una mujer para que tú la admires?

Que sea delgada _____
Que sea amable _____
Que sea inteligente _____
Que sea cariñosa _____
Que tenga rostro bonito _____
Que sea simpática _____

Otro _____

A continuación solicitamos incluir las sugerencias acerca del instrumento que estime convenientes.

APÉNDICE C

Elección Juicio de Expertos

B	X	X	X	X	X	X		6
C	X	X		X	X		X	5
D		X	X		X	X	X	5
E	X							1
F			X	X		X	X	4

Preguntas seleccionadas: B, C, D.

Académico								
A			X			X	X	3
B								0
C	X	X		X	X		X	5
D		X	X	X	X		X	5
E	X	X	X	X		X		5
F	X				X	X		3

Preguntas seleccionadas: C, D, E.

Carreras profesionales								
A								0
B	X	X			X	X		4
C			X	X			X	3
D	X	X	X		X	X		5
E			X	X			X	3
F	X	X		X	X	X	X	6

Preguntas seleccionadas: B, D, F.

Roles de género								
A	X	X			X	X	X	5
B		X	X		X	X		4
C			X	X		X		3
D	X	X	X	X	X		X	6
E	X			X	X			3
F			X				X	2

Preguntas seleccionadas: A, B, D.

APÉNDICE D

Preguntas Seleccionadas por Expertos

Preguntas Seleccionadas

I. Búsqueda de la identidad

1. Cuando te piden describirte a ti misma, ¿cuáles de las siguientes características son más importantes al momento de autodefinirte?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

8. ¿Cuál de las siguientes características de ti misma mejorarías?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

15. ¿Cuál de las siguientes características crees que te harían sentirte más segura de ti misma?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

II. Comenzar las relaciones heterosociales: Citas

2. Si supieras que le atraes a alguien del sexo opuesto, ¿en qué aspectos de ti misma crees que se fijó?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

9. Cuando quieres conquistar a alguien del sexo opuesto, ¿qué aspectos de ti misma crees que son importantes para lograrlo?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

16. Si estás conociendo a alguien del sexo opuesto por un chat de internet, y te pregunta cómo eres, ¿qué aspectos de ti misma destacarías?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

III. Comenzar las relaciones heterosociales: Pares

21. Cuando te encuentras en un grupo nuevo con personas de tu edad, ¿qué características de ti misma crees que ayudan a que te acepten con mayor facilidad?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

3. Dentro de tu grupo de amigos más cercanos, ¿qué aspectos tuyos crees que ellos valoran más en tí?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

10. Para que personas de tu edad te consideren "buena compañía", ¿qué características tuyas crees que influirían en ello?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

IV. Relaciones familiares

4. ¿Cuáles de tus características personales crees que valora más tu familia?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

11. Se ha juntado toda tu familia (tíos, primos, abuelos, etc) para celebrar una ocasión especial. ¿Qué características tuyas crees que llamarían la atención de los demás?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

17. ¿Qué características personales crees que tus padres esperan que tú tengas?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

V. Desafíos Académicos

5. Al momento de rendir un examen oral, ¿qué características tuyas crees que son más importantes para que seas bien evaluada por el profesor?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

11. ¿Qué características tuyas crees que te ayudarían a tener un buen rendimiento académico?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

18. Si te llevaras bien con un profesor, ¿qué características tuyas crees que influyen en ello?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

VI. Iniciar exploración realista de carreras profesionales

6. Cuando un profesor te orienta respecto a qué carrera profesional deberías elegir, ¿qué aspectos tuyos crees que guiarían su opinión?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

12. Si no te interesara seguir una carrera técnico o universitaria, ¿qué características tuyas crees que te servirían para desempeñarte con éxito en el mundo laboral?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

19. Piensa en un área de trabajo en la cual te gustaría desempeñarte en el futuro, ¿qué características tuyas te ayudarían para que te fuera bien?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

VII. Intensificación de roles de género:

20. ¿Qué características de las mujeres crees tú que más le llamarían la atención a los hombres?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

14. ¿Cuáles de los siguientes aspectos crees que son más importantes en una mujer?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

7. Según lo que comúnmente se entiende por "ser femenina", ¿qué características de ti misma crees que te harían considerarte así?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

APÉNDICE E

Instrumento Final

Instrumento Final

Consentimiento

Acepto participar en forma voluntaria y anónima en la investigación sobre las preferencias que tienen las adolescentes frente a distintas situaciones que se presentan en la vida diaria, realizada por las alumnas seminaristas Loreto Chacón, Kenia Jiménez, Daniela Peña y Carolina Rain, de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso, a cargo de la profesora guía Ps. Liliana Contreras.

La participación consiste en:

- Responder el Cuestionario para Adolescentes E.D.
- Responder el Test EAT – 40

La duración total de la medición no excederá los 30 minutos. Si estás dispuesta a participar por favor firma a continuación:

FIRMA

Cuestionario para Adolescentes

Edad:

Curso:

Establecimiento Educacional:

Estimada alumna:

I. A continuación se presentan una serie de características personales, las que debes marcar de la siguiente manera:

- Marca con un ticket (✓) las características que tú crees que tengas, y que además te gusten;
- Marca con una cruz (X) las características que tú crees que tengas, pero que no te gusten.
- No marques aquellas que no te representan.

Dominante	
Alta	
Honesta	
Baja	
Pacífica	
Relajada	
Exitosa	
Alegre	
Antipática	
Impulsiva	
Triste	
Tensa	
Controlada	
Confiada	
Sumisa	
Dependiente	
Deshonesta	
Conflictiva	
Paciente	
Tolerante	
Mala deportista	
Estudiosa	
No amigable	
Fome	
Buena Deportista	
Confiable	
Poco respetuosa	
Poco obediente	
Perseverante	
Descuidada	
Amigable	
Amable	

Impopular	
Introversa	
Gorda	
Extroversa	
Optimista	
Rostro feo	
Desconfiada	
Independiente	
Responsable	
Floja	
Cariñosa	
Rostro bonito	
Simpática	
Impaciente	
Popular	
Fría	
Delgada	
Pesimista	
Fracasada	
Irresponsable	
Desordenada	
Intolerante	
Competitiva	
Perfeccionista	
Ordenada	
Respetuosa	
Obediente	
Poco confiable	
Tonta	
Entretenida	
No competitiva	
Inteligente	

II. Ahora te presentamos varias preguntas que debes leer con atención. Frente a cada una, indica qué aspectos de ti misma consideras más importantes para cada situación. Enuméralos de mayor a menor importancia.

Por ejemplo, ante la pregunta:

Tienes que exponer un trabajo frente a tu curso del colegio, ¿ qué aspectos de ti misma son más importantes para ser bien evaluada por el profesor?

Para responder las próximas preguntas debes seguir los siguientes los siguientes pasos:

Si crees que serás mejor evaluada si eres responsable, pon un 1 en el casillero que corresponde a esa característica. Si crees que luego de ser responsable, influye el que seas inteligente, pon un número 2 en dicho casillero. Si crees que en tercer lugar de importancia está ser delgada, pon un 3 en su casillero; si a continuación consideras que influye ser simpática, pon un 4 en su casillero. Así sucesivamente hasta el número 6.

Ser inteligente	Ser simpática	Ser estudiosa	Ser delgada	Ser responsable	Ser perfeccionista	Otro
2	4	5	3	1	6	

Ahora responde las siguientes preguntas:

1. Cuando te piden describirte a ti misma, ¿cuáles de las siguientes características son más importantes al momento de autodefinirte?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

2. Si supieras que le atraes a alguien del sexo opuesto, ¿en qué aspectos de ti misma crees que se fijó?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

3. Dentro de tu grupo de amigos más cercanos, ¿qué aspectos tuyos crees que ellos valoran más en tí?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

4. ¿Cuáles de tus características personales crees que valora más tu familia?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

5. Al momento de rendir un examen oral, ¿qué características tuyas crees que son más importantes para que seas bien evaluada por el profesor?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

6. Cuando un profesor te orienta respecto a qué carrera profesional deberías elegir, ¿qué aspectos tuyos crees que guiarían su opinión?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

7. Según lo que comúnmente se entiende por "ser femenina", ¿qué características de ti misma crees que te harían considerarte así?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

8. ¿Cuál de las siguientes características de ti misma mejorarías?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

9. Cuando quieres conquistar a alguien del sexo opuesto, ¿qué aspectos de ti misma crees que son importantes para lograrlo?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

10. Para que personas de tu edad te consideren "buena compañía", ¿qué características tuyas crees que influirían en ello?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

11. Se ha juntado toda tu familia (tíos, primos, abuelos, etc) para celebrar una ocasión especial. ¿Qué características tuyas crees que llamarían la atención de los demás?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

12. ¿Qué características tuyas crees que te ayudarían a tener un buen rendimiento académico?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

13. Si no te interesara seguir una carrera técnico o universitaria, ¿qué características tuyas crees que te servirían para desempeñarte con éxito en el mundo laboral?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

14. ¿Cuáles de los siguientes aspectos crees que son más importantes en una mujer?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

15. ¿Cuál de las siguientes características crees que te harían sentirte más segura de ti misma?

Ser Simpática	Ser Sincera	Ser Delgada	Ser Inteligente	Ser Optimista	Ser Independiente	Otro

16. Si estás conociendo a alguien del sexo opuesto por un chat de internet, y te pregunta cómo eres, ¿qué aspectos de ti misma destacarías?

Ser Popular	Ser Delgada	Ser Simpática	Tener Rostro Bonito	Ser Cariñosa	Ser Extrovertida	Otro

17. ¿Qué características personales crees que tus padres esperan que tú tengas?

Ser Inteligente	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Simpática	Ser Amable	Ser Honesta	Otro

18. Si te llevaras bien con un profesor, ¿qué características tuyas crees que influyen en ello?

Ser Inteligente	Ser Simpática	Ser Estudiosa	Ser Delgada	Ser Responsable	Ser Perfeccionista	Otro

19. Piensa en un área de trabajo en la cual te gustaría desempeñarte en el futuro, ¿qué características tuyas te ayudarían para que te fuera bien?

Ser Estudiosa	Ser Extrovertida	Ser Perseverante	Ser Simpática	Ser Competitiva	Ser Delgada	Otro

20. ¿Qué características de las mujeres crees tú que más le llaman la atención a los hombres?

Ser Delgada	Ser Amable	Ser Inteligente	Ser Cariñosa	Tener Rostro Bonito	Ser Simpática	Otro

21. Cuando te encuentras en un grupo nuevo con personas de tu edad, ¿qué características de ti misma crees que ayudan a que te acepten con mayor facilidad?

Ser Amigable	Ser Alegre	Ser Simpática	Ser Delgada	Ser Honesta	No Ser Conflictiva	Otro

APÉNDICE F

EAT - 40

E.A.T. – 40

Establecimiento:

Curso:

Edad:

Marca con una cruz la respuesta que tu consideres que mejor se adapta a tu situación.

	N U N C A	CASI N U N C A	A V E C E S	B A S T A N T E	CASI S I E M P R E	S I E M P R E
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acercan las horas de comida.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he tenido "atracones" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas...).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar muy delgado.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a..						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						

26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes.						
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer régimen.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

PUNTUACIÓN:

Universidad de Valparaíso
Chile



00090898