

UNIVERSIDAD DE VALENCIA



PROGRAMA DE DOCTORADO 295D

**Psicología de la Personalidad, Intervención Áreas
Clínicas y Sociales**

TESIS DOCTORAL

**Psicopatología e imagen corporal y su relación con
constructos salutogénicos en la adolescencia.**

Directora: Dña. Remedios González Barrón

Autora: Dña. Esther Ramírez Pastor

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS -----	5
RESÚMEN -----	7
ABSTRACT -----	9
PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN -----	11
<u>SECCIÓN I: MARCO TEÓRICO</u> -----	15
1.0. A PROPÓSITO DEL PARADIGMA DE SALUD POSITIVA” -----	16
1.1. LA ADOLESCENCIA: DESARROLLO COGNITIVO -----	17
1.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO Y DESARROLLO EVOLUTIVO EN LA ADOLESCENCIA -----	22
1.3.VARIABLES PSICOPATOGÉNICAS -----	29
I.3.1 Síntomas clínicos en la adolescencia -----	29
I.3.2 Imagen corporal en la adolescencia -----	33
1.4. VARIABLES SALUTOGÉNICAS -----	43
I.4.1 Estilos de apego en la adolescencia-----	43
I.4.2 Bienestar psicológico en la adolescencia -----	52
I.4.3 Auto concepto en la adolescencia -----	60
1.5.REFLEXIONES FINALES -----	66

<u>SECCIÓN II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</u> -----	70
<u>SECCIÓN III: MÉTODO</u> -----	72
3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES -----	73
3.1.1 Descripción de los participantes del estudio de las diferencias individuales-----	74
3.1.2 Descripción de los participantes del estudio de la incidencia de la psicopatología-----	74
3.1.3 Descripción de los participantes del estudio de la incidencia de la imagen corporal-----	76
3.2.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN -----	82
3.2.1.Variables Estudiadas e instrumentos de evaluación-----	83
3.3. PROCEDIMIENTO Y ESTUDIO DE RESULTADOS -----	96
<u>SECCIÓN IV: ESTUDIO DE RESULTADOS</u> -----	100
4.1 ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES -----	101
4.1.1 Efecto de la edad-----	103
4.1.2 Efecto del género-----	109
4.1.3 Efecto de interacción edad – género-----	116
4.2 INCIDENCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA -----	128
4.2.1 Estudio Correlacional -----	129
4.2.2. Estudio Multivariado -----	137
-	

4.3. INCIDENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LAS VARIABLES ESTUDIADAS. -----	155
4.3.1 La alteración con la imagen corporal: Estudio Cuantitativo-----	155
4.3. 2.La alteración con la imagen corporal: Estudio Cualitativo-----	167
<u>SECCIÓN V: CONCLUSIONES</u> -----	194
5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS -----	195
5. 2. APORTACIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS -----	212
5.3. SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES -----	214
<u>SECCIÓN VI: BIBLIOGRAFÍA</u> -----	216
<u>SECCIÓN VII: ANEXOS</u> -----	234
7.1.ÍNDICE DE TABLAS -----	236
7.2.INDICE DE FIGURAS -----	240
7.3.INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS -----	241

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a las siguientes personas sin las cuales, este trabajo no hubiera sido posible:

A mis padres, Francisco e Isabel por ser referente y guía ante mis dudas. Mis hermanas, Isa y Sandra, por su apoyo y consejo. A Paco por su compañía y confianza en mí. Y a mis hijos, María y Sergio porque de ellos surgen la energía, vitalidad e ilusión.

A Remedios González, tutora de este estudio por su apoyo y orientación durante todo el proceso, pero, por encima de su inestimable aportación académica, mi gratitud a su calidad humana, paciencia y comprensión brindados en todos estos años.

Al profesor D. José Manuel Tomás, por su ayuda, disponibilidad y simpatía generosas, por interesarse más de lo esperado y por facilitarme la superación de muchos de los obstáculos que han surgido en la realización de este trabajo.

A todos los participantes en el estudio, equipo docente y dirección de los centros educativos en los que se realizó la recogida de información, gracias por su colaboración.

Y, finalmente, un grato recuerdo a la profesora María Martina Casullo, cuya dedicación, consejo y orientación motivaron este proyecto.

A todos ellos GRACIASiiiiiiii

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

RESÚMEN

El objetivo del presente trabajo es evaluar la incidencia de la psicopatología, sintomatología clínica y alteraciones de la imagen corporal en las variables salutogénicas estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto, así como la incidencia de diferencias individuales. La muestra está compuesta por 675 adolescentes valencianos (470 chicos y 255 chicas) de entre 13 y 18 años ($M=15.44$ y $DT=1.76$). Los instrumentos empleados, todos ellos validados en población española son: Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Leonard y Derogatis (1994), Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) de Maganto y Cruz (2008), Escala de Tipos de Apego para Adolescentes de Casullo y Fernández (2005), Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS - J) de Casullo y Solano (2002), Escala de Auto Concepto (AC) de Martorell, Aloy, Gómez y Silva (1993). El procedimiento es descriptivo y transversal con una metodología multivariada y correlacional. Los resultados señalan, por un lado, la existencia de diferencias de edad y género en las variables estudiadas y por otro, la incidencia de las variables salutogénicas en la psicopatología adolescente

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the incidence of psychopathology, clinical symptoms and alterations of body image in salutogenic variables, attachment styles, psychological well-being and self-concept, and the effects of individual differences. The sample consists of 675 Valencian adolescents (470 boys and 255 girls) aged between 13 and 18 years ($M = 15.44$ and $SD = 1.76$). The instruments used, all validated in the Spanish population, they are: a Questionnaire of 90 Symptoms Revised (SCL-90-R) Derogatis and Leonard (1994), Silhouettes Test for teenagers(TSA) Maganto and Cruz (2008), Scale of Adolescent Attachment types Casullo and Fernandez (2005), Scale of Psychological Welfare Teen (BIEPS - J) of Casullo and Solano (2002), Self Concept Scale (AC) Martorell, Aloy, Gomez and Silva (1993) . The procedure is descriptive and cross-sectional with a multivariate correlational methodology. The results show, on the one hand, the existence of differences in age and gender and the variables studied. On the other hand, the incidence of salutogenic variables in the adolescent psychopathology.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo, dentro del paradigma de “salud positiva”, estudia qué variables se relacionan con la vivencia de bienestar durante la adolescencia. Esta etapa tan asociada a variedad de síntomas clínicos, conductas de riesgo, conflictividad con el sistema familiar.... ha sido ampliamente investigada desde la perspectiva patológica. Históricamente, la psicología se ha ocupado más del estudio de temas y problemas relacionados con la patología, la enfermedad y los desajustes, que aquello que tiene que ver con la perspectiva saludable y/o positiva (Benatuill, 2007; Cornejo y Lucero, 2005; García - Viniegras y González, 2000). Sin embargo, en la actualidad sabemos que el bienestar psicológico es uno de los constructos más relevantes en la salud integral del adolescente (Fuentes, García, Gracia y Alarcón, 2015)

La adolescencia supone una etapa potencialmente disfuncional en la que el futuro joven se ve expuesto a múltiples demandas, internas y externas, que deben ser afrontadas adecuadamente en aras de un ajuste posterior satisfactorio. En esta línea, las relaciones afectivas contribuyen de manera significativa a la elaboración y construcción de la identidad y la mejora de la competencia social (Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega, 2014).

La resolución de los nuevos retos o “tareas evolutivas” que asume el joven se sintetizan en la formación y consolidación del sentido de identidad personal al final de la adolescencia (Videra – García y Reigal – Garrido, 2013; Zacarés, et. alt., 2009) y suponen la vivencia de sucesos estresantes que favorecen la asunción de conductas de riesgo que pueden amenazar la salud física y emocional del adolescente (Bermúdez et. alt., 2009; Moral-Jiménez et. alt., 2011). Sin embargo, “tendríamos que admitir la idea del riesgo como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal” (Oliva, 2008). Tal y como señala Rojo, 2009, la adolescencia, como periodo de inestabilidad, no tiene por que ser problemático.

Los procesos madurativos otorgan a este periodo características particulares y diferenciadas en el desarrollo humano. Arnett, 1999 conceptualizó la adolescencia como una etapa de “storm and stress” en la cual el adolescente trata de encontrar su identidad en diferentes contextos sociales. Probablemente, la explosión emocional, propia de esta etapa, responda tanto a las nuevas demandas a las que se expone, como a las nuevas necesidades internas que el joven debe afrontar. Si bien es cierto, no todos los adolescentes experimentan el mismo estrés, ni en las mismas áreas (Benatuill, 2007), éste dependerá del grado de discrepancia entre las capacidades del adolescente y las nuevas demandas contextuales.

Se trata de un periodo sensible al aprendizaje de habilidades específicas, como la independencia de los adultos, la pertenencia e identificación con el grupo de iguales y las relaciones sexuales. Surgen profundas transformaciones en los sistemas emocional, cognitivo y comportamental que inician el camino hacia una visión cada vez más madura de uno mismo y de la vida. Todos estos cambios suponen retos evolutivos que se sintetizan en la formación de la identidad personal y su consolidación al final de la adolescencia (Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009) y amenazan la salud física y emocional del adolescente (Bermúdez, Teva y Buela– Casal, 2009; Moral-Jiménez, Ovejero–Bernal, Castro, Rodríguez Sirvent–Ruiz, 2011).

En esta etapa evolutiva cobra especial importancia dotar al adolescente de las competencias psicosociales necesarias que le permitan un tránsito saludable y satisfactorio hacia la adultez. A este respecto, se apunta hacia la relación entre la autonomía y la afectividad positiva (Sansinenea, Gil de Montes, Agirrezabal, Larrañaga, Ortiz, Valencia y Fuster, 2008) y a la incidencia positiva de la auto estima en la prevención de los diferentes factores de riesgo adolescentes como el fracaso escolar, consumo de drogas, problemas alimentarios y internalización y externalización conductual (Anuel, Bracho, Brito, Rondón y Sulbarán, 2012; Becoña, López, Míguez, Lorenzo y Fernández del Río, 2009; Buist, Deovic, Meeus y Van Aken, 2004; Cava, Murgui y Musitu, 2008; Du Bois, Burk-Braxton, Swenson, Tevendale, Lokert y Moran, 2.002; Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2.007;

Fernández, Bermejo y Delgado, 2002; Fuentes et.al, 2015; Gómez—Zapiain, 2005; González y Ortiz-Viveros, 2010; Obeid, Bucholz, Boerner, Henderson y Norris, 2013; Penagos, Rodríguez, Garrido y Castro, 2006; Troisi, di Lorenzo, Stefano, Croce, di Pasquale y Sirucasano, 2006; Ybrandt, 2008).

En base a la literatura y desde un enfoque salutogénico, que identifica los factores protectores que promueven la ubicación del sujeto en el extremo positivo de un continuum salud – enfermedad, se considera importante estudiar la incidencia del malestar psicológico y las alteraciones de la imagen corporal en variables salutogénicas de bienestar psicológico, apego y auto concepto. Actualmente, se considera que uso inteligente de nuestras emociones es esencial para la adaptación física y psicológica (Rey y Extremera, 2012).

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

SECCIÓN I:

MARCO TEÓRICO

La meta del presente estudio es profundizar en la relación entre las variables promotoras de salud (bienestar psicológico, apego y auto concepto) y las variables indicadoras de enfermedad (sintomatología clínica y alteraciones de la imagen corporal) en población adolescente.

El paradigma que encuadra este trabajo es el modelo de promoción de salud o “salud positiva” centrado en variables promotoras de salud, y en la reducción de los obstáculos para eliminar y/o atenuar las consecuencias de la enfermedad, en oposición al modelo de prevención de enfermedad y de salud individual, aún mayoritario en la actualidad. Desde este modelo, el marco teórico se inicia con la descripción del surgimiento del pensamiento operacional formal y los cambios emocionales presentes en este periodo.

En segundo lugar se señalan las diferencias de género que median, en gran medida, esta etapa. Los procesos de maduración biológica surgen de forma diferencial en chicos y chicas, se considera interesante estudiar las peculiaridades que se dan en los jóvenes debido a diferencias individuales relativas a dichas variables demográficas.

Los apartados tercero y cuarto corresponden a la literatura al respecto de las variables clínicas y salutogénicas respectivamente. Finalmente, el quinto apartado recoge la síntesis de los apartados anteriores.

1.0. A PROPÓSITO DEL PARADIGMA DE “SALUD POSITIVA”

El concepto de salutogénesis fue introducido a finales de los años 70 por Aaron Antonovsky partiendo de una simple pregunta, *¿qué crea salud?*, renovó en positivo el concepto de salud integral.

Este modelo enfatiza “los activos para la salud” que serían todos aquellos factores o recursos que potencia la capacidad de la persona para mantener la salud y el bienestar, es decir, enfatiza los talentos las ventajas, las habilidades, experiencias, intereses.... Y el “recurso general de resistencia” que engloba tanto aspectos internos como externos a personas y comunidades (fortaleza, inteligencia, competencia social, recursos materiales, condiciones laborales, estabilidad cultural...) y se refiere a cualquier característica que ayude a evitar y/o combatir diferentes estresores.

El modelo salutogénico, y su desarrollo futuro es denominado por Lindström “next health” para señalar la necesidad de evolucionar hacia un cambio de paradigma en la promoción de la salud al marco de la salutogénesis. “Llevar a cabo la práctica desde esta perspectiva sigue siendo un reto emergente, actual y de futuro para la salud pública en el ámbito comunitario y en el de la clínica, así como en el terreno de la investigación, la evaluación y la formación de profesionales”. (en Juvinya-Canal, 2013, pp. 88)

1.1. LA ADOLESCENCIA: DESARROLLO COGNITIVO

Durante mucho tiempo la adolescencia fue considerada como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. Sin embargo, este periodo implica transición, pero también cambios físicos, cognitivos, sociales, emocionales y conductuales que siguen una pauta marcada, principalmente, por determinantes biológicos edad y género. A partir del S. XX la investigación de esta etapa ha ido adquiriendo, cada vez, mayor importancia, hasta ser considerado un periodo diferenciado del ciclo vital humano que debe ser entendido desde la interdependencia entre el desarrollo afectivo, cognitivo y motor que describe al ser humano de forma integral (Ortiz, Duelo y Escribano, 2013). El adecuado desarrollo, del aparato psíquico permitirá la gestión efectiva, dinámica y compleja, del mundo afectivo - relacional

En 1965 la OMS definió la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y los 20 años. Este amplio rango de edad se debe a las diferencias de género en el inicio de los procesos madurativos. Los autores sitúan el inicio de la adolescencia hacia los 10 – 11 años en mujeres y en varones hacia los 13 – 14 años (Fernández et. alt., 2002). En esta etapa se incluyen, además de los cambios biológicos, también cambios conductuales e incluso, de estatus social lo que dificulta precisar de forma clara los límites de este periodo. Tal y como señalan Becoña et. alt. (2009) bien la adolescencia no tiene límites temporales fijos, su inicio lo determina la biología y su término lo señala la cultura a la que pertenece el individuo.

La adolescencia temprana coincide con el inicio de los cambios físicos propios de la pubertad que marca final de la tercera infancia. La edad de inicio suele situarse hacia los 10/11 años en las niñas y 2 años después en niños. La maduración sexual destaca las diferencias sexuales de los jóvenes (latentes en el periodo anterior) y con ellas, las diferencias de género. A pesar de que son los cambios físicos los que señalan el inicio de la adolescencia e influyen en el desarrollo posterior (Buist et. alt., 2004) este periodo no se reduce a ellos.

Más allá del desarrollo de habilidades cognitivas iniciadas años anteriores, el logro más significativo de esta etapa fue denominado por Piaget como el estadio del “pensamiento operacional formal”, fruto de la combinación de variables madurativas y experienciales. El adolescente aprende a elaborar ideas basadas en la posibilidad en lugar de pensar sólo en términos de realidad, lo que les permite reflexionar en torno a aspectos etéreos. Pueden alejarse de sus propias creencias y opinar al respecto de formas opuestas y críticas, pudiendo percibir simultáneamente variedad de posibles justificaciones sobre un mismo tema. Su análisis de la realidad se realiza dentro de valores abstractos, por eso, los adolescentes no están dispuestos a aceptar convencionalismos y su propensión a filtrar la realidad a través de las habilidades cognitivas recién adquiridas, les permite deducir inferencias lógicas y comprobar su validez. Gracias a estos logros cognitivos, los adolescentes se convierten en auténticos investigadores, centrados en crear teorías globales e integradoras en base a experiencias propias (Casullo y Fernández, 2005).

Estas nuevas capacidades cognitivas unidas con lo que ElKind, 1978 denominó “egocentrismo adolescente” complican la estabilidad emocional. Dicho egocentrismo se refiere a la existencia de una auto estima idealizada manifestada por la auto percepción de invulnerabilidad. La conversión de sus supuestos personales en hechos y la incapacidad para diferenciar entre lo único y lo universal, le hacen sobre valorar sus experiencias nuevas (cognitivas, afectivas, vinculares) y vivenciarlas como verdades inmutables inaccesibles a los demás. Sánchez – Bernardos, Bragado y Martín (2004) evaluaron la discrepancia entre la auto estima real y la auto estima ideal en adolescentes encontrando que éstos tenían una representación de sí mismos ideal en comparación con la representación real.

En la misma línea Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2005) observaron menor discrepancia percibida entre el auto concepto ideal y el real en la adolescencia media en comparación con la adolescencia tardía. A partir de este periodo, los jóvenes mantendrían imágenes de sí mismos más realistas. El tránsito hacia un mundo más abstracto permite al adolescente subir un escalón en la auto evaluación y auto valoración. El análisis de las propias ideas y experiencias y su proyección hacia el futuro favorecen las actitudes de reflexión y enriquecen la conciencia de uno mismo. Los adolescentes perciben sus ideas como únicas, por lo que no se identifican con los demás en sus experiencias, ideas y valores únicos, por ello, se consideran merecedores de captar la atención sobre sí mismos, sintiéndose, constantemente, valorados y juzgados por los demás.

Es decir, el egocentrismo adolescente favorece la capacidad de reflexionar sobre sí, sus experiencias, sentimientos y motivos y con ello, ganan en conciencia de sí mismos en un intento por comprender tanto su mundo interior como exterior, lo que permite un mejor ajuste a las demandas del medio. Sin embargo, esta capacidad también supone niveles mayores de auto crítica y dudas sobre el sí mismo, vulnerabilidad, hipersensibilidad social y falta de identificación y pertenencia interpersonal. Dicha combinación de apertura a la experiencia y sensibilidad social pone al joven en una situación de difícil equilibrio. En la consecución de dicha estabilidad los sentimientos positivos, derivados de la auto estima y del apoyo recibido de las relaciones con los otros significativos, han sido conceptualizados como recursos que promueven la adaptación en esta etapa (Du Bois et. alt., 2002).

Durante la adolescencia media es frecuente que el joven inicie conductas dirigidas a romper los vínculos de apego con sus padres (o figuras protectoras). Los lazos afectivos, derivados de las relaciones familiares, son percibidos como opresores.

El logro de la autonomía, es otra de las necesidades propias de este periodo. Buist et. alt., (2004) relacionan el apego con diferentes indicadores de ajuste social en la adolescencia, como la identidad y los problemas de conducta, encontrando que una mala calidad del apego se relacionaría con problemas de conducta, a su vez los problemas de conducta reducirían la calidad de las relaciones de apego. Mc Gue y Iacono (2005) identifican la expresión temprana de problemas relacionados con la externalización /

internalización conductual como un incremento del riesgo de problemas en la edad adulta como consumo de alcohol o drogas, embarazos no deseados, trastornos de personalidad, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

El sistema de apego seguro ayuda al adolescente a enfrentar los desafíos de ese periodo vital (Casullo y Fernández, 2005). Según esta autora, la incipiente estructuración del pensamiento lógico permite que el adolescente compare sus vínculos con diferentes figuras de apego, con las que realmente desearía tener y permite la diferenciación entre el sí mismo y los otros, pudiendo reflexionar sobre sí mismos y percibirse diferentes a los demás.

El adolescente desea dejar de ser cuidado y necesita convertirse en cuidador, así los vínculos de apego hacia las figuras principales se debilitan y se transfieren gradualmente al grupo de pares y la pareja. El estudio de Penagos et. alt. (2006) señala al grupo de iguales como la máxima figura de apego en la adolescencia media y tardía, siendo éstos prioritarios a la hora de experimentar seguridad y cercanía. El no establecer vínculos de apego adecuados durante esta etapa puede llevar al rechazo y aislamiento del adolescente.

Por otro lado, en la bibliografía se señala elevada prevalencia de los problemas de conducta durante este periodo. La adecuación entre variables personales (motivaciones, habilidades, nivel intelectual...) y demandas ambientales (expectativas, oportunidades) favorece el desarrollo adecuado; en caso contrario, el joven tendría un funcionamiento disfuncional. Gallagher (2002) observó que un mal ajuste en este periodo evolutivo se manifiesta, a nivel externalizante, con conductas de tipo agresivo, y a nivel internalizante, en conductas de evitación, timidez y depresión. Los jóvenes adolescentes tendrían más problemas de ajuste cuando sus fuentes de apoyo social y auto estima reflejasen un desequilibrio en las representaciones hacia el grupo de iguales (Du Bois et. alt., 2002). La tendencia a la internalización conductual también ha sido asociada con los estilos de apego en la adolescencia temprana; una vez que los problemas han aparecido, estos tienden a ser resistentes al cambio. Tal y como indican Buist et. alt. (2004) no ocurre lo mismo en la externalización conductual, su relación con el apego es menor, siendo éste resistente a dicha influencia.

Casullo (2002) y, posteriormente, Shemings (2006) observan que el mayor o menor bienestar psicológico no está sólo relacionado con estas variables objetivas, sino también con la subjetividad individual. La adolescencia supone una etapa potencialmente disfuncional en la que el futuro joven se ve expuesto a múltiples demandas internas e incipientes demandas externas que deben ser afrontadas adecuadamente en aras de un ajuste posterior satisfactorio (Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015).

Son muchos los aspectos que amenazan la satisfacción personal y la experiencia de felicidad durante estos años. Penagos et. alt. (2006) señalaron que los modelos de apego interno organizados en torno a las figuras primarias son transferidos a las nuevas figuras de apego, los amigos y la pareja, de esta forma los aspectos disfuncionales en el estilo vincular desarrollado en la infancia se mantendrían en relaciones futuras y así, se generalizaría también su impacto disfuncional a diferentes áreas psicosociales. Desde los diferentes modelos del desarrollo, el ajuste de una persona a su entorno es consecuencia de la interacción entre variables organísmicas y ambientales (Fuentes, Garcia, Gracia y Alarcón, 2015; Lozano, Galián y Huéscar, 2007; Ortiz, Duelo y Escribano, 2013) por ello, la adolescencia es una etapa especialmente sensible a la vivencia de pérdida, separación y/o duelo (Sanz, Gómez, Almendro, Rodríguez, Izquierdo, Sánchez, 2009).

1.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO Y DESARROLLO EVOLUTIVO EN LA ADOLESCENCIA

El género mediatiza el mundo emocional desde el nacimiento hasta la adolescencia (Silverio y García, 2007). El desarrollo de los roles de género en la segunda infancia desempeña un papel fundamental en la adquisición del auto concepto y en el desarrollo de relaciones íntimas posteriores. La comprensión de uno mismo y de los demás favorece la comprensión social y la adquisición de habilidades relacionales. A su vez, la interacción social contribuye a la comprensión de uno mismo y con ella, al auto concepto, por ello, exponemos unas breves ideas al respecto del desarrollo de la identidad de género y su impacto en estadios evolutivos posteriores.

La adquisición del rol masculino y femenino y los estereotipos de género surgen durante la infancia. A la edad de 3 años los niños reconocen distinciones tradicionales entre chicos y chicas, tienen ideas claras sobre lo que son buenas o malas conductas asociadas hombres y mujeres. A los 6 años estas nociones del género se implantan dando lugar a prejuicios e ideas estereotipadas sobre lo que cada uno de los sexos debería hacer o sentir. Según Maccoby, 1990 estas preferencias aumentan con fuerza a medida que los niños van creciendo durante el periodo escolar y la adolescencia.

El surgimiento de la conciencia sobre los roles y estereotipos es interaccional dándose, especialmente, con otros niños. Los grupos de niños en edad escolar tienden a ser más numerosos y a orientarse hacia la competitividad y dominación, en contraste, los grupos de chicas son más reducidos y exclusivos y sus miembros consolidan la amistad a través de la cooperación y el apoyo mutuo. En consecuencia, los niños se sienten cada vez más cómodos dentro del estilo interaccional competitivo, el establecido por su mismo sexo, tendiendo a evitar, cada vez más, encuentros con las niñas. De esta forma, la elección de las amistades favorece la imitación, reproducción y refuerzo mutuo de diferentes conductas asociadas al género.

Ya en 1972, Bandura, en su teoría sobre el aprendizaje social, postula que los niños aprenden sobre su género y conducta moral a partir de la observación de modelos, percibidos por ellos, como cariñosos, poderosos y parecidos a sí mismos. De forma complementaria, los teóricos cognitivos explican el desarrollo de la identidad de género a partir de los esquemas de género. Éstos son organizaciones categóricas del conocimiento y sus evaluaciones sobre las personas basadas en el género. Dichas categorías conceptuales motivan a los niños a esforzarse por comportarse de forma coherente con el papel correspondiente a su propio género. Es decir, los niños etiquetan las conductas de sus referentes significativos, intentan ajustarse a ellas y las utilizan para evaluar la conducta de las demás.

Conforme los niños progresan en su proceso de socialización van incrementando su capacidad para socializar su propio yo. La teoría del aprendizaje social señala que el ajuste del niño a las normas de género se deriva más de su propia auto aprobación por hacer, o de su auto crítica anticipada por no hacer, que de las reacciones de los demás. Tal y como señalan Soto, Duelo y Escribano, 2013, la interiorización de las normas y prohibiciones presentes en el sistema familiar

Existen relativamente, pocas investigaciones sobre la asociación entre las auto percepciones y la conducta social. De forma general, la interacción social proporciona la capacidad para identificar las emociones experimentadas, su comprensión y manejo. La capacidad adaptativa de dicho equipaje personal se pondrá de manifiesto durante la adolescencia ya que la percepción que la persona tiene de el otro está relacionada con el comportamiento social en general y con su ajuste psicosocial (Yárnoz, Alonso, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001).

Durante la tercera infancia cobra importancia el desarrollo de habilidades motoras, físicas y cognitivas, los esquemas de género se aletargan, siendo este, un periodo evolutivo de transición a la adolescencia, tranquilo y estable en lo emocional. Este estadio supone la adquisición de las habilidades cognitivas necesarias para asimilar los valores culturales y se caracteriza por el crecimiento continuado de la comprensión de uno mismo y de los demás. Durante estos años, los niños superan la interpretación causa – efecto de la conducta de los demás, propia del estadio anterior, y empiezan a comprender que la

conducta humana está influenciada por necesidades, emociones, relaciones y motivos complejos. Esta cognición social se manifiesta en la toma de conciencia de que cada uno es diferente y en el logro de una comprensión emocional y social cada vez mayor (Ortiz, Duelo y Escribano, 2013).

La capacidad de auto regulación emocional va mejorando en la medida en que la evaluación de uno mismo es más amplia, compleja y ajustada. El niño es capaz de actuar de una manera diferente a la que sienten interiormente. Gradualmente, se incrementa la capacidad de auto crítica, las valoraciones personales las realizan a partir de la comparación de habilidades y logros propios con los de los demás dando lugar al reconocimiento e identificación de virtudes y defectos que son interiorizados y asimilados. Diferentes investigaciones al respecto indican que los niños tienden a cuestionarse a sí mismos a partir de sus limitaciones y las niñas suelen hacerlo a partir de las dificultades a las que se exponen. Parece que esta tendencia se mantiene hasta el inicio de la adolescencia. Por otro lado, Parra, Oliva y Sánchez - Queija (2004) observaron diferencias de género en cuanto al impacto de las pautas educativas familiares en el auto concepto, sin embargo, dicha incidencia es más significativa en el grupos de chicas.

Las diferencias de género asociadas al auto concepto están bien documentadas. Por ejemplo, en relación al dominio físico del auto concepto global, Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004 – 2005) observaron una mayor discrepancia entre como se ven físicamente y como les gustaría ser en chicas en comparación con los chicos. La importancia otorgada a dicha discrepancia es superior en el género femenino. Los autores concluyen que las presiones externas en cuanto a criterios estéticos asociados al género dificultan auto percepciones positivas en chicas.

El surgimiento de dudas sobre uno mismo de esta etapa es especialmente importante en el ámbito académico. Las valoraciones externas relativas a la capacidad y competencia intelectual influyen en la auto estima. Parra et. alt. (2004) observaron diferencias de género en la incidencia de la información externa en la auto estima. En su estudio, el grupo de chicas obtuvo puntuaciones superiores en cuanto al impacto de la parcela académica en la auto estima, en comparación con el grupo de chicos. En éstos, la

dimensión académica de la auto estima se veía más influida por el estilo de apego. La reducción de la auto confianza incrementa la vulnerabilidad emocional del adolescente.

Dentro de las fuentes externas de influencia en la auto estima destacan la familia, maestros amigos.... Son estos últimos los que adquieren especial capacidad de influencia llegando a sustituir a los padres como modelos y figuras identificatorias (Benatuill, 2007), siendo, el atractivo físico, una de las dimensiones hacia la que se dirige una gran presión social durante la adolescencia y juventud (Esnaola, 2008). En relación al auto concepto físico y su relación con la percepción del estado de salud y la satisfacción vital, Videra – García y Reigal – Garrido (2013) observan puntuaciones superiores en el grupo de chicos.

Las valoraciones provenientes del grupo de compañeros inciden en la validación de uno mismo. En la medida en que se incrementan los contactos con el grupo de iguales aumentan las oportunidades para que el joven pruebe las competencias de que dispone se relacione, de forma diferencial y adecuada, con iguales y con adultos. Los compañeros se convierten así en una sociedad separada de los adultos.

El logro de la aceptación por parte de los iguales supone una oportunidad única para el desarrollo de la comprensión de uno mismo ya que brinda la posibilidad de formar vínculos románticos. La activación del sistema sexual – reproductivo junto con el sistema de apego pugnan por el establecimiento de nuevas relaciones (Casullo y Fernández, 2005). La exogamia propia de esta etapa fortalece la auto estima y el sentido de integración y pertenencia (Benatuill, 2007).

La maduración sexual destaca las diferencias de género. Durante la adolescencia temprana la auto estima desciende y tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía (Parra et al., 2004). Se constata el aumento de las relaciones de pareja que incrementan la autoestima y la competencia social. Aunque, en relación al ajuste, la literatura asocia la vinculación afectiva durante la adolescencia temprana con el consumo de drogas, delitos menores y bajo rendimiento escolar (Casullo y Fernández, 2005).

Según Pastor, Balaguer y García – Mérita (2006) las diferencias encontradas se deben al proceso de socialización diferencial en función del género, éste imprime actitudes y valores dispares para chicos y chicas. Los estereotipos de género actúan

durante la adolescencia moderando la importancia diferencial atribuida a un determinado constructo y a las conductas derivadas de éste.

Las diferencias de género en la conducta sexual están bien documentadas dadas sus repercusiones sanitarias en cuanto a riesgo de infección por VIH y otras ETS por un lado y el hecho de que los adolescentes son un grupo sexualmente activo.

Bermúdez et. alt. (2009) observan en una muestra de 4.456 adolescentes de entre 13 y 18 años, mayor tendencia en los varones a asumir riesgos, la relación entre la monogamia y el género femenino y la asociación entre un mayor número de parejas sexuales, mayor uso de preservativo y menor edad en el primer contacto sexual con el grupo masculino. Si bien, chicos y chicas exploran de igual modo la intimidad sexual durante la adolescencia media y tardía. Ambos buscan reconocimiento y valoración por parte de la pareja, sin embargo, las chicas tienden a priorizar la importancia de la entrega y al miedo al dolor del desamor y los chicos los aspectos placenteros y el miedo al rechazo (Massa, Pat, Keb, Canto, Carvajal, 2011).

Respecto a las diferencias de género en psicopatología Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz (2009) en un estudio con población adolescente encuentran una mayor frecuencia de correlaciones con quejas somáticas con estados de ánimo negativos, tristeza y miedo, en el caso de las chicas y con enfado, en el caso de los chicos reiterando las citadas diferencias de género en el caso de la externalización/internalización conductual.

Por otro lado, también mencionar en relación a la expresión emocional, la bibliografía señala la tendencia al afrontamiento orientado a la acción y la realización de actividades distractoras relajantes en chicos y, orientado a la emoción y la búsqueda de apoyo social, en las chicas, siendo más adaptativo y asociado a la mejora del bienestar adolescente, el estilo de afrontamiento centrado en acciones distractoras (Rey y Extremera, 2012).

En esta línea, Viñas et alt. (2015) señalan las diferencias de género en los estilos de afrontamiento adolescente, en concreto las chicas tienden a estrategias no

productivas, como culparse a sí mismas o preocuparse, en los chicos se observa con más frecuencia la ignorancia hacia el problema o el guardarlo para sí.

La bibliografía señala mayor frecuencia entre los chicos del autismo, la hiperactividad, el comportamiento antisocial, los problemas de lenguaje y las deficiencias en el aprendizaje. Por su parte, el género femenino se asocia a problemas que se relacionan con aspectos emocionales, depresión, la timidez y miedo. Es decir, los chicos presentan más tendencia a la externalización conductual (conductas socialmente desadaptativas y agresivas) y las chicas más tendencia a conductas de carácter internalizado (ansiedad, depresión y quejas somáticas) (García, Cerezo, De la Torre, Carpio, Casanova, 2011; Zubeidat, Fernández – Parra, Ortega, Vallejo y Sierra, 2009; Viñas et. alt., 2015).

El afrontamiento desadaptativo y orientado a evitar el problema es más frecuente en chicas y se asocia con niveles superiores de psicopatología (Pamiés y Quiles, 2012). Mayor conducta antisocial y desafiante en chicos (Viñas, González, García, Ballabriga, Casas, 2012). La mayor frecuencia de actitudes agresivas y de tolerancia a la violencia se asocia con las conductas violentas, más frecuentes en chicos (Ferragut, Blanca, Ortiz-Tallo, 2013).

La ansiedad es más prevalente en las mujeres y aparece a edades tempranas y es un potente indicador de la ansiedad en la vida adulta (Collado-Mateo, Díaz – Morales, Escribano y Delgado, 2013). Y, dentro del espectro ansioso, destaca la mayor incidencia de las alteraciones con la imagen corporal (rumiación, preocupación, insatisfacción, vergüenza, expectativas de auto eficacia y auto estima bajas) en las chicas (Viñas et. alts. 2015)

Finalmente recordar que las diferencias de género se deben, además de a factores psicosociales, a cambios hormonales y fluctuaciones en los niveles de las mismas, concretamente, el cerebro debe adaptarse al incremento de esteroides sexuales, siendo dicha fluctuación, cíclica en el caso de las chicas. Dichos cambios inciden, entre otros, en

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

el sistema serotoninérgico, siendo bien conocida la relación de este neurotransmisor con las alteraciones y los problemas en el estado de ánimo.

1.3. VARIABLES PSICOPATOGÉNICAS

En este apartado incluye 2 sub apartados; el primero dedicado a la literatura existente en relación a la sintomatología clínica en la adolescencia: aspectos evolutivos, rasgos de personalidad, cuadros clínicos... y un segundo apartado en el que se detallan estudios recientes en trastorno alimentario, en concreto se describe el constructo de imagen corporal, génesis, influencias y sus disfunciones.

1.3.1 Síntomas Clínicos en la adolescencia.

La bibliografía en el ámbito de la psicopatología infanto-juvenil se caracteriza, por un lado, por la escasez de pruebas de evaluación que permitan abordar dicha realidad psicosocial y, por otro, por la dificultad en establecer categorías diagnósticas claramente definidas en relación a problemas conductuales y emocionales. Sin duda, es a partir de la aparición del DSM-III (APA, 1980) cuando se estimula la realización de estudios relacionados con la psicopatología en niños y adolescentes (Zubeidat et. alt. 2009).

Los resultados sobre la incidencia de la patología adolescente son poco concluyentes dado que los índices varían en función del instrumento de medida utilizado, De la Barra (2009) realiza una revisión de 52 estudios sobre la prevalencia de la psicopatología infanto - juvenil obteniendo resultados muy variables entre 151%: los criterios de Rutter mostraban 12%, la entrevista K-SADS 14% y el DISC 20-25%. Observándose problemas en las muestras, definición de caso, análisis y presentación de los datos. Sanz et. alt. (2009) en su estudio con adolescente españoles, de entre 16 y 21 años, señalan que los trastornos de tipo neurótico, adaptativo y reacciones al estrés son los más frecuentes, estando el primero asociado al género masculino y los siguientes, junto al trastorno alimentario, relacionados al grupo femenino. Los autores no observan efecto de género en los trastornos de personalidad.

Recientemente, Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giraldez, Sierra - Baigrie, Ordoñez, Muñiz (2011) identifican la adolescencia como una etapa especialmente sensible para el surgimiento y desarrollo de síntomas del espectro esquizotípico. En esta línea, Navarro – Pardo, Meléndez, Sales, Sancerni (2012) en su estudio con población infante - juvenil de entre 0 y 17 años señalan la incidencia de los trastornos conductuales, de eliminación y TDHA entre los 0 y los 11 años, entre los 12 y los 15 se mantienen los problemas de conducta y se observa el aumento de los problemas de ansiedad y de los trastornos alimentarios relacionado con la importancia que tiene en este momento evolutivo el auto concepto y la auto estima para unas buenas relaciones interpersonales y ajuste psicosocial. En la infancia predominan los trastornos funcionales relacionados con hitos evolutivos, con la edad, y en relación al grupo de entre 16 y 18 años, la psicopatología se relaciona con los cambios físicos, psicológicos y hormonales y por el desarrollo de las relaciones de interacción social, compromiso e intimidad entre iguales.

La adolescencia ha sido considerada una etapa de difícil diagnóstico salud / enfermedad siendo un periodo de transición que modifica la expresión de los trastornos físicos y emocionales (Carrasco dell' Aquila, Gómez y Staforelli, 2009) por lo que son necesarias ciertas normas evolutivas a la hora evaluar la psicopatología y establecer las vías de desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales en esta etapa. Las características temperamentales muestran estabilidad en años posteriores a través de los rasgos de personalidad. Dicha continuidad implica la conceptualización de las características tempranas de personalidad como herramientas de adaptación / desadaptación (Clercq, Van Leeuwen, De Fruti, Van Hiel y Mervielde, 2008; Soares y Dias, 2007).

Las diferencias tempranas en los rasgos temperamentales se expresan posteriormente como rasgos estables de la personalidad, más o menos adaptativos en la adolescencia y edad adulta, es decir, el temperamento es la raíz biológica de la personalidad. Los estudios señalan la relación entre la psicopatología temprana y el riesgo del desarrollo de problemas de conducta en años posteriores. Lo que avala, tal y como señalan De Clerq et al. 2008, la cronicidad de la patología infante - juvenil.

Los rasgos de personalidad implican tendencias diferenciales en la externalización/internalización de síntomas psicopatológicos. La externalización se refiere a conductas disfuncionales, neuroticismo, agresividad, delincuencia, impulsividad, desinhibición y déficit en auto control y la internalización conductual implica ansiedad, tristeza, reactividad emocional, baja tolerancia a la novedad, introversión.

La psicopatología adolescente es el resultado de disfunciones adaptativas acumuladas, siendo la calidad de las experiencias promotoras / protectoras de la disfunción (Soares y Dias, 2007). La psicopatología resultante será predecible en la medida en la que dichas experiencias sigan presentes. Así, la presencia de abuso sexual, auto lesiones, conflictividad familiar y empobrecimiento emocional se relaciona con patología alimentaria concomitante con trastorno límite de la personalidad en la edad adulta (Gargallo, Fernández y Raich, 2003). Según Mc Gue y Iacono (2005) el uso de sustancias, la conducta sexual y los altercados con la policía en la adolescencia correlacionan con abuso / dependencia de sustancias, síntomas depresivos y trastorno de personalidad antisocial a los 20 años, auto estima, sociabilidad, dificultades en las relaciones sociales, tendencias obsesivo compulsivas, elevada sensibilidad interpersonal, depresión, ideación suicida, baja tolerancia a la frustración correlacionan negativamente con psicopatología en población adolescente (Garaigordobil, 2006). La afectividad negativa es un factor predisponente en la pérdida de control con la ingesta y el desarrollo de atracones (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007). Niveles elevados de psicopatología internalizante y auto estima baja favorecen la progresión creciente en el consumo de sustancias de entre 13 y 18 años (Oliva, 2008). La sintomatología depresiva y, en concreto, el síndrome distímico, se asocian a problemas alimentarios (Bordá , Torres y Del Rio, 2008). El déficit de habilidades sociales se asocia a desajustes psicológicos, si bien, actualmente, no queda claro si la psicopatología es causa o consecuencia de las carencias en el equipaje psicosocial (Contini, Betina, Medina, Álvarez, González, Coria, 2012)

La etiología de la salud mental es compleja y multifactorial. La investigación señala entre los factores que contribuyen al desarrollo de la psicopatología adolescente los antecedentes de enfermedad mental, la identificación negativa con la cultura a la que el joven pertenece, funcionamiento familiar inadecuado, fracaso escolar, la presencia de

estresores ambientales (experiencias traumáticas o abusos, violencia, pobreza o desempleo en el sistema familiar, enfermedad crónica en los padres), relaciones y funcionamiento socio afectivo en los padres, presencia de disciplina punitiva (García et. alt., 2011; Maggi, Ostra, Tansey, Dunn, Hershler, Chen y Hertzman, 2008).

En relación al estilo de socialización parental Iglesias y Romero, 2009 y, más recientemente García et. alt., 2011 constatan la asociación de la internalización conductual, ansiedad y depresión, se asocia con estilos autoritarios, mientras que los síntomas de comportamiento externalizante se relacionan con pautas de socialización de tipo permisivo. En esta línea el estilo atribucional y el perfil de afrontamiento como variables mediadoras y la edad, el género y el soporte familiar como variables moduladoras serían determinantes en la relación dinámica y recíproca entre el estrés y la psicopatología adolescente. Es más, los síntomas breves se asocian a estresores cotidianos y los más crónicos se relacionan con estresores del sistema familiar (Sanz et. alt., 2009).

La bibliografía señala como variables protectoras del desarrollo de la clínica adolescente estilos de afrontamiento y personalidad propia del joven como niveles elevados de resiliencia y sentimientos de auto eficacia, locus de control interno y confianza empatía con el apoyo familiar (Viñas et.alt., 2015). Si atendemos a signos psicopatológicos más severos, las experiencias esquizotípicas como pensamiento mágico o delusiones y las relacionadas con el estado de ánimo depresivo son muy frecuentes en la población adolescente (Fonseca-Pedrero et. alt., 2011). Los trastornos alimentarios, depresión ansiedad y consumo de sustancias son más frecuentes en adolescentes con un estilo de afrontamiento de tipo evitativo y no adaptativo estando éste asociado al género femenino. Por el contrario, el uso de estrategias de aproximación al problema se asocian con niveles superiores de salud emocional en adolescente españoles (Palies y Quiles, 2012)

Los valores existentes en una cultura determinada condicionan la vida psicosocial de sus miembros y, en este sentido, las normas sociales se aplican a niños y adolescentes de igual modo que a los adultos, ejerciendo una enorme influencia sobre comportamientos y actitudes (Moral-Jiménez et. alt., 2011; Zubeidat et. alt., 2009). En la

cultura actual existen numerosos factores asociados al universo adolescente que estarían disparando conductas de riesgo e incrementando alguna de las patologías más frecuentes en esta edad, entre los factores asociados a conductas psicopatológicas durante la adolescencia se encuentran problemas emocionales, suicidio, delincuencia, sexualidad de riesgo, trastornos alimentarios y adicciones (Páramo, 2011)

Finalmente, la mayoría de los datos existentes sobre comorbilidad entre los trastornos psicopatológicos durante la adolescencia hace referencia a los trastornos de ansiedad en general, sin especificar cada uno de ellos, observándose que dichos trastornos ocurrían junto a otros tales como los trastornos depresivos, los trastornos de conducta, oposicionistas/desafiantes, atencionales con déficit de hiperactividad, y la dependencia de alcohol. Entre los rasgos de personalidad asociados a la expresión sintomática se observa la asociación de la extraversión y el neuroticismo con la clínica ansiosa y los estilos de apego con la ansiedad social (en Zubeidat et. alt., 2009).

En la actualidad se considera que el uso inteligente de nuestras emociones es esencial para la adaptación física y psicopatológica (Fuentes et. alt., 2015: Rey y Extremera, 2012). En esta línea, Viñas et. alt. (2012) indican la relación entre la regulación emocional y la presencia de clínica asociada a la hiperactividad, y trastornos antisociales y desafiantes, en concreto, la incapacidad de inhibir respuestas socialmente desadaptativas, la ausencia de miedo, empatía y culpa y la presencia de sentimientos de frustración y afectividad negativa se relacionan con el surgimiento de los problemas de conducta. En la misma línea, Torrente y Vazsonyi (2012) en un estudio con población española, señalan la asociación positiva entre la conducta desviada y los rasgos de extraversión y neuroticismo evaluados mediante el big five inventory.

1.3.2 Imagen Corporal en la adolescencia

Si bien la preocupación patológica por la imagen corporal no es exclusiva de nuestras días, el interés de los estudios sobre las alteraciones en la percepción de la imagen corporal es reciente dada la trascendencia de su impacto en el ámbito de la salud

física y emocional. Los trastornos de la conducta alimentaria se pueden considerar, en la actualidad, una verdadera epidemia que incide especialmente en preadolescentes y adolescentes (Anuel et al., 2012 Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013)

En sociedades post industriales se ha impuesto un modelo de excesiva delgadez en las mujeres y de una alta definición muscular en el caso de los hombres que inciden de forma diferencial en diferentes sectores de la población, especialmente mujeres y adolescentes (Montero, Morales, Carbajal, 2004). El prototipo de belleza dominante desde hace tres décadas es, además de inalcanzable, poco saludable (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2010)

Si bien es cierto que no se trata de una alteración de la conducta desconocida, ya que existe una amplia literatura que demuestra que el ayuno ha tenido, desde el principio de los tiempos, connotaciones divinas. Se creía que preservaba de las influencias demoníacas y garantizaba la pureza. Durante la Edad Media las mujeres religiosas seguían una abstinencia alimentaria voluntaria que, en nuestros días, bien podían haber recibido un diagnóstico de trastorno alimentario. El primer caso de trastorno alimentario documentado data de 1670, aunque fue Gull (1874) quien acuñó el término “anorexia nerviosa” para referirse a un estado de pérdida de apetito debido a un estado mental mórbido (Toro, 1999).

Al margen de esta breve reseña histórica, los primeros escritos médicos relacionados con el trastorno alimentario se remontan a mediados del s. XVII, pero es en la década de los 70 del s.XX cuando adquieren verdadera identidad al aumentar su incidencia. En España la problemática clínica surgió una década después que los países anglosajones y centroeuropeos (Zagalaz, 2005) constituyendo, hoy en día, un problema de salud pública endémico dada su incidencia, correlación sintomatológica, inicio temprano, resistencia al tratamiento y persistencia en la etapa adulta (Moreno y Ortiz - Viveros, 2010).

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como “una mala regulación del comportamiento alimentario, caracterizada por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales asociadas a la dieta, el peso y la figura corporal, manifestándose clínicamente asociados una psicopatología abundante y variada” (pp.19)(Olesti, Piñol, Martín, De la fuente, Riera, Bofarull, Ricomá, 2008)

La literatura acepta el hecho de que las alteraciones en la imagen corporal son un síntoma precoz de trastorno alimentario llegando a ser considerada como un factor predisponente clave y un criterio diagnóstico asociado a los trastornos de la conducta alimentaria (Anuel et. alt., 2012; Gasco, Biñol y Horcajo, 2009; Vaquero – Cristobal, 2013). Sin embargo, no existe una definición consensuada. La imagen corporal presenta una dimensión perceptivo - evaluativa (distorsión de la imagen) y una afectivo - motivacional (la satisfacción corporal).

Raich (2000) realiza una definición integradora de la imagen corporal entendiéndola como “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos (en Morales, 2006). Por su parte, Esnaola et. alt. (2010) definen la imagen corporal como constructo “conformado por las auto percepciones físicas de la persona” y más recientemente, Bully et.a alt. (2012) como un constructo complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo.

Actualmente, parece estar consensuada la idea de la imagen corporal como constructo multidimensional que involucra variables perceptivas (relacionadas con la distorsión corporal), cognitivo actitudinales (relacionadas con la insatisfacción con la imagen) y conductuales (implicadas en el desarrollo de comportamientos más o menos saludables). La insatisfacción corporal sería la discrepancia entre la imagen corporal auto percibida y la ideal, tiende a aparecer durante la adolescencia y puede ser precursora de desajustes psicológicos relacionadas con la conducta alimentaria.

La distorsión con la imagen corporal no implica alteración alguna de la percepción visual, los jóvenes con problemas alimentarios “ven” correctamente a sus familiares y amigos, sin embargo, su propia imagen está deformada. Dicha distorsión no se refiere al cuerpo que el joven percibe, sino al que imagina tener, es decir la alteración de la imagen está relacionada con el malestar que le genera su silueta corporal. Cuando el adolescente compara su cuerpo, en plena transformación y desarrollo, con el modelo estético, sólidamente interiorizado, experimenta un rechazo que generaliza al resto del sí mismo con lo que su auto imagen queda determinada por su representación corporal, obviando el resto de características personales. Además, el estar más delgado no tiene porqué suponer satisfacción corporal o ausencia de actitudes y comportamientos disfuncionales, de hecho, el cambio de actitudes disfuncionales hacia el propio cuerpo forma parte de los tratamientos psicológicos más eficaces establecidos por la APA para el trastorno alimentario (Gasco et. alt., 2010; Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2015).

Los problemas con la imagen corporal y los trastornos alimentarios se han relacionado de manera diferencial en función del género asociándose de forma significativa al género femenino. En su estudio de prevalencia en población española, Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002) estudiaron la presencia de actitudes de riesgo en desarrollo de alteraciones alimentarias evaluadas mediante el EAT-40, en un grupo de adolescentes de entre 14 y 19 años. El 16.5% de las chicas presentaban riesgo de alteraciones alimentarias, del grupo masculino, sólo el 0.4% obtuvo puntuaciones significativas.

Los chicos con normopeso tienden a mantener auto percepciones corporales más ajustadas a la realidad que las mujeres, dichas diferencias no se observan en el grupo con sobrepeso en el que ambos géneros tienden a percibirse ligeramente por debajo de su peso real (Montero et. alt., 2004). Estas diferencias se deben, en gran medida, a diferencias sexuales en los modelos socioculturales. A este respecto, se señala la asociación entre los “mass media” y la presión hacia la extrema delgadez en mujeres, según Vaughan y Fetus, 2003, el 90% de las modelos femeninas son de bajo peso. Los modelos femeninos promueven siluetas femeninas imposibles, altas y con extremidades largas y finas, poco peso y poca fuerza muscular (Tucci y Peters, 2008).

Recientemente, ha incrementado el interés por la preocupación por la imagen en los hombres al constatar que dicha alteración se asocia a determinadas prácticas deportivas, incluyendo amenazas a la salud con conductas dañinas como consumo de esteroides, anabolizantes y dietas excesivamente restrictivas, y a los índices de muscularidad y grasas (Arbinaga y Caracuel, 2008, Esnaola et. alt., 2010). El modelo estético ideal en los varones enfatiza un cuerpo musculoso y atlético, por lo que es de esperar que los jóvenes traten de desarrollar su cuerpo y con ello, su satisfacción física.

Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2010 confirman la influencia del modelo estético de delgadez en prensa y televisión con el incremento de síntomas de ansiedad, depresión, envidia y culpa y la menor aceptación corporal niveles mayores de afectividad negativa asociada a su cuerpo. De ahí que los programas de prevención desarrollados en base al enfoque cognitivo – conductual que promueven el desarrollo del pensamiento crítico sobre la información mediática, son los más efectivos en la mejora de la imagen corporal (Anuel et. alt., 2012)

Paradójicamente, en la sociedad actual coexiste la sobre valoración de la delgadez y la consiguiente estigmatización de la gordura como norma y el incremento del sobre peso en ambos géneros tanto en adultos como en población infanto juvenil como realidad constatada. España es el cuarto país de la unión Europea con mayor prevalencia de problemas de peso en población infanto juvenil (Bully et. alt., 2012). La actual contradicción entre el modelo estético vigente y el incremento del sobrepeso podría implicar el incremento de la insatisfacción con la imagen en la actualidad.

En relación a las diferencias socio demográficas, Esnaola (2008) estudia el atractivo físico en una muestra española de entre 12 y 55 años señalando niveles mínimos de aceptación del aspecto físico en el grupo femenino de entre 12 y 18 años y máximos en las mujeres mayores de 55 años. En los hombres, el grupo de mayor edad se asocia a niveles menores de auto concepto físico. Bien con la edad disminuye el impacto de la presión social hacia un determinado modelo estético, bien, los diferentes grupos de edad se ha socializado en diferentes ambientes socio culturales. Se considera la adolescencia como el periodo evolutivo de mayor riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios (Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich y Sánchez, 2009) observándose, en la

actualidad un descenso en la edad de los problemas de alimentación hasta involucrar a niños/as preadolescentes (Trujano, Nava, De Gracia, Limón, Alatraste y Merino, 2010).

La bibliografía al respecto del papel del género muestra acuerdo al afirmar que la insatisfacción corporal, en el caso de los hombres, ha permanecido estable. Sin embargo, los estudios no son tan unánimes en el caso de las mujeres. Según Esnaola et. alt. (2010) la insatisfacción con la imagen se mantiene estable a lo largo del ciclo evolutivo en mujeres y, por su parte Bully et. alt. (2012) defienden el incremento, el descenso y la polarización a personas satisfechas vs. personas insatisfechas. Estos autores definen la insatisfacción corporal como las discrepancias entre la imagen corporal auto percibida y la imagen corporal ideal es un constructo complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo. Su aparición, especialmente durante la adolescencia, se asocia desajustes psicológicos, como la angustia emocional, comportamientos de evitación o purgativos relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, depresión e incluso ideación suicida.

Los orígenes de la insatisfacción corporal son multifactoriales (específicos y generales) con predominio de factores biológicos, familiares y socioculturales (Alvarado, Silva y Salvador, 2009; Bully et alt., 2012; Carretero et. alt., 2009; Montero et. alt., 2004; Orzolek-Kronher, 2002; Troisi et. alt., 2006, Tucci y Peters, 2008; Vaquero et. alt. 2013)). Dentro de los factores asociados a la preocupación por la imagen está la edad, la presencia de dichas preocupaciones se sitúa en el intervalo comprendido entre los 8-9 y los 12- 13 años. La apariencia física es una de las primeras características con las que los niños se describen a sí mismos y a los demás, siendo la imagen corporal uno de los atributos principales en la construcción temprana del auto concepto.

Diversos estudios encuentran preocupaciones por la imagen y actitudes y conductas alimentarias problemáticas en niños de 7-8 años (de Gracia, Marcó y Trujano, 2007). Tucci y Peters (2008) observan niveles significativos de insatisfacción con la imagen en niños de 6 años señalando su relación con trastornos alimentarios (ingesta inadecuada, conductas purgativas, control del peso y la dieta), distrés emocional, rumiaciones y, en años posteriores, con una cirugía innecesaria. Los pre adolescentes presentan las mismas variables asociadas a la insatisfacción con la imagen y problemas

de alimentación en adolescentes y jóvenes. Otros factores son el índice de masa corporal (IMC), al auto concepto, las relaciones con familia, amigos y escuela y la influencia de los medios de comunicación.

González – Juárez, Pérez, Martín, Mitjá, Roy de Pablo y Vázquez de la Torre (2007) señalan diferencias de socio demográficas en los factores relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios. La edad resulta un factor protector en chicos, pero no en chicas, en éstas el nivel socioeconómico bajo, el verse obesas y la menarquía temprana suponen riesgo de disfunciones alimentarias. Dicho efecto de la edad en la imagen corporal también se observa en el estudio de Moreno y Ortiz –Viveros (2010) la preocupación por la imagen se asocia al grupo femenino y se observa un incremento con la edad.

La insatisfacción con la imagen corporal guarda relación directa con el riesgo de desarrollar trastorno alimentario (Moreno y Ortiz - Viveros, 2010: Trujano et. alt., 2010). En ambos géneros, la insatisfacción con la imagen tiende a disminuir con la edad. Finalmente, la presión social (medios de comunicación, moda, amigos y familiares) incrementa el riesgo en ambos géneros. Sin embargo, la presión social percibida se asocia con estrategias de cambio hacia el cuerpo en mayor medida en mujeres que en hombres, en éstos la discrepancia con el modelo estético corporal no se asocia a auto percepciones de falta de atractivo, insatisfacción con uno mismo e infelicidad (Esnaola et. alt., 2010)

Otra de las causas presente en la literatura para los trastornos alimentarios es la existencia de un acontecimiento estresante (presente en el 3 de cada 4 casos). En este sentido, los problemas alimentarios podrían interpretarse como una respuesta disfuncional de afrontamiento. Las disfunciones nutricionales (atracones, purgas) funcionarían como elemento de distracción y alivio de la afectividad negativa (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007).

Dentro de los factores considerados estresares en la población con problemas alimentarios Quiles y Terol (2008) señalan, separaciones o pérdidas, experimentación de

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

contactos sexuales, fracaso personal, incremento de peso, enfermedad física, accidentes de tráfico, traumatismos o modificaciones corporales y excesiva actividad deportiva. Estas mismas autoras observan la mayor presencia de estrategias de afrontamiento evitativas, en comparación con las estrategias orientadas al problema, en sujetos con problemas alimentarios. Estudios con población adolescente coinciden en relacionar el afrontamiento evitativo con el género femenino (Bermúdez et al., 2009; González et al., 2002) e indican, entre los principales problemas referidos por los adolescentes se encuentran los de carácter interpersonal (relaciones con compañeros, muerte o pérdida de familiares).

Palies y Quiles (2012) en la línea de la literatura existente, en su estudio con adolescente españoles observan que los estilos de afrontamiento evitativos, huida intropunitiva (culpa, introversión) y conductas de reducción de tensión (llorar, gritar, consumo de sustancias) explican el mayor porcentaje de varianza en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en ambos géneros.

Recientemente se está considerando como causa potencial en el desarrollo de los trastornos alimentarios déficits neuropsicológicos, fundamentalmente en áreas relacionadas con la memoria, la atención y las tareas ejecutivas. La distorsión perceptiva resultante generaría la sobreestimación corporal que motiva la insatisfacción con la imagen (Alvarado, et. alt. 2009). Según estos autores, el procesamiento de estímulos complejos favorece la sobreestimación de determinadas características para incrementar su comprensión, siendo así, jóvenes con problemas alimentarios perciben su cuerpo de forma fragmentada y con desproporciones en determinadas partes del mismo observando la presencia de déficits visoperceptivos en un grupo de 120 jóvenes en riesgo de desarrollar problemas alimentarios. En esta línea, la falta de habilidad a la hora de juzgar el estado mental propio y ajeno genera las interpretaciones erróneas que subyacen a las alteraciones emocionales, desadaptación de la conducta social, psicopatología y trastornos alimentarios (Medina – Pradas, Navarro, Álvarez – Moya, Grau, Obiols, 2012).

Y, finalmente, desde la psicología cognitiva se señala la relación entre los esquemas cognitivos disfuncionales y, dentro de éste, el perfeccionismo, como variable implicada tanto en la etiopatogénesis de los trastornos alimentarios como en su mantenimiento (Boone, Braet, Vandereycken y Claes, 2012; Boone, 2013; Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2015)

En su teoría transdiagnóstica de trastornos de la alimentación (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003) afirman que el perfeccionismo clínico y la rigidez cognitiva son dos de los mecanismos mantenedores básicos de la patología alimentaria unidos a la insatisfacción corporal y la baja auto estima.

Si bien en la actualidad no queda no existe consenso al respecto del perfeccionismo, la literatura señala la asociación positiva entre niveles bajos de perfeccionismo y mejora de la clínica asociada a la patología alimentaria. Si bien la literatura ha abordado ambos constructos por separado, ambos están interrelacionados. El perfeccionismo es un rasgo de personalidad multidimensional y resistente al cambio y se relaciona con la afectividad negativa, la baja auto estima y la vivencia dramática de los errores (Boone et. alt., 2012). En esta línea, el perfeccionismo mediaría entre la representación mental del cuerpo, así, los sesgos perfeccionistas serían conductas de afrontamiento insanas de la afectividad negativa que, a su vez, provocan la excesiva focalización de la atención en la imagen corporal. La auto crítica rigorista estaría a la base de la insatisfacción con el cuerpo (Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2015) .

1.4. VARIABLES SALUTOGÉNICAS

Como se ha indicado en el apartado 1.0 de esta sección primera, las variables Salutogénicas serían aquellos factores promotores y/o mantenedores del bienestar.

En concreto, el presente trabajo estudia el efecto salutogénico de los estilos de apego, en primer lugar, el bienestar psicológico y el auto concepto en segundo y tercer lugar respectivamente.

1.4.1 Los Estilos de Apego en la adolescencia

Bowlby publicó en 1940 “La influencia de la experiencia temprana en el desarrollo de la neurosis y el carácter neurótico” una de las obras más influyentes de finales del siglo pasado y principios del actual que intenta explicar los efectos de las relaciones vinculares tempranas establecidas entre el niño y su cuidador. Dicha teoría “aporta luz al estudio no sólo de las primeras relaciones significativas y constituyentes, sino también al de la hipótesis de que un mal establecimiento y/o mal desarrollo del vínculo puede generar riesgo de aparición de trastornos de la personalidad u otros trastornos psicopatológicos en etapas evolutivas posteriores. E incluso al estudio de la repercusión de las vinculaciones tempranas sobre la construcción y el desarrollo relacional, emocional, neuropsicológico y cognitivo” (Enríquez, Padilla y Montilla, 2008; Martínez – Álvarez et.al., 2014)

La teoría del attachment o apego tomó forma hacia la segunda mitad de los años 50 del s. XX (Martínez y Santélices, 2005), en estos años, Bowlby colaboraba en un estudio sobre los efectos de la hospitalización pediátrica y la interrupción de las visitas de los padres a los niños ingresados, en el desarrollo psíquico infantil.

Desde el planteamiento pionero de Bowlby, el estudio del apego ha seguido dos líneas independientes; las relaciones paterno filiales durante la infancia y adolescencia, y las dinámicas afectivo relacionales del apego en la etapa adulta

(Martínez – Álvarez et.al., 2014)

Tal y como señalan Ortiz et. alts., 2013, durante los años 50 y 60 los estudios sobre el apego se realizaban desde la perspectiva psicoanalítica. Esta orientación consideraba el apego como un proceso fundamental en el desarrollo de la personalidad. Las investigaciones sobre los estilos de apego infantiles y sus repercusiones en las relaciones afectivas adultas se abandonaron coincidiendo con el auge de la perspectiva conductual, resurgiendo en la década de los ochenta, con los trabajos iniciados por Hazan y Shaver (1987) y seguidos por Mikulincer y Shaver (2003; 2007) defiende que las relaciones adultas comparten características similares a las experimentadas entre el niño y el cuidador, experiencia de seguridad, búsqueda de intimidad, vivencia del rechazo o autonomía.

Según Feeney y Noller (2001) fue Bowlby quien desarrolló un primer modelo coherente sobre los procesos a través de los cuales los niños desarrollan sentimientos de confianza en la protección paterna y/o adulta. Siendo una de las propuestas más influyentes a la hora de explicar, en especial, la dinámica de las experiencias íntimas afectivo – sexuales (Gómez - Zapiain, 2005), y, en general, la relación entre las experiencias tempranas y la personalidad adulta (Martínez – Álvarez et al. 2014; Montero, 2006; Ortiz, Gómez - Zapiain y Apodaca, 2002; Shemmings, 2006; Troisi et. al., 2006). Sin embargo, fueron las aportaciones de Mary Ainsworth las que permitieron la expansión conceptual y académica, consolidando así, el apego como objeto de trabajo e investigación (Galán, 2010).

Se trata de un mecanismo relacional en el que la diada cuidador – niño se define por la interacción entre las habilidades del cuidador para responder a las necesidades del niño y la capacidad de éste para depender de la figura de apego (Feeney y Noller, 2001). Según teoría del apego, el niño no está equipado para sobrevivir en el momento del nacimiento, por lo que necesita de la ayuda de figuras protectoras que satisfagan todas sus necesidades básicas. Los lazos afectivos entre el niño y el cuidador funcionan como

elementos adaptativos vitales, por lo que son de etiología biológica, operando, durante la infancia a nivel preconscious o intuitivo.

Entendido de ésta forma, el apego sería un sistema motivacional innato fundamental para la supervivencia del niño ya que responde a necesidades universales. Las relaciones de apego representan la forma más íntima de relación humana. “Actualmente se reconoce que la organización del sistema de apego es clave para comprender el desarrollo personal y social de las personas” (Fernández – Fuertes, Orgaz, Fuertes y Carcedo, 2011).

Tal y como afirman Cooper, Shaver y Collins, 1998 niño y cuidador están inmersos en una relación coordinada en la que el cuidador responde a los signos de miedo o distrés del niño; si la respuesta del cuidador es adecuada, el niño desarrollará confianza y seguridad y dispondrá de una base segura desde la cual explorar el entorno. El contenido de los esquemas de apego incluye cadenas de conductas del niño para ganar seguridad y el resultado típico de dichas conductas, entendido de este modo, el apego incluye dominios afectivo – cognitivo – conductuales que informan de lo adaptativo o no de un patrón de conductas posibles en un contexto dado.

La respuesta de la figura de apego a las demandas de proximidad, protección y seguridad va conformando el estilo de apego principal. Los vínculos de apego favorecerían la adaptación mediante la auto regulación conductual dirigida a mantener la proximidad con la figura protectora. Estas experiencias tempranas con el cuidador se internalizan como prototipos de funcionamiento o modelos operantes internos y sirven como guía para relaciones futuras, al tiempo, que incluyen las reglas para expresar y afrontar el malestar asociado a experiencias estresantes. Por ello, el estilo de apego será especialmente relevante en situaciones que demanden cambio y adaptación.

Dentro de los modelos operativos internos Bowlby distingue estrategias primarias que forman el sistema comportamental principal y son sensibles al contexto y estrategias secundarias que incluyen estrategias conductuales destinadas a reducir o manipular (desactivación vs hiperactivación) las respuestas desadaptativas del sistema principal (Soares y Dias, 2007).

La bibliografía asume el mantenimiento del sistema de apego a lo largo del ciclo vital y dicha continuidad es debida principalmente a la presencia de modelos mentales del sí mismo y de los otros, componentes fundamentales de la personalidad (Bowlby, 1980). Main, Kaplan y Cassidy (1985) definen los modelos operantes "como el conjunto de reglas conscientes e inconscientes que organizan la información relevante del apego y permiten el acceso limitado a dicha información".

Bowlby conceptualizó los modelos operativos internos de forma general, no los redujo a esquemas del yo y de los otros, sin embargo, según Bretherton et. al. (1999) es respecto a ambas representaciones que el autor elaboró más ampliamente su teoría del apego (Rozenel, 2006; Sibley y Uveral, 2008)

Estos prototipos o modelos operantes internos organizan la experiencia subjetiva y la conducta adaptativa creando representaciones psíquicas de sí mismo y de los demás. Según Moneta (2003) los modelos de apego, preparan el terreno para la instalación de estrategias de resolución de problemas experienciales de separación y pérdida. Así, los esquemas de apego se ponen de manifiesto durante la adolescencia a través de los mecanismos de afrontamiento. Los estilos relacionales adaptativos favorecerían la adaptación psicosocial, los estilos disfuncionales, agudizarían las carencias del adolescente, probablemente, en el momento que más necesite recursos personales.

La organización de la experiencia subjetiva está influida por procesos cognitivo emocionales ya que necesitaría la confirmación de las representaciones mentales de las figuras de apego, del sí mismo y del contexto, todas ellas dentro de experiencias concretas (Casullo y Fernández, 2005), que incidirían en la adaptación posterior en el contexto del auto concepto y de las relaciones.

Durante la adolescencia los modelos internos de apego adquieren la importancia de proporcionar a la persona las estrategias para mantener la seguridad propia, el poder disponer o acceder a la figura de protección es la base para la formación de una personalidad sólida y estable (Penagos et. alt., 2006).

Estos modelos internos tienen un componente de estabilidad que ayuda a generar expectativas acerca del comportamiento del sí mismo y de los demás, de esta forma se anticipa o no la disponibilidad y responsividad de las figuras que se hace, particularmente notoria, en dominios de cambio y desarrollo (Fernández – Fuertes et. alt., 2011; Lozano et. alt., 2007; Rozanel, 2006). Además estos esquemas de apego están jerárquicamente organizados a lo largo de diferentes dominios relacionales específicos y predicen figuras de apego específicas (familia, amigo íntimo y pareja) (Sibley y Overall, 2008). Si bien la motivación de proximidad se mantiene estable a lo largo del ciclo vital existen diferencias en función del ciclo evolutivo; relaciones más complementarias y de contacto físico en la infancia y de mayor reciprocidad y cercanía emocional en la edad adulta (Fernández – Fuertes et. alt., 2011)

La bibliografía confirma ampliamente el papel de la organización de apego en la regulación emocional (Belánger y Brisebois, 2010; Botella y Grañó, 2008; Casullo, 2005; Fernández –Fuertes et. alt., 2011; Garrido, 2006; Lee y Bell, 2003; Lozano et. alt., 2007; Melero y Cantero, 2008; Moneta, 2003; Sheemings, 2006; Sibley y Overal, 2008; Stroebe et. alt., 2006).

Los modelos internos de apego guían y predicen la conducta y orientan la toma de decisiones a partir del carácter predictivo que han adquirido las señales interpersonales. Las diferentes organizaciones del apego se asocian a ciertas emociones y la expresión de dichas emociones se realiza de acuerdo al estilo de apego prioritario en la persona. El apego es concebido como la regulación diádica de la emoción en la medida en que favorece o no la creencia de que el mundo es seguro, que es posible confiar en los demás y de que uno está capacitado para aventurarse y experimentar.

No existe consenso en cuanto a la clasificación de los estilos de apego. Los estudios clasifican el apego según el estilo predominante en el que la persona muestra

cierto grado de cada estilo en una tendencia global. Ainsworth, (1978, 1.991), basándose en las teorizaciones de Bowlby, 1982 encontró 3 categorías en la organización del apego a partir de las respuestas al estrés que los niños expresaban cuando se enfrentaban a una situación extraña en ausencia de su figura de apego, por un lado, y de la disponibilidad y responsividad de dichas figuras a la respuesta del niño (Rozelen, 2006). Los patrones básicos de comportamiento encontrados fueron:

- **Apego Seguro:** el estilo se caracteriza porque aparece ansiedad de separación, y reaseguración al volver a encontrarse con el cuidador. Este modelo de funcionamiento interno se caracteriza por la confianza en el cuidador.
- **Apego Ansioso - Evitativo:** este apego es interpretado como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador.
- **Apego Ansioso - Ambivalente / Resistente;** en esta categoría el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador, parece que hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención.
- **Apego Desorganizado / Desorientado:** Se consideró que aquellos niños que no entraban dentro de ninguna de las categorías anteriores tenían un patrón de apego desorganizado/desorientado. Este tipo de apego aparece con frecuencia en niños cuyos cuidadores inspiran miedo, por lo que se enfrentan a la situación paradójica de necesitar protección de las figuras que a su vez provocan circunstancias atemorizantes.

Por su parte, Bartholomew, 1984 (Casullo y Fernández, 2005; Melero y Cantero, 2008; Waldinger, Schulz, Barsky y Ahern, 2006) categorizó el apego en base a dos dimensiones: el objeto percibido (el sí mismo vs. el otro) y otra dimensión que incluye la valoración emocional (positivo vs. negativo). Las combinaciones de ambas dimensiones dieron lugar a 4 estilos de apego denominados:

- **Apego Seguro** (imagen positiva de sí mismo e imagen positiva de los demás): elevada auto estima y confianza en sí mismo y en los demás, lo que evita problemas interpersonales serios, predisposición al acercamiento, la autonomía y a la intimidad.
- **Apego Ansioso / preocupado** (imagen negativa de sí mismo e imagen positiva de los demás): muestran baja auto estima y necesidad constante de aprobación externa, deseos de intimidad extremos favorecen la dependencia afectiva, hipersensibilidad al abandono o rechazo dada su intensa activación del sistema de apego. Presentan problemas en detectar la asociación entre sus actos y las consecuencias de los mismos.
- **Apego Temeroso** (imagen negativa de sí mismo e imagen negativa de los demás). Deseos de intimidad unidos a desconfianza e incomodidad ante ella, evitan el vínculo emocional. Este estilo da como resultado personas altamente dependientes con gran temor al rechazo, necesidades de apego frustradas y dificultades en establecer relaciones interpersonales satisfactorias.
- **Apego Evitativo / Huidizo** (imagen positiva de sí mismo e imagen negativa de los demás): apoyados en si mismos persiguen la auto realización aún a costa del deterioro de sus relaciones con los otros, falta de valoración de los lazos afectivos como estrategia defensiva ante la expectativa de daño por el contacto con los demás, elevada auto suficiencia emocional y orientación al logro y baja activación de las necesidades de apego que favorece la presencia de dificultades a la hora de acceder y manejar afectos negativos.

Como se ha indicado en las primeras líneas de este apartado, los trabajos de Hazan y Shaver retomaron los estudios clásicos sobre el apego, revitalizando su investigación a finales de los años 80 y principios de los 90, desde entonces los estudios realizados señalan importantes implicaciones de la teoría del apego, en especial, en relación a las relaciones amorosas.

Hazan y Shaver (1990) consideran que, en las relaciones románticas, el sistema sexual entra a acompañar a los sistemas de seguridad y cuidado y ejerce un rol fundamental en el establecimiento y mantenimiento de la pareja. De hecho, estos autores conciben el amor como un proceso de apego.

La organización segura del apego, favorece el desarrollo personal en la medida que proporciona experiencias de seguridad y confianza necesarias para el desarrollo de una relación íntima. La teoría de los estadios psicosociales de Erikson (1968) señala el desarrollo de la identidad como condición “sine qua non” para el desarrollo posterior de la intimidad. Por ello, la lucha del adolescente por conocer quien es debe concluir en una imagen de sí positiva para poder establecer adecuados vínculos afectivos románticos y no románticos futuros.

La perspectiva del apego ofrece un marco teórico y empírico de gran interés para tratar de explicar la dinámica de las experiencias íntimas afectivo – sexuales (Gómez-Zapiain, 2005). Este autor señala la existencia de asociaciones significativas de las relaciones sexuales con la auto estima, la depresión, la empatía o la propia preocupación ante la experiencia sexual.

El apego adulto sería multideterminado, pero el estilo de apego adolescente es uno de sus determinantes más importantes. El apego romántico es un determinante importante en la socialización y la formación de la identidad y la capacidad para establecer relaciones íntimas. La no consecución de una identidad adolescente firme daría lugar a lo que Orlofsky (1993) denominó “pseudo intimidad” o “intimidad no madura” que se daría en aquellos sujetos que no habiendo desarrollado un adecuado sentido del self refieren experiencias vinculares íntimas. De este modo, la adecuada organización del apego funcionaría como variable protectora del desarrollo afectivo general y sexual en

particular. Así, por ejemplo, la soledad ha sido descrita en la adolescencia como vinculada al fracaso en la satisfacción de las necesidades de relación con pares y relaciones íntimas (Tapia et. alt., 2003).

El origen de la teoría del apego fue explicar el desarrollo de la psicopatología, siendo el apego uno de los determinantes más significativo de la calidad de vida a cualquier edad (Moore y Leung, 2002).

Desde esta perspectiva, la psicopatología se entiende como el resultado acumulativo de desviaciones durante el desarrollo. Lee y Bell, 2003 observan asociaciones positivas entre el factor de autonomía del apego con una mayor competencia psicosocial y menor consumo de drogas en adolescentes. Por su parte, Parra et. alt., 2004 confirman la relación entre los estilos de apego y el auto concepto en adolescentes, señalan la existencia de patrones diferenciales en función de edad y género e indican que, variaciones en la auto estima incidirán, solamente, en aquellas interacciones sociales que reúnan determinadas condiciones de intimidad. Tal y como afirman estos autores, niveles demasiado elevados de intimidad podrían no resultar tan beneficiosos para el adolescente ya que podrían suponer una introspección excesiva o una gran dependencia de esa relación.

El apego seguro se asocia negativamente con el neuroticismo y positivamente con la extraversión, estos factores de personalidad favorecen las conductas de búsqueda y cooperación, favorecen la auto trascendencia. El estilo inseguro se asocia con la tendencia a la evitación, la dependencia y la competitividad, esta combinación de factores se asocia con problemas de ansiedad y depresión (Chotai et. alt., 2005). Troisi et. alt. (2006) observan asociaciones significativas entre los estilos de apego y la auto estima. Adolescentes cuyo estilo de apego principal es inseguro otorgan niveles superiores de importancia al dominio físico del auto concepto y niveles inferiores de auto estima en genera en comparación con el grupo con estilo de apego seguro. La falta de satisfacción corporal y el estilo inseguro del apego están estrechamente relacionados con el trastorno alimentario en chicas.

Estudios recientes han vinculado el apego en niños con el ajuste posterior, una relación de apego seguro entre el cuidador y el niño pronosticaría un ajuste positivo en la adolescencia (Lozano et. alt., 2007; Soares y Días, 2007; Zubeidat et. alt., 2009) y el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes como consecuencia del fallo en el logro de autonomía reafirmación de las figuras parentales y en la construcción de una identidad diferenciada de éstos (Boone, 2013; Botella y Grañó, 2008; Cuhna, Relvas y Soares, 2009; Obeid et.alt., 2013). Recientemente, Becoña, Fernández del Río, Calafat y Fernández Hermida, 2014, consideran el apego uno de los mayores factores de riesgo y/o protección del consumo de sustancias durante la adolescencia, dicho efecto protector estaría mediatizado por otras variables como el sexo. la edad, la auto estima o el grupo de iguales

1.4.2 El Bienestar Psicológico en la Adolescencia

Si bien los inicios del estudio del bienestar psicológico comienzan en centro Europa hacia la década de los 60, su estudio no cobró importancia hasta los años 70 e inició una verdadera explosión a partir de los 80, época en la que se inicia la investigación sobre la calidad de vida en el ámbito de la medicina y sobre el modo e intensidad con la que las personas experimentan y valoran sus vidas de forma positiva (Rodríguez - Goñi y Ruiz de Azúa, 2006). El estudio de bienestar y la búsqueda de indicadores objetivos concierne a las ciencias sociales en su totalidad (Vázquez, 2006). Dentro de la psicología, el trabajo se centra en la relación entre variables de personalidad y la experiencia de felicidad.

Es en la década de los 90, cuando la investigación se orienta hacia los componentes cognitivos y afectivos del bienestar psicológico, dentro de un renovado interés por las dimensiones positivas del desarrollo psicosocial (Fuentes et. alt., 2015; Rodríguez - Fernández y Goñi - Grandmontagne, 2011). Sin embargo, los estudios en población adolescente siguen siendo muy escasos en comparación con la bibliografía existente en población adulta (Casas, et. alt., 2013)

Lázarus y Folkman (1984) señalan, en su modelo de afrontamiento del estrés, la importancia de las cogniciones de atribución realizadas por la persona tanto del evento estresante como de los recursos de que dispone para hacerles frente. Según estos autores, la valoración del evento estresante como reto / oportunidad o amenaza dependerá del grado en el la evaluación del evento implique la presencia o disponibilidad de obtención de los recursos para hacerle frente (Casado, 2002). Por ello, la dimensión cognitiva del bienestar favorecería la elaboración de juicios atribucionales favorables, lo que permitiría el afrontamiento adaptativo. Por ello, el bienestar psicológico establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas (González Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002).

En la misma línea, el estudio de Cornejo y Lucero (2005) apunta a los niveles de bienestar psicológico como reflejo del impacto de las estrategias de afrontamiento utilizadas. En concreto la orientación centrada en el problema y la dimensión de búsqueda de apoyo emocional de la orientación centrada en la emoción son las más relacionadas niveles elevados de bienestar psicológico. Orientaciones centradas en la emoción, menos funcionales, se asocian con bajos niveles de bienestar psicológico

El modelo de creencias de auto eficacia de Bandura (1989, 1997) constituye uno de los marcos teóricos más empleados a la hora de comprender los antecedentes de la motivación y el bienestar. Según este modelo, el bienestar está estrechamente relacionado con las creencias de auto eficacia a través del logro de objetivos personales.

Durante los últimos años, los estudios se han centrado en la función de la afectividad positiva en el desarrollo personal en oposición a los estudios clásicos entendían el bienestar psicológico como la ausencia del malestar o trastornos psicológicos, éstos estudios ignoraban componentes como la auto realización, el significado vital, el ciclo vital o el funcionamiento mental óptimo (Benatuill 2007; García et. alt., 2011)

Pese al incremento de la investigación sobre el bienestar psicológico en las últimas décadas del siglo pasado, no existe, una definición unánime del bienestar, lo que favorece

investigaciones difusas y poco claras al manejarse indistintamente conceptos como bienestar subjetivo, bienestar psicológico, salud mental, y felicidad.

Además, tampoco está claramente definida su vinculación con otras categorías.

La delimitación conceptual y metodológica es uno de los retos más grandes que tiene la investigación. Autores como Maslow, Rogers o Allport conceptualizan el bienestar psicológico como crecimiento y desarrollo del potencial personal y capacidades propias, por su parte, los estudios del bienestar subjetivo, con Diener (1984, 1994, 2009) como versión más extendida, explica el bienestar subjetivo o felicidad como una realidad compuesta por un componente cognitivo, la satisfacción con la vida como juicio global, y un componente afectivo o nivel hedónico como balance afectivo positivo/negativo presente en la vida de las personas. Según el autor, ambos componentes conforman sistemas diferentes, por lo que deben ser evaluados por separado aunque es de esperar que ambas dimensiones correlacionen entre sí (Rodríguez - Fernández y Goñi – Grandmontagne, 2011)

La satisfacción personal surge como punto de partida del intercambio entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, (García-Viniegras y González, 2000).

El bienestar supone tanto, la interacción entre la persona y su entorno como el grado en que el individuo es capaz de encontrar la realización personal a partir de las oportunidades u obstáculos que se le presentan. Se trata de una experiencia compleja, de carácter temporal, transaccional, y multideterminada donde confluyen aspectos materiales, sociales, objetivos y subjetivos.

Diener (1984) propone 3 principios básicos para la investigación en torno al bienestar: a) el bienestar se basa en las percepciones y evaluaciones que la persona realiza sobre su experiencia vital, b) deben ser incluidos los aspectos positivos y no sólo la ausencia de aspectos negativos y c) debe incorporarse la evaluación global de la persona al respecto de toda su vida (en Castellá, Soforcafda, Tonon, Rodríguez de la Vega, Mobancyk y Bedin, 2012).

Los estudios en torno al bienestar se organizan en dos líneas fundamentales. Una orientada al bienestar subjetivo (tradición hedónica), entendido el bienestar como

indicador de calidad de vida y definido como la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado al respecto. La otra línea de investigación supone una concepción del bienestar psicológico más cercana al concepto de felicidad (tradicción eudaimónica), entendiendo ésta, como el balance de afectos positivos y negativos provocados por la experiencia inmediata.

De ambas líneas de investigación se desprende una estructura del bienestar subjetivo formada por 3 factores; la satisfacción, entendida como juicio global al respecto de las experiencias vividas y la felicidad entendida como balance afectivo. Es decir, el bienestar estaría compuesto por satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno - Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006; Negovan, 2010; Rodríguez - Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011).

El aspecto cognitivo del bienestar (la satisfacción) es más interesante desde el punto de vista de la investigación dado su carácter estable. El componente afectivo es más reactivo y cambiante, por ello la investigación ha priorizado el estudio del componente estable del bienestar. Ésta característica de la dimensión cognitiva favorece el mantenimiento del bienestar a través de los diferentes ciclos vitales (Cornejo y Lucero, 2005; Salanova, Martínez Bresó y Grau, 2005) y se relaciona directamente con la valoración de uno mismo (Rodríguez et. alt., 2006). El estilo cognitivo sería pues estable, pero, la valoración de las experiencias se ve modificada por la afectividad predominante. La investigación al respecto (Rodríguez et. alt., 2006; Sansinenea et. alt., 2008) apunta que las dimensiones afectivas, positiva y negativa, no forman una dimensión continua, todo lo contrario, se trata de dimensiones independientes.

En definitiva, “la estructura del bienestar subjetivo compuesta por 3 dimensiones, satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo, aun cuando a veces presenta como repetidamente confirmada por numerosos estudios, no cuenta aún con corroboración empírica concluyente” (Rodríguez - Fernández y Goñi – Grandmontagne, 2011)

En cuanto a la presencia de diferencias individuales y la estabilidad temporal del bienestar psicológico existe una gran controversia, algunas investigaciones confirman la

ausencia de diferencias de género en el bienestar psicológico en adolescentes (Benatuill, 2007; Casullo, 2002; González et. alt., 2002; Videra – García y Reigal – Garrido, 2013). Algunos autores consideran el bienestar estable en el tiempo (Casullo y Castro, 2000; Cornejo y Lucero, 2005), para otros varía en función de las experiencias (González et. alt., 2002) o en función de las características evolutivas (Benatuill, 2007).

Recientemente, Castellá et. alt., 2012 señalan la ausencia de diferencias de género y observan una disminución del bienestar entre los 13 y los 16 años. Si bien en la actualidad el estudio del bienestar está en pleno auge (Fernández, Pérez y González, 2013) hacen falta estudios longitudinales que permitan evaluar la dinámica del bienestar en población infanto juvenil.

Tal y como afirma Veenhoven (1991) no se trata de una disposición fija e inmutable (Casullo, 2002). En este sentido, el bienestar psicológico carece de:

- Consistencia transituacional ya que la experiencia de satisfacción no es igual en las mismas situaciones, no es tanto lo que le ocurre a uno como la valoración que realiza la persona de aquello que le ocurre, no todos los eventos potencialmente insatisfactorios incidirán de la misma forma.
- Consistencia interpersonal, el bienestar psicológico es más una disposición individual, los factores de personalidad favorecen valoraciones diferenciales, así, los teóricos Costa y Mc Rae (1984) encuentran correlaciones significativas positivas entre el bienestar psicológico y la extroversión y negativas con el neuroticismo. Para estos autores la presencia o ausencia de satisfacción vital es el resultado de las dimensiones de personalidad latentes. En general, es aceptado que las dimensiones del afecto positivo y negativo son independientes y responden a las disposiciones de neuroticismo y extraversión, aunque las correlaciones establecidas entre los rasgos y la satisfacción son fuertes, todavía no existe evidencia del nexo causal o unidireccional entre ambas variables (Casullo, 2002).
- Estabilidad temporal, más en concreto, presenta estabilidad a corto plazo, pero no en periodos de tiempo superiores ya que las experiencias personales se evalúan

de forma recurrente. Las dimensiones de bienestar psicológico tienen características evolutivas, aquello que es importante en una etapa puede que no lo sea en otras (Benatuill, 2007).

Una de las autoras más influyentes en el estudio del bienestar es, la anteriormente citada, Carol Ryff (1989) quien sugirió un modelo multidimensional del bienestar compuesto por 6 factores que definen la salud mental en el que no se incluyen aspectos psicosociales, ni hedónicos, ni la cantidad de afectos positivos (Díaz et. alt., 2006; Fernández et. alt., 2013):

- **Auto Aceptación;** implica sentirse bien con uno mismo pese al conocimiento de las propias limitaciones.
- **Relaciones positivas** con otras personas: se refiere a la capacidad de mantener amistades seguras en las que poder confiar.
- **Autonomía:** supone el mantenimiento de la propia individualidad en diferentes contextos.
- **Dominio del entorno:** se asocia con las habilidades personales para crear y mantener entornos favorables que satisfagan las propias necesidades.
- **Propósito de Vida:** se refiere al mantenimiento de metas y objetivos futuros, valorados y orientados al logro del significado vital.
- **Crecimiento Personal:** empeño por el desarrollo de las propias capacidades y potencialidades.

Para Casullo (2002) el bienestar psicológico tiene que ver con el diseño de la estructuración del sí mismo y la identidad como resultado de los valores y creencias culturales provistos por los referentes sociales en forma de guiones normativos dentro del marco de un sistema social determinado. Es decir, el bienestar psicológico sería el grado en el que la persona valora de forma favorable su vida, el bienestar sería entonces, una experiencia cognitivo – afectiva, la satisfacción resultante de la interpretación que realizan las personas al respecto de cómo transcurre su vida. Esta autora, en base a las 6 dimensiones propuestas por Ryff (1989) diseñó el instrumento de evaluación, utilizado en

la presente investigación, para estudiar el bienestar psicológico. El instrumento diseñado dio lugar a una estructura pentafactorial del bienestar psicológico (en el apartado dedicado al método se amplía la explicación del instrumento). Los factores encontrados fueron (Control, Vínculos, Proyectos, Aceptación de sí mismo, Bienestar psicológico total)

Al respecto de las repercusiones del bienestar psicológico, investigaciones consultadas señalan asociaciones significativas con el riesgo suicida adolescente, en concreto, el percibirse más solos y con mayores tendencias a comportamientos de aislamiento diferencian a aquellos jóvenes en riesgo suicida (Casullo, 1989).

Dentro de las razones que conducían a los adolescentes a desear quitarse la vida, la autora encuentra: no sentirse apreciado por lo que es sino por lo que tiene, incapacidad de los adultos significativos para generar vínculos afectivos estables, desde posiciones asimétricas, fragmentación de los lazos psicosociales, ausencia de valores sociales sólidos que orienten un proyecto de vida hacia el futuro, falta de modelos adultos identificatorios y la soledad. Cuanto menor sea la experiencia de soledad y el aislamiento experimentado más elevada será la percepción de sí mismo (habilidades, cualidades, actitudes, vínculos con otros...).

Investigaciones en adultos demuestran la importancia del apego seguro en el bienestar psicológico y el funcionamiento interpersonal y apuntan a la incidencia del bienestar psicológico en la reducción del distrés emocional, la afectividad negativa y la sintomatología física, el incremento de las conductas de búsqueda de apoyo social y la afectividad positiva en las relaciones interpersonales (La Guardia et. alt., 2000). Tapia et. alt. (2003) relacionan los sentimientos de bienestar con la percepción de adaptación e integración psicosocial. Chotai, Jonasson, Hägglöf y Adolfsen (2005) identifican la organización segura del apego como el mejor predictor de la salud y el bienestar, el estilo inseguro se relaciona con consecuencias negativas para la salud.

Recientemente se han hallado asociaciones positivas entre la dimensión de objetivos personales y el bienestar físico, dicha dimensión del bienestar psicológico se relaciona con la disminución de la respuesta neuroendocrina al estrés.

Siguiendo a Sansinenea et. alt. (2008) la identificación con objetivos derivados de la elección propia protegen de las disfunciones derivadas del estrés. Dicha asociación salutogénica es modulada por el incremento de la afectividad positiva derivada de la dimensión objetivos personales. Oliva (2008) en un estudio longitudinal con adolescentes de entre 13 y 18 años señala la asociación positiva entre el bienestar psicológico y la disminución del consumo de sustancias a los 18 años. En la misma línea se observan asociaciones negativas entre la satisfacción vital y los sentimientos de soledad, la baja auto estima, el desajuste psicológico y la percepción de bajo reconocimiento por parte del grupo de iguales y las conductas violentas y antisociales en adolescentes (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009) y la asociación positiva entre el bienestar subjetivo y la percepción del estado de salud (Videra – García y Reigal – Garrido, 2013).

1.4.3. El Auto Concepto durante la Adolescencia

No se puede comprender la adolescencia sin considerar tareas a las que debe enfrentarse el adolescente. Éstas se relacionan con la búsqueda de una identidad propia y diferenciada en la elaboración de un proyecto vital. El auto concepto se define como una serie de actitudes relativamente estables que reflejan una evaluación de los comportamientos y atributos personales (Martorell, 1992). Es decir, se trata de un constructo multidimensional y dinámico en el tiempo, llama la atención que, considerándose un elemento central en el desarrollo de la personalidad existan diferentes aproximaciones.

El auto concepto siempre ha sido objeto de atención privilegiada dentro de la investigación psicológica por considerarla un elemento central del comportamiento humano (Fuentes, García, García y Lila, 2011; Rodríguez et. al., 2006) y su estudio se remonta a W. James (1909) considerado el precursor del estudio del auto concepto y lo definió como “todo aquello que un individuo puede llamar suyo” (en Guido, Mújica y Gutiérrez, 2011), un constructo unidimensional y ajeno a los aspectos sociales. No fue hasta la década de los 50 cuando se enfatiza el papel del ambiente social en el desarrollo del concepto de sí mismo.

Actualmente, el auto concepto es una realidad aprendida que se adquiere y modifica mediante intercambios sociales que se define como el conocimiento que tiene la persona de sí misma. Sin embargo, en numerosas ocasiones se emplea como sinónimo de auto estima (Fernández, Marín y Urquijo, 2010)

Los estudios sobre el auto concepto experimentan, a mediados de los años 70, un giro considerable, al asumirse de forma generalizada una concepción multidimensional y jerárquica del mismo según la cual, el auto concepto general estaría compuesto por varios dominios o dimensiones cada una de las cuales comprendería, a su vez, diversas facetas más específicas, Harter (1999) define tales dimensiones como aquellos juicios evaluativos que los jóvenes llevan a cabo sobre sus atributos en dominios discretos tales como la competencia cognitiva y la aceptación social (Goñi et. al., 2005; Pastor et. al., 2006;

Rodríguez et. alt., 2006). Es decir, el auto concepto se refiere a la valoración global del sí mismo y, al tiempo, a las valoraciones específicas mediante constructos relacionados, pero distinguibles. Por ello, las evaluaciones multidimensionales del auto concepto ofrecen mediciones más ajustadas (Fuentes et. alt. 2011)

Estudios recientes (Esnaola, 2008; Fuentes et. alt., 2011; Videra – García y Reigal – Garrido, 2013) definen el auto concepto de acuerdo al modelo de 7 dimensiones de Shalveson, Hubner y Stanton (1976) según el cual se trata de una estructura organizada, multidimensional, jerarquizada, estable (en su dimensión global, no así en dominios específicos como el social, familiar o físico), que incrementa su diferenciación dimensional con la edad, formada por elementos descriptivos y evaluativos (auto estima) y, finalmente, se trata de un constructo con entidad propia y diferenciada.

La adolescencia media es uno de los periodos más interesantes desde el punto de vista del auto concepto, ya que coincide con la reconstrucción de la identidad y la superación de los cambios fisiológicos iniciados en el periodo anterior (Parra et. alt., 2004). Sin embargo, no queda clara su evolución, parece experimentar un descenso entre los 12 y los 14 años y una mayor diferenciación interna en la adolescencia tardía y juventud temprana (Esnaola, 2008; Zacarés et. alt., 2009)

En la actualidad queda clara la existencia de diferencias individuales en cuanto a edad y género en el auto concepto (Martorell, Aloy y Gómez – Silva, 1993; Videra – García y Reigal – Garrido, 2013). Sin embargo, no está resuelta la discusión sobre la estructura interna del auto concepto. La bibliografía al respecto señala que variaciones en el auto concepto se asocian con la edad y el género (Mestre, Samper, Pérez y Delgado, 2001).

Trabajos más recientes señalan asociaciones entre la auto estima y diferencias individuales, sin embargo matizan dicha relación atendiendo a la importancia otorgada a un dominio de auto concepto específico (Fernández et. al., 2010; Goñi et. al., 2004 y 2005; Parra et. al., 2004; Pastor et. al., 2006; Rodríguez et. al., 2006). Así, por ejemplo, la apariencia se convierte en un aspecto central de la auto estima durante la adolescencia, especialmente en la adolescencia inicial y particularmente en las chicas. Roles y estereotipos sociales de género, diferencias en cuanto a la maduración física, estereotipos de belleza femenina actuales, prácticas educativas diferenciales en cuanto al logro de autonomía... dan cuenta de estas diferencias individuales en el auto concepto.

En relación al efecto de la edad sobre el auto concepto Zacarés et. al. (2009) señalan su naturaleza asincrónica, es decir, la construcción de los diferentes dominios se produce a ritmos diferenciales, así, el desarrollo significativo de un dominio no tiene por que suponer un nivel de desarrollo similar en otra y concluyen señalando el curso similar en ambos sexos en el desarrollo de la identidad adolescente.

Varios estudios han constatado el descenso de la auto estima en la adolescencia temprana; Parra et. al. (2004) confirman que los años de inicio de la adolescencia son los de menor auto estima de toda la adolescencia. Es además, en la adolescencia temprana, el momento evolutivo en el que aparecen las diferencias de género en la auto estima. Una vez consolida la auto estima se estabiliza llegando a desaparecer las diferencias de género existentes en edades anteriores.

Durante la adolescencia se produce una proliferación de roles por que los adolescentes empiezan a desarrollar diferentes roles y a formar parte de diferentes relaciones. Así, la literatura al respecto se ha ocupado de clarificar las dificultades interpersonales, los estilos de afrontamiento en relación al bienestar psicológico, el comportamiento antisocial... asociadas al auto concepto en este periodo (Sánchez et. al., 2004)

El auto concepto, en la adolescencia media, se va reconstruyendo a partir de las informaciones externas e internas que le permiten elaborar formas más complejas e

integradas de auto representación que muestran una alta estabilidad y resistencia al cambio, una vez establecidas, y que reflejan diferencias sexuales (Parra et. alt., 2004).

La conceptualización de uno mismo se construye en interacción social, siendo la adolescencia temprana un momento evolutivo donde cobra especial importancia e interés el grupo de pares. En relación con dicha influencia del grupo de iguales en esta etapa, Pastor et. alt. (2006) apuntan los dominios sociales del auto concepto como los de mayor potencia predictora positiva el consumo de sustancias.

Penagos y et. alt. (2006) profundizan el análisis de la asociación existente entre el auto concepto y los vínculos sociales encontrando correlaciones significativas entre el auto concepto y los estilos de apego evaluados con el inventario de apego IPPA de Armsdem y Greenberg (1987). Observan correlaciones significativas entre el auto concepto general y el nivel de seguridad en las relaciones de apego, además, el análisis de regresión, indicó la influencia positiva del apego sobre el auto concepto. En concreto, el apego con la figura materna fue el que mostró mayor potencia predictora, seguido del apego hacia los pares y por último, el apego hacia la figura paterna.

Recientemente Massa et. alt. (2011) indican el mayor impacto de los éxitos y fracasos sentimentales en el desarrollo de la identidad en las chicas, de ahí, su mayor evaluación y cautela a la hora de implicarse emocionalmente en una relación romántica.

Ya en 1953 Sullivan consideraba el auto concepto como el foco principal de los trastornos de la personalidad (en Ybrandt 2008). Investigaciones recientes sobre la implicación del auto concepto en la salud no son concluyentes, apareciendo tanto asociaciones positivas como negativas. El auto concepto se ha relacionado tanto con el riesgo de diferentes problemas mentales como protector de problemas psicológicos y promotor del bienestar psicológico. Así Oliva (2008) observa niveles similares de auto estima y ajuste emocional en adolescentes con consumo de sustancias ascendente, siendo así, el consumo moderado de sustancias en la adolescencia temprana puede llevar a niveles mayores de ajuste emocional y auto estima al final de la adolescencia tardía.

Según este autor “tendríamos que admitir la idea del riesgo como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal”

Los resultados al respecto de los efectos salutogénicos del auto concepto son inconsistentes. Algunos trabajos apuntan el efecto negativo del auto concepto en las conductas de riesgo. Pastor et. alt. (2006) señala una relación positiva entre el auto concepto académico y el auto concepto físico elevados y los malos hábitos alimentarios. La importancia otorgada aceptación externa y el auto concepto social se relaciona con un mayor consumo de sustancias. Este estudio apunta hacia la motivación de auto mejora como variable mediadora entre las dimensiones del auto concepto y las conductas de salud. Las motivaciones subyacen la conducta orientando la toma de decisiones hacia aquellos comportamientos que permitan auto valoraciones más favorables, independientemente de que estas elecciones sean saludables y/o anormativas.

En términos generales, la bibliografía al respecto justifica la hipótesis de que el incremento en el concepto de sí mismo supone la mejoría en otras áreas de la personalidad (Tapia, Florentino y Correché, 2003), media la asociación positiva entre el estilo educativo parental y el rendimiento académico (González Pineda et. alt., 2003).

La auto imagen positiva ayuda a afrontar positivamente los cambios de la adolescencia (Buist et. alt., 2004), se relaciona con la calidad de vida o el bienestar psicológico (Goñi et. alt., 2004, 2005), favorece la adopción de conductas saludables (Rodríguez et. alt., 2006) mejora la competencia en la toma de decisiones y la adquisición de independencia y autonomía (Penagos et. alt., 2006), se relaciona con la expresión de conductas complejas (Montero, 2006). En esta línea se observa el efecto protector de la auto estima en el consumo de drogas (Becoña et. alt., 2009) y la asociación positiva entre el auto concepto negativo y la situación de riesgo del adolescente para el desarrollo de conductas violentas, incrementos en auto estima familiar suponen niveles menores de conducta violenta y mayores de auto control (Cava et. alt., 2008; Estévez et. alt., 2007; Fernández et. alt., 2010; Moreno et. alt., 2009).

Recientemente se relaciona la alta auto estima con un mayor control de los impulsos, mayor presencia de conductas reforzadoras y de reafirmación personal, mayor

constancia en la búsqueda y resolución de problemas de forma constructiva, menor presencia de conductas agresivas y mayor presencia de actitudes favorables hacia el propio cuerpo (González y Ortiz - Viveros, 2010), menor dependencia emocional y emociones de miedo, rabia y dolor asociados a la relación de pareja durante la adolescencia (Massa et. alt., 2011). Sobre la base de la citada bibliografía, el auto concepto es considerado como uno de los correlatos más importantes con el bienestar y el ajuste social adolescente independientemente de su consideración uni vs. multidimensional (Fuentes et. alt., 2011; Goñi, Esnaola, Rodríguez y Ortiz de Barrón, 2015)

1.5. REFLEXIONES FINALES

Los adolescentes están experimentando cantidad de factores que incrementan exponencialmente la incidencia de determinadas patologías en detrimento de su salud física y emocional. Por ello, se hace necesario dotar a los jóvenes de habilidades psicosociales que permitan un tránsito saludable hacia la adultez, en base a la transformación de los riesgos en oportunidades de desarrollo, mejora y superación.

En general, cada fase evolutiva implica un mayor distanciamiento de los cuidadores y con éste, la disminución de los modelos de relación, es decir, madurar implica perder, y exige valentía para la asunción de niveles de responsabilidad y autonomía mayores. En ocasiones, dichas demandas se asocian con niveles significativos de sintomatología clínica y alteraciones de la imagen corporal.

Entre los factores protectores del malestar destaca el papel de la afectividad positiva, estando modulada por los estilos de apego. En concreto, la literatura al respecto confirma la relación entre la autonomía, la conducta social adaptativa derivada los estilos seguros con la reducción del malestar emocional y el desajuste en general. Al tiempo, el apego seguro mejora la auto estima y las relaciones generando confort y seguridad en uno mismo, lo que protege del impacto de la presión social existente hacia modelos estéticos inalcanzables que están a la base de la insatisfacción corporal, siendo, las alteraciones de la imagen corporal precursoras del desarrollo de trastorno alimentario. Además los vínculos de apego preparan el terreno para el establecimiento de relaciones afectivo-sexuales que incidirán en la auto estima y bienestar psicológico reduciendo la presencia sintomática y la insatisfacción con la imagen.

La implicación en nuevos contextos relacionales propia de esta etapa, suponen una crisis, principalmente con uno mismo, pero también con las figuras del sistema familiar de origen. Niveles elevados de auto concepto se asocian con seguridad en el apego y favorecen la autonomía interpersonal y el ajuste en la edad adulta. Desde la

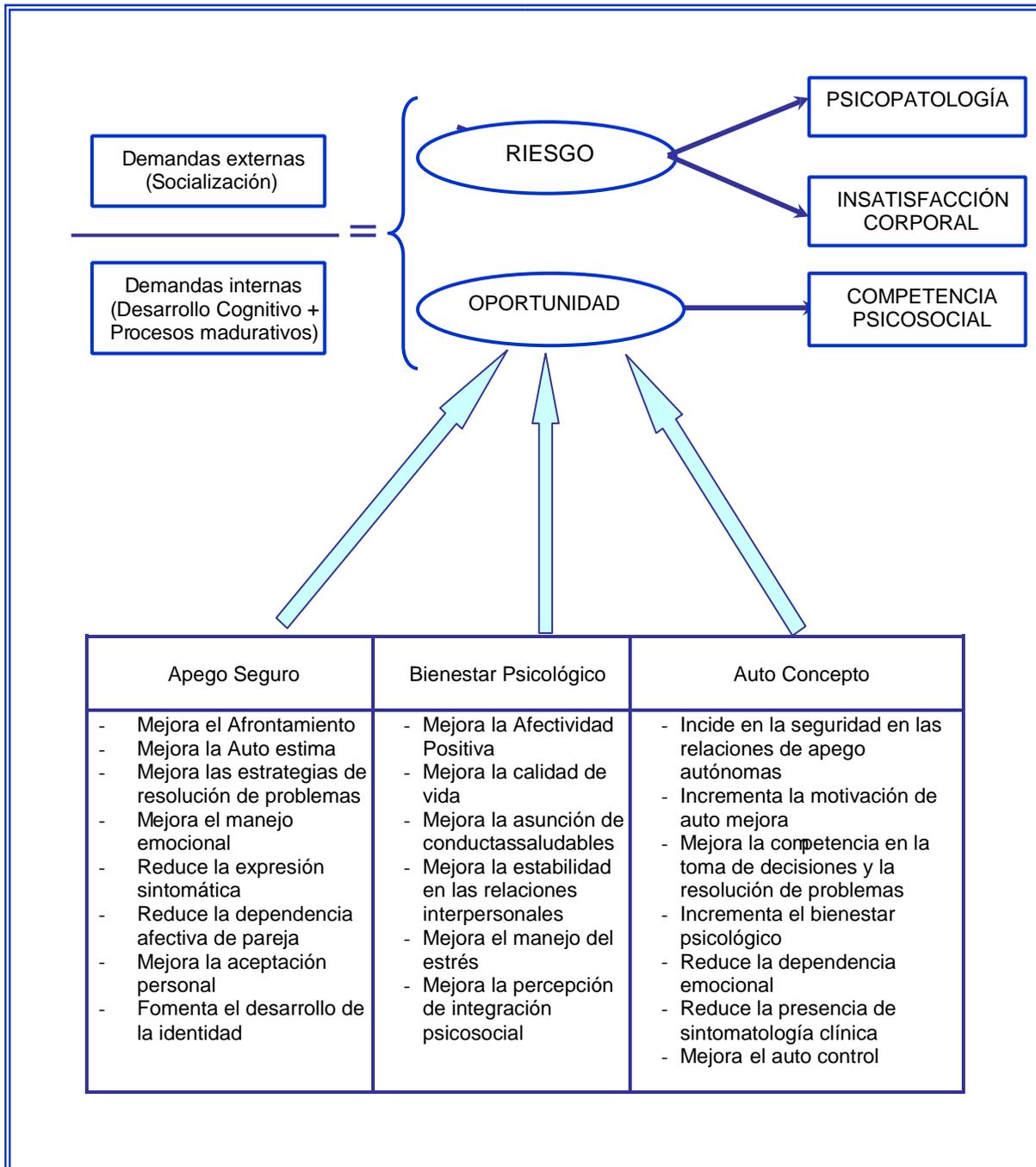
psicología positiva, es especialmente importante, durante esta etapa, dotar al joven de las competencias psicosociales necesarias que palien lo tormentoso de esta etapa. El grado de estrés experimentado por el adolescente dependerá del desequilibrio entre las necesidades del adolescente y su capacidad para satisfacerlas. El estilo de apego seguro, el bienestar psicológico y el auto concepto reducen el impacto de los eventos estresantes, mejorando así el ajuste del adolescente mediante el incremento de la afectividad positiva, la auto estima y el apoyo percibido.

En relación a la estabilidad emocional y la auto aceptación, las habilidades de auto regulación y gestión mejoran a medida que va construyéndose una imagen de uno mismo ajustada y realista, siendo dichos constructos esenciales para la adaptación social adolescente.

La conceptualización de uno mismo se construye en interacción social, siendo la adolescencia temprana un momento evolutivo de especial importancia e interés el grupo de pares y las relaciones de apego, supone la mejoría en otras áreas de la personalidad, la calidad de vida y el bienestar psicológico y se relaciona con el incremento de conductas saludables y menor tendencia a establecer relaciones de dependencia emocional con figuras románticas y no románticas.

En esta línea, se considera que el ajuste durante la adolescencia está mediado, en gran medida, por la capacidad de establecer relaciones afectivo sexuales satisfactorias. Las representaciones mentales de apego han sido interpretadas como un factor de resiliencia durante la adolescencia, dado su papel mediador en el proceso de desarrollo de la identidad, y como variable protectora del desarrollo afectivo general. Dichas variables salutogénicas favorecen el desarrollo del afrontamiento adaptativo y supondrían un factor de protección para la salud física y mental, incidiendo, significativamente, en las relaciones románticas durante la adolescencia.

Figura I.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE ADAPTACIÓN Y AJUSTE: HIPÓTESIS DE TRABAJO



SECCIÓN II:

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Esta sección segunda está dedicada a describir los objetivos, general y específicos, así como, las hipótesis de investigación que guían el presente estudio.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en consideración lo planteado en la literatura, el **objetivo general** es incrementar el conocimiento de las diferencias individuales así como conocer la incidencia de la psicopatología y la imagen corporal en el bienestar psicológico, auto concepto y relaciones de apego en adolescentes.

Como consecuencia de lo mencionado, **los objetivos** específicos e hipótesis de trabajo de la presente investigación son:

- **Objetivo 1:** Identificar la diferencias según edad y género. en las variables estudiadas.
 - **Hipótesis 1.1:** Si existen diferencias en las variables clínicas, entonces, éstas se asociarán con la edad y el género

- **Objetivo 2:** Comprobar el efecto que la psicopatología y la imagen corporal tienen sobre las relaciones vinculares, el bienestar psicológico y auto concepto en la adolescencia.
 - **Hipótesis 2.1:** Si los síntomas clínicos inciden en los constructos salutogénicos, entonces, las relaciones entre las variables clínicas: estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto, serán negativas.
 - **Hipótesis 2.2:** Si los síntomas clínicos inciden en la imagen corporal, entonces, se esperan relaciones positivas entre las variables
 - **Hipótesis 2.3:** Si la imagen corporal modula las variables estudiadas, entonces, se observarán asociaciones significativas entre ambas.

SECCIÓN III:

MÉTODO

Este apartado detalla el método de investigación utilizado

En primer lugar, se describen las características de los participantes objeto de estudio. En segundo lugar, se expone el diseño de investigación: variables estudiadas e instrumentos de evaluación y descripción del procedimiento de recogida de información utilizado.

3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

La selección de los participantes fue aleatoria. Inicialmente estaba formada por 801 jóvenes de entre 12 y los 25 años pertenecientes a 2 centros educativos de titularidad pública y privada – concertada, con niveles de enseñanza secundaria obligatoria, bachiller y/o formación profesional, de valencia capital.

Sólo se incluyeron en el estudio aquellos alumnos con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, lo que redujo la muestra a 675 sujetos con una edad media de 15.44 años (DT = 1.76). Atendiendo al género el 70.67% son chicos (n=470) y 29.73% son chicas (n=255)

El 35.19% del total de los participantes son chicos de entre 13 y 16 años y 35.33% son mayores de 16 años. De las 255 chicas participante en el estudio, el 20.6% forma el grupo de menor edad y el restante 10.2% forma el grupo de entre 16 y 18 años

Para dar respuesta a las hipótesis de investigación, se han realizado diferentes estudios, para cada uno de ellos, ha sido seleccionada una sub muestra del total de la muestra estudiada a partir de determinadas características clínicas.

Siendo así, describimos a continuación las características de los participantes incluidos en cada estudio. En primer lugar, los datos de los sujetos empleados en el estudio de las diferencias individuales, en segundo lugar, los participantes en el estudio de la incidencia de la psicopatología y, finalmente se detalla la descripción de los estudiantes participantes en el estudio de la incidencia de la imagen corporal. Dichos estudios corresponden a los apartados A, B y C que se exponen a continuación

3.1.1 Participantes en el estudio de las diferencias individuales

Para estudiar la incidencia de la edad y el género se dividió la muestra total (N=665) en dos grupos a partir de la edad (tabla 3.1). El grupo más joven está formado por jóvenes de entre 13 y 15 años, el otro grupo. El resto de los participantes tiene entre 16 y 18 años. Tal y como se muestra en la tabla 3.1, combinando las variables edad y género se observa que 235 tienen menos de 16 años y otros 235 son mayores de 16. En el grupo de chicas, 137 (54.8%) tienen entre 13 y 15 años y 68 (45.2%) tienen entre 16 y 18.

Tabla 3.1. Distribución los participantes en función del género

	Chicos		Chicas	
	13-15 años	16-18 años	13-15 años	16-18 años
N	235	235	137	68
%	49.78	50.22	54.8	45.2
N	470		255	

3.1.2 Participantes en el estudio de la incidencia de la psicopatología

Para responder a la hipótesis 2, relativa al estudio de la incidencia de la psicopatología en las restantes variables clínicas, se dividió la muestra (N=675) en dos grupos a partir de la puntuación media de la escala GSI del SCL-90R. Los puntos de corte son .88 para los chicos y 1.14 para las chicas.

La distribución de la muestra a partir de la psicopatología se muestra en la tabla 3.2. Los sujetos cuya puntuación en la escala está por encima del punto de corte fueron incluidos en el grupo clínico (N = 235), el resto de los casos paso a formar parte del grupo

control (N = 430), es decir, el 35.24% del total de la muestra obtiene puntuaciones en el índice de severidad global (GSI) superiores a la puntuación media de la escala más una desviación típica (ambas en función del género).

Tabla 3. 2. Distribución de los participantes del grupo clínico

	Grupo Control				Grupo Clínico			
	13-15 años	16-18 años	Chico	Chica	13-15 años	16-18 años	Chico	Chica
N	231	200	291	140	134	100	170	65
%	49.14	50.73	67.51	32.48	57.26	42.73	72.64	27.35

El porcentaje de jóvenes incluidos en los grupos experimentales son similares, del total de la población estudiada, el 61.92% de la población masculina y el 62.22% de las chicas se incluyen en el grupo control y, en relación a la edad el 62.09% de los jóvenes menores de 15 años y el 66% del grupo de mayor edad forman los grupos control y clínico respectivamente.

En la Figura III.1 se muestra la distribución de los participantes en los grupos control y clínico. Tal y como se observa, el 67.51% (N = 170) del grupo clínico lo forman chicos, y el 49.14% tienen entre 13 y 15 años y el restante 50.73% (N =100) entre 16 y 18 años. La edad media de los grupos control y clínico son de 15.49 y 15.37 respectivamente.

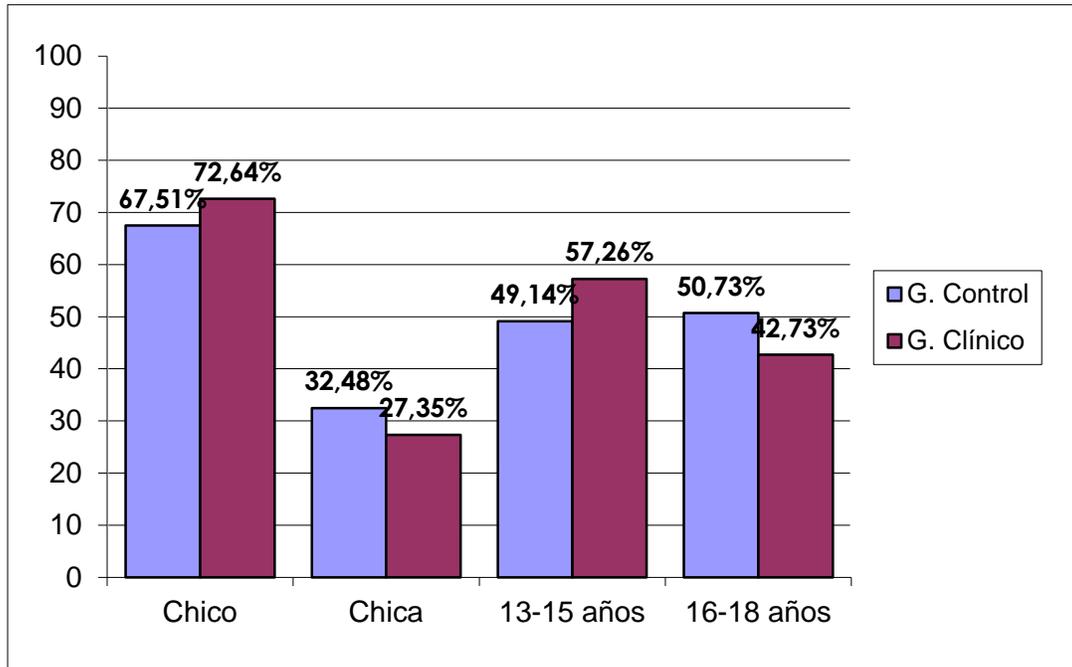


Figura III. 1. Distribución del grupo clínico por edad y género

3.1.3 Participantes en el estudio de la incidencia de las disfunciones en la imagen corporal

En este apartado pasamos a estudiar la incidencia de las disfunciones con la imagen corporal, grado (magnitud de la alteración) y tipo (sobre estimación o infravaloración) en las variables clínicas. Para ello se seleccionó, a partir de la muestra total, aquellos sujetos cuya puntuación en las dimensiones de la imagen corporal era superior a la unidad, dando lugar a dos grupos clínicos en función del signo de la discrepancia con:

- La figura corporal asociada a su Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de distorsión.
- La silueta deseada o índice de insatisfacción corporal y con

- La figura valorada por el sexo opuesto o índice de atractivo romántico.

El grupo clínico positivo lo forman aquellos sujetos cuya elección en el TSA muestra una discrepancia por encima de la imagen asociada a su IMC. Estos jóvenes tienden a sobre valorar su cuerpo, desean adelgazar y anticipan el rechazo por sobrepeso a la hora de ser elegidos por una pareja romántica.

El grupo clínico negativo lo forma aquella parte de la muestra clínica cuya elección presenta una discrepancia por defecto en relación a la silueta que corresponde a su figura corporal real, es decir, subestiman su figura corporal, estarían más satisfecho si ganaran volumen y consideran que el sexo opuesto va a considerar su cuerpo poco desarrollado.

A partir de las puntuaciones obtenidas por los grupos positivo y negativo se procedió a calcular el coeficiente de correlación de Pearson y la traza de Pillai para conocer los índices de covariación y de asociación multivariada respectivamente. La distribución de la población estudiada a partir de los grupos de discrepancia negativa y positiva se muestra en la Figura III.2.

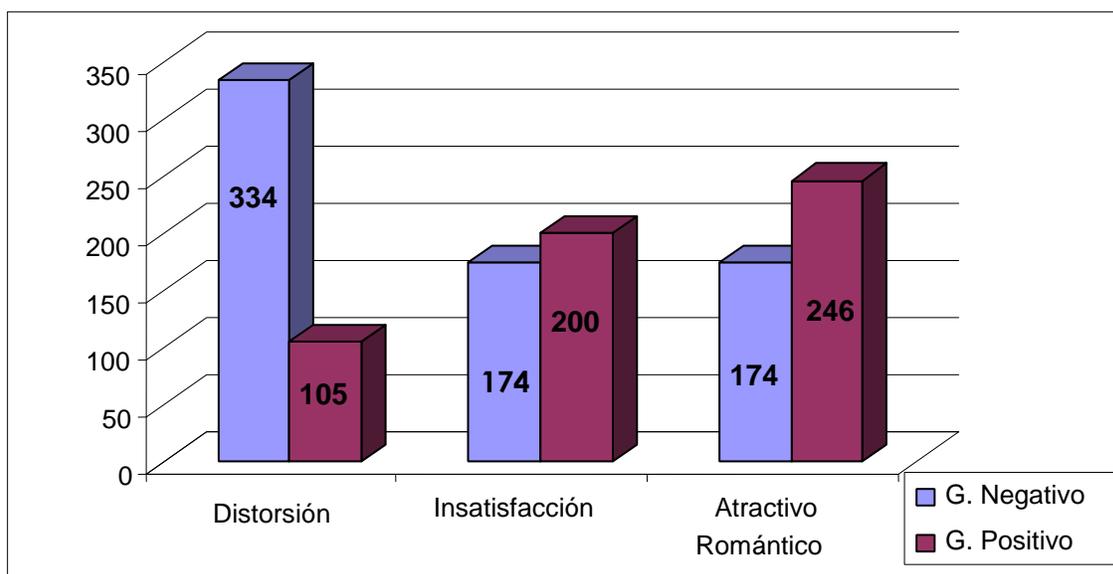


Figura III.2 Distribución de los participantes con alteraciones en la imagen Corporal

Del total de la muestra (N = 665), el 18.94% (N = 126) no presentan distorsión con la imagen, de los restantes 449, el 50.22% (N = 334) presentan discrepancia negativa y el 17.79% positiva (N = 105). 374 jóvenes muestran falta de satisfacción corporal (57.24% del total) de los cuales, 174 (26.16%) muestran discrepancia negativa y 200 (30.07%) positiva. Finalmente, 174 sujetos (26.16%) muestran un índice de atractivo de signo negativo y 246 (36.99%) positivo.

Las discrepancias positivas son más frecuentes en los índices de insatisfacción y atractivo, mientras que en el caso de la distorsión es más frecuente encontrar desajustes perceptivos por defecto. En relación al tipo de alteración, la distorsión con la imagen corporal es la disfunción con la imagen más frecuente en el grupo estudiado (66.02%), seguida del índice de atractivo romántico (63.16 %). y, en último lugar, la insatisfacción corporal (46.24%).

Las distribuciones por edad y género se observan en las figuras II.4 y II.5 respectivamente. En relación a la edad (tabla II.5), los porcentajes de presencia de distorsión, insatisfacción y atractivo romántico entre 13 y 15 años en el grupo negativo son del 50.30%, 40.80% y 34.48%, y, en el grupo positivo, son del 64.87%, 70.11% y 50% respectivamente.

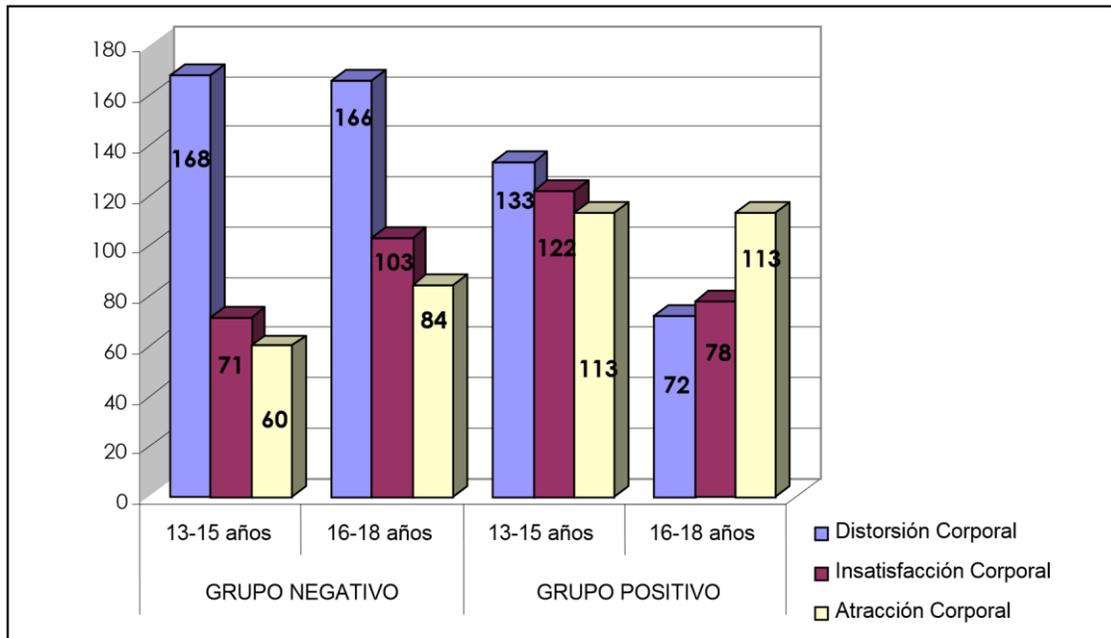


Figura III.3 Distribución por edad de los participantes con alteraciones en la imagen corporal

En los jóvenes evaluados (ver tabla 3.3), la distorsión negativa con la imagen es la alteración más frecuente, la muestran el 45.28% de la muestra de menor edad y el 54.60% del otro grupo. Dentro del grupo negativo, los factores de insatisfacción y atractivo romántico son menos frecuentes en el grupo de menor edad, lo muestran el 19.37% y el 16.17% respectivamente en comparación con la representación del grupo de entre 16 y 18 años con valores del 33.88% y 27.63% para dichos factores.

Por su parte, el grupo positivo está formado, principalmente por jóvenes de entre 13 y 15 años. En concreto, los porcentajes de presencia de este grupo de edad son del 64.87% en la distorsión, 70.11% en la falta de satisfacción a excepción del índice de atractivo romántico, representado por ambos rangos de edad al 50% en el factor de atractivo. En relación al total de la muestra (N = 665) la alteración positiva más frecuente en grupo de 13 años es la distorsión (35.84%, n = 205), sin embargo, el grupo de los mayores de 16 años, muestra mayor incidencia el atractivo romántico (37.17%, n = 226).

Tabla 3. 3. Distribución por edad de los participantes con alteraciones en la imagen corporal

Variables		Grupo negativo		Grupo positivo	
		13-15 años	16-18 años	13-15 años	16-18 años
Distorsión Corporal	N = 665	45,28 %	54,60 %	35,84 %	23,68 %
	n = 205	50,30 %	49,70 %	64,87 %	35,12 %
Insatisfacción Corporal	N = 665	19,37 %	33,88 %	32,88 %	25,66 %
	n = 200	40,80 %	59,20 %	70,11 %	29,89 %
Atractivo Romántico	N = 665	16,17 %	27,63 %	30,45 %	37,17 %
	n = 226	34,48 %	65,52 %	50,00 %	50,00 %

En relación a la distribución por género (figura III.4) se observa que ambos grupos están formados en mayor medida por chicos que por chicas, en concreto, en el grupo negativo, este género está presente en el 70.95 % del factor distorsión, 75.28% de la insatisfacción y en el 63.21% del índice de atractivo romántico, respectivamente, en el grupo positivo los porcentajes de presencia del género masculino son del 63.9%, 59% y 58.43%.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

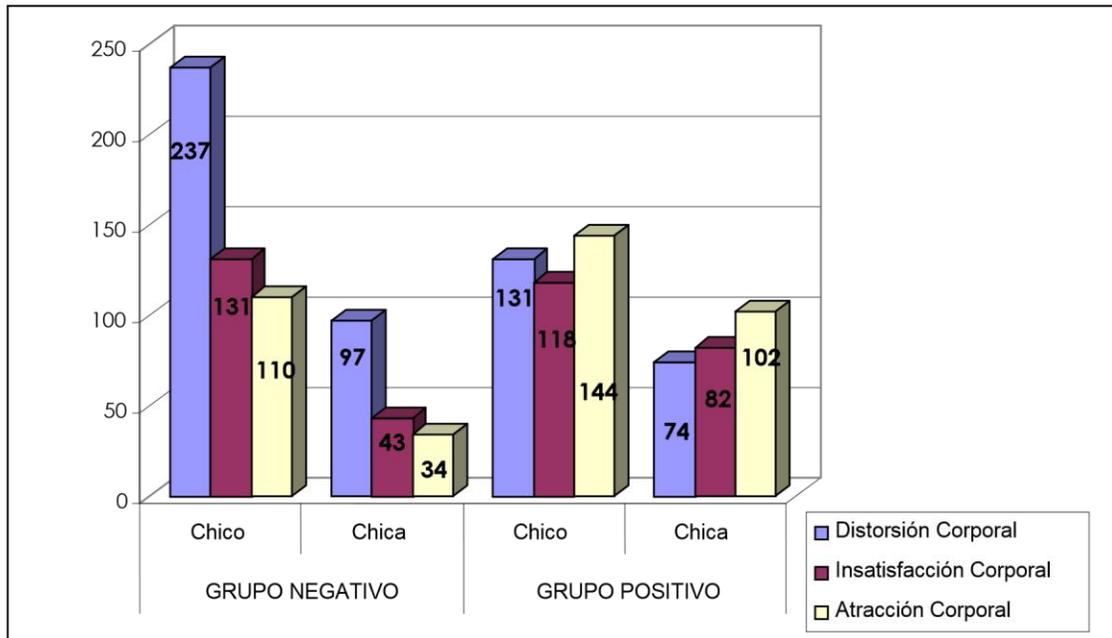


Figura III.4 Distribución por género de los participantes con alteraciones en la Imagen corporal

Del total de la población estudiada, las alteraciones por defecto, son más frecuentes en el género masculino. Los porcentajes de incidencia de la distorsión, insatisfacción y atracción romántica son, respectivamente, del 50.42%, 27.87% y 23.40% para los chicos y del 36.47%, 16.86% y 13.33% para las chicas. La incidencia de las disfunciones corporales de signo positivo en el grupo femenino es del 29.01%, 32.6% y 40% y la obtenida por el grupo de chicos es del 27.87%, 25.11% y 30.64% en los factores de distorsión, insatisfacción y atractivo romántico. Para los chicos, la alteración de la imagen corporal más frecuente es la subestimación de la propia figura, en las chicas, la disfunción más prevalente es la existencia de un modelo estético más delgado que el propio atribuido al grupo de chicos.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado pasamos a describir, en primer lugar, las variables estudiadas y los instrumentos empleados para ello. Las variables se organizan en 2 categorías:

- *Variables demográficas*
- *Edad*
- *Género*
- *Variables clínicas*
- *Psicopatológicas:*
 - *Sintomatología clínica*
 - *Imagen corporal* □ *Salutogénicas:*
 - *Estilos de apego*
 - *Bienestar psicológico* ▪ *Auto concepto.*

Posteriormente se indican los procedimientos y estadísticos utilizados para el procesamiento de los datos. En concreto, los resultados proceden de análisis multivariado, bivariado y correlacional.

3.2.1. Variables estudiadas e Instrumentos de evaluación

Las **variables demográficas** contenidas en el protocolo de recogida de información fueron:

- La **edad** fue recogida durante la evaluación como variable numérica. Sin embargo, y coincidiendo con la bibliografía al respecto, fue codificada como variable cualitativa de 2 valores dando lugar a la división de la muestra en dos grupos de edad; un grupo formado por aquellos adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años (ambos incluidos) y un segundo grupo formado por aquellos con edades comprendidas entre 16 y 18 años, ambos incluidos. El resto de los sujetos no participaron en el estudio.
- El **género** fue introducido en el análisis de datos como variable cualitativa de 2 valores.

Variables Clínicas

La elección de los instrumentos de evaluación de las variables clínicas ha tenido en cuenta su validación en población española, lo que aumenta la fiabilidad y generalización de los resultados obtenidos a la población estudiada y reduce el impacto de variables perturbadoras relativas a aspectos culturales, educativos o étnicos en los resultados obtenidos.

Las Variables Clínicas y los instrumentos seleccionados para lograr los objetivos propuestos en el presente estudio son:

- **Variables Psicopatológicas:**
 - ✓ **Sintomatología Psíquica:** valorado como malestar subjetivo o sufrimiento psíquico asociado a la conducta de enfermedad con o sin búsqueda de tratamiento (González Rivera et. alt., 2002) y es evaluado mediante el **“Cuestionario de 90 Síntomas” (SCL-90-R). Leonard y Derogatis (1977,1983,1994)** (tabla 3.4).
 - El inventario se desarrolla a partir del Hopkins Symptom Checklist. Parloff et. alt. 1954 (HSCL) destinada a valorar los cambios en pacientes en situaciones clínicas ordinarias. Está formado por 90 ítems, evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 sería la ausencia total de malestar asociado al síntoma y 4 sería la molestia máxima. El instrumento da lugar a 12 dimensiones (9 facetas sintomáticas y 3 escalas adicionales).
 - **Somatización:** 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal o quejas psicósomáticas
 - **Obsesión – Compulsión:** 10 ítems relativos a conductas, pensamientos e impulsos que la persona considera indeseados y difíciles de resistir, evitar o eliminar, generando intensa angustia. Además de otros fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.
 - **Sensibilidad Interpersonal:** sentimientos de timidez, vergüenza, inferioridad, hipersensibilidad a opiniones y actitudes ajenas. En general, los 9 síntomas de esta escala evalúan la incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

- **Depresión:** dimensión de 13 manifestaciones cognitivas y somáticas propias de los trastornos depresivos como vivencias disfóricas, desánimo, anhedonia, desesperanza, anergia e ideas autodestructivas.
- **Ansiedad:** 10 ítems referidos a las manifestaciones clásicas de la ansiedad generalizada y aguda, signos de tensión emocional y manifestaciones psicósomáticas
- **Hostilidad:** dimensión formada por 6 ítems relativos a pensamientos, sentimientos y conductas de ira, irritabilidad, rabia y resentimiento
- **Ansiedad Fóbica:** entendida como miedo persistente, irracional y desproporcionado hacia animales, objetos, situaciones o personas que, generalmente, conduce a conductas de evitación y/o huída. La experiencia fóbica evaluada mediante los 7 ítems de esta dimensión se orienta especialmente a la agorafobia y la fobia social.
- **Ideación Paranoide:** esta dimensión se refiere a la conducta Paranoide derivada de un trastorno de la ideación e incluye características del pensamiento proyectivo (susplicacia, centralismo auto referencial) y del pensamiento delirante (hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control). Factor constituido por 6 ítems.
- **Psicoticismo:** 10 síntomas que captan la experiencia de alienación social y el espectro psicótico (experiencias de control y/o intrusión del pensamiento, sentimiento de culpa, ausencia de experiencias de intimidad y profundidad efectiva).
- **Índice de Severidad Global (GSI):** También conocido en español como “índice sintomático general” es una medida generalizada del sufrimiento psíquico o psicósomático global que experimenta el sujeto. Se obtiene a partir de la combinación entre el número de síntomas referidos y la intensidad del distrés percibido.
- **Índice de Distrés de los Síntomas Positivos (PSDI):** estilo característico en el que el sujeto experimenta el sufrimiento psíquico (amplificador o

minimizador) relacionando el estrés global y el total de síntomas informados.

- **Amplitud/Intensidad Sintomática Media (PST):** Se refiere a la amplitud y diversidad sintomatológica al contabilizar el total de síntomas presentes.
- El ámbito de aplicación del cuestionarios es de 13 años en adelante e incluye baremos en centiles y puntuaciones T diferenciadas por sexo para población general y psiquiátrica. La validación española del SCL-90R ofrece los estadísticos descriptivos totales de las escalas y en función del género (tabla 3.1.)
- El instrumento obtiene un coeficiente de consistencia interna que indican una elevada homogeneidad y correlación entre los ítems. Los coeficientes de estabilidad temporal oscilan entre .78 y .90.

Tabla 3.4: Estadísticos descriptivos de la Escala SCL-90-R¹

Factores	Total	Hombres	Mujeres
	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Somatización	.55 (.55)	.39 (.43)	.70 (.61)
Obsesión-Compulsión	.60 (.51)	.56 (.45)	.63 (.55)
Sensibilidad Interpersonal	.45 (.44)	.43 (.39)	.48 (.47)
Depresión	.72 (.55)	.59 (.45)	.84 (.61)
Ansiedad	.52 (.49)	.44 (.41)	.59 (.54)
Hostilidad	.45 (.53)	.42 (.48)	.48 (.58)
Ansiedad Fóbica	.25 (.36)	.19 (.26)	.30 (.42)
Ideación Paranoide	.47 (.50)	.48 (.47)	.46 (.53)
Psicoticismo	.21 (.30)	.21 (.28)	.22 (.32)
Índice de Severidad Global	.51 (.36)	.44 (.30)	.57 (.40)
Índice de Amplitud Sintomática	25.30 (14.30)	22.90 (13.30)	27.40 (14.80)
Índice de Distrés de Síntomas Positivos	1.75 (.48)	1.69 (.47)	1.80 (.40)

✓ **Imagen Corporal**; conceptualizada desde una perspectiva multidimensional como una actitud referida a la apariencia del propio cuerpo, es decir, “la forma en la que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta” (Maganto y Cruz, 2002). Para la evaluación de la imagen corporal es necesario recoger los datos para el cálculo del índice de masa corporal de los sujetos (peso y altura) y es evaluada mediante el “**Test de Siluetas para Adolescentes (TSA). Maganto y Cruz (2008)**”.

- El instrumento ha sido diseñado para evaluar dos de los aspectos fundamentales de los trastornos alimentarios, la distorsión y la insatisfacción con la imagen corporal. En su construcción se asume una la concepción multidimensional del constructo de imagen corporal de Thompson (1990) quien describe 3 componentes:

¹ González de Ribera et. alt., 2.002. Adaptación española

- **Perceptivo:** se refiere a la precisión con la que se estima el tamaño del cuerpo. Los errores perceptivos dan lugar a imágenes sobre o sub estimadas del propio cuerpo y/o de determinadas zonas corporales.
 - **Cognitivo – Afectivo:** se refiere a los sentimientos, cogniciones, actitudes y valoraciones que suscita el cuerpo como objeto de percepción. Este componente supone el correlato emocional a la representación mental del propio cuerpo y su alteración se denomina insatisfacción.
 - **Conductual:** hace referencia a los comportamientos (de acercamiento o evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás) elicitados por la percepción del cuerpo y el componente emocional asociado.
- Sobre la base de esta concepción de la imagen corporal, el TSA tiene su antecedente inmediato en el Test de Siluetas de Bell, Killpatrick y Rin (1986). El instrumento está formado por 8 siluetas corporales que expresan diferentes índices de masa corporal que van desde la delgadez hasta la gordura extremas (figuras 1 y 8 respectivamente), las figuras 4 y 5 son consideradas normales. A partir del cual fueron incluidas las figuras masculinas y emparejadas a las femeninas para evaluar 3 características fundamentales de la imagen corporal en adolescentes:
- El **modelo estético** corporal formado por las preferencias estéticas corporales asociadas al género y derivadas de los modelos estéticos corporales de sus padres e iguales. Explora diferentes aspectos:
- Modelo estético corporal vigente: la silueta corporal que el sujeto categoriza como delgada / normal / gorda y que utiliza para compararse a sí mismo y a los demás.
 - Valoración perceptiva de la imagen corporal actual: silueta que el sujeto considera como representativa de su imagen corporal actual.

- Imagen corporal del sexo propio y del contrario: se refiere a la imagen que el sujeto considera como ideal tanto para su propio sexo como para el contrario. Es un índice de preferencia.
 - Atribuciones sociales sobre la imagen corporal: hace referencia a las atribuciones que el sujeto realiza sobre las preferencias de sus iguales (en vinculación social y sexual) y sus padres tienen sobre el cuerpo. Estas atribuciones complementan al modelo estético corporal del sujeto y permiten explorar el grado en el que el joven percibe determinadas presiones sociales hacia la delgadez o la gordura.
 - La comparación del modelo estético del adolescente y de los modelos atribuidos a sus referentes significativos permite conocer el grado de desajuste entre, la imagen corporal que el sujeto tiene realmente (obtenida a partir del índice de masa corporal), la que considera que tiene, la que desea tener, la que sus padres consideran que debe tener, la que valora como satisfactoria en el sexo opuesto y la que el sexo opuesto considera adecuada.
- El **grado de distorsión** en la propia imagen. La medida del ajuste perceptivo entre la silueta que el sujeto considera que representa su peso actual con la que realmente corresponde a su índice de masa corporal.
 - El **grado de insatisfacción** con la imagen que el sujeto mantiene de su cuerpo. Indica el desacuerdo entre la silueta que ha elegido como representativa de su silueta actual y la que desea tener.
 - Los índices del cuestionario son una expresión tanto de la magnitud como de la dirección de la discrepancia entre los diferentes criterios evaluados.
 - El valor 0 indica la ausencia de discrepancia.
 - Valores negativos indican discrepancia hacia la delgadez.
 - Valores positivos indican discrepancia hacia la gordura.
 - Los coeficientes de fiabilidad y consistencia internos de las diferentes siluetas se encuentran entre el 56% y el 97%. Los coeficientes de estabilidad temporal

obtenidos a los 4 y a los 12 meses se sitúan entre .70 y .87, la estabilidad entre sexos fue de .65 y .67

- **Variables Salutogénicas:**

- ✓ **Estilos de Apego:** entendidos como sistemas conductuales organizados cuya función es mantener la estabilidad del individuo y su entorno mediante conductas de búsqueda de proximidad y pertenencia que permita explorar y dominar el entorno. Los estilos de apego serían tendencias vinculares estables construidas a partir de las interpretaciones de experiencias pasadas (Casullo y Fernández, 2005). El instrumento elegido para la evaluación de las relaciones de apego es la “**Escala de Tipos de Apego para Adolescentes. Casullo y Fernández (2005)**”.

- La escala toma como marco teórico para su construcción el modelo de 4 estilos de apego propuesto por Bartholomew (1994) quien propone la existencia de dos modelos o dimensiones de representación de la realidad (sí mismo – Los demás) y la valoración vincular asociada a las experiencias en dichas dimensiones (positiva - negativa). Las combinaciones de estas dimensiones dan lugar a 4 estilos de apego denominados seguro, ansioso, evitativo y temeroso:
 - **Los sujetos seguros** conservan una percepción positiva de sí mismos y de los demás: disfrutan de autonomía, ya que se sienten cómodos tanto en situaciones íntimas como en situaciones ante las cuales tengan que contar con ellos mismos, presentan buena predisposición a vincularse con los demás.
 - **Individuos ansiosos** mantienen percepciones negativas de sí mismos y positivas de los demás: su auto depreciación les lleva a necesitar situaciones de intimidad con los demás, buscan en los demás, por lo que son muy sensibles al rechazo.

- **Personas temerosas** serían aquellas que albergan percepciones negativas tanto de sí mismos como de los demás: muestran desconfianza ante la vinculación afectiva y un acentuado temor al rechazo.
 - **Los evitativos** sostienen valoraciones positivas de sí mismos y negativas de los demás: exhiben conductas independientes, buscan la realización personal aunque ello suponga el detrimento o deterioro de las relaciones interpersonales.
-
- La escala evalúa los estilos de apego en dos contextos vinculares independientes (romántico – no romántico) mediante 24 ítems (12 ítems en cada contexto) evaluados en una escala tipo likert de 4 puntos según la frecuencia (casi nunca, a veces, con frecuencia, casi siempre) en que se está de acuerdo con el enunciado propuesto.
 - Para su adecuada interpretación se presentan la equivalencia de las puntuaciones en centiles que organizan las puntuaciones en 5 categorías que corresponden a la tendencia del sujeto a expresar una determinada tendencia de apego, los valores de corte son: de 0 a 5 (extremadamente baja), entre 6 y 25 (baja), de 30 a 70 (promedio), de 75 a 90 (elevado) y por encima de 91 (extremadamente alta). Los baremos están diferenciados por contexto relacional.
 - El instrumento obtiene un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de .57 para los estilos de apego en contexto no romántico y romántico respectivamente, coeficientes fiables dado que las escalas están formadas por 5 ítems (Casullo y Fernández, 2005)
-
- ✓ **Bienestar Psicológico**; se refiere al juicio global al respecto de las experiencias vividas que reporta al individuo experiencias de satisfacción y es evaluado mediante la “ **Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS - J)**; **Casullo y Solano (2002)**”. Si bien la escala fue construida con población latinoamericana, ha

sido validada en adolescentes españoles (Cruz, Maganto, Montoya y González, 2002) (tabla 3.5).

- Los estadísticos descriptivos presentados corresponden a dicho estudio de validación. La muestra española utilizada estaba formada por 1.202 adolescentes de entre 14 y 18 años. El instrumento consta de 13 ítems con 3 alternativas de respuesta a partir del grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado propuesto (de 1 a 3 puntos) agrupados en 5 dimensiones:
 - **Control de Situaciones:** tener la sensación de control y/o cambio del contexto para adecuarlo a las propias necesidades, percepción de capacidad en el manejo de asuntos cotidianos.
 - **Vínculos Sociales:** capacidad para establecer relaciones vinculares cálidas, empáticas, afectivas con los demás. La existencia de vínculos de baja calidad significa tener pocas relaciones, sentirse aislado, frustrado e incapaz de establecer compromisos con los demás.
 - **Proyectos:** tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene sentido con la asunción de valores que ello implica.
 - **Aceptación de sí mismo:** supone la valoración satisfactoria con el presente entendiendo que es consecuencia de eventos pasados.
 - **Bienestar Psicológico Total:** la suma de los factores anteriores. El BP es un constructo multidimensional que dota a la persona de auto competencia y autonomía, satisfacción personal consigo mismo y con los demás, aceptación de experiencias pasadas y proyección de futuro hacia objetivos vitales significativos.⁹
- El instrumento presenta puntuaciones centiles para interpretar los resultados; puntuaciones directas de 29, 33, 35, 37 y 38 corresponden centiles de 5, 25, 50, 75 y 90 respectivamente.
- La validación española del Bieps – J ofrece medias marginales de las escalas en función del género que aparecen en la tabla II.2.

- El instrumento ha mostrado una adecuada consistencia interna, obteniendo un Alpha de Cronbach de .74. El análisis correlacional del Bieps – J con el Symptom Checklist (SCL-90) revela correlaciones negativas significativas en todas las escalas, lo que indica que la presencia de síntomas psicopatológicos se asocia a una experiencia de malestar subjetivo (Casullo, 2002).

Tabla 3.5: Estadísticos descriptivos de la Escala Bieps-J²

Factores	Chicos	Chicas	Total
	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Control	10.49 (1.46)	10.73 (1.37)	10.61 (1.42)
Vínculos	8.42 (1.01)	8.57 (.91)	8.50 (.96)
Proyectos	7.39 (1.42)	7.54 (1.34)	7.47 (1.38)
Aceptación	7.81 (1.17)	7.11 (1.36)	7.44 (1.32)
Bienestar Psicológico Total	34.12 (3.27)	33.89 (3.26)	34.00 (3.26)

✓ **Auto Concepto:** entendido como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias, en relación con los demás y con las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta (Martorell et. alt., 1993). **La Escala de Auto Concepto (AC); Martorell, Aloy, Gómez y Silva (1993)** es el instrumento de evaluación utilizado (tabla 3.6).

- El instrumento se ha construido sobre una muestra de 449 niños valencianos con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años.
- El cuestionario consta de 38 ítems con 4 alternativas de respuesta, alternativas comprendidas entre las categorías nunca y siempre (de 1 a 4 puntos). Las puntuaciones directas obtenidas se transforman en centiles para su interpretación. Los valores comprendidos entre los centiles 5-20 y 80 – 95 son valores extremos y serán interpretados en sentido positivo/negativo dependiendo del contenido y sentido de las escalas.

² Adaptado de Cruz, Maganto, Montoya y González, 2002.

- Los ítems se agrupan en 3 factores de contenido heterogéneo que dan lugar a una estructura tridimensional del auto concepto. Las dimensiones que conforman la escala son:
 - **Auto Concepto Positivo**; consta de 7 ítems cuyo contenido está relacionado con la importancia del sí mismo en relación a los demás. Las puntuaciones directas 14 y 25 son los puntos de corte de la escala e indican bajo y alto auto concepto positivo respectivamente.
 - **Auto Concepto Negativo**; formado por 18 ítems que reflejan hipersensibilidad negativa o auto depreciación. Puntuaciones inferiores a 26 corresponden centiles inferiores a 20 y puntuaciones superiores a 38 corresponden centiles superiores a 80.
 - **Auto Concepto - Auto Estima**: la escala está formada por 13 ítems; si bien hace referencia al auto concepto se debe ser cuidadoso en su interpretación ya que ambas escalas son complementarias y no deben ser interpretadas por separado. La escala de auto estima está íntimamente relacionada con lo que, con lo que uno piensa que los demás piensan de él, es decir con la percepción que tiene el individuo sobre su propia forma de hacer. Los centiles 20 y 80 de esta escala corresponden con las puntuaciones directas 25 y 38 respectivamente.

- La consistencia interna de la escala alcanza una alfa de Cronbach de: .88, .86 y .85 para las escalas de auto concepto positivo, negativo y auto concepto – auto estima respectivamente. La estabilidad temporal media de la escala, para un periodo de 2 meses, es de .75. Los estadísticos descriptivos de la escala se muestran en la tabla II.6.

Tabla 3.6: Estadísticos descriptivos de la escala de Auto Concepto (AC).³

Factores	M (DT)

³ Tomado de Martorell, Aloy y Gómez y Silva, 1993

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Auto Concepto Positivo	32.99 (8.18)
Auto Concepto Negativo	21.0 (4.20)
Auto Estima	29.76 (5.86)

3.3. PROCEDIMIENTO Y ESTUDIO DE RESULTADOS

La recogida de datos se llevó a cabo en horario lectivo, durante el pase de los instrumentos se encontraba en el aula, además del evaluador experimentado, el profesor – tutor de los alumnos. El evaluador solicita el consentimiento informado a los participantes e informa de la confidencialidad y utilidad investigadora de los datos recogidos.

Los adolescentes cumplimentaron los diferentes cuestionarios en 3 sesiones de 45 minutos, con descansos de 15 minutos entre ellas en grupos de un máximo de 35 alumnos pertenecientes al mismo curso académico. La evaluación del total de la muestra se prolongó durante 5 días lectivos.

El procedimiento llevado a cabo en este estudio corresponde con una metodología descriptiva y transversal. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa de análisis estadístico SPSS. 15.

Los estadísticos utilizados son:

- ✓ **Análisis de Varianza Multivariado (Manova)**: éste procedimiento se realiza normalmente en el análisis de la influencia de una variable explicativa o dependiente con más de dos categorías sobre varias variables de respuesta o independiente continua de forma simultánea. Este procedimiento da lugar a asociaciones más robustas y de mayor fiabilidad y asume un nivel de confianza del 95%. Permite conocer la existencia de asociaciones significativas entre las variables demográficas y las variables clínicas (a excepción de la escala de bienestar psicológico total cuya significación estadística se estudia con el procedimiento univariado). Se han realizado tres análisis multivariados.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

- En primer lugar, para el estudio de las diferencias individuales, un manova cuya estructura consta de 2 variables dependientes (edad y sexo) con dos factores cada una y 5 variables independientes: psicopatología (formada por 10 facetas sintomatológicas), estilos de apego formada por 8 dimensiones, 4 factores independientes relativos a 2 contextos vinculares) bienestar psicológico en la que fueron seleccionadas 4 de sus 5 dimensiones, imagen corporal y auto concepto ambas formadas por 3 facetas con 3 facetas y auto concepto formado por 3 factores. El procedimiento permite calcular el efecto que las variables demográficas ejercen sobre las variables clínicas indicadas, así como el efecto interactivo de la edad y el sexo sobre las variables clínicas.
 - Para estudiar la incidencia de la psicopatología y de la imagen corporal en el resto de variables se realizaron sendos manovas.
 - Para evaluar el impacto del bienestar psicológico total las variables clínicas éste se introdujo como variable dependiente con 3 valores. El análisis multivariado también permite conocer si existen efectos de interacción entre las variables dependientes y las independientes.
- ✓ **Análisis de Varianza Univariado (Anova)**: éste procedimiento se realiza normalmente en el análisis de la influencia de una variable explicativa con más de dos categorías sobre una variable de respuesta continua. Este procedimiento da lugar a asociaciones menos robustas que las obtenidas mediante el procedimiento multivariado sin embargo, se optó por este procedimiento dado que la variable bienestar psicológico total se obtiene a partir de la suma de los restantes 4 factores del Bieps-J. Se ha asumido un nivel de confianza del 95%.

- Este procedimiento permite conocer las relaciones significativas entre las variables demográficas, edad y género y la variable clínica “bienestar psicológico total
 - El análisis univariado también permite comprobar la interacción entre las variables demográficas a la hora de relacionarse con la variable independiente
- ✓ **Correlación Bivariada (Coeficiente de correlación de Pearson)**; El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de asociación lineal para variables cuantitativas, normalmente distribuidas. Este estadístico está basado en otro estadístico, la covarianza, y nos indica el grado de asociación entre variables, es decir, indica el sentido en que dos variables están relacionadas.
- Este estadístico nos permite conocer si las variables estudiadas se unen entre sí para asociarse en una dirección determinada, en sentido positivo, cuando la mayor puntuación en una variable implica puntuaciones altas en otra o, en sentido negativo, cuando el incremento de las puntuaciones en una variable supone el descenso de otra y viceversa.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

SECCIÓN IV:

RESULTADOS

En este apartado pasamos a describir los datos obtenidos tras el análisis de la información. La presentación de los resultados obtenidos se expone en 3 apartados:

- *En primer lugar, se presenta el estudio, correlacional y multivariado, de las diferencias individuales en las variables estudiadas, efectos directos de la edad y el género y la incidencia de la interacción entre ambas variables.*
- *En el segundo apartado se muestra el estudio (correlacionado y multivariado) de la Incidencia de la psicopatología en imagen corporal, Estilos de Apego, Bienestar Psicológico y Auto Concepto adolescente.*
- *El estudio de la incidencia de la imagen corporal, también mediante procedimiento multivariado y correlacional, en el resto de las variables estudiadas se presenta en tercer lugar.*

4.1. ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Este apartado corresponde al estudio de las hipótesis 1 citada en el apartado 3 correspondiente a la descripción de la metodología empleada en el estudio. Dicha hipótesis plantea la existencia de un efecto, directo y de interacción de las variables demográficas, edad y género, sobre los constructos estudiados respectivamente y son estudiadas en el presente apartado.

En primer lugar se presentan los resultados del análisis multivariado para los factores clínicos (tabla 4.1), en segundo lugar se muestran las medias marginales estimadas para las dimensiones que constituyen las variables estudiadas y los coeficientes (traza de Pillai) de significación multivariada resultantes, con excepción de la dimensión bienestar total (Bieps-J) que ha sido estudiada mediante procedimiento univariado, finalmente, para los efectos directos de edad y género, se muestra el coeficiente de correlación de Pearson con niveles de significación de .05 y .01.

Las variables demográficas inciden en todas las variables estudiadas (tabla 4.1) con una significación de .00 a excepción de la imagen corporal que no presenta efecto de interacción edad y género (Sig. = .09). El género incide en mayor medida en la psicopatología, con un 14.1% de la varianza observada en el factor. El efecto de la edad y de la interacción edad y género es superior en los estilos de apego con porcentajes de varianza explicada de 7.1% y 5.1% respectivamente.

En la imagen corporal se observa el menor efecto de edad (2.4%). En bienestar psicológico, auto concepto y psicopatología, el porcentaje explicado por dicha variable es similar (6.5%, 5.6% y 5.5% respectivamente).

Tabla 4. 1. Diferencias individuales en las variables clínicas

Variables	Edad	Género	Edad y Género
------------------	-------------	---------------	----------------------

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

	F	Sig.	Eta	F	Sig.	Eta	F	Sig.	Eta
Psicopatología	3,89	,00	5,5	10,84	,00	14,1	3,15	,00	4,5
Imagen Corporal	5,47	,00	2,4	9,57	,00	4,1	2,14	,09	1,0
Estilos de Apego	6,35	,00	7,1	5,07	,00	5,8	4,43	,00	5,1
Bienestar Psicológico	11,53	,00	6,5	5,32	,00	3,1	8,77	,00	5,0
Auto Concepto	13,02	,00	5,6	12,51	,00	5,4	8,14	,00	3,6

Los porcentajes de varianza explicada señalan, en primer lugar, que la edad incide, en mayor medida en los estilos de apego y bienestar psicológico (7.1% y 6.5% respectivamente), su efecto en auto concepto y psicopatología son muy similares (5.6% y 5.5%) siendo su relación con la imagen corporal la que presenta menor asociación (Eta = 2.4) y, en segundo lugar que el género incide de forma similar en los estilos de apego y el auto concepto (5.8 y 5.4 respectivamente) y, en menor medida, en imagen corporal (4.1%) y en bienestar psicológico (3.1%).

La interacción edad y género explica el 5.1% de la varianza observada en los estilos de apego, el 5% en bienestar psicológico y el 4,5% en psicopatología, siendo menor su efecto en la variable auto concepto (3,6%) y no significativo en la imagen corporal.

4.1.1 Efecto de la edad

La Tabla 4.2 muestra los estadísticos descriptivos y significaciones asociadas a la edad en los factores estudiados.

De forma general, todas las variables estudiadas tienden a disminuir con la edad con excepción de la dimensión romántica de los estilos de apego. Siendo más concretos, se observa significación determinadas dimensiones de las variables. A continuación se describen en profundidad los resultados en los factores: psicopatología, imagen corporal, estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto

➤ Efecto de la edad en la psicopatología

Los resultados y significación obtenidos en las facetas sintomáticas del SCL90R se observa que la psicopatología desciende con la edad excepto en obsesión compulsión que se incrementa. De los 10 factores que constituyen la variable sólo dos, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica, presentan significación estadística (.02 y .00 respectivamente) lo que indica que el grupo de menor edad muestra mayor presencia de sentimientos de vergüenza y timidez, mayor sensibilidad hacia actitudes y opiniones de terceros, niveles mayores de ansiedad y conductas de evitación social.

Las dimensiones obsesión compulsión y hostilidad muestran una correlación bivariada significativa de signo negativo para .05 y .01 respectivamente, lo que indica la tendencia de dichas variables a disminuir con la edad siendo los jóvenes menores de 15 años quienes presentan con mayor frecuencia sentimientos de angustia derivada de la presencia de pensamientos intrusos y de los déficits en control cognitivo y expresiones de rabia y resentimiento.

➤ **Efecto de la edad en la imagen corporal**

La traza de Pillai de la variable imagen corporal es de .02 para el efecto de la edad en las dimensiones de distorsión e insatisfacción. No siendo significativa la dimensión atractivo romántico (.84). los resultados correlacionales confirman la significación de la escala de distorsión con un coeficiente de -.090 significativo para .05.

Tal y como se ha indicado en la sección II del presente estudio, la puntuación del factor es una medida tanto de magnitud como de direccionalidad del constructo. De forma general, con la edad se incrementan distorsión con la imagen corporal y disminuye la insatisfacción con la imagen y la deseabilidad romántica.

Los modelos estéticos de referencia desde el cual se evalúa el adolescente varían en los dos rangos de edad, jóvenes entre 13 y 15 años se perciben más delgados de lo que en realidad están y, el modelo estético de referencia tanto auto atribuido como esperado del sexo opuesto a la hora de implicarse afectivamente se asocian a la delgadez. El grupo de 16 a 18 años también subestima su cuerpo, refieren menor insatisfacción corporal y la figura deseada está más próxima a la percibida que en el grupo más joven, sin embargo el modelo de referencia asociado al género propio supone más volumen y el modelo estético relativo a las relaciones de pareja se mantiene en ambos grupos, siendo más voluminoso que el percibido.

La auto percepción de la figura corporal se desajusta con la edad. La discrepancia entre la figura corporal percibida y su correspondencia a partir del índice de masa corporal es de signo negativo durante todo el rango de edad evaluado, lo que señala que los adolescentes tienden a infravalorar su imagen corporal, siendo esta discrepancia máxima en el grupo de entre 16 a 18 años.

La falta de satisfacción muestra variaciones significativas tanto en cantidad como en el sentido de la variable. Al inicio de la adolescencia la insatisfacción es mayor que en años posteriores, la discrepancia entre la imagen percibida y la deseada se incrementa y es de signo positivo. De 13 a 15 años el modelo estético corporal asociado al propio género supone una silueta más delgada en comparación con la auto percibida. Para los jóvenes de entre 16 y 18 años el modelo corporal deseado cambia, siendo más

voluminoso. La insatisfacción corporal a esta edad se asocia con una auto imagen más delgada.

En resumen la distorsión en la percepción de la figura corporal se incrementa con la edad, a mayor edad, mayor distorsión, sin embargo, también se incrementa la satisfacción con el propio cuerpo. El estándar estético de delgadez, propio de los primeros años de la adolescencia, cambia con la edad a un modelo de referencia asociado a figuras más voluminosas.

➤ **Efecto de la edad en los estilos de apego**

En relación al apego se observa que, con la edad, disminuyen las medias en la dimensión socio - familiar y se incrementan en la dimensión de pareja, sin embargo obtienen significación estadística 3 de los estilos relacionales en contexto no romántico. En concreto, las diferencias de edad se asocian a los estilos seguro, temeroso y evitativo con una significación de .00, siendo dichos estilos más frecuentes en grupo de entre 13 y 15 años. Los resultados correlacionales coinciden con los multivariados en los estilos seguro (sig = .01) y evitativo (sig = .05) que resultan significativos de signo negativo, es decir, los adolescentes mayores de 16 años tienden a experimentar menor comodidad en las relaciones familiares, a relacionarse de forma menos temerosa e independiente no evitando la implicación emocional en dicho contexto.

La edad no incide ni en la dimensión romántica del apego en ninguno de los estilos, ni en el apego ansioso en ninguna de sus dimensiones vinculares.

➤ **Efecto de la edad en bienestar psicológico**

Las facetas del bienestar tienden a disminuir con la edad con excepción de la auto aceptación que es mayor en el grupo de 16 a 18 años siendo esta dimensión la única que no logra significación ni multivariada ni correlacional.

Las escalas control de situaciones, metas y proyectos y bienestar psicológico muestran una significación de .00 y los vínculos sociales de .01. Las dimensiones control de situaciones, metas y proyectos y bienestar total obtienen un coeficiente bivariado -.01. Dichas facetas del bienestar disminuyen con la edad, adolescentes entre 16 y 18 años presentan menor sensación de control y manejo del medio, más dificultades a la hora de establecer vínculos sociales cálidos y afectivos y refieren sentimientos de aislamiento y de falta de intimidad y compromiso y perciben, de forma general, niveles menores de satisfacción vital en comparación con el grupo de menor edad.

➤ **Efecto de la edad en auto concepto**

Tanto el auto concepto positivo y el negativo tienden a reducirse con la edad, al contrario de lo observado en la auto estima, superior hacia el final de la adolescencia. Observando los resultados multivariados, el efecto de edad es significativo para .00 en el auto concepto negativo y para .02 en la auto estima. Los coeficientes bivariados describen la misma tendencia en las dimensiones siendo positivo para .05 en la auto estima y negativo para .01 en el auto concepto negativo.

El auto concepto positivo no se ve modulado por la edad.

Dichos resultados señalan que de 13 a 15 años se da una mayor sensibilidad hacia a la información negativa sobre el yo, y de 16 a 18 años se observa un concepto más favorable y satisfactorio al considerarse a sí mismos válidos a los ojos de los demás. Con la edad los adolescentes ganan resistencia en el auto concepto y pierden satisfacción consigo mismos.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 2. Efecto de la edad en las variables clínicas

Variables	Edad		T. Pillai		C. Pearson
	13-15 Años M (DT)	16-18 Años M (DT)	F	Sig	
Psicopatología					
Somatización	,65 (.58)	,65 (.59)	,60	,44	,028
Obsesión Compulsión	,99 (.69)	1,03 (.67)	,83	,36	-,097(*)
Sensibilidad Interpersonal	,86 (.70)	,73 (.55)	5,40	,02	-,052
Depresión	,72 (.61)	,66 (.55)	,18	,67	-,020
Ansiedad	,78 (.65)	,75 (.61)	,21	,64	,001
Hostilidad	,79 (.77)	,79 (.72)	,49	,49	-,114(**)
Ansiedad Fóbica	,42 (.49)	,31 (.43)	12,87	,00	-,069
Ideación Paranoide	,80 (.74)	,70 (.67)	2,72	,10	-,035
Psicoticismo	,52 (.58)	,49 (.53)	2,69	,10	-,040
GSI	,73 (.52)	,70 (.47)	,59	,44	-,006
Imagen corporal					
Distorsión	-,35 (2,34)	-,78 (1,86)	5,60	,02	-,090(*)
Insatisfacción	,20 (.99)	-,11 (1,00)	5,04	,02	,004
Atractivo Romántico	,35 (1,09)	,16 (1,16)	,043	,84	,002
Apego No Romántico					
Seguro	6,51 (1,67)	5,98 (2,28)	24,00	,00	-,131(**)
Ansioso	5,02 (1,90)	4,80 (1,69)	1,78	,18	-,060
Temeroso	5,05 (1,67)	4,79 (1,87)	12,73	,00	-,072
Evitativo	5,65 (1,95)	5,28 (1,97)	20,46	,00	-,096(*)
Apego Romántico					
Seguro	6,43 (2,10)	6,54 (1,97)	,60	,44	,026
Ansioso	5,12 (2,10)	5,35 (1,97)	2,95	,09	,057
Temeroso	5,18 (1,8)	5,30 (1,89)	1,43	,23	,031
Evitativo	5,57 (2,0)	5,55 (1,80)	1,55	,21	-,004
Bienestar Psicológico					
Control	8,39 (.95)	8,13 (1,15)	17,77	,00	-,121(**)
Aceptación	7,62 (1,23)	7,65 (1,17)	,23	,63	,031
Vínculos	8,02 (1,02)	7,91 (1,17)	6,34	,01	-,056
Proyectos	10,14 (1,40)	9,68 (2,00)	38,47	,00	-,133(**)
Bienestar Total	34,13 (3,32)	33,37 (4,17)	24,13	,00	-,101(**)
Auto concepto					
Positivo	29,90 (7,20)	29,85 (6,95)	3,54	,06	-,003
Auto Estima	30,35 (5,50)	31,18 (4,92)	5,40	,02	,081(*)
Negativo	19,23 (3,77)	18,28 (3,64)	18,79	,00	-,128(**)

(*) Significación = .05 / (**) Significación = .01

En resumen, dentro de las dimensiones sintomatológicas, la edad se relaciona, especialmente, con variables asociadas a las relaciones interpersonales. En el inicio de la adolescencia se observa mayor frecuencia de sentimientos de vergüenza e hipersensibilidad social, tendencia a experimentar ansiedad y temor en situaciones interpersonales, lo que se asocia a conductas fóbicas y de evitación, y mayor susceptibilidad a opiniones negativas.

La edad modula las relaciones vinculares socio familiares donde los estilos de apego más frecuentes son el seguro, definido por la autonomía y la comodidad interpersonal, el temeroso, basado en la desconfianza y el temor al rechazo y el evitativo que implica dificultades en la intimidad y el compromiso interpersonal.

La tendencia ansiosa del apego, definida como la hipervinculación a los demás en base a la auto percepción negativa del sí mismo, no resulta significativa.

Los jóvenes perciben al medio bien, como responsivo a sus necesidades, bien como susceptible de ser controlado o modificado por ellos, experimentan satisfacción en sus relaciones vinculares, consideran que la vida tiene un propósito para ellos y mantienen una valoración global positiva de su situación vital actual.

Los resultados señalan diferencias significativas en las variables de distorsión e insatisfacción corporal. El grupo de mayor edad tiende a auto percibirse de forma sobre valorada, mientras que en los más jóvenes, la insatisfacción corporal se asocia al deseo de ganar peso, es decir, la figura corporal deseada corresponde con una imagen más voluminosa que la que consideran tener.

Por otro lado, en jóvenes de 16 a 18 años se da menos presencia psicopatológica, mayor tendencia a la auto aceptación y a considerarse válidos siendo más herméticos a la crítica sobre sí mismos, sin embargo, también presentan menor bienestar psicológico, mayor distorsión de la imagen corporal y mayor satisfacción con dicha imagen.

El estilo ansioso del apego se refiere a la dependencia afectiva de los demás, combina la imagen negativa del sí mismo con la imagen positiva de los demás, por lo que el individuo se vincula de forma demandante siendo muy sensible al rechazo. La ausencia

de significación de dicho estilo concuerda con el resultado de la escala de ansiedad fóbica, en la que el malestar clínico se asocia a la vivencia aversiva de la exposición a contextos interpersonales.

La edad no muestra incidencia en la dimensión romántica de las relaciones interpersonales, ninguna de las tendencias de apego han resultado significativas en dicho contexto. Lo mismo ha ocurrido con el modelo estético corporal asociada al grupo de iguales del sexo opuesto, el índice de deseabilidad romántica con la imagen corporal no obtiene significación estadística.

Al tomar los datos en su conjunto se observa que al inicio de la adolescencia las áreas más sensibles a tener en cuenta son la sintomatología clínica, las relaciones familiares y el auto concepto. A partir de los 16 años cobra importancia la imagen corporal y el bienestar psicológico.

4.1.2 Efecto del género

El género incide en las todas las variables estudiadas con una significación de .00 (tabla 4.1). De igual forma que en el apartado anterior, se detallan a continuación las dimensiones específicas que resultan significativas en: psicopatología, imagen corporal, estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto (tabla 4.3).

➤ Efecto de género en psicopatología

Tal y como se observa en la tabla 4.3 el grupo femenino muestra niveles sintomatológicos mayores en todas las facetas del SCL-90 a excepción de la escala de hostilidad, superior en el grupo masculino. Observando los resultados multivariados, las dimensiones de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y el índice de severidad global obtienen una significación de .00, la escala de obsesión compulsión es significativa para .01 y la ideación paranoide para .03. Las dimensiones de hostilidad, psicoticismo y ansiedad fóbica no resultan significativas (.1, .08 y .34 respectivamente).

Dados estos resultados, el género femenino se asocia a niveles mayores de quejas psicósomáticas, pensamientos intrusos, sentimientos de angustia, vergüenza y timidez, mayor inhibición en las relaciones interpersonales, vivencias anhedónicas y de desesperanza, mayor tendencia al pensamiento proyectivo y delirante y, en general, mayor sufrimiento psíquico que el grupo de chicos.

Los factores de ansiedad fóbica y psicoticismo correlacionan de forma significativa ($\text{sig} = .01$) siendo las medias superiores en el grupo femenino lo que indica mayor presencia de conductas de inhibición social y pérdidas de contacto con la realidad en las chicas. La correlación bivariada no confirma los resultados multivariados en ansiedad e ideación paranoide y, finalmente, la ausencia de efecto del género en la dimensión hostilidad no logra significación en ningún procedimiento.

➤ **Efecto de género en la imagen corporal**

La distorsión de la imagen corporal es de signo negativo en ambos grupos lo que indica que, chicos y chicas, sobreestiman su cuerpo en comparación con su IMC real siendo esta tendencia mayor, aunque no significativa ($\text{sig.} = .97$), en el grupo femenino.

Los factores de insatisfacción y deseabilidad romántica de la imagen corporal presentan significación estadística de $.00$. El género se asocia a diferencias tanto en la magnitud como en la dirección de la insatisfacción, mayor en las chicas y de signo positivo, lo que indica que éstas desean adelgazar, el modelo estético de referencia femenino se asocia con una silueta corporal inferior a la que ellas se perciben. En los chicos, la discrepancia entre la valoración de la propia figura y la deseada es menor y de signo negativa, lo que indica la imagen auto percibida está muy cercana a la deseada estando ésta asociada a un modelo estético de mayor volumen que mantienen. Las chicas desearían adelgazar y los chicos desearían tener más peso.

Por su parte, el índice de deseabilidad romántica evalúa el grado en el que el joven considera que su cuerpo es valorado como atractivo para el sexo opuesto, siendo de signo positivo en ambos grupos lo que indica que tanto chicos como chicas consideran

que el sexo opuesto mantiene preferencia por siluetas corporales menos voluminosas, sin embargo, es en el grupo femenino donde se observa una mayor tendencia a considerarse poco atractivas a los ojos de las chicas. Éste valora su cuerpo como poco atractivo para los chicos por considerar que éstos mantienen un modelo estético de delgadez que ellas al que ellas no responden. En los chicos, la imagen corporal auto percibida dista poco de la que consideran atractiva para las chicas en situación romántica. Dicha asociación del género y la deseabilidad romántica se confirma en el procedimiento correlacional (sig. = .01) no así en el factor de insatisfacción corporal

➤ **Efecto de género en los estilos de apego**

Las relaciones vinculares presentan efecto de género en ambos contextos de apego. Al observar las medias, en contexto socio familiar, las chicas presentan más tendencia al estilo ansioso mientras que los chicos obtienen puntuaciones superiores en restantes estilos vinculares. En este contexto, sólo los estilos seguro y evitativo resultan significativos (.00) en el estudio multivariado, a nivel correlacional obtienen un coeficiente Pearson negativo y significativo para .05, lo que indica que dichas tendencias vinculares son más frecuentes en el grupo masculino. Por último mencionar la tendencia a la significación en el estilo temeroso (alfa= .06). En las relaciones no románticas los estilos formados por una imagen positiva del sí mismo se asocian al género masculino.

En situación romántica, el grupo femenino obtiene medias superiores en el estilo temeroso, y los chicos, en los factores seguro, ansioso y evitativo. En esta parcela las tendencias de apego significativas son la segura (.00), la temerosa (.05) y la evitativa (.02). La vinculación temerosa, caracterizada por imágenes negativas tanto del sí mismo como del otro que favorece la excesiva sensibilidad al rechazo y al abandono y se asocia al grupo femenino. Los chicos, por su parte, tienden a los estilos seguro y evitativo, ambos estilos comparten la imagen del sí mismo positiva y se asocian a vínculos afectivos autónomos o independientes respectivamente. Se observa coincidencia en los procedimientos multivariado y correlacional en el estilo seguro (Pearson=-.05), las

experiencias de confianza y seguridad romántica tienden a ser superiores en el grupo de chicos.

Finalmente indicar que se observan ciertas regularidades en relación a las diferencias individuales en el apego:

- Los estilos seguro, temeroso y evitativo en contexto socio familiar presentan efectos de edad y género.
- Las relaciones románticas presentan efectos de género, pero no de edad.
- El estilo ansioso no presenta diferencias individuales de edad y género lo que indica que dicho constructo no se ve modulado por dichas variables demográficas.

➤ **Efecto de género en bienestar psicológico**

Todas las dimensiones del bienestar psicológico son significativas (.00) estando las mayores puntuaciones asociadas al género masculino. Éste presenta mayor sensación de competencia a la hora de manejar sus asuntos cotidianos, mayor control tanto de situaciones como de relaciones interpersonales, dirige su vida en sentido propositivo y mantiene proyectos personales, presenta niveles superiores de auto aceptación y muestra más tendencia a valorar de forma satisfactoria sus vidas, en comparación con el grupo de chicas.

Los coeficientes de correlación de bivariada no resultan significativos en las dimensiones control de situaciones y vínculos sociales. No así, en los factores de auto aceptación y bienestar psicológico total (sig. = .01) y proyectos (sig = .05)- estos resultados coinciden con el procedimiento multivariado en asociar la aceptación del sí mismo, las habilidades de planificación y auto dirección hacia proyectos personales y a expresar mayor bienestar en general al género masculino.

Al comparar las diferencias individuales en bienestar psicológico observamos que, edad y género modulan las dimensiones de control de situaciones, vínculos

interpersonales, metas y proyectos y bienestar psicológico total mientras que el factor de auto aceptación del sí mismo sólo muestra efecto de género. Siendo así, ser chica y tener entre 16 y 18 años se asocia a niveles menores de bienestar psicológico.

➤ **Efecto de género en auto concepto**

El factor positivo del auto concepto es la única dimensión que obtiene significación multivariada (sig. = .00) a favor del género femenino. Dicha dimensión se refiere a la importancia otorgada al yo a partir de los demás siendo el auto concepto femenino más gregario. Sin ser significativas, en chicos se observan puntuaciones superiores en auto estima e inferiores en auto concepto negativo.

El efecto del género en el auto concepto positivo y en la auto estima coincide en procedimiento bivariado con una significación positiva de .01 en el auto concepto positivo y, negativa de .05 en la auto estima. Estos resultados señalan que la auto aceptación es más frecuente en el grupo de chicos y que la tendencia a integrar informaciones externas en la construcción del auto concepto es más frecuente en las chicas.

En resumen, el género femenino se asocia, por un lado, a niveles mayores de sintomatología clínica y auto concepto positivo y menores de bienestar psicológico. En chicas, la experiencias de seguridad en las relaciones se observan en la parcela romántica donde además muestran menor tendencia a la evitación y temor ante la implicación afectiva que los chicos.

La insatisfacción corporal en el caso de las chicas se relaciona con modelos estéticos de delgadez, al contrario de lo observado en el grupo de chicos, quienes desean una figura más voluminosa. La presión estética en relación al cuerpo incide con más fuerza en las chicas ya que muestran niveles de insatisfacción corporal superiores.

El modelo estético corporal femenino defiende la delgadez asumiendo que es compartido por los chicos. La imagen que mantienen las chicas sobre su propio cuerpo repercute en sus expectativas a la hora de iniciar una relación de pareja, no así en el caso

de los chicos. Sin embargo éstos, muestran niveles de evitación romántica significativamente superiores al grupo de las chicas. Las diferencias en las dimensiones de insatisfacción corporal y deseabilidad romántica no se deben a diferencias en la auto percepción corporal, sino en la valoración cognitiva de la imagen percibida.

El grupo masculino se asocia con menor presencia sintomatológica y mayor bienestar psicológico. En situaciones no románticas los chicos se relacionan con un estilo autónomo y cómodo o, por el contrario con independencia y reafirmación centrada en el yo. Tienden a aceptarse a sí mismos, se gustan y consideran ser atractivos para las chicas en situaciones románticas.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 3. Efecto del Género en las variables clínicas

Variables	Género				T. Pillai		C. Pearson
	Chico M (DT)		Chica M (DT)		F	Sig	
Psicopatología							
Somatización	,58	(,53)	,82	(,67)	24,25	,00	,100(**)
Obsesión Compulsión	,96	(,68)	1,11	(,68)	6,74	,01	,217(**)
Sensibilidad Interpersonal	,71	(,58)	1,01	(,71)	23,42	,00	,229(**)
Depresión	,60	(,55)	,90	(,61)	33,16	,00	,138(**)
Ansiedad	,71	(,62)	,90	(,63)	10,15	,00	-,054
Hostilidad	,82	(,76)	,73	(,71)	2,70	,10	,112
Ansiedad Fóbica	,33	(,43)	,45	(,54)	3,02	,08	,103(**)
Ideación Paranoide	,71	(,68)	,86	(,76)	4,64	,03	,065
Psicoticismo	,48	(,57)	,56	(,53)	,90	,34	,162(**)
GSI	,66	(,49)	,83	(,51)	14,33	,00	,186(**)
Imagen corporal							
Distorsión	-,56	(2,02)	-,49	(2,40)	,00	,97	,067
Insatisfacción	-,05	(,97)	,31	(1,03)	16,43	,00	,047
Atractivo Romántico	,12	(1,07)	,60	(1,19)	28,35	,00	,121(**)
Apego No Romántico							
Seguro	6,40	(1,9)	5,98	(2,08)	14,33	,00	-,095(*)
Ansioso	4,91	(1,8)	4,93	(1,83)	,00	,96	,007
Temeroso	4,96	(1,68)	4,87	(1,97)	3,47	,06	-,024
Evitativo	5,60	(1,9)	5,22	(2,0)	14,00	,00	-,089(*)
Apego Romántico							
Seguro	6,59	(2,03)	6,22	2,04)	6,82	,01	-,083(*)
Ansioso	5,30	(2,06)	5,04	1,97)	,89	,34	-,058
Temeroso	5,15	(1,84)	5,42	1,90)	3,76	,05	,066
Evitativo	5,65	(1,96)	5,34	1,89)	5,59	,02	-,072
Bienestar Psicológico							
Control	8,32	(1,02)	8,16	(1,11)	8,14	,00	-,070
Aceptación	7,69	(1,20)	7,42	(1,26)	8,44	,00	-,102(**)
Vínculos	8,02	(1,09)	7,87	(1,08)	5,86	,02	-,061
Proyectos	10,03	(1,53)	9,71	(2,04)	18,58	,00	-,088(*)
Bienestar Total	34,07	(3,56)	33,16	(4,06)	19,81	,00	-,111(**)
Auto concepto							
Positivo	28,92	(6,79)	32,05	(7,26)	35,37	,00	,199(**)
Auto Estima	31,01	(5,21)	30,09	(5,33)	1,74	,19	-,078(*)
Negativo	18,75	(3,68)	18,92	(3,87)	,54	,46	,022

(*) Significación = .05 / (**) Significación = .01

4.1.3 Efecto de interacción edad – género

Tal y como se ha indicado en la tabla 4.1, todas las variables estudiadas presentan efectos de interacción con una significación de .00 con excepción de la imagen corporal (.09). Las medias obtenidas para las dimensiones constituyentes de las variables independientes se presentan en la tabla 4.4.

➤ **Efecto de interacción edad y género en Psicopatología**

De forma general (tabla 4.4), el grupo de chicas de entre 13 y 15 años presenta puntuaciones superiores en todas las dimensiones sintomáticas excepto somatización y obsesión – compulsión, donde las puntuaciones superiores las muestra el grupo femenino de mayor edad, y hostilidad, máxima en chicos de 16 a 18 años. El género masculino y la pertenencia al grupo de menor edad se relaciona con las puntuaciones más bajas, por su parte, la combinación chicas - jóvenes se asocia a una mayor expresión sintomática. Las variables somatización, obsesión - compulsión y ansiedad se incrementan con la edad en ambos géneros. En el caso de los chicos, aumenta la psicopatología con la edad excepto en las facetas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Por su parte, el malestar tiende a disminuir con la edad en las chicas a excepción de las escalas de somatización, depresión y ansiedad.

Se observa la tendencia al alza de la sensibilidad interpersonal en chicos y chicas, si bien, la significación obtenida es de .07.

Sólo las dimensiones ansiedad fóbica y psicoticismo de la escala SCL-90 obtienen significaciones de .00 y .02 respectivamente siendo mayores en grupo de chicas de entre 13 y 15 años y mínimas en las chicas de mayor edad. Ambas variables muestran un efecto de interacción cruzado, con la edad, se incrementan en los chicos y disminuyen en las chicas. Al inicio de la adolescencia los chicos presentan niveles menores de dureza

emocional y conductas evitación interpersonal, en el siguiente rango de edad la tendencia se invierte, siendo las chicas más sensibles y motivadas a la aproximación social.

➤ **Efecto de interacción edad y género en Imagen Corporal**

La imagen corporal también muestra efecto de interacción en el índice de atractivo romántico ($\text{sig} = .01$). La distorsión y la insatisfacción con la imagen se incrementan con la edad en ambos géneros, pero en mayor medida, en el caso de las chicas, sin embargo, no alcanzan niveles de significación al presentar índices de .89 y .07 respectivamente.

Ambos géneros inician la adolescencia con niveles muy similares de distorsión de la imagen en sentido negativo, lo que indica que los jóvenes se identifican con una silueta corporal superior a la que en realidad se asocia a su índice de masa corporal. Esta tendencia a infravalorar la propia imagen se mantiene durante todo el rango de edad evaluado.

Los resultados obtenidos para el factor de insatisfacción corporal muestran cambios tanto en la cantidad, como en la direccionalidad de la dimensión. La falta de satisfacción corporal disminuye con la edad en chicas y se incrementa en chicos. Dichas diferencias son superiores al inicio de la adolescencia. En el caso de los chicos se observa que, de 13 a 15 años, la falta de insatisfacción, es de signo positivo, lo que indica que la imagen deseada está por debajo de la percibida, desean perder peso, sin embargo, entre los 16 y los 18 años la insatisfacción se relaciona con el deseo de ganar peso, se auto perciben con menor masa corporal de la que les gustaría. En el caso de las chicas, el desagrado con la propia imagen es de signo positivo en ambos grupos de edad, lo que indica que el modelo deseado está por debajo de la silueta corporal que creen tener.

En chicos el modelo estético de referencia a partir del cual evalúan su imagen cambia. De un modelo de delgadez a un modelo de mayor masa corporal. El grupo femenino mantiene la delgadez como estándar de referencia desde los 13 hasta los 18 años.

Finalmente, el índice de atracción romántica evalúa el grado en el que uno considera que su cuerpo es valorado como atractivo para el sexo opuesto a la hora tener relaciones de pareja. Chicos y chicas difieren en esta dimensión considerablemente. Al inicio de la adolescencia ambos géneros consideran estar por encima de lo que el sexo opuesto considera atractivo (esta discrepancia es mayor en chicas), sin embargo, en el siguiente rango de edad los chicos consideran que, prácticamente, su imagen corporal coincide con la que las chicas desean, éstas, por el contrario creen estar muy por encima de lo que los chicos consideran atractivo. Las chicas de entre 16 y 18 años consideran no gustar físicamente a los chicos por tener demasiado peso.

En resumen, los problemas con la imagen corporal se incrementan con la edad siendo el grupo de chicas el que anticipa, en mayor medida, rechazo por parte de los chicos en base al exceso de peso. Dado que la distorsión no ha resultado significativa, dicha auto valoración negativa no se debe a una percepción deformada del propio cuerpo, sino a la existencia de modelos estéticos diferenciales en función del género y a la incidencia diferencial que dicho estándar de referencia tienen en la auto valoración corporal para chicas y chicos. Las adolescentes consideran se auto evalúan a partir de un criterio de delgadez que consideran no satisfacer, los chicos sin embargo emplean un marco de referencia que defiende una imagen más voluminosa que, además, creen cumplir.

➤ **Efecto de interacción edad y género en Estilos de Apego**

En general, los estilos de apego seguro y ansioso en las relaciones no románticas son más frecuentes entre los chicos de entre 13 y 15 años y los estilos temeroso y evitativo obtienen puntuaciones superiores, también en los chicos, de entre 16 y 18 años. En las chicas las medias de los 4 estilos de apego tienden a disminuir con la edad.

En las relaciones socio familiares se observan las puntuaciones máximas en el grupo de edad de entre 13 y 15 años en el grupo de chicos, para los estilos seguro y ansioso y, en el grupo de chicas, para los estilos temeroso y evitativo. Las chicas de mayor edad son las que obtienen las puntuaciones más bajas en las 4 tendencias vinculares, resultando los estilos seguro, temeroso y evitativo significativos a .00 (la significación del estilo ansioso es de .83). Los chicos de 13 a 15 años son los que se vinculan con más seguridad al sistema familiar y las chicas de esta edad lo hacen de forma más temerosa y evitativa. Esta tendencia femenina se reduce en edades posteriores en las que son los chicos los que muestran mayor frecuencia de estilos temeroso y evitativo.

Las puntuaciones máximas en los estilos de apego se asocian al grupo de entre 16 y 18 años, en el caso de los chicos en los estilos seguro, ansioso y evitativo y, en el caso de las chicas en el temeroso.

En chicos, se observan niveles superiores de ansiedad y temor en el apego, los dos estilos tienden a incrementarse con la edad en ambos géneros. Las chicas de mayor edad muestran mayor tendencia los estilos seguro y evitativo, éstos tienden a disminuir con la edad en el grupo femenino y a incrementarse en el masculino. Los estilos de apego romántico que obtienen significación son el seguro y el evitativo (.02 y .00 respectivamente) lo que indica que el grupo masculino muestra mayor tendencia en aquellos estilos de apego caracterizados por una imagen del sí mismo positiva, su estilo de apego prioritario se asocia tanto a conductas de búsqueda de cercanía y confianza

como a comportamientos orientados al logro de la independencia. En esta parcela, el estilo ansioso obtiene una significación estadística de .17 y el estilo temerosos de .62.

En resumen, el estilo ansioso no se asocia a diferencias individuales en la población estudiada. La tendencia a considerarse válido y merecedor de cariño y afecto es significativamente más frecuente en chicos que en chicas en ambos contextos relacionales y en todo el rango de edad evaluado. El género masculino se relaciona con la seguridad en el sistema socio familiar entre los 13 y los 15 años y en el sistema afectivo sexual entre los 16 y los 18.

El género femenino se vincula de forma temerosa en ambas parcelas relacionales y en todo el rango de edad evaluado. Éstas mantienen representaciones mentales de familiares y amigos negativas, lo que implica niveles superiores de miedo y necesidad de independencia de dichos referentes. Por el contrario, los chicos mantienen imágenes positivas, por lo que vivencian las relaciones no amorosas con comodidad y agrado. El estilo temerosos no se asocia a diferencias individuales en el caso de las relaciones románticas.

Finalmente, el estilo evitativo, desciende con la edad en el caso de las chicas en relaciones familiares y/o sociales, es decir, se reduce a tendencia a interpretaciones negativas de los demás, con la edad, los deseos de independencia y de ausencia de implicación afectiva disminuyen en las chicas. Por el contrario, esta tendencia se incrementa en el grupo de chicos. Si bien, en edades iniciales son significativamente menos evitadores de la implicación romántica con el sexo opuesto, entre los 16 y los 18 años muestran mayores deseos de independencia.

➤ **Efecto de interacción edad y género en Bienestar Psicológico**

El bienestar psicológico, en general, disminuye con la edad en ambos géneros resultando todas las dimensiones de la escala significativas excepto la auto aceptación (significación de .08), siendo ésta la única de las 5 en la que el grupo de chicas obtiene puntuaciones superiores a las del grupo de chicos. Entre 13 y 15 años, los chicos muestran mayor control de situaciones, auto aceptación y satisfacción con la vinculación interpersonal y las chicas, mayor tendencia a disfrutar de metas y proyectos de futuro y a tener mayor bienestar global

El género masculino se relaciona con niveles mayores de sensación de seguridad y control en el manejo de situaciones (sig = .02), satisfacción y comodidad en sus vínculos sociales (sig =.02), vivencias de que su vida tiene un propósito (sig = .00) y, finalmente, mantienen valoraciones globales de auto competencia y valoración positiva de sí mismos, de los demás y de las condiciones en las que transcurren sus vidas.

La pertenencia al grupo femenino se asocia con una disminución sustancial y significativa del bienestar psicológico.

➤ **Efecto de interacción edad y género en Auto Concepto**

Las dimensiones positiva y negativa del auto concepto muestran significación estadística de .01 y .00 respectivamente. Si bien con la edad el factor de auto estima de la escala tiende a aumentar en chicos y a disminuir en chicas, no obtiene significación estadística suficiente (sig. =.08).

El auto concepto positivo se refiere al grado en el que uno se considera apto a los ojos de los demás, tiene que ver con la importancia que se le da a la información externa a la hora de conceptuar el yo. Esta dimensión se relaciona con el grupo de chicas en todas las edades evaluadas. El factor auto concepto negativo se define como la sensibilidad a las críticas y la importancia otorgada a éstas, la permeabilidad del yo a la información negativa se reduce en ambos géneros.

Así la incidencia de la información negativa sobre el concepto que el adolescente tiene de sí no difiere entre chicos y chicas. No ocurre lo mismo en el caso de la información positiva externa sobre uno mismo, la atención y consideración a esta información se asocia al género femenino, especialmente entre los 16 y los 18 años.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 4. Efecto de Interacción en las variables clínicas

Variables	13-15 años		16-18 años		T. Pillai	
	Chico M (DT)	Chica M (DT)	Chico M (DT)	Chica M (DT) T	F	Sig
Psicopatología						
Somatización	,57 (.54)	,79 (.63)	,58 (.52)	,86 (.74)	,24	,62
Obsesión Compulsión	,93 (.67)	1,10 (.70)	1,00 (.68)	1,14 (.65)	,07	,79
Sensibilidad Interpersonal	,72 (.60)	1,08 (.79)	,70 (.56)	,86 (.49)	3,35	,07
Depresión	,61 (.54)	,90 (.68)	,60 (.56)	,88 (.43)	,01	,90
Ansiedad	,69 (.61)	,93 (.68)	,73 (.63)	,84 (.52)	1,30	,25
Hostilidad	,80 (.77)	,77 (.76)	,83 (.75)	,65 (.60)	1,34	,25
Ansiedad Fóbica	,35 (.41)	,53 (.58)	,32 (.44)	,27 (.39)	8,47	,00
Ideación Paranoide	,73 (.68)	,91 (.81)	,68 (.68)	,76 (.62)	,78	,38
Psicoticismo	,46 (.56)	,63 (.59)	,50 (.57)	,43 (.36)	5,78	,02
GSI	,65 (.48)	,86 (.56)	,66 (.49)	,78 (.38)	,90	,34
Imagen corporal						
Distorsión	-,35 (2,34)	-,34 (2,40)	-,77 (1,67)	-,81 (2,41)	,02	,89
Insatisfacción	,13 (.95)	,32 (1,04)	-,22 (.95)	,28 (1,04)	3,27	,07
Atractivo Romántico	,25 (1,02)	,53 (1,19)	-,01 (1,10)	,75 (1,18)	6,21	,01
Apego No Romántico						
Seguro	6,55 (1,71)	6,43 (1,59)	6,24 (2,12)	5,08 (2,60)	9,37	,00
Ansioso	5,03 (1,88)	4,99 (1,94)	4,79 (1,71)	4,82 (1,60)	,04	,83
Temeroso	4,93 (1,64)	5,25 (1,71)	4,99 (1,71)	4,10 (2,22)	15,75	,00
Evitativo	5,62 (1,97)	5,71 (1,91)	5,58 (1,92)	4,23 (1,82)	18,07	,00
Apego Romántico						
Seguro	6,44 (2,09)	6,42 (2,12)	6,74 (1,96)	5,84 (1,82)	6,19	,01
Ansioso	5,27 (2,13)	4,86 (2,01)	5,33 (2,00)	5,41 (1,85)	1,90	,17
Temeroso	5,09 (1,88)	5,33 (1,75)	5,21 (1,80)	5,60 (2,17)	,25	,62
Evitativo	5,60 (2,10)	5,52 (1,98)	5,71 (1,82)	4,99 (1,64)	3,61	,05
Bienestar Psicológico						
Control	8,41 (.97)	8,36 (.92)	8,23 (1,07)	7,76 (1,35)	5,38	,02
Aceptación	7,62 (1,23)	7,50 (1,32)	7,76 (1,17)	7,26 (1,10)	3,14	,08
Vínculos	8,03 (1,06)	8,02 (.94)	8,01 (1,12)	7,56 (1,27)	5,67	,02
Proyectos	10,06 (1,42)	10,28 (1,34)	10,01 (1,64)	8,54 (2,64)	34,87	,00
Bienestar Total	34,11 (3,41)	34,17 (3,17)	34,02 (3,71)	31,13 (4,87)	21,43	,00
Auto concepto						
Positivo	29,17 (7,00)	31,12 (7,34)	28,67 (6,56)	33,91 (6,66)	7,41	,01
Auto Estima	30,88 (5,40)	29,46 (5,57)	31,13 (5,02)	31,34 (4,61)	3,12	,08
Negativo	18,95 (3,77)	19,23 (3,77)	18,56 (3,60)	17,31 (3,65)	9,78	,00

En resumen, tras el estudio de las diferencias individuales de las variables estudiadas se observa la incidencia de edad, género y la interacción entre ambas en psicopatología, estilos de apego, bienestar psicológico, imagen corporal y auto concepto durante la adolescencia.

La clínica derivada de la sensibilidad interpersonal y la ansiedad fóbica se muestra muy dependiente de diferencias individuales siendo más intensos al inicio de la adolescencia y en el grupo de chicas y tendiendo a reducirse con la edad. La combinación chica de entre 13 y 15 años se asocia a niveles máximos de malestar clínico derivado de dichos síntomas.

Las diferencias individuales no inciden en el estilo de apego ansioso por lo que dicho estilo vincular bien se asocia a variables más constitucionales e idiosincrásicas bien podrían observarse diferencias en otros rangos de edad.

Siguiendo con el apego, son los estilos formados por la conceptualización del yo positiva aquellos que se ven influidos de forma significativa por edad y género. Las variables demográficas dan lugar a estilos de socialización diferencial asociados. Diferencias en control parental, responsabilidades, permisividad pueden condicionar la representación mental de uno mismo, lo que se vería reflejado en el estilo de interacción social y en la capacidad de establecer relaciones afectivas satisfactorias.

Los resultados al respecto del bienestar psicológico son claros, es mayor en chicos y tiende a disminuir hacia el final de la adolescencia.

En relación a las facetas de la imagen corporal se observa mayor complejidad, especialmente en el atractivo romántico. La edad se asocia a la distorsión e insatisfacción con la imagen. Chicos y chicas mantienen auto percepciones corporales deformadas por exceso. Sin embargo la falta de satisfacción derivada del físico difiere en función del género, ellos desean un cuerpo más voluminoso y ellas desean mayor esbeltez, además, ellas anticipan ser rechazadas en situación romántica en mayor medida que los chicos, si bien éstos no están del todo satisfechos con su cuerpo, no consideran que esto sea motivo de falta de atractivo en una relación sentimental.

Para finalizar esta valoración general de los resultados decir que el auto concepto positivo es el que se ve modulado por los tres efectos estudiados siendo el más susceptible de mostrar diferencias individuales, La variable auto estima sólo se ve influida por la edad, probablemente, por que el desarrollo del sistema nervioso y con éste, de la capacidad de procesamiento abstracto, permite valoraciones más globales y complejas y, la variable auto concepto negativo se ve afectada por la interacción, las chicas menores de 15 años muestran mayor susceptibilidad a la información negativa sobre ellas.

Profundizando más en los resultados se observa que con la edad se incrementa la sintomatología clínica, los estilos de apego románticos y disminuyen las relaciones vinculares no románticas, el bienestar psicológico y la sugestionabilidad a la información negativa sobre uno mismo. En el caso de los chicos, el inicio de la adolescencia se caracteriza por la presencia de síntomas fóbicos, niveles superiores de bienestar psicológico, estilos relacionales románticos seguro y evitativo, definidos por la valoración positiva de uno mismo, la presencia de un modelo estético corporal más delgado y niveles mayores de hermetismo en la construcción del auto concepto, menor integración de fuentes de información externas y mayor resistencia a la crítica. A partir de los 16 años disminuye la sintomatología fóbica y se incrementa la de tipo psicótico, mantienen puntuaciones superiores a las chicas en las facetas del apego en ambos contextos relacionales y en bienestar psicológico, la valoración positiva de su cuerpo se incrementa, llegando a coincidir con el Standard de referencia, sin embargo, se produce un cambio en cuanto al modelo externo desde cual auto evaluarse, en esta edad, los chicos consideran atractivo el volumen corporal a la hora de exponerse a situaciones románticas e integran, en mayor medida, la información externa negativa en comparación al grupo de chicas.

A la vista de los datos obtenidos se confirman las hipótesis 1 relativa a la existencia de diferencias individuales en las variables estudiadas dependientes de la edad y el sexo de la muestra.

El género femenino se relaciona con niveles superiores de psicopatología y mayores problemas en lo relativo a la imagen corporal y el masculino con mayor presencia de bienestar psicológico. Sin embargo, se confirma parcialmente la hipótesis relativa a los estilos de apego, si bien el género masculino se relaciona con puntuaciones

superiores en el estilo seguro en contexto socio familiar y las chicas muestran mayor tendencia al apego temeroso en relaciones de pareja, también presentan niveles superiores de seguridad en dicho contexto relacional. La hipótesis queda confirmada para los constructos de psicopatología e imagen corporal.

Por otro lado, la hipótesis postula la asociación del bienestar psicológico y la auto estima al género masculino que se confirma plenamente al respecto del bienestar y parcialmente en el caso de la auto estima ya que, si bien el grupo de chicos presenta puntuaciones superiores en dicha escala, tales diferencias no han logrado significación estadística, además el género femenino se relaciona con niveles mayores de auto concepto positivo en comparación con el grupo de chicos.

Las diferencias debidas al efecto de la edad quedan parcialmente confirmadas. Se esperaba que el grupo de menor edad presentara mayor presencia de psicopatología, estilos de apego inseguros, bienestar psicológico y auto concepto. Efectivamente, este grupo muestra menor bienestar psicológico, sin embargo las diferencias en psicopatología sólo han sido significativas en las escalas de sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica de las 10 escalas que conforman la variable, el contexto romántico del apego no presenta diferencias de edad en ninguno de los estilos, este grupo presenta mayor incidencia del estilo seguro en situaciones familiares, pero también predominan las tendencias temerosa y evitativa y, finalmente, la auto estima se relaciona con una edad de entre 16 y 18 años, siendo el auto concepto negativo el que se ha asociado al grupo más joven.

Se confirma la existencia de mayor distorsión con la imagen corporal en el grupo de mayor edad, pero la falta de satisfacción con la imagen se observa en mayor medida en el grupo más joven.

La pertenencia al género masculino se relaciona con el estilo seguro del apego en situación familiar y los estilos seguro y evitativo en situación de pareja y niveles mayores de bienestar psicológico en todo el rango de edad evaluado. Las chicas muestran de forma significativa menor atractivo físico y mayor auto concepto positivo de 13 a 18 años.

Finalmente, las variables de psicopatología, estilos de apego (temeroso y evitativo) en situación no romántica y auto concepto negativo muestran efectos cruzados. Al inicio

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

de la adolescencia las chicas muestran niveles mayores de ansiedad fóbica y psicoticismo, de auto concepto negativo y más frecuencia en la vinculación temerosa y evitativa con sus familiares y amigos en comparación con los chicos, siendo éstos, quienes incrementan las puntuaciones en las citadas dimensiones hacia el final de dicho periodo.

4.2 INCIDENCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Este apartado estudia la incidencia de la psicopatología en los estilos de apego, bienestar psicológico, imagen corporal y auto concepto. La incidencia de la psicopatología se estudio con metodología correlacional (apartado 4.2.1) y multivariada (apartado 4.2.2).

Se presentan los resultados obtenidos en el siguiente orden:

- *Estudio correlacional de la incidencia de la psicopatología en las variables clínicas*
- *Estudio multivariado de la incidencia de la psicopatología en las variables clínicas*
 - o *Estudio de las diferencias individuales en la incidencia de la psicopatología en las variables clínicas*
 - *Efecto de la edad*
 - *Efecto del género*
 - *Efecto de interacción edad y género*

4.2.1 Estudio Correlacional

➤ Incidencia de la psicopatología en la imagen corporal

De los 3 factores de imagen corporal, la distorsión no muestra correlación alguna con la psicopatología (tabla 4.5), es decir, la percepción deformada del propio cuerpo no se relaciona con la presencia de síntomas clínicos. No ocurre así en los restantes factores de la imagen. Los síntomas de sensibilidad interpersonal, depresión (ambas con significación de .01), ideación paranoide e índice de severidad global se asocian positivamente con la insatisfacción corporal (sig = .05) y el índice de atracción romántica (sig = .05). la tendencia a somatiza supone niveles mayores de insatisfacción con la imagen (sig = .05) y la presencia de obsesiones y hostilidad suponen una mayor distancia entre la imagen auto percibida y la atribuida al sexo opuesto.

Tabla 4. 5. Incidencia de la psicopatología sobre la imagen corporal

Variables	Imagen Corporal		
	Distorsión	Insatisfacción	Atracción
Somatización	,018	,095(*)	,071
Obsesión Compulsión	-,019	,055	,104(**)
Sensibilidad Interpersonal	,058	,111(**)	,148(**)
Depresión	,073	,101(**)	,122(**)
Ansiedad	,064	,053	,057
Hostilidad	,025	,063	,093(*)
Ansiedad Fóbica	,063	,015	,032
Ideación Paranoide	,036	,086(*)	,113(**)
Psicoticismo	,039	,031	,031
GSI	,048	,089(*)	,115(**)

*Significación = .05 / **Significación = .01

➤ **Incidencia de la psicopatología en los estilos de apego**

Tal y como se observa en la tabla 4.6, los estilos inseguros de apego (ansioso, temeroso y evitativo) en ambos contextos vinculares, correlacionan positivamente con todas las dimensiones de psicopatológicas a un nivel de significación de .01, excepto la dimensión hostilidad, cuya significación es de .05 en el estilo evitativo del apego romántico. Los coeficientes de correlación son superiores en el estilo ansioso e inferiores en el evitativo. Por su parte, el estilo seguro obtiene, aunque leves, 3 correlaciones significativas para .05 en su dimensión no romántica con las dimensiones somatización, obsesión compulsión e ideación paranoide del SCL-90R.

El estilo ansioso presenta los mayores índices de correlación positiva con psicopatología con coeficientes entre .303 y .386 para .01, especialmente, en situación no

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

romántica, en los síntomas de sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide, psicoticismo e índice de severidad global y, en situación romántica, en las escalas de sensibilidad interpersonal y depresión. El estilo temeroso no romántico también muestra un coeficiente significativo positivo de .313 para .01 en el factor GSI. Estos resultados señalan a dicho estilo como el más patológico. Por su parte, el estilo evitativo, obtiene los coeficientes de correlación más bajos, entre .090 y 1.84 para .01, lo que indica una menor presencia psicopatológica asociada a dicho estilo de interacción tanto en situaciones sociales como de pareja.

Tabla 4. 6 Correlación Bivariada de la Psicopatología sobre los Estilos de Apego

Variables	Estilos de Apego No Romántico				Estilos de Apego Romántico			
	Seguro	Ansioso	Temeroso	Evitativo	Seguro	Ansioso	Temeroso	Evitativo
Somatización	,083(*)	,184(**)	,250(**)	,106(**)	,045	,169(**)	,219(**)	,109(**)
Obsesión Compulsión	,099(*)	,244(**)	,290(**)	,169(**)	,045	,227(**)	,243(**)	,184(**)
Sensibilidad Interpersonal	,014	,376(**)	,240(**)	,116(**)	-,002	,326(**)	,264(**)	,105(**)
Depresión	,034	,386(**)	,251(**)	,106(**)	,023	,309(**)	,299(**)	,118(**)
Ansiedad	,040	,269(**)	,244(**)	,111(**)	,032	,189(**)	,191(**)	,124(**)
Hostilidad	,061	,243(**)	,203(**)	,130(**)	,062	,181(**)	,154(**)	,090(*)
Ansiedad Fóbica	,052	,269(**)	,295(**)	,147(**)	,009	,209(**)	,214(**)	,120(**)
Ideación Paranoide	,078(*)	,377(**)	,286(**)	,179(**)	,030	,270(**)	,248(**)	,161(**)
Psicoticismo	,050	,303(**)	,268(**)	,154(**)	,043	,246(**)	,244(**)	,142(**)
GSI	,071	,360(**)	,313(**)	,157(**)	,039	,291(**)	,287(**)	,158(**)

*Significación = .05 / **Significación = .01

En resumen, por un lado los estilos relacionales inseguros implican mayor presencia de sintomatología clínica en ambos contextos relacionales y, por otro, el apego seguro en la dimensión romántica se asocia a ausencia de sintomatología clínica.

➤ **Incidencia de la psicopatología en el bienestar psicológico**

En la tabla 4.7 se observa que todas las correlaciones son de signo negativo con una significación de .01 excepto los signos clínicos de obsesión compulsión, psicoticismo e índice de severidad global en el factor control de situaciones y sensibilidad interpersonal e ideación paranoide en el factor de metas y proyectos (sig. = .05). La somatización no correlaciona con el control de situaciones, la ansiedad no resulta significativa en los factores control y proyectos, la ansiedad fóbica sólo obtiene significación en la aceptación del sí mismo y, por último, el psicoticismo no se relaciona con las metas y proyectos.

Es decir, la presencia de bienestar psicológico supone menor presencia de síntomas clínicos, especialmente en su dimensión de auto aceptación ya que, además de ser la escala que correlaciona y significativamente con los 10 indicadores psicopatológicos, presenta los índices más altos, por otro lado, los sentimientos de vergüenza y las conductas de inhibición social inciden negativamente en la auto aceptación de uno mismo. Los factores control de situaciones y metas y proyectos no se ven afectados por la ansiedad (ni fisiológica ni social), una diferencia en la incidencia de la psicopatología en estas dimensiones del bienestar es que la presencia de somatización tiende a reducir la cantidad y calidad de las conductas propositivas con significado vital en la muestra y que los déficits en la profundidad afectiva y los niveles elevados de culpabilidad inciden negativamente en la sensación de manejo de situaciones y estresares. La capacidad de establecer relaciones sociales satisfactorias y de realizar valoraciones globales sobre uno mismo no se ven afectadas por la ansiedad fóbica.

Tabla 4. 7. Correlación bivariada de la Psicopatología sobre el bienestar psicológico

Variables	Bienestar psicológico				
	Control	Aceptación	Vínculos	Proyectos	Bienestar Total
Somatización	-,055	-,144(**)	-,087(*)	-,134(**)	-,149(**)
Obsesión Compulsión	-,089(*)	-,169(**)	-,132(**)	-,141(**)	-,184(**)
Sensibilidad Interpersonal	-,099(**)	-,225(**)	-,158(**)	-,095(*)	-,191(**)
Depresión	-,100(**)	-,222(**)	-,163(**)	-,129(**)	-,207(**)
Ansiedad	-,054	-,117(**)	-,136(**)	-,064	-,123(**)
Hostilidad	-,113(**)	-,206(**)	-,179(**)	-,124(**)	-,209(**)
Ansiedad Fóbica	-,001	-,104(**)	-,074	-,025	-,068
Ideación Paranoide	-,103(**)	-,187(**)	-,149(**)	-,094(*)	-,177(**)
Psicoticismo	-,083(*)	-,151(**)	-,146(**)	-,051	-,139(**)
GSI	-,096(*)	-,216(**)	-,163(**)	-,127(**)	-,203(**)

*Significación = .05 / **Significación = .01

En resumen, todas las dimensiones psicopatológicas correlacionan negativamente con el bienestar psicológico. La aceptación del sí mismo es el factor que presenta coeficientes superiores con los síntomas clínicos, seguido del bienestar psicológico total. Las facetas del bienestar de control de situaciones y proyectos son las que presentan

menor número de asociaciones significativas. Finalmente, los síntomas de ansiedad son los que se muestran menor relación con las diferentes dimensiones del bienestar relativas al control de situaciones y metas y proyectos.

➤ **Incidencia de la psicopatología en el auto concepto**

Finalmente, en la tabla 4.8 se observa como el auto concepto positivo correlaciona significativa (.01) y positivamente con todos los signos psicopatológicos lo que indica que la mayor presencia de sufrimiento psicológico supone niveles mayores de deseabilidad externa y consideración de los demás a la hora de elaborar la propia identidad.

Las restantes correlaciones encontradas son de signo negativo. En concreto, los factores de obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y GSI se suponen niveles menores de auto estima y auto concepto negativo. En el caso de la auto estima los niveles de significación son de .05 en obsesión y GSI y de .01 en sensibilidad interpersonal y depresión y, en el auto concepto negativo, significación de .05 en sensibilidad, depresión y severidad global y de .01 en obsesión compulsión.

Tabla 4. 8. Incidencia de la psicopatología sobre el auto concepto

Variables	Auto Concepto		
	Positivo	Auto Estima	Negativo
Somatización	,365(**)	-,051	-,046
Obsesión Compulsión	,450(**)	-,077(*)	-,111(**)
Sensibilidad Interpersonal	,486(**)	-,145(**)	-,086(*)
Depresión	,536(**)	-,125(**)	-,093(*)
Ansiedad	,510(**)	,025	-,011
Hostilidad	,360(**)	-,039	-,157(**)
Ansiedad Fóbica	,418(**)	-,027	-,032
Ideación Paranoide	,417(**)	-,101(**)	-,063
Psicoticismo	,435(**)	-,041	-,032
GSI	,557(**)	-,079(*)	-,086(*)

*Significación = .05 / **Significación = .01

Auto estima y auto concepto negativo comparten asociación negativa con los síntomas de obsesiones y falta de control cognitivo, hipersensibilidad social, depresión y severidad clínica global. La hostilidad y beligerancia se relaciona con descenso del auto concepto negativo y la desconfianza interpersonal favorece el detrimento de la auto estima.

Los síntomas del espectro paranoide (susplicacia, ira ante la pérdida de autonomía, susplicacia y necesidad de control) suponen niveles menores de auto estima (sig. = .01) y la irritabilidad y el resentimiento implican niveles mayores de sugestionabilidad e impacto de la información negativa en la construcción del auto concepto.

En resumen, las tres dimensiones del auto concepto se ven moduladas por la presencia de psicopatología, especialmente en el auto concepto positivo, dimensión en la que se observan coeficientes mayores significativos para .01. y que implica que la deseabilidad social se asocia a niveles mayores de sintomatología en todas las facetas clínicas evaluadas. La auto estima y la resistencia a la crítica se muestran como factores protectores de la psicopatología ya que se reducen las expresiones sintomáticas relacionadas con pensamientos rumiativos, timidez excesiva, sentimientos de desesperanza y severidad global y el bajo auto concepto positivo supone menores experiencias hipocondríacas, ansiosas y psicóticas.

En conclusión, del estudio correlacional se observa que los factores: sensibilidad interpersonal, depresión y severidad sintomatológica global muestran mayor incidencia negativa en las variables salutogénicas evaluadas. Las variables: seguridad y autonomía en situaciones de pareja, aceptación de uno mismo y de la propia trayectoria vital y la capacidad de distanciarse de la información externa sobre el yo, se relacionan con niveles menores de clínica.

4.2.2. Estudio Multivariado

Para profundizar en el efecto de la clínica psicopatológica se realizó un análisis multivariado tomando como variable dependiente el índice de severidad global (véase apartado 3. Método).

➤ Incidencia de la psicopatología en las variables clínicas

Los resultados, nivel de significación y porcentaje de varianza explicada, se presentan en la tabla 4.9.

Estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto se ven modulados (sig. = .00) con la severidad sintomática evaluada con el SCL-90, siendo, el efecto observado mayor en el auto concepto (11,7%) seguido de los estilos de apego (10,8%) y, finalmente, el bienestar psicológico (2%). Las disfunciones con la imagen corporal no logran significación estadística suficiente (sig. = .11).

Tabla 4. 9. Incidencia de la psicopatología sobre las variables clínicas. Análisis Multivariado

Variables	GSI		
	F	Sig.	Eta
Estilos de Apego	9,97	,00	10,8%
Bienestar Psicológico	3,38	,00	2%
Imagen Corporal	2,00	,11	,9%
Auto Concepto	17,41	,00	11,7%

Para conocer el efecto específico del GSI en las diferentes dimensiones de las variables independientes se compararon las medias marginales estimadas que se presentan en la tabla 4.10.

El grupo clínico obtiene puntuaciones superiores en los 3 estilos inseguros del apego en ambos contextos vinculares, en las 3 dimensiones de la imagen corporal y en la escala de auto concepto positivo y, puntuaciones inferiores en el apego seguro, romántico y no romántico, en las 5 escalas de bienestar psicológico y los factores de auto estima y auto concepto negativo. Es decir la pertenencia al grupo con un GSI bajo se asocia a niveles mayores de bienestar psicológico y mayor capacidad de no depender de la información negativa de uno mismo.

El GSI, incide, con una significación de .00, en los 3 estilos inseguros del apego socio familiar y romántico, las dimensiones de auto aceptación, proyectos y bienestar psicológico total, el índice de atracción romántica y el auto concepto positivo, con un nivel de significación de .01 en el factor control de situaciones, para .02 en insatisfacción y auto concepto negativo y, finalmente, con la dimensión de vínculos sociales (sig = .03).

Las escalas que logran la significación estadística coinciden con las citadas en el apartado anterior correspondiente al estudio correlacional con excepción de la incidencia en la auto estima, no confirmada en procedimiento multivariado. La imagen corporal no resulta significativa como variable, pero sí atendiendo a las dimensiones que lo componen reiterándose la ausencia de asociación entre la distorsión con la imagen corporal y la psicopatología.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

La presencia de sintomatología clínica se relaciona, por un lado, con una mayor tendencia a vincularse de forma insegura con familiares, amigos y parejas, lo que favorece la mayor presencia de ansiedad por separación, de sentimientos de miedo e inseguridad y de dificultades a la hora implicarse y confiar en los demás, a mantener imágenes corporales displacenteras, bien por considerar que no se ajusta el modelo estético adecuado, bien por anticipar que la propia imagen va a ser objeto de rechazo por el otro a la hora de mantener relaciones románticas y a la presencia de mayores problemas en la construcción del auto concepto con un mayor impacto de la información externa y menores habilidades para reducir el impacto de la información negativa sobre unos mismo.

En resumen, el estudio multivariado indica que la presencia de sufrimiento psicosomático global se relaciona con la presencia de estilos relacionales disfuncionales y alteraciones con la imagen corporal e incide en la disminución de las variables salutogénicas, seguridad en el apego, bienestar psicológico y auto concepto. Siendo así, la pertenencia al grupo control se relaciona con niveles mayores de auto aceptación, relaciones sociales saludables, actitudes propositivas, manejo de estresores cotidianos y valoraciones globales sobre las propias circunstancias satisfactorias y menor frecuencia de fragilidad y deseabilidad social en el auto concepto y experiencias relacionales ansiosas, miedosas o de independencia extremas.

Tabla 4. 10. Estadísticos descriptivos del efecto del GSI

Variables	Grupo control		Grupo clínico		T. Pillai	
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig.
Apego No Romántico						
Seguro	6,19	(2,04)	6,42	(1,88)	2,19	,14
Ansioso	4,52	(1,58)	5,64	(1,97)	64,38	,00
Temeroso	4,64	(1,70)	5,46	(1,77)	34,73	,00
Evitativo	5,32	(1,91)	5,78	(2,03)	8,54	,00
Apego Romántico						
Seguro	6,45	(2,00)	6,53	(2,11)	,21	,64
Ansioso	4,85	(1,82)	5,90	(2,24)	43,46	,00
Temeroso	4,95	(1,74)	5,75	(1,95)	29,45	,00
Evitativo	5,31	(1,85)	6,01	(2,04)	20,62	,00
Bienestar Psicológico						
Control	8,35	(1,05)	8,13	(1,05)	7,20	,01
Aceptación	7,77	(1,21)	7,32	(1,20)	21,26	,00
Vínculos	8,03	(1,08)	7,85	(1,10)	4,46	,03
Proyectos	10,07	(1,68)	9,68	(1,73)	8,21	,00
Bienestar Total	34,23	(3,84)	32,98	(3,41)	17,75	,00
Imagen corporal						
Distorsión	-,49	(2,14)	-,64	(2,15)	,32	,57
Insatisfacción	,02	(,93)	,14	(1,11)	5,87	,02
Atracción	,22	(1,03)	,36	(1,28)	9,70	,00
Auto concepto						
Positivo	27,89	(5,99)	33,59	(7,47)	116,24	,00
Auto Estima	30,91	(5,27)	30,34	(5,23)	1,73	,18
Negativo	19,04	(3,69)	18,36	(3,78)	5,19	,02

➤ **Incidencia de la psicopatología: Diferencias Individuales**

Una vez comprobada la incidencia de la psicopatología en las variables clínicas (tabla 4.9) se procedió a estudiar si tal efecto se ve modulado por la incidencia de las variables demográficas. Para ello, se realizó un análisis de varianza multivariado (tabla 4.11) con 3 variables dependientes (edad, género y GSI). De los 7 posibles efectos sobre las variables independientes, sólo la interacción entre el género y el GSI resultan no significativos (sig = .31), los efectos de edad, género, psicopatología e interacción edad y género resultan significativas para .00, la interacción edad y psicopatología para .05 y, la triple interacción para .01. En relación al efecto observado el 19% se relaciona con la sintomatología, el 11.5% con diferencias debidas a la edad y el 10.4% se debe al efecto del género, las interacciones contribuyen de forma escasa a la varianza observada, 5.4% en la interacción triple y 4.4% en el efecto edad – GSI.

Tabla 4. 11. Efecto de las variables demográficas en la incidencia del GSI

Efecto	F	Sig.	Eta
Edad	4,61	,00	11.5 %
Género	4,13	,00	10.4 %
GSI	8,35	,00	19 %
Edad x Género	3,17	,00	8.2 %
GSI X Edad	1,62	,05	4.4 %
GSI x Género	1,14	,31	3.1 %
GSI x Edad x Género	2,04	,01	5.4 %

Las variables demográficas modulan el efecto de la severidad sintomática global en las variables salutogénicas, en concreto, tal y como se observa en la tabla 4.12 el efecto de la edad resulta significativo para .00 en todas las variables clínicas a excepción de la imagen

corporal (sig = .01), el género incide (sig = .00) en las 4 variables clínicas, el efecto de interacción edad y género se asocia con el bienestar psicológico y el auto concepto con una significación de .00 y con los estilos de apego con un índice de .01. La interacción edad y GSI resulta significativa con .00 con bienestar psicológico y auto concepto y con .05 con la imagen corporal. Finalmente el triple efecto se asocia con bienestar psicológico y auto concepto (Sig. = .00) y con estilos de apego (Sig.= .04).

Tabla 4. 12. Incidencia del GSI

Efecto	Estilos de Apego		Bienestar Psicológico		Imagen Corporal		Auto Concepto	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Edad	3,99	,00	8,68	,00	3,49	,01	10,62	,00
Género	3,27	,00	3,80	,00	10,35	,00	9,34	,00
Edad x Género	2,39	,01	5,75	,00	1,19	,31	7,92	,00
GSI x Edad	1,14	,33	4,47	,00	2,51	,05	4,03	,00
GSI x Género	,97	,45	,76	,55	1,67	,17	1,04	,39
Edad x Género x GSI	2,01	,04	4,3	,00	,95	,41	4,59	,00

➤ **Incidencia de la psicopatología: efecto de la edad**

La edad modula la incidencia del GSI con un nivel de significación de .00 en las dimensiones vínculos sociales, y bienestar total, con significación .01 en el estilo de apego evitativo en situación romántica y en el estilo seguro y el factor de metas y proyectos con un índice de .02 en ambos. Se observa, en el estilo evitativo no romántico y el índice de atractivo romántico, una tendencia a la significación de .06 (tabla 4.13)

Al inicio de la adolescencia, los jóvenes pertenecientes al grupo control, muestran mayor tendencia a vincularse de forma segura en situaciones no románticas y menor frecuencia de la evitación romántica, menor satisfacción con sus vínculos sociales y menor bienestar psicológico general y menor tendencia a anticipar rechazo corporal por parte de futuras figuras románticas en comparación con los jóvenes de mayor edad. Así, en este grupo empeora el estilo relacional en ambos contextos vinculares, disminuye la comodidad en las relaciones familiares y se incrementa la independencia y el deseo de autonomía en las relaciones de pareja, se incrementa la satisfacción con las relaciones sociales y con su trayectoria vital en general e incrementa la insatisfacción corporal en situaciones románticas al percibir más volumen corporal que el estándar estético.

Los jóvenes pertenecientes al grupo clínico menores de 15 años presentan más seguridad en las relaciones familiares y evitación en relaciones románticas, mayor satisfacción con sus relaciones sociales así como bienestar psicológico general y mantienen una imagen corporal ajustada en situaciones románticas, prácticamente coincide su auto valoración corporal con el modelo estético de referencia en comparación con el grupo mayor de 16 años.

Tabla 4. 13. Efecto de Interacción edad – psicopatología

Variables	Grupo Control		Grupo Clínico		T. Pillai	
	13 a 15 años	16 a 18 años	13 a 15 años	16 a 18 años	F	Sig
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Apego No Romántico						
Seguro	6.51 (.16)	6.49 (1.58)	6.23 (2.19)	4.74 (2.49)	5,58	,02
Ansioso	4.63 (1.67)	4.49 (1.40)	4.35 (1.44)	4.51 (1.63)	,06	,80
Temeroso	4.63 (1.45)	4.91 (1.50)	4.73 (1.68)	3.78 (2.24)	,69	,40
Evitativo	5.42 (1.86)	5.46 (1.72)	5.58 (1.94)	3.94 (1.58)	3,46	,06
Apego Romántico						
Seguro	6.52 (2.06)	6.52 (2.02)	6.60 (2.00)	5.68 (1.65)	,70	,40
Ansioso	4.86 (1.91)	4.36 (1.24)	4.88 (1.68)	5.40 (2.01)	2,61	,10
Temeroso	4.82 (1.81)	4.96 (1.53)	4.87 (1.67)	5.54 (2.03)	1,14	,29
Evitativo	5.21 (1.84)	5.33 (2.02)	5.63 (1.82)	4.56 (1.34)	7,00	,01
Bienestar Psicológico						
Control	8.50 (.86)	8.58 (.69)	8.30 (1.14)	7.74 (1.38)	2,84	,09
Aceptación	7.82 (1.18)	7.76 (1.27)	7.95 (1.14)	7.26 (1.12)	2,37	,12
Vínculos	8.11 (1.04)	8.31 (.72)	8.07 (1.13)	7.36 (1.22)	16,35	,00
Proyectos	10.23 (1.32)	10.57 (1.97)	10.24 (1.54)	8.46 (2.54)	5,03	,02
Bienestar Total	34.65 (3.20)	35.24 (2.47)	34.56 (3.80)	30.82 (5.18)	10,66	,00
Imagen corporal						
Distorsión	-.26 (2.22)	-.18 (2.03)	-.80 (1.76)	-.84 (2.41)	,71	,40
Insatisfacción	.11 (.90)	.11 (.92)	-.19 (.93)	.22 (1.01)	,14	,70
Atracción	.22 (.90)	.25 (1.14)	.02 (.95)	.74 (1.24)	3,53	,06
Auto concepto						
Positivo	26.92 (5.37)	28.84 (5.73)	26.45 (5.30)	33.06 (7.05)	2,00	,16
Auto Estima	30.94 (5.60)	30.16 (5.35)	31.16 (5.07)	31.36 (4.82)	,76	,38
Negativo	19.29 (3.70)	20.09 (3.78)	18.64 (3.47)	17.74 (37.30)	,72	,39

Al comparar ambos grupos se observa que la ausencia de malestar sintomático se relaciona con un incremento en la evitación de la implicación afectiva con la edad no observándose dicha asociación en el grupo clínico, donde desciende este estilo vincular. El estilo seguro no romántico se reduce con la edad en ambos grupos, el bienestar psicológico se incrementa con la edad en grupo control y se reduce en el clínico y, finalmente, se observa la asociación entre una puntuación elevada en el GSI y un mayor desajuste con la imagen corporal en la dimensión de atracción romántica en adolescentes menores de 16 años, siendo el grupo clínico de mayor edad el que muestra mayor discrepancia con la imagen en relación al total de la muestra.

En resumen, se observan patrones diferenciales en la incidencia de la severidad sintomática general en función de la edad. El grupo clínico de mayor edad presenta los niveles más bajos de autonomía en las relaciones familiares, falta de bienestar psicológico (vínculos sociales y bienestar total) y discrepancia entre la imagen corporal percibida y la atribuida como atractiva en el sexo opuesto.

➤ **Incidencia de la Psicopatología: Efecto del género**

Los resultados de la interacción género y psicopatología se muestran en la tabla 4.13. En general, el grupo femenino muestra más tendencia al estilo ansioso no romántico en el grupo control, sin embargo, en el grupo clínico, las chicas obtienen puntuaciones superiores a los chicos en los 3 estilos inseguros. Dentro de las relaciones socio familiares es el estilo evitativo el que logra significación estadística (sig. = .05). La tendencia a vincularse de forma independiente y con niveles bajos de intimidad y profundidad afectiva se asocia al género masculino en el grupo control y al femenino en el clínico, es decir, la presencia de sufrimiento psicósomático supone niveles mayores de evitación social en el caso de las chicas. En relación a las relaciones amorosas y sin resultar significativo, las chicas muestran medias superiores en el estilo temeroso tanto en el grupo control como en el clínico. Las puntuaciones de los restantes estilos de apego son superiores en la población masculina.

El bienestar psicológico tiende a ser superior en el grupo masculino en ambos grupos siendo, el grupo de chicos del grupo control el que muestra niveles superiores en los 5 factores del bienestar y las chicas del grupo clínico las que obtienen las puntuaciones más bajas de las observadas en la variable. Sin embargo, tales diferencias no resultan significativas para ninguna dimensión.

En el caso de la imagen corporal se observan niveles mayores de disfunción, de signo positivo, en las 3 facetas evaluadas en el grupo clínico y, especialmente, en el grupo femenino. La mayor severidad sintomatológica supone niveles mayores de distorsión corporal por sobre valoración de la imagen, deseos de adelgazar y expectativas de ser rechazado en contexto de pareja por sobre peso. De las diferencias señaladas sólo resulta significativa la insatisfacción (sig = .02) aunque se observa una tendencia a la significación en la dimensión de atracción romántica (sig = .06).

Finalmente, pese a no resultar significativo ningún factor del auto concepto, se observan niveles superiores de auto concepto positivo y negativo e inferiores de auto

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

estima en el grupo de chicas en ambos grupos, siendo mayores las puntuaciones obtenidas por el grupo clínico.

Tabla 4. 14. Efecto del género en la incidencia del GSI

Variables	Grupo Control				Grupo Clínico				T. Pillai	
	Chico		Chica		Chico		Chica		F	Sig
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
Apego No Romántico Seguro										
	6,37	(1,99)	5,84	(2,13)	6,45	(1,87)	6,29	(1,96)	2,22	,14
Ansioso	4,49	(1,56)	4,50	(1,48)	5,60	(1,95)	5,77	(2,05)	,12	,73
Temeroso	4,68	(1,58)	4,49	(1,88)	5,34	(1,70)	5,70	(1,94)	2,58	,11
Evitativo	5,50	(1,90)	4,89	(1,84)	5,72	(1,98)	5,86	(2,12)	3,79	,05
Apego Romántico Seguro										
	6,56	(2,02)	6,19	(1,94)	6,64	(2,07)	6,25	(2,25)	,17	,68
Ansioso	4,87	(1,80)	4,72	(1,73)	6,02	(2,28)	5,64	(2,16)	1,02	,31
Temeroso	4,84	(1,74)	5,15	(1,75)	5,66	(1,91)	6,00	(2,09)	,02	,88
Evitativo	5,43	(1,84)	5,06	(1,84)	6,04	(2,12)	5,95	(1,88)	1,62	,20
Bienestar Psicológico Control										
	8,40	(1,02)	8,27	(1,07)	8,17	(1,02)	7,97	(1,13)	,02	,90
Aceptación	7,88	(1,16)	7,58	(1,23)	7,37	(1,22)	7,16	(1,14)	,79	,37
Vínculos	8,09	(1,08)	7,96	(1,04)	7,88	(1,09)	7,70	(1,14)	1,48	,22
Proyectos	10,23	(1,44)	9,79	(2,06)	9,69	(1,65)	9,58	(1,96)	1,50	,22
Bienestar Total	34,61	(3,51)	33,60	(4,26)	33,11	(3,50)	32,41	(3,13)	1,59	,21
Imagen corporal										
	,42	(,49)	,47	(,50)	,42	(,50)	,56	(,50)	,00	,96
Insatisfacción	,08	(,27)	,09	(,28)	,12	(,32)	,20	(,41)	4,86	,02
Atracción	,10	(,29)	,22	(,42)	,22	(,41)	,28	(,45)	3,55	,06
Auto concepto										
	26,68	(5,33)	30,38	(6,52)	32,79	(7,32)	35,72	(7,49)	,83	,36
Auto Estima	31,05	(5,33)	30,60	(5,16)	30,89	(5,03)	28,97	(5,57)	,80	,37
Negativo	18,96	(3,59)	19,21	(3,90)	18,38	(3,81)	18,27	(3,73)	,93	,33

En resumen, la incidencia de la psicopatología en las variables estudiadas se ve modulada por el género en los estilos de apego y la imagen corporal, en concreto, la presencia de psicopatología incrementa, por un lado, la evitación de la implicación afectiva no romántica en el caso de las chicas, estando esta dimensión, más asociada al género masculino en el grupo control y, por otro, la insatisfacción con la imagen, significativamente mayor en el grupo clínico femenino.

➤ **Incidencia de la Psicopatología: Efecto de interacción**

Dada la complejidad de la triple interacción (2x2x2) los resultados se presentan en 2 tablas, una correspondiente a los resultados obtenidos por el grupo control (tabla 4.15.A) y otra para el grupo experimental (tabla 4.15.B)

En general, dentro del grupo control, las puntuaciones en las dimensiones no románticas del apego tienden a reducirse con la edad, las chicas de menor edad son las que muestran puntuaciones superiores en los estilos inseguros, en los chicos se observan los niveles superiores de seguridad entre los 13 y los 15 años y de independencia vincular a partir de los 16 años. En el grupo clínico se observa la asociación entre los estilos seguro (sig. = .02) y la tendencia evitativa (sig. = .06) al género masculino.

En situaciones románticas, las chicas menores de 16 años se muestran más temerosas y evitativas en grupo control y clínico. A partir de esta edad, el género femenino de baja presencia sintomatológica se relaciona con niveles superiores en los estilos ansioso y temeroso mientras que en el grupo clínico las chicas refieren mayor independencia afectiva en comparación con el grupo de chicos, siendo dicho estilo evitativo significativo para .01

El bienestar psicológico no resulta significativo en las dimensiones de control de situaciones (sig. = .09) y auto aceptación (sig. = .12). en el grupo clínico la sensación de manejo de estresares se relaciona con el grupo de menor edad y especialmente, en las chicas, en el grupo clínico, las mayores puntuaciones se asocian al género masculino también entre los 13 y los 15 años. La aceptación de uno mismo se incrementa con la edad en chicos y desciende en chicas en el grupo control, pero no en el grupo clínico, donde, siendo superior en el grupo de chicos, se incrementa en ambos géneros. Los niveles más bajos de ambas dimensiones se observan en las chicas control de más de 16 años.

Las restantes dimensiones del bienestar psicológico resultan significativas para .00 (vínculos sociales y bienestar psicológico total) y para .02 en metas y proyectos. Estos factores disminuyen con la edad en ambos géneros y en ambos grupos experimentales. Entre los 13 y los 15 años, las chicas del grupo control refieren más satisfacción con sus relaciones sociales, con sus proyectos personales y con lo acaecido en sus vidas en general, sin embargo, dichas asociaciones se invierten a partir de los 16 años, cuando el grupo de chicos muestra puntuaciones superiores en las 3 escalas. En el grupo clínico, las chicas de menor edad muestran puntuaciones superiores a los chicos en vínculos sociales y proyectos, pero no en bienestar psicológico total. En el siguiente rango de edad, la presencia de relaciones interpersonales satisfactorias, la orientación personal hacia metas y proyectos y la valoración global positiva de las experiencias vividas se asocia al género masculino.

Los jóvenes de mayor edad muestran mayor distorsión negativa de la imagen en ambos grupos. En el grupo control, entre los 13 y los 15 años, los chicos tienden a subestimar su cuerpo más que las chicas, siendo éstas, las que presentan un índice de distorsión superior a partir de los 16 años. En el grupo clínico, la sobreestimación corporal se da en el grupo masculino en todo el rango de edad evaluado.

En relación a la insatisfacción corporal, dentro del grupo control, chicos y chicas inician la adolescencia anhelando estar más delgados, a partir de los 16 años, los chicos desean ganar volumen mientras que las chicas mantienen la falta de satisfacción corporal en la misma dirección que en edades anteriores. Los jóvenes del grupo clínico muestran

mayor insatisfacción positiva con la imagen que el control, siendo las chicas las que obtienen mayor puntuación a partir de los 16 años, los chicos incrementan la insatisfacción, pero de signo negativo mientras que las chicas mantienen el signo y reducen la discrepancia entre su cuerpo y percibido y el deseado.

Y, al respecto del atractivo romántico, funciona de forma similar en ambos grupos experimentales, las chicas tienden a valorar que su cuerpo excede al estándar de belleza a la hora de mantener relaciones románticas en todo el rango de edad evaluado, aunque las puntuaciones tienden a incrementarse con la edad, los chicos, por su parte, anticipan rechazo romántico por considerarse con más peso que el deseado por las chicas entre los 13 y los 15 años, a partir de esta edad, el índice de atractivo cambia de signo y tiende a cero, es decir, la imagen percibida es muy similar a la que ellos consideran atractiva a los ojos de las chicas. Las chicas del grupo clínico muestran la puntuación máxima en la dimensión de atracción romántica en el grupo de menor edad y se reduce en el grupo más mayor: en el grupo control sucede lo contrario, se incrementa la anticipación de no aceptación con la edad. Pese a las diferencias observadas, los resultados no resultan significativos a excepción del índice de atracción romántica ($\text{sig} = .06$) que logra cierta tendencia a la significación.

Finalmente, sin resultar significativa, con la edad se incrementa la auto estima y se reducen las facetas positiva y negativa del auto concepto en chicos control, por su parte, las chicas disminuyen en auto concepto negativo e incrementan las puntuaciones en las escalas de auto concepto positivo y auto estima. Tanto las chicas como los chicos del grupo clínico inician la adolescencia con niveles inferiores de auto estima y auto estima y mayores de auto concepto, lo que supone un yo menos auto valorado, más sensible a las críticas y más dependiente de la información externa. En el siguiente rango de edad el grupo masculino gana en auto estima y auto concepto negativo y reduce la media en auto concepto positivo mientras que las chicas también ganan en auto estima y auto concepto positivo y reducen el auto concepto negativo.

Tabla 4. 15. A. Efecto de Interacción de las variables demográficas en la incidencia del GSI en grupo control

Variables	Grupo Control								T. Pillai	
	13-15				16-18				F	Sig
	Chico		Chica		Chico		Chica			
M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)			
Apego No Romántico Seguro										
	6.51	(.16)	6.49	(1.58)	6.23	(2.19)	4.74	(2.49)	5,58	,02
Ansioso	4.63	(1.67)	4.49	(1.40)	4.35	(1.44)	4.51	(1.63)	,06	,80
Temeroso	4.63	(1.45)	4.91	(1.50)	4.73	(1.68)	3.78	(2.24)	,69	,40
Evitativo	5.42	(1.86)	5.46	(1.72)	5.58	(1.94)	3.94	(1.58)	3,46	,06
Apego Romántico Seguro										
	6.52	(2.06)	6.52	(2.02)	6.60	(2.00)	5.68	(1.65)	,70	,40
Ansioso	4.86	(1.91)	4.36	(1.24)	4.88	(1.68)	5.40	(2.01)	2,61	,10
Temeroso	4.82	(1.81)	4.96	(1.53)	4.87	(1.67)	5.54	(2.03)	1,14	,29
Evitativo	5.21	(1.84)	5.33	(2.02)	5.63	(1.82)	4.56	(1.34)	7,00	,01
Bienestar Psicológico Control										
	8.50	(.86)	8.58	(.69)	8.30	(1.14)	7.74	(1.38)	2,84	,09
Aceptación	7.82	(1.18)	7.76	(1.27)	7.95	(1.14)	7.26	(1.12)	2,37	,12
Vínculos	8.11	(1.04)	8.31	(.72)	8.07	(1.13)	7.36	(1.22)	16,35	,00
Proyectos	10.23	(1.32)	10.57	(1.97)	10.24	(1.54)	8.46	(2.54)	5,03	,02
Bienestar Total	34.65	(3.20)	35.24	(2.47)	34.56	(3.80)	30.82	(5.18)	10,66	,00
Imagen corporal										
	-.26	(2.22)	-.18	(2.039)	-.80	(1.76)	-.84	(2.41)	,71	,40
Insatisfacción	.11	(.90)	.11	(.92)	-.19	(.93)	.22	(1.01)	,14	,70
Atracción	.22	(.90)	.25	(1.14)	.02	(.95)	.74	(1.24)	3,53	,06
Auto concepto										
	26.92	(5.37)	28.84	(5.73)	26.45	(5.30)	33.06	(7.05)	2,00	,16
Auto Estima	30.94	(5.60)	30.16	(5.35)	31.16	(5.07)	31.36	(4.82)	,76	,38
Negativo	19.29	(3.70)	20.09	(3.78)	18.64	(3.47)	17.74	(37.30)	,72	,39

Tabla 4. 15. B. Efecto de Interacción de las variables demográficas en la incidencia del GSI en grupo clínico

Variables	Grupo Clínico								T. Pillai	
	13-15				16-18				F	Sig
	Chico		Chica		Chico		Chica			
M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)			
Apego No Romántico										
Seguro	6.63	(1.69)	6.32	(1.64)	6.25	(2.02)	6.20	(2.72)	5,58	,02
Ansioso	5.71	(2.04)	5.79	(2.28)	5.49	(1.86)	5.70	(1.23)	,06	,80
Temeroso	5.36	(1.83)	5.89	(1.93)	5.33	(1.56)	5.15	(1.88)	,69	,40
Evitativo	5.95	(2.08)	6.09	(2.10)	5.47	(1.85)	5.24	(2.11)	3,46	,06
Apego Romántico										
Seguro	6.33	(2.18)	6.17	(2.31)	6.95	(1.91)	6.47	(2.15)	,70	,40
Ansioso	5.94	(2.29)	5.66	(2.04)	6.11	(2.27)	5.59	(1.28)	2,61	,10
Temeroso	5.57	(1.94)	6.02	(1.93)	5.76	(1.90)	5.94	(2.53)	1,14	,29
Evitativo	6.28	(2.34)	5.87	(1.88)	5.80	(1.83)	6.18	(1.91)	7,00	,01
Bienestar Psicológico										
Control	8.23	(1.11)	8.00	(1.07)	8.11	(.91)	7.88	(1.32)	2,84	,09
Aceptación	7.31	(1.27)	7.11	(1.16)	7.43	(1.17)	7.29	(1.10)	2,37	,12
Vínculos	7.87	(1.08)	7.51	(1.06)	7.89	(1.11)	8.24	(1.20)	16,35	,00
Proyectos	9.78	(1.55)	9.83	(1.36)	9.59	(1.75)	8.88	(3.02)	5,03	,02
Bienestar Total	33.20	(3.61)	32.45	(2.89)	33.02	(3.93)	32.29	(3.79)	10,66	,00
Imagen corporal										
Distorsión	-.46	(2.40)	-.62	(2.58)	-.83	(1.39)	-.71	(2.47)	,71	,40
Insatisfacción	.18	(1.06)	.70	(1.14)	-.28	(1.00)	.47	(1.12)	,14	,70
Atracción	.33	(.121)	1.04	(1.12)	-.07	(1.31)	.76	(1.03)	3,53	,06
Auto concepto										
Positivo	32.91	(7.79)	35.45	(8.25)	32.67	(6.84)	36.47	(4.94)	2,00	,16
Auto Estima	30.72	(5.01)	28.15	(5.81)	31.06	(4.98)	31.24	(4.19)	,76	,38
Negativo	18.32	(3.79)	19.02	(3.61)	18.43	(3.85)	16.18	(3.30)	,72	,39

En resumen, con la excepción del auto concepto, las variables demográficas modulan la incidencia de la psicopatología en las variables estudiadas. El malestar psicológico se relaciona con menor seguridad y mayor evitación, ambas en contexto no romántico en ambos géneros. A partir de los 16 años, el GSI supone un incremento de la autonomía y comodidad en los vínculos familiares tanto en chicos como en chicas y un descenso de la evitación afectiva en chicos, pero no en chicas. Si bien es característico en el grupo control la relación entre la independencia emocional y el género masculino, al respecto del grupo clínico son las chicas las que expresan un imagen negativa de los demás que es interpretada como un obstáculo a la realización personal.

En lo que se refiere a las relaciones amorosas, el género femenino se relaciona con niveles elevados de evitación entre los 13 y los 15 años que descienden en el siguiente rango de edad en el que son los chicos los que muestran mayor tendencia al aislamiento y la independencia romántica. Sin embargo, la existencia de psicopatología invierte esta relación siendo, hacia los 13 años, los chicos más evitativos que las chicas y, a partir de los 16, son las chicas las que incrementan este estilo de apego.

En el bienestar psicológico, la presencia de síntomas psicopatológicos reduce las facetas de vínculos sociales, metas y proyectos y bienestar psicológico total en el grupo masculino en todo el rango de edad y en las chicas, sólo entre los 13 y los 15 años, a partir de esta edad, el GSI se asocia, en el género femenino, con mayor puntuación en dichas escalas.

Y, por último, el malestar psicosomático incide en la dimensión romántica de la imagen corporal incrementando la auto valoración negativa del cuerpo a la hora de un contacto romántico en ambos géneros y, especialmente, en el femenino, al principio de la adolescencia. En edades posteriores, la presencia de psicopatología se asocia con la valoración de falta de atractivo por exceso de peso en chicas y por bajo peso en chicos.

4.3. Incidencia de la Imagen Corporal en las variables estudiadas.

En este apartado se estudia la existencia de relaciones entre las disfunciones de la imagen corporal y la psicopatología,, estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto en el siguiente orden:

- *En primer lugar si la ausencia de disfunciones con la imagen se relaciona con la presencia factores salutogénicos. Es decir, la existencia entre grupos definidos a partir de la presencia o no de alteraciones con la imagen (grupo control y grupo clínico). Estos resultados se exponen en el apartado 4.3.1*
- *Y, posteriormente, si la cualidad de la alteración con la imagen incide de forma diferencial en las variables clínicas. Es decir, si se dan diferencias dentro del grupo clínico (apartado 4.3.2). Ya que, como se ha indicado, los índices corporales informan tanto de la magnitud de la discrepancia con la silueta asociada al IMC como de la direccionalidad de dicha diferencia.*

4.3. 1.La alteración con la imagen corporal: estudio cuantitativo

Para comprobar la existencia de diferencias significativas en la muestra, se realizó el análisis de varianza multivariado de las medias correspondientes a las dimensiones de la imagen corporal. Los resultados (tabla 4.16) muestran la existencia de diferencias significativas en cuanto a la distorsión (sig. = .05) y a las dimensiones de insatisfacción corporal y atractivo romántico (sig. = .00). En cuanto a la proporción de la varianza explicada por el efecto de las disfunciones con la imagen corporal el índice de atracción romántica da cuenta del 9.5% de las diferencias observadas entre los grupos experimentales, seguida de la falta de satisfacción corporal con un 7.4% y, en último lugar, el 5.6% explicado por la distorsión con la imagen.

Tabla 4.16. Estadísticos descriptivos y significación multivariada en los grupos control y clínico

Variables	Grupo Control M (DT)	Grupo Clínico M (DT)	F	Sig.	Eta
Distorsión	,44 (.48)	,46 (.50)	2.43	.05	5.6 %
Insatisfacción	,08 (.27)	,14 (.35)	1.94	.00	7.4 %
Atracción Romántica	,14 (.34)	,23 (.42)	2.55	.00	9.5 %
N	436	238			

➤ **Efecto de la distorsión de la imagen corporal.**

Al observar las medias marginales estimadas para el efecto de la distorsión corporal (tabla 4.17) se observan diferencias significativas en las variables clínicas objeto del presente estudio, en concreto; estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto.

Las medias obtenidas por los grupos control y clínico del factor distorsión con la imagen corporal en las variables clínicas son superiores en todas las dimensiones sintomatológicas con excepción de la escala obsesión – compulsión, superior en el grupo control. Pese a que se deduce mayor presencia de sufrimiento psíquico en el grupo cuya imagen corporal está distorsionada, tales diferencias no resultan significativas. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio de la incidencia de la psicopatología en el que tampoco eran significativa la asociación entre distorsión de la imagen e índice de severidad global.

En relación a las relaciones de apego familiares, el grupo clínico obtiene medias superiores en los 3 estilos inseguros e inferiores en el estilo seguro. De tales diferencias, las dimensiones seguro y temeroso obtienen significación estadística de .04 y .01 respectivamente, siendo así, los adolescentes que mantienen percepciones ajustadas de su cuerpo muestran niveles mayores de seguridad y confort en las relaciones no románticas, pero niveles superiores de temor al rechazo en dichos contextos relacionales. El coeficiente de correlación de Pearson es de .104 para .01 en el estilo evitativo. No se observa significación estadística en las medias correspondientes al apego romántico con excepción de una correlación positiva de -.88 para .01 en el estilo evitativo que indicaría

que el grupo clínico presenta niveles mayores de independencia y dificultades en el establecimiento de relaciones románticas basadas en la intimidad y el compromiso.

Atendiendo a los resultados obtenidos en bienestar psicológico se observa que es la dimensión de metas y proyectos la única que logra la significación estadística ($\text{sig} = .03$) señalando mayor presencia de proyectos vitales significativos y de conducta propositiva en el grupo con una auto imagen corporal ajustada. Sin resultar significativas, las medias de las restantes dimensiones son superiores en el grupo control observándose una significación de $.07$ en la dimensión de bienestar psicológico total.

Y en último lugar, la variable auto concepto, en la que el grupo control obtiene puntuaciones inferiores en los factores de auto concepto positivo ($\text{sig} = .04$; Pearson = $.078$ para $.05$) y auto estima ($\text{sig} = .33$) y superior en auto concepto negativo ($\text{sig} = .06$), lo que indica que este grupo emplea, significativamente, menor información externa en la construcción de la identidad y menos dependiente de la aprobación externa en comparación con el grupo clínico.

En resumen la auto percepción distorsionada del cuerpo no se relaciona con la presencia de síntomas psicopatológicos ni muestra relaciones significativas con los estilos vinculares románticos. Sin embargo, si se asocia a niveles menores de seguridad y confort en las relaciones con figuras familiares y sociales y menor temor al rechazo en situaciones no románticas, también supone menor presencia de proyectos personales significativos para el joven y mayor deseabilidad social en la construcción del propio yo.

Tabla 4. 17. Efecto de la Distorsión

Variables	Grupo Control		Grupo Clínico		T. Pillai		C. Pearson
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig.	
Psicopatología							
Somatización	,64	(,59)	,66	(,57)	,02	,88	,018
Obsesión Compulsión	1,02	(,67)	,99	(,69)	,18	,67	-,019
Sensibilidad Interpersonal	,77	(,60)	,84	(,69)	1,16	,28	,058
Depresión	,66	(,56)	,74	(,62)	2,22	,14	,073
Ansiedad	,73	(,59)	,81	(,67)	1,56	,21	,064
Hostilidad	,78	(,74)	,81	(,74)	,40	,53	,025
Ansiedad Fóbica	,34	(,42)	,40	(,52)	,96	,33	,063
Ideación Paranoide	,73	(,69)	,78	(,74)	,83	,36	,036
Psicoticismo	,49	(,54)	,53	(,58)	,94	,33	,039
GSI	,69	(,47)	,74	(,52)	,88	,35	,048
Apego No Romántico							
Seguro	6,37	(1,92)	6,14	(2,08)	4,40	,04	-,057
Ansioso	4,80	(1,71)	5,02	(1,87)	,75	,39	,050
Temeroso	5,07	(1,73)	4,70	(1,76)	7,75	,01	-,104(**)
Evitativo	5,50	(1,82)	5,42	(2,10)	,78	,38	-,017
Apego Romántico							
Seguro	6,68	(2,05)	6,34	(2,01)	1,92	,17	-,061
Ansioso	5,19	(1,98)	5,23	(2,07)	,00	,98	,002
Temeroso	5,27	(1,93)	5,18	(1,79)	,34	,56	-,026
Evitativo	5,40	(1,85)	5,75	(2,05)	2,09	,15	,088(*)
Bienestar Psicológico							
Control	8,28	(1,08)	8,27	(1,01)	,15	,70	,008
Aceptación	7,67	(1,22)	7,56	(1,20)	,37	,54	-,042
Vínculos	8,03	(1,11)	7,90	(1,06)	2,48	,12	-,056
Proyectos	10,04	(1,66)	9,82	(1,76)	4,97	,03	-,058
Bienestar Total	34,00	(3,77)	33,56	(3,64)	3,22	,07	-,055
Auto concepto							
Positivo	29,39	(6,71)	30,52	(7,49)	4,23	,04	,078(*)
Auto Estima	30,63	(5,00)	30,82	(5,58)	,94	,33	,015
Negativo	18,96	(3,65)	18,60	(3,83)	3,56	,06	-,048

*Significación = .05 / **Significación = .01

➤ **Efecto de la insatisfacción con la imagen corporal**

En relación con la falta de satisfacción corporal (tabla 4.18) se observa que a mayor insatisfacción mayor sintomatología con mayor presencia de psicopatología en el grupo clínico en todas las dimensiones clínicas que evalúa el SCL-90 siendo significativas la somatización (sig. = .00), sensibilidad interpersonal (sig = .01), depresión (sig. = .02) y la severidad sintomática global (sig = .04) lo que indica que la insatisfacción corporal se asocia con mayores quejas y molestias psicósomáticas, conductas de inhibición social y sentimientos de timidez, desesperanza y anhedonia que implican un gran nivel de distrés emocional.

El estudio correlacional muestra coeficientes de signo positivo siendo significativa, además de los señalados en el estudio multivariado, la ideación paranoide con una puntuación de .086 para .05.

Con respecto a los estilos de apego, el grupo control muestra puntuación mayor en el estilo seguro y menor en los 3 estilos de apego inseguros en situación no romántica.

Si bien, en el caso de la distorsión corporal, las diferencias encontradas se refieren a las relaciones familiares y sociales, en el caso de la insatisfacción, los estilos de apego significativos pertenecen a la parcela de pareja, en concreto, a los estilos ansioso y temeroso (.01 y .00 respectivamente). Ambos estilos suponen una valoración negativa de uno mismo y se asocian con la ausencia de satisfacción corporal, el grupo clínico, por tanto, experimenta mayores sentimientos de ansiedad ante la pérdida y temor al rechazo de la figura romántica en comparación con el grupo control.

En contexto romántico, los estilos seguro y evitativo, ambos menores en el grupo control, no se relacionan de forma significativa con el nivel de insatisfacción corporal.

Las escalas de auto aceptación y vínculos sociales del bienestar psicológico resultan significativas con .01 y .04 siendo mayores en grupo control. Éste presenta mayor aceptación personal y situacional y mayor satisfacción con las relaciones sociales de que disponen.

Sin resultar significativas, el grupo control obtiene puntuaciones superiores en los factores de control de situaciones, metas y proyectos, bienestar psicológico total, auto estima y auto concepto negativo e inferiores en auto concepto negativo.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 18. Efecto de la Insatisfacción Corporal

Variables	Grupo Control		Grupo Clínico		T. Pillai		C. Pearson
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig	
Psicopatología							
Somatización	,63	(,57)	,82	(,70)	8,01	,00	,095(*)
Obsesión Compulsión	,99	(,67)	1,12	(,71)	,70	,40	,055
Sensibilidad Interpersonal	,78	(,63)	1,01	(,69)	5,95	,01	,111(**)
Depresión	,67	(,58)	,87	(,65)	5,49	,02	,101(**)
Ansiedad	,76	(,62)	,87	(,66)	1,08	,30	,053
Hostilidad	,93	(,80)	,77	(,73)	2,85	,09	,063
Ansiedad Fóbica	,36	(,47)	,39	(,48)	,12	,72	,015
Ideación Paranoide	,73	(,70)	,93	(,78)	2,01	,16	,086(*)
Psicoticismo	,50	(,56)	,56	(,59)	,84	,36	,031
GSI	,70	(,49)	,84	(,55)	4,23	,04	,089(*)
Apego No Romántico							
Seguro	6,29	(1,98)	6,13	(2,11)	,01	,90	-,023
Ansioso	4,87	(1,77)	5,17	(1,91)	,91	,34	,046
Temeroso	4,91	(1,76)	4,89	(1,74)	,00	,98	-,007
Evitativo	5,44	(1,97)	5,61	(1,78)	,91	,34	,022
Apego Romántico							
Seguro	6,47	(2,04)	6,53	(2,10)	,92	,34	,008
Ansioso	5,15	(1,99)	5,74	(2,22)	5,91	,01	,084(*)
Temeroso	5,16	(1,85)	5,81	(1,95)	12,56	,00	,104(**)
Evitativo	5,55	(1,96)	5,60	(1,89)	,02	,90	,008
Bienestar Psicológico							
Control	8,28	(1,04)	8,24	(1,16)	,14	,69	-,012
Aceptación	7,68	(1,20)	7,10	(1,18)	6,37	,01	-,140(**)
Vínculos	8,18	(1,11)	7,95	(,86)	4,34	,04	,064
Proyectos	9,96	(1,70)	9,75	(1,78)	2,15	,14	-,036
Bienestar Total	33,86	(3,77)	33,26	(3,23)	,98	,32	-,047
Auto concepto							
Positivo	29,79	(7,08)	30,79	(7,10)	,48	,49	,042
Auto Estima	30,81	(5,24)	29,87	(5,41)	1,74	,18	-,054

Negativo	18,82	(3,75)	18,62	(3,59)	,03	,86	-,017
----------	-------	--------	-------	--------	-----	-----	-------

*Significación = .05 / **Significación = .01

De la observación de la tabla se deduce que la insatisfacción y la falta de atractivo auto percibido suponen, en relación a la psicopatología, niveles mayores de sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y severidad sintomatológica general. Se relacionan con la dimensión romántica del apego en aquellos estilos que comparten la valoración negativa del yo e implican niveles menores de auto aceptación.

El grado en el que joven interioriza la opinión de los demás sobre su propio yo se relaciona con niveles mayores de distorsión de la imagen y valoración de falta de atractivo, estando éste además relacionado con la presencia de obsesiones, la ansiedad frente a figuras familiares y la ausencia de proyectos y metas personales y de bienestar psicológico global. La tendencia a expresar el sufrimiento psicológico en quejas somáticas tiene que ver con la insatisfacción corporal y, por último, la falta subjetividad en la auto percepción corporal se relaciona con relaciones vinculares familiares temerosas y evitación romántica. Dicha distorsión de la imagen no se asocia con el bienestar psicológico ni con la existencia de síntomas psicopatológicos.

Atendiendo a la significación estadística, la falta de satisfacción corporal muestra mayor número de correlaciones con psicopatología, los estilos relacionales en situación de pareja y el bienestar psicológico no presentan de asociación alguna con el auto concepto ni las relaciones de apego en contexto socio familiar. La insatisfacción con la imagen supone niveles mayores de severidad psicopatológica global, somatización e ideación paranoide y relaciones vinculares románticas ansiosas (sig. = .05), sensibilidad interpersonal, mayor depresión y temor en la vinculación amorosa y menor auto aceptación (sig. = .01).

En resumen, la insatisfacción corporal se asocia con mayor somatización, depresión, inhibición social e intensidad general del malestar. No se relaciona con el estilo vincular hacia figuras familiares y sociales, con los estilos relacionales que suponen una auto valoración positiva del uno mismo. Incide en los estilos ansioso y temeroso

caracterizados por la presencia de intenso malestar psicológico relacionado con la hipersensibilidad y angustia ante el rechazo. La falta de satisfacción con la imagen implica menor aceptación del sí mismo y menor satisfacción con la red interpersonal.

➤ **Efecto de índice de atractivo romántico de la imagen corporal**

Finalmente, se estudia la influencia de la discrepancia en la auto percepción y el modelo de referencia estético atribuido al otro sexo a la hora de establecer una relación romántica (índice de atracción romántica) en las variables clínicas (tabla 4.19)

Los adolescentes que se auto perciben atractivos a la hora de exponerse a la elección de pareja presentan puntuaciones inferiores en todas las escalas psicopatológicas, siendo significativos para .00 la sensibilidad interpersonal, los estilos ansioso y temeroso de las relaciones románticas, auto aceptación, bienestar psicológico total y auto concepto positivo, para .01 ideación paranoide y para .02 los factores de obsesión compulsión, depresión, hostilidad, la severidad psicopatológica global y la dimensión de metas y proyectos del bienestar psicológico, en comparación con el grupo clínico que obtiene puntuaciones superiores en dichas escalas. La atracción romántica no se asocia a conductas hipocondríacas, ansiosas o psicóticas, con los estilos de apego que suponen auto representaciones favorables ni con los estilos inseguros en contextos relacionales socio familiares, finalmente tampoco incide en la auto estima ni en la hipersensibilidad a la información negativa sobre el yo.

El grado de atracción romántica atribuido a la propia imagen es la dimensión de la imagen corporal que correlaciona en mayor medida con las variables estudiadas. En concreto, a mayor discrepancia entre la propia imagen y el modelo estético asociado al sexo opuesto a la hora de experimentar atracción romántica supone niveles mayores de hostilidad y apego ansioso en contexto familiar (sig =.05), obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide, severidad clínica global, estilos ansioso y temerosos en situación afectivo – sexual y auto concepto positivo (sig. = .01) y niveles

menores de auto aceptación, identificación con proyectos personales y bienestar psicológico total.

Las disfunciones de la imagen corporal no se asocian con los estilos relacionales que comparten la imagen del sí mismo positiva tanto para la esfera familiar como la de pareja ni con la satisfacción con los vínculos sociales o la sensación de control del medio, tampoco incide en la auto estima ni en la sensibilidad a la información negativa al respecto del yo, finalmente, tampoco se asocia a la clínica relacionada con la ansiedad, la evitación fóbica y el psicoticismo.

Al observar la incidencia de cada una de las dimensiones de la imagen corporal evaluadas se observa que la distorsión corporal no se relaciona con la expresión sintomatológica aunque también es la faceta que menos incide en las variables salutogénicas estudiadas a excepción de dos relaciones significativas con los estilos seguro y temerosos no romántico.

Por un lado, la distorsión se asocia con menor seguridad, autonomía y confort en las relaciones sociales y menor presencia de proyectos vitales significativos, por otro, también supone niveles superiores de recelo y temor al rechazo en contextos no románticos y mayor sugestionabilidad de la información externa en la construcción del auto concepto, es decir, la auto percepción corporal deformada se relaciona tanto con dimensiones salutogénicas como con facetas asociadas a la disfunción y el malestar emocional. Estos resultados poco concluyentes pueden deberse a la ausencia de diferencias significativas en los grupos evaluados.

Los resultados relativos al resto de facetas de la imagen corporal evaluadas, insatisfacción y atracción romántica, muestran la existencia de ciertas regularidades entre ellas. Ambas inciden en la parcela de pareja en los estilos ansioso y temeroso, no mostrando efecto sobre los estilos que comparte la auto valoración del yo positiva, ambas se asocian a sintomatología depresiva y a la inhibición social, sin embargo, es el índice de atracción el que se relaciona en mayor medida con el sufrimiento psíquico, estando además implicado en la presencia de clínica obsesiva, paranoide y hostilidad. La

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

insatisfacción corporal tiene más que ver con las quejas y preocupaciones hipocondríacas.

En relación al bienestar psicológico la satisfacción con los vínculos sociales se relaciona con la valoración positiva de la imagen, la valoración global de bienestar y la presencia de proyectos personales significativos tiene que ver con la creencia de resultar atractivo a los ojos del sexo opuesto, y, finalmente, tanto la insatisfacción como la atracción romántica inciden en la auto aceptación de uno mismo auto aceptación de uno mismo. Por último, el auto concepto se asocia con el índice de atracción, pero no con el de insatisfacción.

Los síntomas de ansiedad, ansiedad social y psicoticismo, el factor control de situaciones del bienestar psicológico y los factores de auto concepto negativo y auto estima no muestran relación alguna con las dimensiones de la imagen corporal ni mediante procedimiento correlacional ni multivariado.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 19. Efecto de la atracción romántica

Variables	Grupo Control		Grupo Clínico		T. Pillai		C.
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig	Pearson
Psicopatología							
Somatización	,63	(,57)	,68	(,62)	,95	,33	,071
Obsesión Compulsión	,98	(,66)	1,21	(,75)	5,46	,02	,104(**)
Sensibilidad Interpersonal	,76	(,62)	,91	(,53)	8,57	,00	,148(**)
Depresión	,66	(,57)	,79	(,50)	5,21	,02	,122(**)
Ansiedad	,75	(,61)	,78	(,53)	,64	,42	,057
Hostilidad	,76	(,73)	,91	(,70)	5,42	,02	,093(*)
Ansiedad Fóbica	,36	(,47)	,32	(,41)	,04	,83	,032
Ideación Paranoide	,71	(,70)	,89	(,68)	6,78	,01	,113(**)
Psicoticismo	,50	(,57)	,53	(,44)	,72	,40	,031
GSI	,68	(,48)	,79	(,43)	5,31	,02	,115(**)
Apego No Romántico							
Seguro	6,32	(1,94)	5,58	(2,52)	,95	,33	-,052
Ansioso	4,83	(1,70)	4,85	(1,90)	2,91	,09	,081(*)
Temeroso	4,95	(1,74)	4,42	(2,00)	,90	,34	-,055
Evitativo	5,50	(1,93)	4,76	(2,06)	,16	,69	-,040
Apego Romántico							
Seguro	6,51	(2,02)	6,49	(2,00)	,24	,62	-,035
Ansioso	5,08	(1,93)	5,86	(2,31)	12,67	,00	,134(**)
Temeroso	5,12	(1,77)	5,65	(2,28)	15,65	,00	,132(**)
Evitativo	5,58	(1,92)	5,24	(1,87)	,18	,67	-,014
Bienestar Psicológico							
Control	8,30	(1,02)	7,96	(1,40)	1,92	,17	-,061
Aceptación	7,75	(1,17)	6,90	(1,08)	26,99	,00	-,227(**)
Vínculos	7,99	(1,06)	7,84	(1,45)	,09	,77	-,027
Proyectos	10,02	(1,65)	8,80	(2,21)	5,57	,02	-,103(**)
Bienestar Total	34,05	(3,60)	31,51	(4,76)	10,73	,00	-,147(**)
Auto concepto							
Positivo	29,39	(6,85)	31,31	(6,60)	9,39	,00	,150(**)
Auto Estima	30,79	(5,27)	31,43	(5,04)	,57	,45	-,033
Negativo	18,85	(3,70)	17,25	(3,70)	,62	,43	-,036

*Significación = .05 / **Significación = .01

4.3. 2. La alteración con la imagen corporal: estudio cualitativo

Para estudiar si el sentido de las alteraciones corporales se relaciona con variaciones en las variables clínicas se seleccionó aquellos sujetos cuya puntuación en las dimensiones de la imagen corporal era superior a la unidad, dando lugar a dos grupos clínicos con disfunciones de la imagen corporal en función del signo de la discrepancia con la figura corporal asociada a su IMC (índice de distorsión), con la silueta deseada (índice de insatisfacción) y con la figura valorada por el sexo opuesto (índice de atractivo romántico).

El grupo clínico positivo lo forman aquellos sujetos cuya elección en el TSA muestra una discrepancia por encima de la imagen asociada a su índice de masa corporal. Estos jóvenes tienden a sobre valorar su cuerpo, desean adelgazar y anticipan el rechazo por sobrepeso a la hora de ser elegidos por una pareja romántica.

El grupo clínico negativo lo forma aquella parte de la muestra clínica cuya elección presenta una discrepancia por defecto en relación a la silueta que corresponde a su figura corporal real, es decir, se subestiman su figura corporal, estaría más satisfecho si ganara volumen y consideran que el sexo opuesto va a considerar su cuerpo poco desarrollado.

A partir de las puntuaciones obtenidas por los grupos positivo y negativo se procedió a calcular el coeficiente de correlación de Pearson y la traza de Pillai para conocer los índices de covariación y de asociación multivariada respectivamente.

➤ **Efecto de la distorsión corporal**

La distorsión de la imagen supone un desajuste en la auto percepción corporal, el signo negativo supone la sobre valoración y, por el contrario, el signo positivo implica la subestimación del cuerpo en comparación con el peso real. La tabla 4.20 muestra los resultados multivariados y correlacionales en relación con las variables clínicas.

Sin resultar significativas, el grupo positivo obtiene puntuaciones superiores en el factor de sensibilidad interpersonal que supone niveles mayores de timidez, vergüenza e inhibición social e inferiores en somatización, obsesión compulsión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y severidad global en comparación con el grupo de distorsión negativa. Lo que supone mayor presencia sintomatológica relacionada con la auto percepción corporal subestimada. Las medias obtenidas por ambos grupos son iguales en los factores de depresión y ansiedad fóbica.

En relación a las relaciones de apego el grupo positivo obtiene medias superiores en los estilos seguro en contexto no romántico, evitativo en situación de pareja y temeroso en ambos contextos vinculares.

Las variables bienestar psicológico y auto concepto son las únicas que logran la significación estadística de .00 en los factores control de situaciones, proyectos y bienestar psicológico total y de .02 para el auto concepto positivo. Las puntuaciones de dichos factores son superiores en el grupo positivo lo que indica que la sobre estimación corporal supone niveles mayores de sensaciones de manejo y autonomía situacional, mayor presencia e identificación con metas personales, valoraciones globales más abstractas y multidimensionales respecto a uno mismo y, por último, mayor sugestionabilidad e hipersensibilidad a la crítica que la auto percepción delgada.

La creencia de que uno tiene más volumen del real supone niveles menores de bienestar psicológico y un auto concepto más hermético y aislado de la información

negativa. Dentro de estas variables, llama la atención que aquellas que no han resultado significativas (auto aceptación, vínculos, auto concepto positivo y auto estima) son superiores en el grupo negativo, es decir, la valoración positiva con uno mismo y con las relaciones y la orientación externa en la construcción del auto concepto son superiores en el grupo que subestima su peso.

Las relaciones vinculares si presentan efectos de interacción de la edad y la imagen corporal (tabla 4.21). En concreto, en los estilos temeroso en situación familiar con una significación de .01, y en los estilos ansioso (sig. = .00) temeroso (sig. = .04) y evitativo (sig. 0 .01) en contexto de pareja. El estilo seguro no obtiene significación suficiente en ningún contexto relacional.

El miedo al rechazo no romántico desciende con la edad en ambos clínicos, sin embargo, se observan puntuaciones superiores para este estilo en el grupo negativo, de 13 a 15 años y en el grupo positivo, de 16 a 18 años. Siendo así, la auto percepción de sobrepeso se relaciona con miedo al abandono en adolescentes de más de 16 años mientras que es la infravaloración corporal la que se asocia con temor en las relaciones familiares en jóvenes menores de esta edad.

Los estilos inseguros de apego en situación romántica también tienden a reducirse con la edad en ambos grupos clínicos. Las puntuaciones inferiores en dichas tendencias relacionales las obtiene el grupo negativo de menor edad. Sin embargo, entre 16 y 18 años, el grupo negativo es, significativamente, más ansioso y evitativo y menos temeroso en las relaciones de pareja que el grupo positivo. Es decir, al inicio de la adolescencia la sobreestimación corporal se relaciona con niveles superiores en los 3 apegos inseguros, posteriormente, el temor al rechazo se mantiene superior en el grupo positivo y la ansiedad por separación y la evitación afectiva se relacionan con la infravaloración de la imagen corporal.

La última variable que logra significación estadística en el efectos de interacción de la distorsión corporal y la edad es el bienestar psicológico. Los cinco factores que componen la variable obtienen un alfa de .00. Atendiendo a la edad, se observan niveles superiores de todas las dimensiones en el grupo de entre 13 y 15 años y observando el

tipo de distorsión de la imagen, es el grupo positivo el que muestra niveles inferiores. Siendo así, el bienestar psicológico desciende con la edad, especialmente en el grupo de distorsión positiva. La auto percepción delgada se relaciona con niveles superiores de auto aceptación, satisfacción vincular, orientación propositiva de la conducta, sensación de manejo y control de situaciones y satisfacción general con uno mismo y con sus circunstancias en todo el rango de edad evaluado en comparación con la auto percepción gruesa.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 20. Efecto de la distorsión de la imagen corporal

Variables	G. Negativo		G. Positivo		T. Pillai		C.
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig	Pearson
Psicopatología							
Somatización	.67	(.57)	.62	(.59)	.98	,38	-,039
Obsesión Compulsión	1,01	(,71)	,99	(,66)	,14	,86	,000
Sensibilidad Interpersonal	.78	(.60)	.85	(.72)	,41	,66	,039
Depresión	.71	(.57)	.71	(.65)	,13	,87	-,006
Ansiedad	,79	(,63)	,75	(,63)	,39	,68	-,028
Hostilidad	,82	(,73)	,76	(,77)	,17	,84	-,034
Ansiedad Fóbica	,37	(,49)	,37	(,45)	,08	,92	,002
Ideación Paranoide	,78	(,72)	,76	(,75)	1,41	,24	-,027
Psicoticismo	,53	(,55)	,50	(,59)	,30	,74	-,028
GSI	,72	(,49)	,71	(,53)	,06	,94	-,012
Apego No Romántico							
Seguro	6,20	(2,09)	6,36	(1,89)	,88	,41	,030
Ansioso	5,00	(1,86)	4,88	(1,84)	1,38	,25	-,048
Temeroso	4,80	(1,77)	4,94	(1,70)	2,22	,11	,042
Evitativo	5,38	(1,99)	5,52	(1,87)	1,17	,31	,036
Apego Romántico							
Seguro	6,45	(2,03)	6,34	(2,00)	,82	,44	-,019
Ansioso	5,25	(2,05)	5,17	(2,02)	,79	,46	-,025
Temeroso	5,18	(1,85)	5,19	(1,77)	1,62	,20	,006
Evitativo	5,52	(1,90)	5,65	(2,09)	,01	,98	,025
Bienestar Psicológico							
Control	8,15	(1,14)	8,43	(,94)	9,63	,00	,120(**)
Aceptación	7,65	(1,21)	7,55	(1,23)	,34	,71	-,034
Vínculos	7,89	(1,13)	8,00	(1,05)	2,53	,08	,051
Proyectos	9,75	(1,88)	10,15	(1,42)	7,84	,00	,101(**)
Bienestar Total	33,45	(4,05)	34,13	(3,21)	7,03	,00	,084(*)
Auto concepto							
Positivo	30,10	(7,19)	29,73	(7,25)	1,16	,31	-,027
Auto Estima	30,99	(5,48)	30,21	(5,08)	1,15	,32	-,059
Negativo	18,48	(3,98)	19,33	(3,51)	3,80	,02	,099(*)

*Significación = .05 / **Significación = .01

Tabla 4. 21. Diferencias de edad en la incidencia de la distorsión con la imagen corporal

Variables	13-15 años		16-18 años		T. Pillai					
	G. Negativo	G. Positivo	G. Negativo	G. Positivo	M	DT	M	DT	F	Sig
Psicopatología										
Somatización	,76	(,05)	,63	(,05)	,71	(,06)	,80	(,10)	1,72	,18
Obsesión Compulsión	1,01	(,05)	1,00	(,06)	1,05	(,07)	1,06	(,12)	,10	,90
Sensibilidad Interpersonal	,86	(,05)	,97	(,06)	,78	(,06)	,76	(,11)	,47	,62
Depresión	,77	(,05)	,78	(,05)	,75	(,06)	,73	(,10)	,20	,81
Ansiedad	,84	(,05)	,78	(,06)	,78	(,06)	,85	(,11)	,31	,74
Hostilidad	,81	(,06)	,78	(,07)	,71	(,07)	,82	(,13)	,23	,79
Ansiedad Fóbica	,47	(,04)	,39	(,04)	,29	(,04)	,26	(,08)	,90	,40
Ideación Paranoide	,86	(,06)	,83	(,06)	,76	(,07)	,59	(,12)	,02	,97
Psicoticismo	,57	(,04)	,54	(,05)	,48	(,05)	,42	(,10)	,03	,97
GSI	,77	(,04)	,75	(,04)	,72	(,05)	,73	(,08)	,09	,91
Apego No Romántico										
Seguro	6,57	(,15)	6,38	(,17)	5,37	(,19)	5,62	(,34)	2,67	,07
Ansioso	5,05	(,14)	5,05	(,16)	4,87	(,17)	4,41	(,31)	,12	,88
Temeroso	5,14	(,14)	4,96	(,15)	4,13	(,17)	4,55	(,30)	4,91	,01
Evitativo	5,52	(,15)	5,75	(,17)	4,77	(,18)	4,62	(,33)	,55	,57
Apego Romántico										
Seguro	6,40	(,16)	6,22	(,18)	6,24	(,20)	6,29	(,35)	,96	,38
Ansioso	4,89	(,16)	5,29	(,18)	5,67	(,19)	5,45	(,35)	5,56	,00
Temeroso	5,03	(,15)	5,35	(,17)	5,54	(,18)	5,73	(,32)	3,17	,04
Evitativo	5,34	(,15)	5,95	(,17)	5,52	(,19)	5,45	(,34)	5,12	,01
Bienestar Psicológico										
Control	8,35	(,08)	8,41	(,09)	7,69	(,10)	7,84	(,18)	7,76	,00
Aceptación	7,77	(,10)	7,33	(,11)	7,39	(,12)	7,31	(,21)	7,20	,00
Vínculos	7,97	(,08)	8,00	(,10)	7,62	(,10)	7,55	(,18)	5,37	,00
Proyectos	10,19	(,13)	10,16	(,14)	8,81	(,16)	9,07	(,28)	8,59	,00
Bienestar Total	34,28	(,28)	33,87	(,32)	31,51	(,34)	31,77	(,61)	13,34	,00
Auto concepto										
Positivo	29,84	(,55)	30,36	(,62)	32,31	(,67)	31,01	(,20)	2,70	,07
Auto Estima	30,35	(,42)	29,83	(,47)	31,48	(,51)	31,78	(,91)	,19	,89
Negativo	19,25	(,29)	19,69	(,33)	17,37	(,36)	17,82	(,64)	1,16	,31

E

n

resu

men

la

cual

idad

de

la

dist

orsi

ón

corp

oral

pres

enta

efec

tos

de

eda

d en

la

mue

,31

stra estudiada en las variables de estilos de apego y bienestar psicológico, no así, en psicopatología y auto concepto. La distorsión corporal negativa, entre los 13 y los 15 años, se relaciona con niveles superiores de temor al rechazo socio familiar y de las 5 dimensiones constituyentes del bienestar psicológico e inferiores en los estilos ansioso, temeroso y evitativo en situación de pareja. De 16 a 18 años, dicha distorsión se relaciona con menor temor en ambos contextos relacionales y mayor ansiedad y evitación romántica, manteniendo puntuaciones superiores en todas las escalas del bienestar psicológico, en comparación con las puntuaciones obtenidas por el grupo de distorsión positiva.

La distorsión con la imagen también resultó significativa en interacción con el género (tabla 4.22), en concreto, en el bienestar psicológico. Las dimensiones de sintomatología clínica, relaciones de apego y auto concepto no muestran significación estadística.

El grupo de chicos con distorsión positiva muestra puntuaciones superiores en todas las escalas del SCL-90, excepto el factor de ansiedad fóbica, niveles superiores de apego seguro en ambos contextos relacionales e inferiores en los 3 patrones inseguros en contexto no romántico y en los estilos ansioso y evitativo románticos y, por último, obtienen puntuaciones superiores en auto concepto negativo e inferiores en auto concepto positivo y auto estima.

Las chicas, por su parte, muestran expresión sintomática en ambos grupos clínicos, las dimensiones de obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y hostilidad superiores en el grupo de distorsión positiva y las restantes dimensiones son superiores en el grupo de distorsión negativa.

Los estilos de apego en situación familiar son superiores en el grupo positivo, así como el estilo ansioso en situación romántica, los estilos seguro y temeroso son inferiores y se mantiene constante la puntuación obtenida en el estilo evitativo en situación romántica en este grupo. Y, al observar los resultados en los factores del auto concepto se observan similares resultados a los obtenidos por el grupo de chicos, mayor auto

concepto negativo y menor auto concepto positivo y auto estima en el grupo de distorsión positiva.

Atendiendo al bienestar psicológico resultan significativas las dimensiones de control de situaciones, bienestar psicológico total (sig. = .01), vínculos sociales y metas y proyectos (sig. = .02) todas ellas superiores en los grupos de distorsión positiva en ambos géneros.

La auto aceptación del sí mismo (sig. = .42) es la única dimensión superior en el grupo negativo. Es decir, la infravaloración de la imagen se relaciona significativamente con niveles menores de bienestar psicológico (excepto la dimensión auto aceptación) en ambos géneros. Observándose, las puntuaciones máximas de la escala en el grupo femenino con sobreestimación corporal.

La imagen corporal incide significativamente en el bienestar psicológico y lo hace de igual modo en ambos géneros. Los niveles mayores de bienestar psicológico se asocian con la sobre valoración de la imagen corporal. La auto percepción negativa del cuerpo supone niveles menores de bienestar psicológico en las dimensiones control de situaciones, metas y proyectos y bienestar psicológico total y un auto concepto más resistente a la crítica.

En interacción con la edad el grupo negativo se relaciona con menor temor al abandono en contexto socio familiar siendo el grupo positivo el que muestra mayor sensibilidad al rechazo. Sin embargo, en situaciones románticas, la sobre estimación corporal se relaciona con los tres estilos inseguros entre los 13 y los 15 años, en el siguiente rango de edad, dichos estilos inseguros se asocian a la auto percepción delgada.

Atendiendo al bienestar psicológico se observan niveles máximos en el grupo de menor edad y, dentro de éste, la distorsión negativa supone niveles mayores de auto aceptación, proyectos y bienestar psicológico total mientras el grupo positivo se asocia con mayor control de situaciones y satisfacción con los vínculos sociales.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Por último, en chicas el mayor bienestar psicológico se asocia a la sobreestimación de la figura corporal, en chicos, por el contrario, se relaciona con el grupo negativo.

Tabla 4. 22 Diferencias de género en la incidencia de la distorsión con la imagen corporal

Variables	Chico			Chica G.		T. Pillai	
	G. Negativo M (DT)	G. Positivo M (DT)	G. Negativo M (DT)	Positivo M (DT)	F	Sig	
Psicopatología							
Somatización	,59 (.04)	,54 (.05)	,88 (.06)	,77 (.07)	,15	,86	
Obsesión Compulsión	,97 (.04)	,93 (.06)	1.10 (.07)	1.13 (.08)	,20	,82	
Sensibilidad Interpersonal	.72 (.04)	.70 (.06)	.92 (.07)	1.04 (.07)	,64	,53	
Depresión	.65 (.04)	.57 (.05)	.87 (.06)	.92 (.07)	,81	,44	
Ansiedad	.73 (.04)	.70 (.56)	.90 (.07)	.82 (.07)	1,20	,30	
Hostilidad	.87 (.05)	.76 (.07)	.65 (.08)	.74 (.09)	1,69	,19	
Ansiedad Fóbica	.32 (.03)	.37 (.04)	.44 (.05)	.35 (.06)	1,38	,25	
Ideación Paranoide	.75 (.05)	.67 (.06)	.87 (.08)	.86 (.09)	,22	,80	
Psicoticismo	.51 (.04)	.47 (.06)	.54 (.06)	.53 (.07)	,08	,92	
GSI	.68 (.03)	.64 (.04)	.82 (.05)	.82 (.06)	,34	,79	
Apego No Romántico							
Seguro	6.36 (.13)	6.52 (.18)	5.58 (.21)	5.93 (.24)	,23	,79	
Ansioso	5.10 (.12)	4.65 (.16)	4.81 (.19)	5.11 (.22)	2,35	,10	
Temeroso	4.90 (.11)	4.88 (.16)	4.37 (.18)	5.01 (.21)	2,66	,07	
Evitativo	5.59 (.12)	5.48 (.17)	4.71 (.20)	5.38 (.23)	2,68	,07	
Apego Romántico							
Seguro	6.53 (.13)	6.60 (.18)	6.11 (.22)	5.95 (.25)	,31	,73	
Ansioso	5.33 (.13)	5.21 (.19)	5.23 (.21)	4.85 (.25)	,70	,50	
Temeroso	5.13 (.12)	5.14 (.19)	5.44 (.20)	5.23 (.23)	1,14	,32	
Evitativo	5.62 (.13)	5.66 (.18)	5.24 (.21)	5.24 (.24)	,11	,90	
Bienestar Psicológico							
Control	8.25 (.07)	8.41 (.09)	7.80 (.11)	8.51 (.12)	4,64	,01	
Aceptación	7.68 (.08)	7.74 (.11)	7.47 (.13)	7.40 (.15)	,86	,42	
Vínculos	7.94 (.07)	7.99 (.10)	7.64 (.11)	8.07 (.13)	3,69	,02	
Proyectos	9.86 (.11)	10.23 (.15)	9.14 (.17)	10.01 (.20)	3,73	,02	
Bienestar Total	33.73 (.23)	34.37 (.32)	32.06 (.38)	34.00 (.43)	4,66	,01	
Auto concepto							
Positivo	32.09 (.45)	28.40 (.63)	33.06 (.74)	31.68 (.85)	,15	,86	
Auto Estima	31.27 (.34)	30.58 (.48)	30.55 (.56)	29.85 (.65)	,38	,68	
Negativo	18.48 (.24)	19.12 (.33)	18.14 (.39)	19.38 (.45)	1,26	,28	

➤ **Efecto de la insatisfacción corporal**

La insatisfacción corporal se refiere a la distancia existente entre la auto representación corporal y la imagen deseada. Si bien la distorsión implica un proceso cognitivo, la falta de satisfacción supone procesos cognitivo afectivos, ya que implican agrado/desagrado asociado a la representación mental del cuerpo. Una puntuación positiva en dicho factor supone insatisfacción derivada de una auto imagen ideal más delgada, por el contrario, el signo negativo indicaría que la falta de satisfacción se debe al anhelo de una figura corporal más voluminosa a la auto percibida.

La tabla 4. 23 presenta el efecto de la cualidad de la insatisfacción con la imagen en las variables estudiadas. El que el adolescente se vea con más volumen del deseado (insatisfacción positiva) se relaciona con mayor patología en las 10 dimensiones clínicas evaluadas, mayor seguridad vincular y menor puntuación en las tendencias inseguras en la parcela no romántica y, en situación de pareja, este grupo presenta menor tendencia segura y evitativa y mayor ansiosa y temerosa, mayor bienestar psicológico excepto en el factor de auto aceptación y finalmente, un auto concepto más vulnerable, con niveles menores de auto estima y mayores de deseabilidad social y sensibilidad a la crítica.

En cuanto a la sintomatología clínica se observan significación multivariada de .00 en sensibilidad interpersonal y hostilidad, de .01 en depresión, ideación paranoide, psicoticismo y GSI y de .05 en obsesión compulsión. Dichas relaciones con la insatisfacción corporal se confirman en el procedimiento correlacional, con excepción del factor de obsesión que obtiene un coeficiente de correlación de .75 y ansiedad fóbica y somatización no significativos en procedimiento multivariado y que obtienen un coeficiente de pearson positivo de .05, lo que señala la mayor tendencia conductas hipocondríacas y fóbicas cuanta mayor insatisfacción corporal. El anhelo de delgadez se relaciona con niveles mayores de expresión sintomática y de severidad clínica global.

Sólo el contexto vincular romántico resulta significativo para .01 y .00 en los estilos ansioso y temeroso respectivamente ambos confirmados en procedimiento correlacional

con índices positivos de .05 en apego ansioso y .01 en temeroso. Dichos resultados indican que la insatisfacción negativa se relaciona con representaciones mentales negativas del sí mismo y positivas del sí mismo (estilo ansioso). Sin embargo, el grupo positivo presenta niveles mayores de temor al rechazo, lo que implica valoraciones negativas asociadas tanto a uno mismo como a los demás. Es decir, ambos tipos de insatisfacción corporal imágenes negativas del sí mismo en relación a los vínculos románticos; la insatisfacción positiva (ideal de delgadez) se asocia al temor al rechazo y la falta de satisfacción negativa (desea ganar peso) se relaciona con ansiedad por separación.

En relación al bienestar psicológico la única dimensión significativa (.00) es la auto aceptación, superior en el grupo negativo. Los factores control de situaciones y bienestar psicológico total no logran suficiente significación multivariada, pero obtienen coeficientes de correlación negativa de .01. siendo así, el deseo de perder peso se asocia con menor auto aceptación en comparación con la falta de satisfacción por falta de volumen, la mayor sensación de control y manejo de estresores y las valoraciones positivas globales tienden a ser superiores en el grupo negativo.

Y, por último, la deseabilidad social en la construcción del auto concepto obtiene una correlación de bivariada de .01 y la estima obtiene un índice multivariado de .01. La insatisfacción por considerarse de bajo peso se asocia con mayor estima y sensación de valía de uno mismo y la falta de satisfacción por sobre peso se asocia con mayor integración de la consideración de los demás sobre uno mismo a la hora de conceptuar su auto concepto.

La devaluación de la imagen corporal derivada de la consideración de que se excede el modelo estético deseado, supone niveles mayores de psicopatología, tendencia a considerar a las figuras románticas como poco responsivas a sus necesidades afectivas y a considerar que uno mismo tampoco las merece, lo que supone la generación de expectativas de fracaso y rechazo en relaciones afectivo – sexuales, menor aceptación personal y vital y mayor dependencia del medio en la construcción de la identidad.

En relación al estudio de las diferencias individuales en la incidencia de la cualidad de la insatisfacción corporal (tabla 4.23), en combinación con la edad, la insatisfacción positiva se relaciona con puntuaciones superiores en todas las dimensiones psicopatológicas en adolescentes de entre 13 y 18 años siendo únicamente, la dimensión de sensibilidad interpersonal, la que obtiene un nivel de significación de .00. La timidez se reduce con la edad en jóvenes insatisfechos con su imagen, pero el subgrupo positivo muestra puntuaciones superiores a todas las edades, es decir, sentimientos de vergüenza e inhibición social se asocian a la presencia de un modelo estético ideal inferior al auto percibido, especialmente, en la muestra de menor edad.

En los estilos de apego, tanto en sus dimensiones socio familiares como románticas tienden a disminuir con la edad en ambos grupos. Atendiendo a las significaciones, se observan índices de .05 y .02 en los estilos ansioso no romántico y temeroso romántico. La vinculación ansiosa a figuras de protección no románticas se incrementa con la edad en ambos grupos siendo máxima en jóvenes pertenecientes al grupo de insatisfacción positiva de entre 13 y 15 años. Sin embargo, el temor al rechazo, desciende con la edad en el grupo negativo y se incrementa en el positivo, siendo el grupo de mayor vulnerabilidad el formado por jóvenes de entre 16 y 18 años que se perciben más gruesos de lo que desean.

El bienestar psicológico no obtiene niveles de significación adecuados, sin embargo, se observan puntuaciones superiores en el grupo negativo de menor edad. Sin ser significativo, adolescentes de entre 13 y 15 años que se auto perciben más delgados de lo que quisieran presentan niveles mayores de bienestar psicológico en comparación con jóvenes de mayor edad o cuya insatisfacción sea de signo positivo.

Tabla 4. 23. Efecto de la cualidad de la insatisfacción corporal

Variables	G. Negativo M (DT)	G. Positivo M (DT)	T. Pillai F	Sig.	C. Pearson
Psicopatología					
Somatización	,77 (.09)	,80 (.11)	1,66	,191	,085(*)
Obsesión Compulsión	1,10 (.11)	1,20 (.13)	2,97	,05	,075
Sensibilidad Interpersonal	,80 (.10)	1,05 (.12)	5,53	,00	,141(**)
Depresión	,67 (.09)	,94 (.11)	4,78	,01	,134(**)

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Ansiedad	,79	(,10)	1,00	(,12)	,83	,44	,074
Hostilidad	,65	(,12)	1,09	(,14)	5,63	,00	,116(**)
Ansiedad Fóbica	,40	(,07)	,54	(,09)	2,12	,12	,091(*)
Ideación Paranoide	,79	(,11)	1,00	(,14)	5,09	,01	,106(**)
Psicoticismo	,46	(,09)	,75	(,11)	4,88	,01	,127(**)
GSI	,72	(,08)	,94	(,10)	5,21	,01	,133(**)
Apego No Romántico							
Seguro	5,82	(,32)	6,01	(,39)	,83	,43	,023
Ansioso	4,61	(,29)	4,44	(,35)	1,63	,20	,071
Temeroso	4,77	(,28)	5,30	(,34)	,22	,80	-,024
Evitativo	5,50	(,31)	5,47	(,38)	1,78	,17	,051
Apego Romántico							
Seguro	6,47	(,33)	6,16	(,40)	1,11	,33	-,026
Ansioso	5,10	(,32)	5,01	(,39)	4,96	,01	,085(*)
Temeroso	4,97	(,30)	5,53	(,36)	6,08	,00	,132(**)
Evitativo	5,96	(,32)	5,47	(,39)	,44	,64	-,021
Bienestar Psicológico							
Control	8,04	(,16)	8,42	(,20)	1,86	,16	-,111(**)
Aceptación	7,50	(,19)	7,43	(,23)	8,62	,00	-,181(**)
Vínculos	7,79	(,17)	8,09	(,21)	,44	,65	-,038
Proyectos	9,28	(,26)	10,36	(,32)	,34	,71	-,033
Bienestar Total	32,62	(,57)	34,30	(,70)	,94	,39	-,117(**)
Auto concepto							
Positivo	29,98	(1,11)	32,72	(1,35)	1,57	,21	,113(**)
Auto Estima	31,32	(,84)	29,12	(1,03)	5,03	,01	-,074
Negativo	17,87	(,60)	18,29	(,73)	,54	,58	,026

(*) Significación = .05 / (**) Significación = .01

Tabla 4. 24. Efecto de la edad en la incidencia de la Insatisfacción corporal

Variables	13-15 años		16-18 años				T. Pillai			
	G. Negativo	G. Positivo	G. Negativo		G. Positivo		F	Sig.		
			M	(DT)	M	(DT)			M	(DT)
Psicopatología										
Somatización	,56	(,07)	,77	(,05)	,75	(,08)	,75	(,07)	1,77	,17
Obsesión Compulsión	,97	(,08)	1,15	(,06)	,98	(,09)	1,13	(,08)	,42	,66

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Sensibilidad Interpersonal	,79	(,07)	1,14	(,06)	,67	(,08)	,78	(,07)	6,20	,00
Depresión	,66	(,07)	,93	(,05)	,67	(,08)	,78	(,07)	1,91	,15
Ansiedad	,75	(,07)	,94	(,06)	,76	(,09)	,75	(,07)	2,32	,10
Hostilidad	,61	(,09)	,99	(,07)	,62	(,10)	,81	(,09)	1,10	,33
Ansiedad Fóbica	,40	(,05)	,54	(,04)	,23	(,06)	,30	(,05)	1,64	,19
Ideación Paranoide	,73	(,08)	,74	(,06)	,69	(,08)	,81	(,08)	,48	,62
Psicoticismo	,46	(,07)	,68	(,05)	,35	(,08)	,52	(,06)	1,10	,33
GSI	,66	(,06)	,91	(,04)	,65	(,07)	,75	(,06)	2,11	,12
Apego No Romántico										
Seguro	6,46	(,24)	6,54	(,18)	5,28	(,27)	5,79	(,23)	,46	,63
Ansioso	4,98	(,22)	5,36	(,16)	4,43	(,25)	4,79	(,21)	2,93	,05
Temeroso	5,04	(,21)	5,11	(,16)	4,42	(,24)	4,58	(,20)	,08	,92
Evitativo	5,68	(,23)	5,78	(,17)	4,66	(,27)	5,19	(,23)	,47	,62
Apego Romántico										
Seguro	6,37	(,25)	6,30	(,18)	6,01	(,28)	6,22	(,24)	,18	,84
Ansioso	5,19	(,24)	5,61	(,18)	5,15	(,29)	5,59	(,23)	2,76	,06
Temeroso	5,25	(,22)	5,60	(,17)	4,66	(,26)	5,78	(,22)	3,81	,02
Evitativo	5,72	(,24)	5,62	(,17)	5,25	(,27)	5,09	(,23)	1,85	,16
Bienestar Psicológico										
Control	8,57	(,12)	8,24	(,09)	8,11	(,14)	8	(,12)	1,49	,23
Aceptación	7,88	(,14)	7,21	(,11)	7,53	(,17)	7,26	(,14)	,94	,39
Vínculos	8,28	(,13)	7,95	(,10)	7,65	(,15)	7,92	(,13)	2,79	,06
Proyectos	10,22	(,20)	10,17	(,15)	8,99	(,23)	9,36	(,19)	,57	,56
Bienestar Total	34,94	(,43)	33,57	(,33)	32,29	(,50)	32,54	(,42)	1,92	,15
Auto concepto										
Positivo	30,09	(,82)	32,36	(,62)	29,95	(,95)	30,53	(,80)	11,06	,00
Auto Estima	30,74	(,63)	29,17	(,47)	31,43	(,72)	30,32	(,61)	,11	,89
Negativo	19,61	(,45)	19,28	(,34)	17,49	(,52)	18,42	(,44)	1,08	,34

Finalmente, con la edad, la auto estima tiende a incrementarse y los factores auto concepto positivo y negativo tienden a disminuir en ambos grupos. Lo que indica que, a groso modo, el auto concepto en jóvenes insatisfechos tiende a ser menos sensible a la información negativa y a atender menos a la opinión externa lo que supone niveles mayores de estima y auto aceptación. De los tres factores evaluados sólo el auto concepto positivo resulta significativo (sig. = .00). La insatisfacción positiva se asocia a

mayor deseabilidad social en la construcción del auto concepto en comparación con el grupo negativo siendo máxima esta tendencia entre los 13 y los 15 años.

En resumen, la edad modula la incidencia de la cualidad de la insatisfacción corporal en las variables estudiadas. La pertenencia al grupo positivo se relaciona con niveles mayores inhibición interpersonal, ansiedad por separación en contexto familiar y mayor impacto de la opinión externa en el auto concepto entre los 13 y los 15 años y mayor temor al rechazo romántico entre los 16 y los 18 años.

El último efecto de la cualidad de la insatisfacción corporal estudiado es la interacción con el género de la muestra (tabla 4.25) en la que se observan medias superiores en psicopatología en el grupo de chicas, y dentro de éste, en el grupo de insatisfacción positiva. Las dimensiones de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide obtienen niveles de significación de .01 y .04 asociándose al grupo femenino con insatisfacción positiva. Las chicas insatisfechas consigo mismas por considerarse más gordas de lo deseado presentan niveles mayores de vergüenza y desconfianza y mayor frecuencia de conductas de suspicacia interpersonal e inhibición social.

En relación a los estilos de apego se observan puntuaciones inferiores en chicos con insatisfacción positiva al contrario que el género femenino, en el que las puntuaciones obtenidas por el grupo positivo son superiores en comparación con el grupo negativo (con excepción del estilo evitativo romántico, superior en el grupo negativo). De los 8 estilos evaluados sólo en temeroso romántico logra una significación adecuada (sig. = .04) asociándose a la falta de satisfacción corporal positiva y, dentro de ésta, al grupo femenino. La auto percepción corporal gruesa se relaciona con el temor al rechazo romántico en ambos géneros, pero son las chicas las que expresan mayor frecuencia de esta vinculación.

El efecto de interacción de género en el bienestar psicológico, al igual que el indicado en relación a la edad, no muestra significación estadística en ninguno de sus factores, sin embargo, el grupo de chicos con falta de satisfacción negativa obtiene puntuaciones superiores en comparación con el grupo positivo y con ambos grupos de insatisfacción corporal en el género femenino.

Tabla 4. 25. Diferencias de género en la incidencia de la Insatisfacción corporal

Variables	Chico		Chica		T. Pillai	
	G. Negativo M (DT)	G. Positivo M (DT)	G. Negativo M (DT)	G. Positivo M (DT)	F	Sig
Psicopatología						
Somatización	,60 (.05)	,62 (.05)	,71 (.09)	,90 (.07)	,98	,37
Obsesión Compulsión	,99 (.06)	1,04 (.06)	,95 (.11)	1,23 (.08)	1,57	,21
Sensibilidad Interpersonal	,74 (.06)	,83 (.06)	,72 (.10)	1,08 (.07)	4,59	,01
Depresión	,61 (.05)	,70 (.05)	,72 (.09)	1,01 (.07)	1,63	,20
Ansiedad	,73 (.06)	,75 (.06)	,78 (.10)	,94 (.07)	,63	,53
Hostilidad	,73 (.07)	,91 (.07)	,50 (.12)	,89 (.09)	,73	,48
Ansiedad Fóbica	,37 (.04)	,36 (.04)	,25 (.07)	,48 (.05)	2,82	,06
Ideación Paranoide	,75 (.06)	,79 (.06)	,57 (.11)	1,01 (.08)	3,25	,04
Psicoticismo	,47 (.05)	,54 (.05)	,34 (.09)	,66 (.06)	1,85	,16
GSI	,67 (.04)	,73 (.04)	,65 (.08)	,93 (.06)	2,39	,09
Apego No Romántico						
Seguro	6,54 (.19)	6,44 (.19)	5,84 (.32)	6,08 (.24)	,53	,59
Ansioso	5,03 (.16)	5,06 (.16)	4,39 (.28)	5,09 (.21)	2,05	,13
Temeroso	5,03 (.16)	4,90 (.16)	4,43 (.28)	4,79 (.20)	,90	,41
Evitativo	5,49 (.18)	5,74 (.18)	4,85 (.31)	5,23 (.22)	,34	,71
Apego Romántico						
Seguro	6,54 (.19)	6,44 (.19)	5,84 (.32)	6,08 (.24)	,27	,76
Ansioso	5,53 (.18)	5,72 (.18)	4,81 (.32)	5,47 (.23)	,84	,43
Temeroso	5,16 (.17)	5,64 (.17)	4,75 (.29)	5,74 (.21)	3,14	,04
Evitativo	5,64 (.18)	5,56 (.18)	5,32 (.31)	5,14 (.23)	,02	,97
Bienestar Psicológico						
Control	8,49 (.10)	8,19 (.10)	8,19 (.16)	8,06 (.12)	,25	,77
Aceptación	7,83 (.11)	7,32 (.11)	7,58 (.19)	7,15 (.14)	,08	,92
Vínculos	8,17 (.10)	8,06 (.10)	7,76 (.17)	7,81 (.13)	,76	,47
Proyectos	10,18 (.15)	9,98 (.15)	9,03 (.26)	9,55 (.19)	2,35	,10
Bienestar Total	34,66 (.33)	33,54 (.33)	32,56 (.57)	32,57 (.42)	1,11	,33
Auto concepto						
Positivo	28,82 (.63)	30,09 (.63)	31,21 (1,09)	32,80 (.79)	1,24	,29
Auto Estima	30,22 (.48)	30,43 (.48)	31,95 (.83)	29,07 (.60)	3,43	,03
Negativo	18,82 (.34)	18,84 (.34)	18,28 (.59)	18,87 (.43)	,26	,77

Finalmente, en relación al auto concepto, el grupo de chicos con auto percepción corporal superior a su estándar ideal muestra puntuaciones superiores en las 3

dimensiones del auto concepto evaluadas, sin embargo, las chicas con dicha insatisfacción muestran niveles mayores de auto concepto positivo y negativo e inferiores de auto estima. El grupo positivo suponen niveles mayores de deseabilidad social en la construcción del auto concepto y de sugestionabilidad a la información negativa en ambos géneros, por otro lado, el grupo negativo se relaciona con una mayor auto estima en chicas, pero no es chicos, siendo ésta, la única dimensión estadísticamente significativa (sig. = .03)

A la vista de los resultados, la afectividad negativa derivada de la creencia de que uno está más gordo/a de lo que desearía se relaciona con mayor expresión sintomática en todas las dimensiones del SCL-90, mayor presencia de temores relacionados con el abandono y la anticipación de rechazo en situaciones afectivo sexuales, menor aceptación del sí mismo, menor auto estima y un auto concepto más vulnerable al halago y la información externa.

La direccionalidad de la falta de satisfacción corporal se ve modulada por variables demográficas. En todo el rango de edad evaluado, el grupo positivo muestra niveles mayores de inhibición social, ansiedad por separación (no romántica) y mayor tendencia a interiorizar valoraciones externas sobre uno mismo. La vivencia miedosa de los vínculos románticos tiende a reducirse con la edad en el grupo insatisfecho por bajo peso mientras que tiende a incrementarse en los jóvenes que valoran exceder el estándar estético.

Por otro lado, en relación al género, las dimensiones de sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y apego temeroso romántico se asocian al grupo positivo en ambos géneros mientras la auto estima se relaciona con la insatisfacción positiva en chicos y negativa en chicas.

➤ **Efecto del atractivo romántico**

El índice romántico evalúa el grado en el que el propio cuerpo se considera deseable a los ojos del sexo opuesto. El grupo de atracción positiva lo forman jóvenes con una valoración negativa de su cuerpo por considerar que es más voluminoso de lo que atribuyen como deseable al sexo opuesto en contexto romántico, por el contrario, el grupo negativo son adolescentes que no se consideran atractivos al valorar que el sexo opuesto elegiría una figura corporal más voluminosa que la auto percibida.

La tabla 4.26 presenta la incidencia de dicho índice en las variables estudiadas y su interacción con variables demográficas. Se observa una significación de .00 en el efecto de la atracción romántica en las variables estudiadas, dando cuenta del 7,4% de la varianza observada en psicopatología, estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto. En relación al efecto de interacción, la edad, modula la incidencia de la atracción (sig. =.00) y explica el 5,6 % de la varianza en las variables observadas y, el sexo no resulta significativo.

Tabla 4. 26. Incidencia del índice de atracción romántica

Variables	F	Sig.	Eta
Atracción	2,02	,00	7,4
Edad	3,49	,00	12,2
Sexo	5,30	,00	17,4
Edad y Sexo	2,57	,00	9,3
Atracción y Edad	1,51	,01	5,6
Atracción y Sexo	,81	,83	3,1
Atracción y Edad y Sexo	1,29	,08	4,9

Los resultados correspondientes a las medias marginales estimadas se presentan en la tabla 4.27, así como los coeficientes de correlación bivariada. El grupo positivo obtiene puntuaciones superiores en todas las escalas del SCL-90 lo que indica que muestran con mayor intensidad las dimensiones clínicas, especialmente: sensibilidad

interpersonal y psicoticismo (sig = .00), índice de severidad global (sig. = .01), hostilidad e ideación paranoide (sig. = .02) y obsesión compulsión (sig. = .05) en comparación con el grupo negativo. Dichas asociaciones son confirmadas por su coincidencia con el procedimiento correlacional (todas significativas para .001 excepto hostilidad cuyo coeficiente de Pearson es de .05) con excepción de el factor de obsesión compulsión, no significativo a nivel correlacional y la somatización, no significativa mediante procedimiento multivariado. Los síntomas de ansiedad y ansiedad fóbica no resultan significativos en ningún procedimiento. La anticipación de rechazo físico sobre la base de un modelo estético de delgadez en comparación con el propio cuerpo se relaciona con mayor sufrimiento psíquico en 8 de las 10 dimensiones clínicas evaluadas en comparación a que el rechazo sea atribuido a la delgadez.

Al observar las relaciones vinculares, los estilos más frecuentes en el grupo de atracción positiva son el ansioso en ambos contextos relacionales y el temeroso en situación de pareja. Las tendencias de apego seguro y evitativo en situación familiar y romántica y temerosos en situación no romántica son más frecuentes en el grupo negativo. Los estilos ansioso y temeroso románticos muestran una significación multivariada de .00 y los estilos seguro y temerosos no románticos logran índices de significación de .02 y .04 respectivamente. Estos resultados indican que el grupo positivo muestra menos tendencia a experimentar confort seguridad y temor al rechazo en relaciones con figuras familiares y mayores sentimientos de ansiedad por separación y miedo al rechazo en las relaciones afectivo – románticas en comparación con el grupo negativo.

El procedimiento correlacional confirma, con una significación de .01 la asociación del índice de atractivo romántico con el estilo temeroso tanto en situaciones familiares como de pareja y la relación del estilo ansioso en contexto socio familiar (sig. = .05). La auto imagen romántica negativa por exceso de peso favorece mayor presencia de expectativas de rechazo, ansiedad y miedo, en situación de pareja y falta de comodidad y confianza en interacciones familiares y la auto imagen negativa por bajo peso se relaciona con niveles mayores de rechazo y desconfianza en el sistema familiar.

Los resultados obtenidos en la variable de bienestar psicológico son claros, la traza de Pillai es de .00 y la correlación bivariada es significativa para .01 y de signo negativo para todas las dimensiones a favor del grupo negativo, es decir, el considerar que uno no es físicamente atractivo para el sexo opuesto en exposiciones románticas supone niveles menores de bienestar psicológico si la expectativa de rechazo se basa en la auto percepción de estar por debajo del modelo estético corporal usado como referencia en comparación con la auto percepción más voluminosa.

Y, por último, se observan puntuaciones superiores en auto concepto positivo y negativo y menores en auto estima en el grupo de atracción positiva, este grupo tiende a infravalorarse y a ser más sensible a la información sobre sí mismo. La dimensión de auto estima obtiene una significación multivariada de .00 y bivariada de .01.

La presencia de esquemas de imagen corporal que favorecen la generación de expectativas de rechazo en interacciones románticas se asocian con niveles mayores de sufrimiento psíquico, menor auto estima, tendencias vinculares románticas disfuncionales y falta de seguridad en el sistema familiar y niveles menores de bienestar psicológico. En este sentido, la creencia de que uno va a ser rechazado, bien porque se auto percibe gordo/a, bien porque generaliza un modelo estético de delgadez en contextos afectivo sexuales, se relaciona con niveles mayores de malestar psicológico y menor presencia de factores protectores en los adolescentes estudiados.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Tabla 4. 27. Efecto de la cualidad de la atracción romántica de la imagen corporal

Variables	G. Negativo		G. Positivo		T. Pillai	C. Pearson	
	M	(DT)	M	(DT)	F	Sig.	
Psicopatología							
Somatización	,59	(,52)	,73	(,61)	1,87	,155	,102(**)
Obsesión Compulsión	1,01	(,67)	1,10	(,72)	3,00	,05	,072
Sensibilidad Interpersonal	,76	(,59)	,95	(,71)	5,48	,00	,134(**)
Depresión	,64	(,52)	,80	(,64)	2,64	,07	,113(**)
Ansiedad	,76	(,59)	,85	(,66)	2,03	,13	,071
Hostilidad	,75	(,63)	,88	(,76)	4,14	,02	,077(*)
Ansiedad Fóbica	,36	(,43)	,41	(,49)	2,07	,13	,064
Ideación Paranoide	,69	(,61)	,87	(,78)	3,84	,02	,101(**)
Psicoticismo	,45	(,54)	,61	(,60)	5,64	,00	,120(**)
GSI	,68	(,44)	,81	(,53)	4,87	,01	,120(**)
Apego No Romántico							
Seguro	6,24	(1,759)	6,01	(2,30)	3,82	,02	-,056
Ansioso	4,90	(1,68)	5,06	(1,91)	,70	,50	,042
Temeroso	5,15	(1,71)	4,67	(1,81)	3,25	,04	-,117(**)
Evitativo	5,48	(1,84)	5,36	(2,17)	,37	,69	-,021
Apego Romántico							
Seguro	6,53	(1,88)	6,31	(2,14)	1,16	,31	-,048
Ansioso	5,24	(1,84)	5,62	(2,17)	9,51	,00	,098(*)
Temeroso	5,17	(1,77)	5,62	(1,95)	7,81	,00	,114(**)
Evitativo	5,58	(1,77)	5,52	(2,06)	,11	,90	-,008
Bienestar Psicológico							
Control	8,53	(,68)	8,01	(1,29)	10,95	,00	-,202(**)
Aceptación	7,86	(1,09)	7,32	(1,25)	9,68	,00	-,182(**)
Vínculos	8,24	(,92)	7,81	(1,22)	5,58	,00	-,135(**)
Proyectos	10,29	(1,53)	9,57	(2,00)	7,73	,00	-,169(**)
Bienestar Total	34,92	(2,91)	32,71	(4,379)	15,06	,00	-,234(**)
Auto concepto							
Positivo	29,90	(6,78)	31,76	(7,36)	8,97	,00	,119(**)
Auto Estima	30,93	(5,15)	30,39	(5,10)	,68	,51	-,042
Negativo	18,65	(3,84)	18,77	(3,93)	,08	,92	,010

(*) Significación = .05 / (**) Significación = .01

Finalmente, tal y como se indica en la tabla 4.28, la edad modula de forma significativa la incidencia de la atracción romántica en las variables estudiadas. En general (tabla III.28) entre 13 y 15 años, el grupo positivo presenta niveles superiores de psicopatología, más tendencia a estilos vinculares seguro y ansioso (en ambos contextos relacionales) evitativo en situaciones sociales y temeroso en relaciones románticas, menor bienestar en las cinco dimensiones del Bieps – J, menor auto estima y puntuaciones mayores en auto concepto positivo y negativo. Por su parte, en el grupo de mayor edad muestra niveles mayores de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, Psicoticismo y severidad sintomática global si presentan un índice de atracción romántica de signo positiva, este grupo muestra mayor temor en contextos románticos y mayor ansiedad en ambos contextos relacionales, menor puntuación en las 5 dimensiones de bienestar psicológico, menor auto estima y auto concepto negativo y un auto concepto más influenciado por la información externa.

De los factores estudiados, la sensibilidad interpersonal, el estilo seguro del apego socio familiar y la dimensión de metas y proyectos del bienestar psicológico obtienen una significación de .00, el apego ansioso en contexto no romántico de .03 y una significación de .04 en el bienestar psicológico total.

Entre los 13 y los 15 años los sentimientos de vergüenza e inhibición social se asocian a la creencia estar por encima del estándar estético corporal atribuido al sexo opuesto en las relaciones de pareja. La sensibilidad interpersonal tiende a reducirse con la edad siendo muy similares las medias observadas en los grupos de entre 16 y 18 años.

En relación a las relaciones de apego el índice de atracción positiva se relaciona con los estilos seguro y ansioso, siendo superiores en el rango de menor edad. A partir de los 16 años, la atracción negativa se relaciona con mayor seguridad y menor ansiedad por separación en situaciones familiares al compararlo con el grupo positivo. Al inicio de la adolescencia la auto percepción de sobrepeso se asocia con más cercanía y comodidad en las relaciones familiares mientras que la creencia de encontrarse por debajo del modelo estético corporal se asocia con mayor frecuencia de ansiedad en las relaciones familiares. Ambos grupos comparten una valoración positiva del sí mismo, sin embargo, la valoración positiva de las figuras familiares se asocia con la atracción positiva y la

negativa se relaciona con la valoración negativa de los demás. Sin embargo, entre los 16 y los 18 años, la valoración de estar por debajo de peso considerado atractivo se relaciona con mayor seguridad y confort y menor ansiedad en las relaciones familiares.

Y, finalmente en relación al bienestar psicológico los niveles mayores de bienestar psicológico global y de satisfacción con proyectos personales se relacionan con un índice de atractivo de signo negativo en todo el rango de edad evaluado, es decir, la presencia de un modelo estético corporal de delgadez se asocia con mayores problemas a la hora de seleccionar metas personales significativas y con menor satisfacción vital en general.

En resumen, la tendencia al aislamiento social, menor presencia de conductas propositivas y de bienestar en general se relaciona con la creencia de que la imagen corporal de uno no resulta atractiva para el sexo opuesto en todo el rango de edad evaluado. No ocurre así en los estilos de apego, al inicio de la adolescencia la atracción positiva se asocia con los estilos seguro y ansioso, sin embargo, entre los 16 y los 18 años el grupo negativo supone niveles mayores de seguridad en las relaciones y el grupo positivo muestra mayor tendencia a relaciones sociales ansiosas.

Tabla 4. 28. Diferencias de edad en la incidencia de la cualidad de la atracción romántica

Variables	13-15 años				16-18 años				T. Pillai	
	G. Negativo		G. Positivo		G. Negativo		G. Positivo		F	Sig
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
Psicopatología										
Somatización	,53	(,07)	,78	(,05)	,77	(,10)	,73	(,05)	2,18	,11
Obsesión Compulsión	,97	(,09)	1,14	(,06)	1,04	(,11)	1,11	(,06)	,34	,71
Sensibilidad Interpersonal	,78	(,08)	1,13	(,05)	,77	(,10)	,78	(,06)	5,69	,00
Depresión	,66	(,07)	,90	(,05)	,70	(,09)	,74	(,05)	2,70	,07
Ansiedad	,75	(,08)	,93	(,05)	,79	(,10)	,79	(,06)	,94	,39
Hostilidad	,64	(,10)	,93	(,06)	,65	(,12)	,81	(,07)	,33	,72
Ansiedad Fóbica	,64	(,10)	,93	(,06)	,65	(,12)	,81	(,07)	,54	,58
Ideación Paranoide	,41	(,06)	,51	(,04)	,34	(,08)	,32	(,04)	,73	,48
Psicoticismo	,72	(,09)	,98	(,06)	,62	(,19)	,77	(,07)	1,03	,36
GSI	,47	(,07)	,69	(,05)	,36	(,09)	,52	(,05)	1,81	,16
Apego No Romántico										
Seguro	6,44	(,25)	6,59	(,17)	5,88	(,33)	5,16	(,18)	6,42	,00
Ansioso	5,10	(,23)	5,32	(,15)	4,50	(,30)	4,74	(,17)	3,51	,03
Temeroso	5,06	(,23)	4,99	(,15)	5,04	(,29)	4,19	(,17)	1,85	,16
Evitativo	5,58	(,25)	5,78	(,17)	5,31	(,32)	4,70	(,19)	1,84	,16
Apego Romántico										
Seguro	6,35	(,27)	6,39	(,18)	6,62	(,34)	6,06	(,20)	,73	,48
Ansioso	5,15	(,26)	5,56	(,17)	5,24	(,33)	5,68	(,19)	,12	,88
Temeroso	5,35	(,24)	5,54	(,16)	5,05	(,31)	5,78	(,18)	,76	,47
Evitativo	5,74	(,26)	5,62	(,17)	5,35	(,33)	5,31	(,19)	,40	,67
Bienestar Psicológico										
Control	8,59	(,13)	8,21	(,09)	8,29	(,17)	7,71	(,10)	,82	,44
Aceptación	7,97	(,16)	7,32	(,10)	7,75	(,20)	7,27	(,12)	,31	,74
Vínculos	8,37	(,14)	7,93	(,09)	8,04	(,18)	7,61	(,10)	,60	,55
Proyectos	10,31	(,21)	10,20	(,14)	9,56	(,27)	8,67	(,16)	7,99	,00
Bienestar Total	35,25	(,46)	33,65	(,31)	33,65	(,59)	31,26	(,34)	3,33	,04
Auto concepto										
Positivo	30,83	(,90)	31,79	(,59)	31,09	(1,14)	32,45	(,66)	,16	,85
Auto Estima	30,89	(,69)	29,39	(,45)	31,48	(,88)	31,46	(,51)	2,28	,10
Negativo	19,49	(,48)	19,64	(,32)	18,12	(,62)	17,61	(,36)	1,51	,22

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

SECCIÓN V:

CONCLUSIONES

En este apartado se expone el análisis de los resultados correspondientes a la hipótesis de trabajo planteadas en la Sección II. Recordamos los objetivos del estudio que van a guiar la exposición de este apartado:

Objetivo general *es incrementar el conocimiento de las diferencias individuales así como conocer la incidencia de la psicopatología y la imagen corporal en el bienestar psicológico, auto concepto y relaciones de apego en adolescentes.*

- **Objetivo 1:** *Identificar la diferencias según edad y género. en las variables estudiadas.*
- **Objetivo 2:** *Comprobar el efecto que la psicopatología y la imagen corporal tienen sobre las relaciones vinculares, el bienestar psicológico y auto concepto en la adolescencia.*

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



Hipótesis de Investigación 1.1: Si existen diferencias en las variables clínicas, entonces, éstas se asociarán con la edad y el género

El estudio confirma ampliamente dicha hipótesis, siendo las diferencias de edad y género y la interacción entre ambas, significativas.

Diferencias biológicas en los procesos de maduración cognitiva y, tal y como señala la literatura (Moral - Jiménez et. alt. 2011; Vaquero et alt. 2013; Zubeidat et. alt. 2009) procesos de socialización diferencial en función del género existentes en España, están a la base de los resultados indicados ya que se considera que las chicas inician la pubertad unos dos años antes que los chicos, con todas las implicaciones que ese hecho evolutivo supone.

La confirmación de la incidencia de la edad y el género en variables salutogénicas durante la adolescencia debería ser tomada en cuenta en los programas de prevención en aras de optimizar recursos e individualizar las estrategias a partir de las características de los jóvenes.

➤ **Incidencia de la edad**

La edad modula las variables estudiadas. La psicopatología, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica, los estilos de apego seguro, temeroso y evitativo en contexto no romántico, el bienestar psicológico en sus facetas de control de situaciones, vínculos sociales, metas y proyectos y bienestar total, la distorsión corporal y la dimensión negativa del auto concepto, disminuyen con la edad y, por el contrario, la insatisfacción con la imagen se incrementa.

No se observan efectos de edad en ningún estilo del contexto romántico del apego, en el estilo ansioso en ambas situaciones, en auto concepto positivo, en la auto

aceptación del sí mismo ni en las restantes dimensiones clínicas del SCL-90R (somatización, obsesión compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y severidad sintomática global).

A la vista de los resultados concluimos que la primera etapa de la adolescencia supone niveles superiores de malestar clínico derivado de la timidez y evitación interpersonal, mayor tendencia a establecer relaciones de apego de tipo miedoso y evitativo y mayor sensibilidad a la información negativa sobre uno mismo. Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Sanz et. alt. 2009, en su estudio con adolescente españoles señalan los trastornos de tipo neurótico, adaptativo y reacciones al estrés son los más frecuentes en población adolescente

Los estilos de apego son un constructo complejo, de ahí la dificultad de estudiarlo mediante procedimientos propios de las ciencias sociales. Hablamos de sentimientos, conductas, expectativas en diferentes contextos interpersonales, basados en experiencias tempranas y que se transfieren dinámica y evolutivamente a partir de experiencias estresantes.

Pese a la dificultad inherente a su estudio, la literatura al respecto señala la tendencia a la estabilidad en el apego (Buist et. alt. 2004; Carrillo et. alt. 2004, Casullo et. alt. 2.005). sin embargo, durante la adolescencia, los esquemas de apego son activadas ante las nuevas necesidades experimentadas por los adolescentes, revisados, gracias a las nuevas competencias cognitivas disponibles, al final de este periodo y ajustados para transferirlos a figuras de apego nuevas. Puede que la asociación con la edad encontrada en la dimensión socio familiar del apego se deba más a un estado puntual asociado al rango de edad evaluado, que a una tendencia de edad en el apego no romántico. La metodología trasversal empleada en el presente estudio no permite inferir la existencia de una tendencia evolutiva del apego en la adolescencia.

Todas las dimensiones del BIPES-J muestran efecto de la edad con excepción de la dimensión aceptación del sí mismo. Con el crecimiento disminuye el bienestar lo que supone una mayor vulnerabilidad al desajuste psicosocial entre los 16 y los 18 años. Estudios anteriores no confirman dicha asociación (Benatuill, 2007; Casullo et. alt. 2002:

Cornejo y Lucero 2005; Fuentes 2015; Salanova et. alt. 2005; Viñas et. alt. 2015) e indican que las variables sociodemográficas no son buenas predictoras del bienestar psicológico en especial, por su dimensión cognitiva, que tiende a ser estable a lo largo de diferentes ciclos vitales.

El incremento de las demandas externas al final de la adolescencia (mayor exigencia académica y proximidad al acceso al primer empleo, mayor implicación en relaciones de pareja, mayor autonomía personal) unido al hecho de que la maduración del sistema nervioso se completa al final de la adolescencia y principio de la edad adulta y siendo ésta necesaria para la realización de operaciones mentales complejas y su consiguiente componente hedónico sobre la realidad experimentada por el joven (Diener 1984,1994, 2009) explican el descenso del bienestar entre los 16 y 18 años.

Dada la escasez de bibliografía al respecto del bienestar en adolescentes (Casas et. alt. 2013) y su relación con el desajuste, salud mental y problemas emocionales en esta etapa (Benatuill 2007; García et. alt. 2011; Seligman 2003; Vaquero 2013) futuras investigaciones deberán profundizar en la incidencia de la edad en la experiencia de bienestar.

Al contrario que el estudio de Moreno y Ortiz Viveros, 2010, se observa la incidencia de las diferencias individuales en la imagen corporal. La distorsión e insatisfacción con la imagen tienden a aumentar con la edad, por lo que también aumenta el riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios. La anticipación de rechazo físico por parte del sexo opuesto no resulta significativa, este resultado unido a la falta de significación obtenida en la dimensión romántica de los estilos de apego indica que el modelo operativo interno en las relaciones afectivo sexuales no ha concluido en el rango de edad evaluado, probablemente finalice en la etapa adulta en la que se esperan diferencias debidas a la edad. Una explicación a este resultado puede estar asociada al papel regulador de la regulación emocional de los esquemas de apego.

La bibliografía confirma ampliamente dicha incidencia de la organización de apego (Belanger y Brisebois, 2010; Botella y Grañó, 2008; Casullo 2005; Fernández–Fuertes et. alt., 2011; Garrido 2006; Lozano et. alt. 2007; Melero y Cantero, 2008; Sheemings 2006;

Sibley y Overall 2008; Stroebe et. alt. 2006). Los esquemas de apego predicen la conducta y orientan la toma de decisiones a partir del carácter predictivo que han adquirido las señales interpersonales, una vez estabilizados, los modelos de apego incluyen las reacciones esperables de los otros significativos en el contexto interpersonal determinado, si el esquema de apego no se ha completado no se activa la percepción de aceptación/rechazo ni la reacción emocional consiguiente. Es decir, si el adolescente no dispone de un modelo de apego definido no realiza valoración alguna acerca del impacto del sí mismo en el otro significativo ya que el modelo operativo que predice dicho impacto no está formado.

Tal y como se ha señalado en la introducción, la investigación en torno al auto concepto no es concluyente, ya que señala tanto su tendencia a aumentar, disminuir y estabilizarse con la edad. Los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que la auto estima es el único factor que muestra puntuaciones superiores con la edad. Tal y como señalan Martorell et. alt. 1993, dicha escala del auto concepto se refiere a la percepción de la valoración externa sobre uno mismo, es decir, a lo uno piensa que los demás piensan de él. El pensamiento como contenido cognitivo necesita del desarrollo de habilidades meta cognitivas y éstas, dependen de la maduración y desarrollo del razonamiento abstracto y habilidades cognitivas de orden superior que permiten la consolidación y el desarrollo de la identidad al final de la adolescencia (Esnaola 2008; Zacarés et. alt. 2009).

El auto concepto muestra efecto de la edad, se incrementa la auto estima y disminuye la sensibilidad a la información negativa sobre uno mismo, por lo que, al final de la adolescencia se fortalece el concepto de uno mismo. Sin embargo, la dimensión de aceptación del sí mismo del Bipes-J no resulta significativa. Es decir, un mayor conocimiento de uno mismo y la consideración de que uno es válido, en la misma medida que los demás, no implica mayor aceptación del yo en la muestra estudiada. La auto aceptación requiere de capacidades meta cognitivas de introspección para el procesamiento de la información de contenido cognitivo, sin embargo, el auto concepto es menos abstracta y está condicionada por la información exterior por lo que su logro es más precoz que el de la auto aceptación y puede producirse aún con un proceso madurativo inconcluso.

Otras investigaciones señalan la ausencia de diferencias individuales en auto concepto (Esnaola, 2008; Fernández et. alt., 2010; Goñi et. alt., 2004 y 2005; Parra et. alt., 2004; Pastor et. alt. 2006; Rodríguez et. alt. 2006; Zacarés et. alt. 2009) matizando la asociación con variables demográficas en función del dominio específico del auto concepto estudiados. Estos resultados se deben a la falta de acuerdo existente en la actualidad en relación a la estructura interna (unidimensional / multidimensional) del auto concepto.

Estudios posteriores profundizaran las diferencias observadas en el presente estudio para ser consideradas en los modelos educativos y preventivos en población infanto juvenil en aras de optimizarlos mediante intervenciones individualizadas y ajustadas a las características de este grupo.

➤ **Incidencia del género**

Los resultados confirman la existencia de efectos de género en las variables clínicas. En concreto se asocia a niveles superiores de psicopatología en todas las escalas del SCL-90, con excepción de la dimensión psicoticismo, temor y evitación de la intimidad en relaciones amorosas y menor bienestar psicológico. Mayor insatisfacción con la imagen corporal y anticipación de rechazo físico por parte del sexo opuesto y, por último, mayor dependencia de fuentes de información externas en la construcción del concepto de sí mismo. Al igual que lo señalado al respecto de las diferencias de edad, diferencias biológicas en los procesos de maduración cognitiva y de socialización en función del género existentes en nuestro país están a la base de los resultados indicados (Moral-Jiménez et. alt. 2011; Zubeidat et. alt. 2009) ya que se considera que las chicas inician la pubertad unos dos años antes que los chicos, con todos los cambios que ese hecho evolutivo supone.

Siguiendo la línea de los resultados obtenidos, la bibliografía señala que, probablemente mediatizado por la tendencia al afrontamiento evitativo (Bermúdez et. alt. 2009) y la presión social hacia el cuerpo (Esnaola et.alt., 2010; Vaquero 2013) éstas presentan niveles superiores de psicopatología, desajuste emocional (Fonseca 2013;

González y Ortiz Viveros, 2010; Palies y Quiles, 2012; Videra – García y Reigal – Garrido, 2013) las chicas tienden a presentar niveles superiores de psicopatología.

La literatura señala la existencia de relaciones de género en los estilos de apego. En concreto, los resultados confirman la asociación del género con los estilos de apego no románticos, éstas asociaciones se dan entre el género femenino y el estilo temeroso en ambos contextos relacionales. El ser chico se asocia con una tendencia inferior al apego seguro en contextos relacionales familiares y menor tendencia al estilo temeroso del apego. Según Stroebe et. alt. 2006. estilos seguros de apego se relacionan con el bienestar psicológico alto y con el mayor ajuste a eventos estresantes que los estilos inseguros.

La pertenencia al grupo femenino se asocia a menor tendencia al apego seguro en ambos contextos relacionales y, en relación al temor y evitación, este es menor en la dimensión socio familiar y mayor en la dimensión de pareja. Las representaciones mentales negativas del sí mismo es más frecuente en las chicas en ambos contextos relacionales siendo además negativa la representación del otro en contexto romántico.

Estos resultados confirman los obtenidos por estudios anteriores. La tendencia de la organización temerosa del apego en el grupo de chicas supone la expectativa de no disponibilidad de la figura de apego (Lozano et. alt. 2007; Penagos et. alt. 2005; Rozenel 2006) y la atribución de que uno no es merecedor de la confianza y protección del otro, ambos juicios suponen un impacto negativo en el auto concepto y la auto estima, más asociado a las chicas. Los estilos de apego definidos por representaciones del self se asocian con incrementos en los niveles de estrés e interiorización conductual (Ybrandt 2008). este autor observa niveles mayores de vulnerabilidad en chicas adolescentes derivada de una orientación interpersonal más significativa en el grupo femenino. Éste presenta mayor tendencia a la expresión somática de síntomas, los chicos, por su parte, presentarían mayor tendencia a la expresión sintomática a través de conductas agresivas y violentas.

En relación a las relaciones de pareja, Massa et. alt. 2011, observan mayor evaluación y cautela a la hora de implicarse emocionalmente en una relación romántica en

las mujeres, resultados confirmados por el presente estudio. Los chicos obtienen puntuaciones superiores en las relaciones de apego seguras románticas y no románticas y los estilos temeroso y evitativo en contexto socio familiar, las chicas, puntúan más en los estilos inseguros del apego romántico.

El estudio de Martínez Álvarez et. alt. (2014) señala la existencia de diferencias de género en la satisfacción vincular; la ansiedad y la evitación predicen la insatisfacción en chicas y la evitación lo hace en el caso de los hombres especialmente

Atendiendo a los resultados en el bienestar psicológico los estudios no son concluyentes en cuanto al efecto del género (Benatuill 2007; Casas et. alt. 2013; Casullo 2002). En el presente estudio y siguiendo los resultados obtenidos por Viñas et. alt. (2015) se confirma la asociación del género masculino al bienestar psicológico en todas sus dimensiones. Este resultado puede deberse a la mayor incidencia de habilidades de resolución de problemas más adaptativas en los chicos y la incidencia de éstas en la regulación emocional (Bermúdez et. alt. 2009; Fuentes 2015; González y Ortiz Viveros 2010; Palies y Quiles 2012; Rey y Extremera 2012; Viñas et. alt. 2012). Estudios futuros definirán la existencia de diferencias individuales en el bienestar adolescente

Las chicas están más insatisfechas con su cuerpo por considerarse más gordas de lo deseado y, por el mismo motivo, anticipan ser rechazadas por los chicos y que éstos no las consideran atractivas. Estudios como los de Zubeidat et. al. (2009) y Moral-Jiménez (2011) asocian las diferencias de género en imagen corporal a los valores existentes en nuestro país y la presión de los medios de comunicación hacia el logro de una figura esbelta, inciden especialmente en las chicas, siendo las jóvenes más vulnerables en la medida que carecen de habilidades de razonamiento crítico.

➤ **Incidencia de la interacción edad y género**

Queda confirmada la interacción edad y género, en concreto en las dimensiones de ansiedad fóbica y psicoticismo, los estilos seguro y evitativo en ambos contextos relacionales y el estilo evitativo en situación socio familiar, en todas las facetas del bienestar con excepción de la auto aceptación del sí mismo, el índice de atractivo romántico y los auto conceptos positivo y negativo.

El ser chica de entre 13 y 15 años implica más riesgo de presentar excesiva sensibilidad interpersonal y psicoticismo, niveles de bienestar superiores en las dimensiones de control de situaciones y bienestar psicológico total y mayor sensibilidad a la información externa negativa en el auto concepto. Este grupo es el de mayor riesgo de expresar problemas emocionales y trastorno alimentario dada la mayor incidencia del malestar emocional.

Las chicas del grupo de más edad muestran más insatisfacción con la imagen asociada a la expectativa de rechazo por sobre peso en relaciones de pareja y mayor sensibilidad a atender a la información externa relacionada con una misma.

Por su parte, los chicos de entre 13 y 15 años presentan los mayores niveles de bienestar psicológico en las facetas de control de situaciones y satisfacción con los vínculos sociales, más seguridad en el apego en relaciones socio familiares. Entre los 16 y los 18 años, el estilo temeroso del apego en relaciones románticas y no románticas y más seguridad en las relaciones de pareja.

Además de los efectos marginales de la edad y el género señalados, ambas variables interactúan en el estilo seguro del apego no romántico. Los chicos de menor edad presentan mayor seguridad en sus relaciones que las chicas, sin embargo, en el siguiente grupo de edad el perfil de apego se invierte y son las chicas las que incrementan, en gran medida, mayores experiencias de autonomía, por su parte, los chicos a esta edad experimentan un leve descenso de este estilo. El grupo femenino experimenta un cambio más brusco en cuanto a la organización segura del apego no romántico en comparación con los chicos. Socialmente, las chicas perciben niveles mayores de presión hacia el gregarismo y el desarrollo de conductas más protectoras, probablemente, el logro de la autonomía femenina suponga un mayor esfuerzo de ajuste y reorganización de la estructura segura del apego. Las variables demográficas inciden en mayor medida en lo que respecta a los estilos de apego, este presenta tanto variaciones de género como variaciones debidas a la interacción entre edad y género.

Para Penagos et. al. (2005) la auto promoción del adolescente como personas fuertes y seguras puede tratarse de un intento de auto protección ante situaciones sociales cotidianas. La ausencia de una identidad firme se asociaría con un incremento de conductas orientadas hacia la vinculación y deseabilidad social. Puesto que las chicas presentan niveles inferiores de auto estima, la funcionalidad del apego seguro como auto protección sería más significativa en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino.

El siguiente estilo de apego que mostró efectos de interacción fue el estilo evitativo en contextos románticos, este estilo se mantiene estable en el caso de las chicas y se incrementa en el caso de los chicos, éstos experimentan las relaciones afectivo – sexuales como un pérdida de su independencia y autonomía.

Con la edad los chicos ganan en deseos de independencia por lo que tienden a evitar los lazos románticos. Las chicas, por su parte mantienen niveles de evitación iguales que en edades anteriores. Además, la mayor disparidad entre medias obtenidas por chicas y chicos, en el estilo seguro de apego no romántico, se da en el rango de edad de entre 16 y 18 años. A esta edad, las chicas serían más seguras que los chicos.

La asociación de la vinculación romántica con la edad se muestra en el estudio de Penagos et. alt. (2005) quienes observan un mayor arraigo de las relaciones de intimidad y sexualidad en la adolescencia tardía, según estos autores, la dimensión relacional menos representativa de las relaciones románticas es la de compromiso. Las autoras explican la evitación de la implicación romántica el incremento de la necesidad de conductas exploratorias tanto del ambiente, como del mundo social. A la vista de los resultados del presente trabajo, los chicos mostrarían más necesidades exploratorias que las chicas.

Las chicas de entre 16 y 18 años se sienten más autónomas y seguras y presentan niveles menores de evitación de la implicación afectiva en comparación con los chicos. Puesto que el apego seguro se asocia con mayores niveles de auto conocimiento, manejo y profundidad emocional las relaciones de pareja, presentan, en el caso de las chicas, mayor madurez emocional. Para las chicas, las relaciones de pareja funcionarían más como un suministro de sensaciones de seguridad y pertenencia, para los chicos las relaciones serían más parecidas a fuentes de gratificación, compañía y sentimientos de competencia (Parra et. alt. 2004).

Las intervenciones terapéuticas en adolescentes deben ser sensibles al descenso de la seguridad en los vínculos de apego en chicos en aras de reforzar la autonomía adaptativa de este grupo. Además, la independencia excesiva se asocia con problemas de exteriorización conductual en varones (Buist et. alt. 2004; García et. alt., 2013). “Un mayor conocimiento de las características que rodean a los adolescentes en lo que a sus relaciones afectivas se refiere, proveerá de ciertas pautas para el desarrollo de programas de intervención específicos en esta población” (Penagos et. alt. 2005)

➤ **Incidencia de las variables Psicopatogénicas**

- ✓ **Hipótesis 2.1:** Si los síntomas clínicos inciden en los constructos salutogénicos, entonces, las relaciones entre las variables clínicas: estilos de apego, bienestar psicológico y auto concepto, serán negativas.
- ✓ **Hipótesis 2.2:** Si los síntomas clínicos inciden en la imagen corporal, entonces, se esperan relaciones positivas entre las variables
- ✓ **Hipótesis 2.3:** Si la imagen corporal modula las variables estudiadas, entonces, se observarán asociaciones significativas entre ambas.
- ✓ **Hipótesis 2.4:** Si la presencia de alteraciones en la imagen corporal incide en las variables estudiadas, entonces, se observarán diferencias entre ellas.

Los resultados confirman la relación entre las variables clínicas y salutogénicas, al igual que estudios anteriores (Belánger y Brisebois, 2010; Botella y Grañó, 2008; Fernández –Fuertes et. alt. 2011; Fuentes et. alt., 2011; Lozano et. alt. 2007; Melero y Cantero, 2008; Sibley y Overal, 2008; Soares y Días 2007; Zubeidat et. alt. 2009), la relación positiva entre las dimensiones psicopatológicas y los estilos inseguros del apego en ambos contextos relacionales, el auto concepto positivo, la asociación negativa con los factores del bienestar y el auto concepto (dimensiones negativa y auto estima). Finalmente, en la imagen corporal señalan la ausencia de asociación del factor de distorsión y la correlación positiva con insatisfacción corporal y atractivo romántico y psicopatología.

En la línea de la bibliografía existente (Fonseca et alt. 2013; Fuentes et. alt. 2011; Lozano et. alt. 2007; Soares y Días 2007; Tucci y Peters 2008, Zubeidat et. alt. 2009) el procedimiento multivariado confirma la incidencia de la psicopatología en los estilos de apego, bienestar, auto concepto, e imagen corporal por lo que dichos constructos actúan como protectores de la psicopatología en adolescentes. La asociación entre los síntomas de malestar y los estilos de apego queda confirmada en el presente trabajo en los 3

estilos inseguros tanto en relaciones románticas como no románticas, las 5 dimensiones del bienestar, la insatisfacción y valoración de atractivo sexual de la imagen corporal y las dimensiones positivo y negativo del auto concepto.

Si bien la etiología de la patología adolescente es variada, las relaciones de apego seguras, el bienestar psicológico, la satisfacción con la imagen corporal y la presencia de un concepto de uno mismo no dependiente de la aprobación externa definen las características del grupo no patológico.

El auto concepto adaptativo incide favorablemente en otras áreas de la personalidad (Becoña et. alt., 2009; Buist et. alt., 2004; Estévez et. alt. 2008; Fernández et. alt. 2.010; Massa et. alt., 2011; Moreno et. alt. 2009; González y OrtizViveros, 2010; Goñi et. alt., 2004, 2005; Penagos et. alt. 2006; Rodríguez et. alt. 2006; Viñas et.alt., 2015) y es considerado como uno de los correlatos más importantes con el bienestar y el ajuste social adolescente. A la vista de los resultados no queda clara la implicación de la psicopatología en la auto estima, se confirma el efecto positivo del razonamiento crítico y la capacidad de interiorizar de forma adecuada la información externa sobre uno mismo y la auto aceptación del yo en el ajuste psicológico, sin embargo, la dimensión auto estima de la escala de auto concepto no resulta significativa, artefactos estadísticos pueden estar a la base de dicha ausencia de relación estadística.

La mencionada incidencia de la psicopatología muestra en el presente estudio diferencias individuales de edad, género e interacción. Zubeidat et. alt. 2009 señalan la relación entre la clínica ansiosa y los estilos de apego, en este estudio, entre los 16 a 16 años la psicopatología incide especialmente en las relaciones de tipo evitativo, románticas y no románticas , en la auto percepción física negativa a los ojos del sexo opuesto y en la disminución del bienestar derivados de la calidad en la vinculación social, la orientación hacia metas y proyectos y el bienestar total.

Por género, la evitación de la intimidad en las relaciones socio familiares y la insatisfacción con la imagen implican niveles mayores e sufrimiento psicológico en chicas en comparación la grupo de chicos. Finalmente, los efectos de interacción también se relacionan con el género femenino, siendo el grupo de menor edad el que presenta mayor

riesgo en el apego evitativo, la falta de proyectos personales y la anticipación de rechazo en situaciones románticas.

Si bien y en la línea de las aportaciones de Contini et. alt. 2012 todavía queda mucho para esclarecer al respecto de si la psicopatología es causa o consecuencia de las carencias personales. Lo que sí se constata en la relación entre el déficit en manejo emocional adecuado y psicopatología (Rey y Extremera, 2012; Viñas et. alt. 2012) especialmente en la faceta de las relaciones románticas a partir de los 16 años. Los prototipos de apego organizan la conducta adaptativa a través de mecanismos de afrontamiento que permitirán la resolución y superación de problemas, de no ser así, se agudizan las carencias del adolescente. El apego seguro funcionaría como variable protectora del desarrollo afectivo general.

En la línea de los resultados obtenidos por Viña et.alt., 2015, la detección precoz de déficits en habilidades intra e interpersonales y su entrenamiento y desarrollo en variedad de situaciones de exposición social prevendrían el surgimiento y evolución de la sintomatología clínica en adolescentes, siendo prioritaria la intervención en vínculos románticos chicas menores de 16 años.

Por otro lado, en relación a la imagen corporal, el estudio confirma su incidencia en la psicopatología, a excepción del factor distorsión con la imagen corporal que no muestra incidencia en la psicopatología. El índice de atractivo corporal el que más se asocia a los constructos salutogénicos. La bibliografía al respecto ha estudiado en mayor profundidad los trastornos alimentarios en comparación con estudios realizados sobre las dimensiones de la percepción y valoración de la imagen. Tampoco hemos encontrado estudios relativos a la anticipación de rechazo en situación romántica dado que dicha faceta ha sido diseñada para el presente estudio y no forma parte de las dimensiones evaluadas directamente por el instrumento original.

La distorsión con la imagen no implica psicopatología (ni en términos cuantitativos ni cualitativos), el sufrimiento emocional aparece con la valoración negativa del cuerpo y no con la falta de objetividad a la hora de percibirlo. Sin embargo, la distorsión sí incide en menor seguridad y temor en las relaciones de sociales, niveles menores en la dimensión

de proyectos y mayor dependencia de la aprobación social en el auto concepto. En la línea de las aportaciones de Palies y Quiles, 2012 déficits en los estilos de afrontamiento y su correlación con los síntomas de desajuste psicológico están a la base de la etiología de los trastornos alimentarios.

En el presente estudio se observa la relación entre el apego seguro y el auto concepto positivo con el ajuste en la percepción corporal. Estudios futuros esclarecerán si el desajuste emocional derivado de la inseguridad en los vínculos socia familiares y la sugestionabilidad en el concepto de uno mismo están a la base de la auto percepción corporal deformada.

La distorsión corporal presenta diferencias individuales. La sobre valoración de la imagen se asocia a mayor temor entre los 16 y los 18 años y a mayor evitación entre los 13 y los 15 años en relaciones románticas. En ambos casos, la auto percepción de sobre peso y la insatisfacción resultante se asocian con la valoración negativa de los otros y la anticipación de rechazo en vínculos de apego románticos. La infravaloración del peso implica menor presencia de estilos de apego romántico inseguros y niveles superiores de bienestar psicológico. Estos resultados confirman la incidencia de la presión social y el modelo estético corporal vigente en la etiología de los problemas con la imagen corporal (Arbinaga y Caracuel, 2008, Esnaola et. alt., 2010; Jiménez-Cruz y Silva - Gutiérrez, 2010; Moreno y Ortiz Viveros, 2010; Tucci y Peters, 2008; Trujano et. alt. 2010; Vaquero et. alt. 2013) ya que la distorsión positiva incide negativamente en el bienestar psicológico y positivamente en los estilos de apego inseguros.

Atendiendo a las diferencias de género en la incidencia de la distorsión con la imagen se observa especialmente en el bienestar psicológico, en chicas, la auto percepción de sobre peso implica menor sensación de control de situaciones y mayor satisfacción con los vínculos sociales establecidos, en chicos la percepción de sobre peso se asocia con mayor presencia de conducta propositiva y toma de decisiones orientada a metas con significado vital y mayor bienestar psicológico total. La auto aceptación del sí mismo se asocia al género masculino con auto percepción distorsionada en sentido negativo. Tal y como se ha indicado anteriormente, la distorsión corporal, en sí misma no implica desajuste emocional éste viene de la insatisfacción y falta de aceptación del

cuerpo, es más, en el presente trabajo, la distorsión positiva implica niveles superiores de bienestar psicológico en ambos géneros.

Autores como, Bully et. alt. 2012; Esnaola et. alt. 2010; Moreno y Ortiz Viveros, 2010; Tucci y Peters, 2.008; Trujano et. alt., 2.010, señalan la relación entre la insatisfacción con la imagen y el malestar clínico. En nuestro estudio, la falta de satisfacción con la imagen, a nivel cuantitativo, implica mayor tendencia síntomas hipocondríacos, de inhibición social, depresión y malestar clínico global, mayor presencia de estilos de apego ansioso y temerosos, cuyos modelos operativos del yo implican una valoración negativa, y menor auto aceptación del sí mismo y satisfacción con los vínculos sociales. La insatisfacción corporal no se asocia al auto concepto. Sin embargo, observando los resultados cualitativos el deseo de adelgazar se relaciona con más indicadores psicopatológicos que la auto percepción delgada. El ideal de delgadez se relaciona con estilo de apego temeroso y el deseo de engordar con el ansioso en las relaciones románticas, además, este grupo muestra niveles superiores de aceptación del sí mismo y auto concepto – auto estima.

Al igual que en la distorsión, y en la línea de la investigación actual (Arbinaga y Caracuel, 2008; Esnaola et. alt. 2010; Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2010; Moreno y Ortiz Viveros, 2010; Tucci y Peters, 2008; Trujano et. alt. 2010), consideramos que la presión social hacia un modelo estético delgado y el rechazo a cualquier desviación de dicho modelo está a la base de los resultados encontrados, por ello, los adolescentes que se desean tener un cuerpo más voluminoso tienden a establecer relaciones pareja ansiosas, este estilo está formado por la imagen negativa de uno mismo, insatisfacción corporal y la valoración positiva del otro, el modelo estético vigente.

Por otro lado, la insatisfacción por sobre peso se relaciona con apego temeroso, este estilo incluye valoraciones negativas de uno mismo y de los demás, el joven no se acepta y es conocedor de que el entorno tampoco acepta el sobrepeso, siendo este estilo el que más correlaciona con variedad de indicadores de desajuste emocional y psicopatología.

El estudio señala la existencia de diferencias individuales en la insatisfacción con la imagen corporal. En concreto, el perfil de mayor riesgo de desajuste adolescente es el de chica con falta de satisfacción corporal por sobre peso, este grupo se relaciona con mayor inhibición interpersonal y ansiedad social y con el establecimiento de relaciones de apego inseguras y temerosas. El mayor temor al rechazo en chicas está a la base de la sintomatología ansiosa observada, sin embargo, también en el grupo de chicas, niveles superiores de auto estima se asocian con la auto percepción de infrapeso. En relación a la edad, la combinación de valoración de sobrepeso y tener entre 13 y 15 años se relaciona con mayor tendencia a la inhibición social, ansiedad en relaciones socio familiares y mayor dependencia de la aprobación externa en la conceptualización de uno mismo.

Siguiendo a Jiménez -Cruz y Silva - Guitiérrez, 2010 la influencia del modelo estético de delgadez en los “mass media” y en la sociedad en general supone mayor presencia de síntomas de ansiedad, depresión, envidia y culpa y la menor aceptación corporal niveles mayores de afectividad negativa. Las chicas y los menores de 16 años serían el colectivo más vulnerable a desarrollar dichos síntomas.

Finalmente, el índice de atractivo romántico es el que presenta mayor relación con las variables salutogénicas y patogénicas estudiadas; incide en 6 de las 9 facetas sintomatológicas evaluadas, en las tendencias ansiosa y evitativa de las relaciones de pareja y en el factor positivo del auto concepto. Las dimensiones del bienestar de auto aceptación, vínculos sociales y bienestar total se asocian a la percepción de aprobación corporal por parte del sexo opuesto. La perspectiva del apego ofrece un marco teórico y empírico de gran interés para tratar de explicar la dinámica de las experiencias íntimas afectivo – sexuales (Gómez-Zapiain, 2005). El apego romántico es un determinante importante en la socialización y la formación de la identidad y la capacidad para establecer relaciones íntimas y los estudios lo relacionan con la auto estima, la depresión, la empatía y la incomodidad ante las propias experiencias sexuales.

Al igual que en el factor de insatisfacción, el signo positivo (auto evaluación negativa por exceso de peso) se asocia con síntomas clínicos de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo e índice de severidad global, en las relaciones vinculares se asocia con los estilos ansioso y temeroso

(ambos comparten la valoración negativa del sí mismo y la correlación con malestar clínicamente significativo) y el auto concepto positivo. Por otro lado, el verse más delgado de lo considerado atractivo para el sexo opuesto implica niveles mayores en las 5 dimensiones del bienestar psicológico y mayor tendencia a establecer relaciones seguras en contexto no romántico.

En la línea de Anuel et. alt. (2012) el desarrollo del razonamiento crítico permitirá reducir la dependencia del medio a la hora de realizar evaluaciones, por ello, intervenciones de corte cognitivo – conductual para prevenir la sugestionabilidad a la información externa son los más efectivos en el tratamiento de los problemas con la imagen. Dada la elevada incidencia de la deseabilidad social en el auto concepto y las alteraciones con la imagen, fortalecer el auto concepto del adolescente dándole estrategias para lograr un auto conocimiento realista y adaptativo protegerá del desarrollo de disfunciones asociadas a la falta de aceptación corporal, tanto en la línea de la insatisfacción personal como en la de la deseabilidad romántica.

El atractivo sexual muestra diferencias debidas a la edad, si bien los resultados factoriales señalan la significación del efecto del género en interacción con el índice de atractivo romántico, esta no se observa en las medias parciales de las dimensiones de los constructos, por ello, dicha significación de género en el factor se deba a un artefacto estadístico y sólo nos centraremos en la interacción edad y atractivo sexual percibido.

Valorar el propio cuerpo por encima del estándar estético vigente se asocia con mayor inhibición en contexto interpersonal y mayor ansiedad en las relaciones sociales entre los 13 y los 15 años. sin embargo, también el apego seguro en las relaciones familiares se relaciona con este grupo. Por otro lado, la valoración de que uno está por debajo del peso definido como sexualmente atractivo se asocia con niveles mayores de metas y proyectos personales y bienestar total en adolescentes menores de 16 años, en el siguiente rango de edad. Lo que reitera la incidencia positiva en el bienestar del valorarse delgado y cumplir así los estándares sociales, podría decirse que la atribución de que uno es sexualmente atractivo predispone a encarar esta etapa con mayor satisfacción personal y, por ende, la atracción romántica supone una pérdida del bienestar a partir de los 16 años.

5.2. APORTACIONES, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

En general se considera la adolescencia como un fenómeno, evolutivo, socialmente situado, cultural e históricamente determinado. Dadas las características de la muestra, de carácter no representativo, las conclusiones se limitan a la población estudiada; sería interesante extender los resultados a un número mayor de adolescentes que permita el control de las posibles influencias contextuales en las variables estudiadas.

Dentro de las limitaciones del estudio destacan las derivadas de la metodología transversal que impide la realización de inferencias temporales sobre los constructos evaluados, por lo que no podemos afirmar que los constructos evaluados no sean susceptibles de modificación con el paso del tiempo y la maduración de la población incluida en la muestra. Si bien es cierto que la edad ha sido incluida en el análisis y nos permite cierta aproximación al efecto de la edad en las variables estudiadas, no podemos más que informar de diferencias inter sujeto.

Otro aspecto a tener en cuenta serían los estadísticos utilizados, éstos informan de relaciones asociativas y no implican, por tanto, causalidad alguna, por lo que los resultados no son concluyentes.

La metodología longitudinal permitiría captar la existencia o no de diferencias intrasujeto más adecuada a la hora de realizar inferencias evolutivas encontradas en otras investigaciones, y por otro, procedimientos estadísticos con carácter predictivo (procedimientos de regresión) permitirían captar relaciones causales entre los constructos estudiados.

Además de existir las limitaciones propias de las medidas de auto informe como los sesgos motivacionales a la hora de responder a los instrumentos de evaluación u otras variables orgánicas y/o ambientales que pudieran incidir en los resultados obtenidos.

Entre las aportaciones del presente estudio se destacan:

- El efecto de las diferencias de edad y género con resultados poco concluyentes en estudios anteriores.
- La incidencia salutogénica del apego, bienestar y auto concepto señaladas ya en la bibliografía. Con lo que confirmamos su efecto protector del desajuste emocional y la patología de la conducta alimentaria.
- La importancia de la dimensión romántica en la comprensión de la idiosincrasia adolescente, tanto como precursor de la psicopatología como de las alteraciones de los trastornos alimentarios es la principal aportación de este trabajo.

En la línea del paradigma de salud mental positiva y los factores protectores y promotores del ajuste emocional, la diada yo – los demás se muestra como un interesante campo de estudio en población adolescente por su relación con el malestar emocional y la imagen corporal, la expectativa de rechazo se presenta como un potente factor patogénico, máxime, si este se produce en contextos íntimos, parcela en la que se inicia el adolescente y para la que carece de habilidades específicas de afrontamiento y manejo y que está tan relacionada con variables protectoras como auto estima, seguridad y/o confianza. En este sentido, el malestar se produce por un desequilibrio entre los factores patogénicos y los protectores.

A la vista de los resultados, los mayores esfuerzos en investigación e intervención deben dirigirse al grupo de chicas de entre 16 y 18 años, las relaciones de pareja y la insatisfacción corporal tanto auto percibida como atribuida al sexo opuesto, ya que es el que presenta mayor vulnerabilidad.

Futuras investigaciones podrán profundizar en el carácter estable de los patrones de apego en esta etapa con la inclusión de sujetos con edades correspondientes a la adolescencia tardía podría aclarar si cambios en los patrones de relación interpersonal durante la adolescencia se hacen patentes en edades posteriores, así como la incidencia protectora de las habilidades de gestión de las relaciones de pareja en la psicopatología e imagen corporal.

5. 3. REFLEXIÓN FINAL

Si bien en su formulación original de los modelos de funcionamiento internos en las relaciones de apego Bowlby no se refería a la representación corporal, ésta emerge como una faceta más de las representaciones mentales, siendo además significativa su asociación con estilos disfuncionales, psicopatología y déficit en variables positivas de bienestar y auto concepto. El estudio señala la importancia de los amores adolescentes en la salud mental de chicos y chicas y su relación con la génesis de trastornos alimentarios. El refuerzo y desarrollo de habilidades de manejo adaptativas en las relaciones románticas y mejorará el ajuste durante la adolescencia.

Se confirma la correlación negativa del bienestar psicológico, la seguridad en el apego y el auto concepto con la psicopatología. Sin embargo, las disfunciones con la imagen corporal tienden a relacionarse con estilos ansioso y temeroso y con el auto concepto especialmente, siendo la dimensión de pareja la que presenta mayor incidencia en las variables salutogénicas, mientras que la psicopatología se asocia a los estilos de apego definidos por una representación mental de uno mismo positiva. Siendo la valoración afectiva de uno mismo y no la realidad de dicha percepción la que incide en la sintomatología clínica y condiciona las vivencias en las relaciones vinculares.

La existencia de diferencias individuales en el estudio avala la puesta en marcha de intervenciones ajustadas, además de las características demográficas, a la magnitud y dirección de las disfunciones con la imagen corporal en aras de optimizar los resultados e incidir a un mayor número de jóvenes. En relación a los esfuerzos en prevención se reitera la mayor vulnerabilidad de las chicas hacia el final de la adolescencia.

Dadas las asociaciones significativas encontradas, los constructos de apego, bienestar y auto concepto como moduladores de la salud emocional y los trastornos de la alimentación, se presentan como elementos eficaces y eficientes en las intervenciones con adolescentes, desde la psicología positiva se trata de constructos ampliamente aceptados, lo que incrementa su asimilación e interiorización, cómodos en su aplicación y no estigmatizantes para los jóvenes.

Dadas las dificultades que implica el estudio experimental de fenómenos complejos como los expuestos en el presente estudio, se hace necesaria la interpretación cautelosa de los resultados obtenidos, al tiempo, que se anima a seguir trabajando hacia la superación de las limitaciones en la investigación de los procesos emocionales en población infanto juvenil. Más de 20 años después y a pesar del grueso de la literatura al respecto, sigue vigente la afirmación de Veenhoven, (1994) quien afirma “la Psicología ha tenido más éxito en comprender el pensamiento que el afecto y aunque está claro que los acontecimientos y la evaluación de los mismos evocan experiencias afectivas, la fabricación interna de tales experiencias sigue siendo apenas comprendida” (en Vecina, 2006).

Cabe esperar, en definitiva, que a medida que se vaya incrementando el volumen de información se irán abordando interrogantes por resolver y clarificando los procesos internos y externos implicados en el ajuste emocional y la promoción de la salud en durante la adolescencia.

SECCIÓN VI:

BIBLIOGRAFÍA

- Anuel A., Bracho A., Brito N., Rondón J.E. y Sulbarán D. (2012). Auto aceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24, 3, 390-395.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. y Wall S. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Alvarado-Sánchez N., Silva-Gutiérrez C. y Salvador-Cruz J. (2009). Visoconstructiva deficits and risk developing eating disorders. *The spanish journal of psychology*, 12, 2, 667-685.
- Arbinaga F., Caracuel JC. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta colombiana de psicología*, 11, 1, 75-88.
- Baile J. I. (2002). ¿Qué es la imagen corporal?. Centro asociado de la UNED de Tudela (on line) http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa
- Ballester D., de Gracia M, Patiño J., Suñol C. y Ferrer M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Facultad de ciencias de la educación. Universidad de Gerona*, 2-13
- Bandura A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York. Freeman and company.
- Becoña E., López A., Míguez M.C., Lorenzo M.C. y Fernández del Río E. (2009). ¿La depresión y la ansiedad de las madres se relaciona con el consumo de drogas de sus hijos adolescentes?. *Anales de psicología*, 25, 2, 339-343.
- Becoña, Fernández del Río, Calafat y Fernández-Hermida (2014): Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26, 1, 77-86

- Belángier C. y Brisebois H. (2010). Anger as moderator of the relationships between attachment, dyadic adjustment, and childhood victimization in physically violent spouses. *Europe's journal of psychology*, 1, 14-43.
- Benatuill D. (2007). Bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate* 3, *Cultura y Sociedad*, 43-58.
- Bermúdez M.P., Teva I. y Buela – Casal G. (2009). Influencia de variables demográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21, 2, 220-226.
- Boone L, Braet C, Vandereycken W, Claes L. (2012). ¿Son los dominios de esquemas desadaptativos y perfeccionismo relacionados con preocupaciones por la imagen corporal en pacientes con trastornos alimentarios?. *European Eating Disorders Review*, 21, 1, 45-51.
- Boone L. (2013). Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms?. *Personality and individual differences*, 54, 8, 931-935.
- Bordá M., Torres I., del Rio C. (2008): Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Internacional journal of clinical and health psychology*, 8, 1, 65-75.
- Botella L., y Grañó N. (2008): La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. *Apuntes de psicología*, 26, 2, 291-301.
- Bowlby J. (1969/1982): *Attachment and loss*, vol I. Attachment. London. The Hogarth Press.
- Buist K.L, Deovic M., Meeus W. y van Aken M. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of adolescence*, 27, 251-266.
- Bully P., Elosua P. y López – Jáuregui A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: evolución de una década. *Anales de psicología*, 28, 1, 196-202.

- Carrasco dell' Aquila D., Gómez E. y Staforelli A. (2009). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales. *Terapia psicológica*, 27, 1, 143-149.
- Carretero A., Sánchez L., Rusiñol J., Raich R.M y Sánchez D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20, 2, 145-157.
- Carrillo S., Maldonado C., Saldarriaga L. M., Vega L. y Díaz S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones, abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de psicología*, 36, 3, 409-430.
- Casado Cañero F. D. (2002). Modelo de Afrontamiento de Lázarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología*, 20, 3, 403-414.
- Casas F., Fernández – Artamendi S., Montserrat C., Bravo A., Betrán I. y Del Valle J.F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo en las comunidades autónomas de España. *Anales de psicología*, 29, 1, 148-158.
- Castellá J., Soforcafda E., Tonon G., Rodríguez de la Vega L., Mobancyk S. y Bedin L. M. (2012). *Psychosocial Intervention*, 21, 3, 273-280
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y Orientación psicológica*. Paidós.
- Casullo M. M. y Castro A. (2000). Evaluación del Bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de psicología de la PUCP*, 18 2, 35-68.
- Casullo, M. M. (compiladora) (2002): *Evaluación del Bienestar Psicológico en Ibero América*. Paidós.
- Casullo M. M. y Fernández M. (2005). *Los estilos de Apego. Teoría y Medición*. JVE.

- Cava MJ., Murgui S. y Musitu G. (2008). Diferencias en factores protectores del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 3, 389-395.
- Chotai J., Jonasson M., Hägglöf B. Y Adolfson R. (2005). Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European psychiatry*, 20, 251-259.
- Contini E.N., Betina A., Medina S.E., Álvarez M., González M., Coria V. (2012). Un problema a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista electrónica de psicología de iztacala*, 15, 1, 127- 149.
- De Clercq B., Van Leeuwen K., De Fruiti, Van Hiel F. y Mervielde I. (2008). Maladaptive personality traits and psychopathology in childhood and adolescence. The moderating effect of parenting. *Journal of personality*, 76, 2, 357-380.
- Collado-Mateo M^a. J., Díaz – Morales J. F., Escribano C. y Delgado P. (2013). Matutinidad – vespertinidad y ansiedad rasgo en adolescentes. *Anales de psicología*, 29, 1, 90-93.
- Cooper M. L., Shaver P. R y Collins N. L. (1998). Attachment Styles, Emotion Regulation and Adjustment in Adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 74, 5, 1380-1397.
- Cornejo M. y Lucero M. C., (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionados con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en humanidades*. Universidad nacional de San Luis, 2 ,12, 143-153.
- Costa P., Mc Rae R. (1984). Personality as a life long determinant of well-being en Malatesta e Izard (comps): *Affective processes in adult developmental and aging*, Beverly Hills, Sage, 141-156.
- Cuhna A.I., Relvas A.P. y Soares I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International journal of clinical and health psychology*, 9, 2, 229-240.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

- Cruz M. S, Maganto C., Montoya I. y González R. (2002). Escala de Bienestar Psicológico para Adolescente. Resultados españoles. *Paidós*, 65-78
- De Gracia M., Marcó M. y Trujano P. (2007) Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 4, 646-653.
- De la Barra F. (2009). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence studies. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 4, 303-314.
- Díaz D., Rodríguez Carvajal R., Blanco A., Moreno-Jiménez B., Gallardo I., Valle C. y van Dierendonck D. (2006). Adaptación de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 3, 572-577.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener E. (1994). Assessing subjective well-being. Processes and opportunities. *Social indicators research*, 31, 103-157.
- Diener E. (2009). Assessing subjective well-being. Processes and opportunities. En E. Diener E., *assessing well-being. The collected works of Ed Diener*, pp. 25-65. Nueva York : Springer, *Social indicators research series*, 39.
- Du Bois D., Burk - Braxton C., Swenson L., Tevendale H., Lockert E. y Moran L. (2002). Getting by with a little help from self and others; self esteem and social support as resources during early adolescence. *Developmental psychology*, 38, 5 822-839.
- Enríquez A., Padilla P. y Montilla I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*, 193.
- Estévez E., Murgui S., Moreno D. y Musitu G., (2007): Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19, 1, 108-113.

- Esnaola I. (2008). El auto concepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24, 1, 1-8.
- Esnaola I., Rodríguez A. y Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*; 33, 21-29.
- Fairburn CG., Cooper Z., Shafran R., (2003). La terapia cognitivo conductual para los trastornos alimentarios: una teoría "transdiagnóstico" y el tratamiento. *British Research Therapy*, 41, 509-528.
- Feeney J., Noller P. (2001): Apego Adulto. Desclée de Browwer.
- Feragut M., Blanca M.J. y Ortiz-Tallo M. (2013). Psychological values as protective factors against sexist attitudes in preadolescents. *Psicothema*, 25, 1, 38-42.
- Fernández F., Marín F.J. y Urquijo S. (2010): Relación entre los constructos de auto control y auto concepto en niños y jóvenes. *Liberabit*, 16, 2, 217-226.
- Fernández S., Bermejo R. y Delgado P. (2002): Prevención de conductas de riesgo en el adolescente. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria*. 1, 6, 1-12.
- Fernández – Fuertes A., Orgaz B., Fuertes A. y Carcedo R. (2011); La evaluación del apego romántico en adolescentes españoles: validación de la versión reducida del Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R). *Anales de psicología*, 27, 3, 827-833.
- Fernández M^a. P., Pérez M. A. y González H. (2013): Efecto del flujo y afecto positivo en el bienestar psicológico. *Boletín de psicología*, 107, 71-90.
- Fonseca-Pedrero E., Paino M., Lemos-Gialdez S., Sierra-Baigrie S., Ordoñez N. y Muñiz J. (2013): Early psychopathological features in spanish adolescents. *Psicothema*, 23, 1, 87-93.
- Fuentes M. C; García J. F., Gracia E. y Lila M. S. (2001): Auto concepto y ajuste social en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 1, 7-12.

- Fuentes, García, Gracia y Alarcón (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20,1, 117-138
- Galán A. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 30, 108, 581-595.
- Garaigordobil M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits : a study with adolescents. *The spanish journal of psychology*, 9, 2, 182-192.
- García-Viniegras C. R. y González Benítez I., (2000). *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 6, 586-592.
- García M. C., Cerezo M. T., De la Torre M. J., Carpio M. V. y Casanova P. F. (2011): Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23, 4, 654-659.
- Gargallo M., Fernández F. y Raich, R. (2003): Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International journal of clinical and health psychology*, 3, 2, 335-349.
- Gasco M., Biñol P. y Horcajo J. (2010): Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración en la fuerza de actitudes. *Psicothema*, 22, 1, 72-76.
- Garrido L. (2006) Apego, Emoción y regulación emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 3,493-507.
- Gómez - Zapiain J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje*, 28, 3,293 – 308.
- González R., Montoya I., Casullo M. M., Bernabeu J., (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 2, 363-368.

- González Bravo L. y Méndez Tapia L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la concepción. *Chile terapia psicológica*, 24, 1, 5-14.
- González J. L., De las Cuevas M., Rodríguez M. y Rodríguez F., (2002): SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas. Manual. TEA.
- González – Juárez C., Pérez E., Martín B., Mitjá I., Roy de Pablo R. y Vázquez de la Torre P. (2007): Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de alimentación. *Atención primaria*, 39, 189 – 194.
- González Pineda J. A, Núñez J. C., Álvarez L., Roces C., González Rodríguez S. y Bernardo A. (2003): Adaptabilidad y Cohesión familiar. Implicación parental en conductas auto regulatorias. Auto concepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*. 15, 3 471-477.
- Goñi A., Ruíz de Azúa S. y Rodríguez A. (2004): Deporte y auto concepto en la adolescencia. *Apunts, Educación Física y deportes*, 77.
- Goñi A., Ruíz de Azúa S. y Rodríguez A. (2005): La importancia conferida a los distintos aspectos del yo físico: un instrumento para su medida. *Anales de Psicología*, 21, 1, 92-101.
- Goñi, Esnaola, Rodríguez y Ortiz de Barrón, (2015). Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood . *Psicothema*, 27, 1, 52-58
- Guido P., Mújica A. y Guitiérrez R. (2011). Diferencias en el auto concepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento. *Liberabit*, 17, 2, 139-146.
- De Gracia M., Marco M. y Trujano P. (2007); Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 4, 646-653.
- Hazan C. y Shaver P. (1990). Love and Work. Theoretical Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270 – 280.

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

Harter, S. (1999). The construction of the self. A developmental perspectiva. New Cork. The Guilford Press.

Iglesias B. y Romero E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. Revista de psicopatología y psicología clínica, 14, 2, 63-77.

Jiménez-Cruz B. E y Silva - Guitiérrez C. (2010): Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. Anales de psicología, 26, 1, 11-17.

Juvinya-Canal D. 2013. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. Enfermería clínica, 23, 3, 87-88

Kenny M., Griffiths J. y Grossman J. (2005). Self – Image and parental attachment among late adolescents in Belize. Journal of adolescence. 28, 649 – 664.

La Guardia J.C., Ryan R. M., Couchman C. E. y Deci E. L. (2000): Within-person variation in security of attachment: a self determination theory perspective on attachment, need fulfillment and well – being. Journal of personality and social psychology, 79, 3, 367-384.

Lazarus R. S y Folkman B. N. (1984): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca, 1.986.

Lee J. y Bell N. (2003): Individual differences in attachment – autonomy configurations with substance use and youth competencies. Journal of adolescence, 26, 347-361.

Lozano E., Galián M. D. y Huéscar E. (2007): Relaciones entre los estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia. Una revisión. Anales de Psicología. 23, 1, 33-40.

Maganto C., (2011). Factores de Riesgo o vulnerabilidad asociados a la conducta alimentaría. Infocop, 52, 8-12.

- Main M., Kaplan N. y Cassidy J. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of the representation. *Monographs of the society for research in child development*, 50, 1-299, 66-104.
- Maggi S., Ostra A., Tansey J., Dunn J., Hershler R., Chen L. Y Hertzman C. (2008): Paternal psychosocial work conditions and mental health outcomes: a case-control study. *BMC public health*, 8, 104.
- Martínez C. y Santélices M. P. (2005): Evaluación del apego en el adulto; Una revisión. *Psyke*, 14, 1,181-191.
- Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega (2014): Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual . *Anales de psicología*, 30, 1, 211-220
- Martorell M. C. (1992): Socialización, hiperactividad, auto concepto y retraso Mental en niños y adolescentes. *Técnicas de evaluación psicológica*. Vol. III. Promolibro, Valencia.
- Martorell M. C., Aloy M., Gómez O. y Silva F. (1993): Escala de Auto concepto. *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*, Mepsa, 3, 24-53.
- Massa J.E., Pat Y.M., Keb R.A., Canto M.V. y Carvajal N.C., (2011). La definición de amor y dependencia emocional en la adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista electrónica de psicología iztacala*, 14, 3, 176-193.
- Mc Gue M. y Iacono W., (2005): The asociation with early adolescent problem behavior with adult psychopatology. *American Journal Psychiatry*, 126, 6, 1118-1124.
- Medina – Pradas C., Navarro J.B., Álvarez – Moya E.M., Grau A. Y Obiols J.E., (2012): Emocional theory of mind in eating disorders. *International journal of clinical and health psychology*, 12, 2, 189-202.
- Melero R. y Cantero M.J. (2008): Los estilos afectivos en la población española: unos cuestionarios de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 1-

11.

Mestre V., Samper P. y Pérez Delgado E., (2001): Clima familiar y desarrollo del auto concepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 243-259.

Moneta, M. E., (2003): *El Apego. Aspectos Clínicos y psicobiológicos de la diada madre-hijo*. Santiago de Chile. Cuatro vientos.

Montero Gómez A. (2006): Adolescencia y violencia. *Revista de estudios de juventud*, 73, 8, 109-115.

Montero P., Morales E. y Carvajal A. (2004): Valoración de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.

Moral-Jiménez M.V., Ovejero-Bernal A., Castro A., Rodríguez-Díaz F.J. y SirventRuiz C. (2011): Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 2, 291-311.

Moreno D., Estévez E., Murgui S. y Musitu G., (2009): Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la auto estima y la satisfacción vital. *Psicothema*, 21, 4, 537-542.

Moore S., Leung C., (2002): Young people's romantic attachment styles and their associations with well-being. *Journal of adolescence*, 25, 243-255.

Morales L. (2006): La imagen corporal desde la terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*, 3, 1-23.

Moreno M. A. y Ortiz-Viveros R., (2010): Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27, 2, 181-189.

Musitu G., Jiménez T. y Murgi S., (2007): Funcionamiento familiar, auto estima, consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública México*, 49: 3-10.

- Navarro – Pardo E., Meléndez J.C., Sales A. y Sancerni M.D., (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24, 3, 377-383.
- Negovan V., (2010): Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: validation of a students' psychosocial well being inventory. *Europe's journal of psychology*, 2, 85-104.
- Obeid N., Bucholz A., Boerner K., Henderson K. y Norris M (2013). Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic Effects. *Eating disorders. The journal of treatment and prevention*, 21, 2, 140-153
- Olesti M., Piñol J.L., Martín N., De la Fuente M., Riera A., Bofarull J.M. y Ricomá G., (2008): Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68, 1, 18-23.
- Oliva A. (2008): Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *Internacional journal of clinical and health psychology*, 8, 1, 153-169.
- Ortiz M. J., Gómez - Zapiain J. y Apodaca P., (2002): Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. *Psicothema*, 14, 2, 469-475.
- Ortiz P., Duelo M. y Escribano E., (2013). La entrevista en salud mental infanto juvenil (II): desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. *Revista de pediatría en atención primaria*. 15:89.e41-e51. ISSN: 1139-7632
- Orzolek-Kronher C, (2002): The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking?. *Child and adolescent social work journal*, 19, 6, 421-434.
- Pamies L. y Quiles Y., (2012): Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. *Psicothema*, 24, 2, 230-235.

- Páramo M.A., (2011) Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29, nº1, 85-95.
- Parra A., Oliva A. y Sánchez – Queija I., (2004): Evolución y determinantes de la auto estima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*, 35, 3, 331-346.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Mérita, M. L., (2006): Relaciones entre el auto concepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18, 1, 18-24.
- Penagos A., Rodríguez M., Carrillo S. y Castro J., (2006): Apego, relaciones románticas y auto concepto en adolescentes bogotanos. *Universidad de Psicología de Bogotá* 5, 1, 21-36.
- Quiles Y. y Terol MC. (2008): *Revista latinoamericana de psicología*, 40, 2, 259-280.
- Rey L. y Extremera N. (2012): Inteligencia Emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. *Boletín de psicología*, 104, 87101.
- Rieffe C., Villanueva L., Adrián J.E., y Górriz A.B., (2009): Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21, 3, 459-464.
- Rodríguez A., Goñi A. y Ruiz de Azúa S. (2006): Auto concepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención psicosocial*, 15, 1, 81-94.
- Rodríguez S., Mata J.L. y Moreno S., (2007): Psicofisiología del ansia por la comida y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 18, 1, 99-118.
- Rodríguez – Fernández y A. y Goñi - Grandmontagne, A. (2011): La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de psicología*, 27, 2, 327-332.
- Rozenel V., (2006): Los modelos operativos internos dentro de la teoría del apego. *Revista de psicoanálisis*, 23.

- Rutzstein G., Scappatura M.L Murawski B. (2014): Perfectionism and low self- esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 5, 39-49.
- Ryff C., (1989): Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 6, 10069-1081.
- Salanova M., Martínez I. M., Bresó E., Llorens S. y Grau R., (2005): Bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21, 170-180.
- Sánchez-Bernardos, M. L, Quiroga Estévez, M. A., Bragado Álvarez, M. C. y Martín Rey S., (2004): Auto discrepancias y relaciones interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 4, 582-586.
- Sansinenea Eneko, Gil de Montes L., Agirrezabal A., Larrañaga M., Ortiz G., Valencia J. F. y Fuster M. J. (2008): Auto concordancia y Auto eficacia en los objetivos personales. ¿Cuál es su aportación al bienestar?. *Anales de psicología*, 24, 1, 121-128.
- Sanz L. J., Gómez M., Almendro M. T., Rodríguez C., Izquierdo A. M. y Sánchez P., (2009): Estructura Familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista asociación española de neuropsiquiatría*, 29, 104, 501-521.
- Seligman M. E. P., (2003): *La auténtica felicidad*. Barcelona. Vergara (Orig. 2002)
- Sheemings D., (2006): Using adult attachment theory to differentiate adult children's internal working models of later life filial relationships. *Journal of aging studies*. 20, 177-191.
- Sibley C. G. y Overall N. C., (2008): Modeling the hierachical structure of attachment representations. A test of domain differentiation. *Personality and individual differences*, 44, 238-249.

Silva F., Martorell C., (1993). EPIJ: Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil, vol III. Mepsa.

Silva J.R., Capurro G., Sauman M.P. y Slachevsky A., (2013): Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year old chilean children. International journal of clinical and health psychology, 13, 32-39.

Siverio Eusebio M. A. y García Hernández MD. (2007): Auto percepción de adaptación y tristeza en la adolescencia. Anales de psicología. 23, 1, 41-48.

Soares I., Dias P., (2007): Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. International journal of clinical and health psychology. 7, 1, 177-195.

Stroebe M, Scout H. y Stroebe W., (2006): Who benefits from disclosure?. Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. Clinical psychology review, 26, 66-85.

Tapia M. L., Florentino M. T. y Correché M. S., (2003): Soledad y Tendencia al Aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el auto concepto. Fundamentos en humanidades, 4, 7-8, 163-172.

Teva I., Bermúdez M.P. y Buela-Casal G. (2009): Characteristics of sexual behavior in spanish adolescents. The spanish journal of psychology, 12, 2, 471-478.

Toro, J., (1999): El cuerpo como delito. Ariel Ciencia.

Torrente G. y Vazsonyi A. T., (2012): Personality, parenting and deviance among spanish adolescents. Anales de psicología, 28, 3, 654-664.

Troisi A., Giorgio di Lorenzo, Stefano A., Croce R., Di Pasquale C. y Siracusano S., (2006): Body dissatisfaction in women with eating disorders. Relationship with early separation anxiety and insecure attachment. Psychosomatic medicine, 68, 449-453.

- Trujano P., Nava C., De Gracia M., Limón G., Alatríste A. y Merino T.; Trastorno de la Imagen corporal (2010): Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*, 26, 2, 279-287.
- Tucci S. y Peters J. (2008): Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*, 20, 4, 521-524.
- Vaughan K. y Fatus G., (2003): Changes in television and magazine exposure and eating disorders symptomatology. *Sex roles*, 49, 313-320.
- Vaquero-Cristóbal R., Alacid F., Muyor J.M. y López-Miñarro P.A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*; 28, 1, 27-35
- Vázquez C., (2006): La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*, 27,1, 1-2.
- Vecina Jiménez M. L. (2006): Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27,1, 9-17.
- Veenhoven, R. (1991): Is happiness relative?. *Social indicators research*, 24, 1-34.
- Yáñez S., Alonso - Arbiol I., Plazaola M., Sainz de Murieta L. M., (2001): Apego en adultos y percepción de otros. *Anales de psicología*, 17, 2, 159-170.
- Ybrandt H., (2008). Relación entre auto concepto y funcionamiento Social en la adolescencia. *Journal of adolescent*, 31, 1-16.
- Zacarés J.J, Iborra A., Tomás J.M. y Serra E.,(2009): El desarrollo de la identidad y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad de dominios específicos. *Anales de psicología*, 25, 2, 316-329.
- Zagalaz ML., (2005): Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *Fuentes*, 6
- Zubeidat I., Fernández – Parra A., Ortega J., Vallejo MA. y Sierra JC., (2009): Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

españoles a partir del Youth Self - Report/ 11-18. *Anales de psicología*, 25, 1, 60-69.

Videra – García A. y Reigal – Garrido R., (2013): Auto concepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 29, 1, 141-147.

Viñas F., González M., García Y., Ballabriga M. C. J. y Casas F., (2012). Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y estilos de afrontamiento. *Psicothema*, 24, 4, 567-572.

Viñas, González, García, Malo y Casas (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 31, 1, 226-233

Wade T. y Tiggeman M., (2013). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal. *Journal of Eating Disorders*, 1, 2, doi: 10.1186/2050-2974-1-2

Waldinger R., Schulz M., Barsky A. y Ahern D. (2006): Mapping the road from childhood trauma to adult somatización. The role of attachment. *Psychosomatic medicine*, 68, 129-135.

S ECCIÓN VII:

ANEXOS

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

7.1. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1: Distribución de los participantes-----	74
Tabla 3.2: Distribución del grupo clínico-----	75
Tabla 3.3: Distribución por edad en función de las alteraciones con la imagen corporal-----	80
Tabla 3.4: Estadísticos descriptivos de la Escala SCL-90-R.-----	87
Tabla 3.5: Estadísticos descriptivos de la Escala Bieps-J.-----	93
Tabla 3.6: Estadísticos descriptivos de la Escala de Auto Concepto (AC)-----	95
Tabla 4.1: Diferencias individuales en las variables clínicas-----	102
Tabla 4.2: Efecto de la Edad en las variables clínicas-----	107
Tabla 4.3: Efecto del Género en las variables clínicas-----	115
Tabla 4.4: Efecto de Interacción en las variables clínicas-----	123
Tabla 4.5: Correlación bivariada de la Psicopatología sobre los Estilos de Apego-----	130
Tabla 4.6: Correlación bivariada de la Psicopatología sobre el Bienestar Psicológico-----	131
Tabla 4.7: Incidencia de la Psicopatología sobre la Imagen Corporal-----	133
Tabla 4.8: Correlación bivariada de la Psicopatología sobre el Auto Concepto--	135
Tabla 4.9: Efecto multivariado del GSI sobre las variables clínicas-----	137

Tabla 4.10: Estadísticos descriptivos del efecto del GSI en las variables clínicas-----	140
Tabla 4.11: Efecto de las variables demográficas en la incidencia del GSI-----	141
Tabla 4.12: Incidencia del GSI-----	142
Tabla 4.13: Efecto de Interacción Edad – Psicopatología-----	144
Tabla 4.14: Efecto del género en la incidencia del GSI-----	148
Tabla 4.15. A: Efecto de Interacción de las variables demográficas en la incidencia del GSI en grupo control-----	152
Tabla 4.15. B: Efecto de Interacción de las variables demográficas en la incidencia del GSI en grupo clínico-----	153
Tabla 4.16: Estadísticos descriptivos y significación multivariada en los grupos control y clínico-----	156
Tabla 4.17: Efecto de la Distorsión de la Imagen Corporal-----	158
Tabla 4.18: Efecto de la Insatisfacción de la Imagen Corporal-----	161
Tabla 4.19: Efecto de la Atracción Romántica de la Imagen Corporal-----	166
Tabla 4.20: Efecto de la Distorsión de la Imagen Corporal-----	171
Tabla 4.21: Diferencias de edad en la incidencia de la distorsión con la Imagen Corporal-----	172

Tabla 4.22: Diferencias de género en la incidencia de la distorsión con la Imagen Corporal-----	176
Tabla 4.23: Efecto de la cualidad de la Insatisfacción Corporal-----	179
Tabla 4.24: Efecto de la edad en la incidencia de la Imagen Corporal-----	180
Tabla 4.25: Diferencias de género en la incidencia de la Insatisfacción Corporal-----	184
Tabla 4.26: Incidencia del índice de Atracción Romántica-----	186
Tabla 4.27: Efecto de la cualidad de la atracción romántica de la Imagen Corporal-----	189
Tabla 4.28: Diferencias de edad en la incidencia de la cualidad de la Atracción Romántica-----	192

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

7.2. ÍNDICE DE FIGURA

Figura I. 1: Modelo Biopsicosocial de Riesgo y Oportunidades de ajuste-----	68
Figura III. 1: Distribución del grupo clínico por edad y género -----	76
Figura III.2: Distribución de los participantes en función de las alteraciones con la Imagen Corporal-----	77
Figura III.3: Distribución de los participantes por edad en función de las alteraciones con la Imagen Corporal.-----	81

Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia.

7.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS