



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras
y Ciencias de la Educación**

Escuela de Psicología Clínica

**TEMA: ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL Y
DIETAS EN ADOLESCENTES MUJERES DE 12 - 18 AÑOS
EN DOS UNIDADES EDUCATIVAS MIXTAS Y FISCALES
DE LA CIUDAD DE CUENCA.**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

Autora:

Franchesca Estefanía González Crespo

Director:

Mst. Mario Moyano Moyano

**Cuenca- Ecuador
2016**

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada en primer lugar a Dios por ser siempre mi guía y quien me ha iluminado durante toda mi vida, quien me ha dado la fortaleza para alcanzar mis metas.

A mi esposo por ser mi mayor apoyo, y estar siempre presente incondicionalmente, a mi familia porque son ellos quienes, toda mi vida, han caminado junto a mí dándome lo mejor, todo su amor y soporte.

Finalmente, dedico este trabajo a mi abuelo, José Abraham Crespo, quien ha sido un ejemplo de lucha y fortaleza, dispuesto siempre a salir adelante a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi esposo, por estar siempre a mi lado apoyándome en cada paso de mi vida y pendiente de todo para cumplir mis metas.

A mis padres, hermanas y sobrinas, quienes me dan su apoyo y amor incondicional, buscando lo mejor para mí y alegrando mi vida.

Al Mst. Mario Moyano, director, por ser mi guía y apoyo en la realización de mi tesis, de igual manera a mi tribunal, Dra. Ana Lucía Pacurucu y Dr. Juan Aguilera, por buscar siempre una mejora y perfección en el trabajo. Y a mi tío, Boanerges Crespo por su tiempo y paciencia al ayudarme en toda la parte estadística de esta investigación.

RESUMEN:

Esta investigación fue realizada en dos Unidades Educativas Mixtas y Fiscales de la Ciudad de Cuenca, el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, la preocupación por la imagen corporal y la existencia de dietas restrictivas en mujeres adolescentes de 12 a 18 años. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, con un alcance descriptivo y transversal, no experimental. Participaron 180 adolescentes mujeres de 12 a 18 años. Se aplicaron dos cuestionarios, el EAT-26 y el BSQ – 34, de los cuales se obtuvieron a través del alfa de cronbach una consistencia interna del 0.833 y 0.970 respectivamente. Los resultados se obtuvieron a través del programa estadístico SPSS (versión 22). Se encontró que el 19% de la población está en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria; existe “preocupación moderada” y “extrema” del 15%; y conducta dietante presenta el 14% de la muestra. A través del análisis se evidenció que sí existe relación entre la preocupación por la imagen corporal y la presencia de dietas en las adolescentes con un valor de significancia de $p < 0.01$. De esta manera, es importante continuar con estudios epidemiológicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: trastornos alimenticios, imagen corporal, conducta dietante, adolescentes.


ABSTRACT

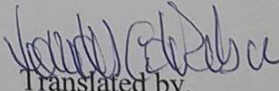
ABSTRACT

This research was carried out in two Coed Public educational Institutions of the City of Cuenca. The objective of the study was to know the prevalence of eating disorders, the concern for body image, and the existence of restrictive diets followed by 12 to 18 years old adolescent women. This is a quantitative type study, with a descriptive and transversal, non-experimental scope. The study included 180 female adolescents aged 12 to 18. Two questionnaires, EAT-26 and BSQ-34, were applied. The tests reliability was obtained by the Chronbach alpha, showing an internal consistency of 0.833 and 0.970 respectively. The results were obtained through the SPSS (version 22) statistical program. It was found that 19% of the population is at risk of suffering some type of eating disorder; 15% of the participants show "moderate" and "extreme" concern; and dietary behavior is present in 14% of the sample. .

Through analysis, it was evidenced that there is a relationship between the concern for body image and the presence of diets in adolescents with a significance level of $p < 0.01$. Therefore, it is important to continue epidemiological studies on eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Body Image, Dietary Behavior, Adolescents.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN:	III
ABSTRACT	IV
Índice de contenido.....	V
ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL Y DIETAS EN ADOLESCENTES MUJERES DE 12 - 18 AÑOS EN DOS UNIDADES EDUCATIVAS MIXTAS Y FISCALES DE LA CIUDAD DE CUENCA.	1
Introducción	1
Trastornos alimenticios	2
Etiología.....	6
Imagen corporal y su incidencia en los trastornos alimenticios	11
Prevalencia	13
Consecuencias	15
Tratamiento.....	16
METODOLOGÍA.....	18
Muestra	18
Instrumentos	18
Procedimiento	20
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

Índice de tablas

Tabla 1 Rangos de los niveles de preocupación por la imagen corporal.....	20
Tabla 2 Fiabilidad del cuestionario EAT-26.....	22
Tabla 3 Fiabilidad del cuestionario BSQ-34.....	22
Tabla 4 Estadísticos descriptivos de la edad	23
Tabla 5 Con quien viven las adolescentes.....	23
Tabla 6 Estado civil de los padres de las adolescentes.....	24
Tabla 7 Frecuencia de dietas	24
Tabla 8 Relación entre imagen corporal y conducta dietante.....	31
Tabla 9 Prueba Rho de Spearman entre imagen corporal y conducta dietante	31
Tabla 10 Relación entre variables sociodemográficas y riesgo de TA	32
Tabla 11 Rho de Spearman entre variables sociodemográficas y riesgo de TA	32

Índice de gráficos

Gráfico 1 Riesgo de presentar trastornos alimenticios	25
Gráfico 2 Relación entre el riesgo de presentar trastornos alimenticios con los rangos de edad	26
Gráfico 3 Resultados de la preocupación por la imagen corporal.....	27
Gráfico 4 Relación entre la preocupación por la imagen corporal y los rangos de edad	28
Gráfico 5 Conducta dietante en las adolescentes	29
Gráfico 6 Relación entre conducta dietante y la edad	30

Índice de anexos

Anexo 1. Ficha sociodemográfica	43
Anexo 2. Test de la Conducta Alimenticia (EAT-26).....	44
Anexo 3. Body Shape Questionnaire (BSQ-34).....	47
Anexo 4. Consentimiento informado	50

ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL Y DIETAS EN ADOLESCENTES MUJERES DE 12 - 18 AÑOS EN DOS UNIDADES EDUCATIVAS MIXTAS Y FISCALES DE LA CIUDAD DE CUENCA.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y sus variantes, son considerados problemas de salud mental con un impacto social muy fuerte, existe mayor incidencia en preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes. Siendo trastornos que se presentan diez veces más en mujeres que en varones. De estos casos, un gran porcentaje se convierten en trastornos severos y crónicos con un alto índice de disfuncionalidad y mortalidad. En las últimas décadas ha aumentado significativamente el índice de adolescentes que presentan estos trastornos de la conducta alimentaria y el inicio es cada vez más temprano (Herpertz, 2009; Monterrosa, Beneu y Almanza, 2012; Franko et al., 2013).

A pesar de que no se dispone de estadísticas exactas “según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay más de siete millones de personas que padecen trastornos alimenticios, de los cuales el 15 por ciento morirán por patologías derivadas de su enfermedad” (Notimex, 2008). El diagnóstico se ha convertido en un reto para los especialistas ya que cuando acuden a su consulta, las personas presentan ya un cuadro de meses o hasta años, mostrando esa situación aproximadamente el 50 por ciento de los casos, menciona Herpertz en su estudio realizado en el año 2009. Por lo tanto, este diagnóstico tardío influirá notoriamente en el curso, pronóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes. Dada esta situación los especialistas trabajan en la necesidad del uso de instrumentos adecuados para identificar a personas que presenten el riesgo de padecer algún desorden alimenticio, es decir, se enfocan en el diagnóstico precoz y en el desarrollo de programas de prevención (Constain et al., 2014).

Hoy en día, la palabra autoimagen se ha convertido en un término más de nuestro vocabulario diario, sin embargo, es necesario analizar y considerar la realidad biológica, psicológica y social de los adolescentes. De esta manera, Tercero (1998) define que la imagen que una persona tiene de sí mismo, es un factor determinante en el comportamiento que presenta, relacionándose directamente con la personalidad y si

profundizamos un poco más, existe una relación muy estrecha entre la imagen corporal y el estado de salud mental.

La etapa de la adolescencia, un período de desarrollo del ser humano, se caracteriza por cambios tanto físicos como emocionales y sociales. Generando consecuencias favorables y desfavorables para los adolescentes, dependiendo de sus habilidades de afrontamiento y características personales. Es una etapa en la que los jóvenes buscan tener un auto concepto de sí mismo, existe una reevaluación de su imagen corporal, buscan una identidad (Tercero, 1998). Esta nueva experiencia y las modificaciones que se van dando se evidencian en todos los ámbitos de su diario vivir; por ejemplo en situaciones simples y cotidianas como actividades físicas, la música, la vestimenta, los gestos, la alimentación, las dietas, el lenguaje, los lugares que más frecuentan, entre otros. Son situaciones y vivencias que van formando y ayudando a los jóvenes a encontrarse a sí mismos.

Trastornos alimenticios

En el año 2002, el manual diagnóstico los define como trastornos psicológicos que se identifican por las anormalidades existentes en el comportamiento en la ingesta de alimentos, existe en estas personas alteraciones psicológicas, miedo muy intenso a engordar y, por supuesto, la distorsión en la percepción corporal. Mientras que en el año 2013 el DSM V describe a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos como una alteración persistente tanto en el consumo, absorción como en el comportamiento ante la alimentación. Generando esta situación un deterioro y alteración significativo en la salud física y en el funcionamiento psicosocial (pp. 329).

Por su parte, Fernanda (2003) los conceptúa como:

Enfermedades en las cuales el paciente manifiesta una alteración de la conducta alimentaria como consecuencia de su intento por controlar su cuerpo y su peso. Esta desviación de la conducta alimentaria está acompañada de alteraciones en la percepción de la forma y el peso corporal.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria está la anorexia, bulimia, comer compulsivamente, ortorexia, vigorexia y trastornos no especificados.

La ortorexia, trastorno durante el cual, las personas se obsesionan patológicamente con la comida sana, el origen de sus alimentos, que estén libres de azúcares, preservantes, colorantes, exceso de sal, ingredientes genéticamente

modificados, grasas poco saludables, entre otros. Esta obsesión genera una alteración en el desenvolvimiento tanto de la persona como de quienes se encuentran a su alrededor, ya que en el día a día buscan imponer su ideología sobre la importancia de la comida sana y su preparación, generándoles múltiples conflictos con su entorno social cuando no están de acuerdo con sus pensamientos e ideales. Los ortoréxicos suelen acudir en primera instancia a donde un profesional (nutricionista) para obtener mayor información sobre la alimentación saludable, y a continuación ponen en práctica en su vida de una manera muy drástica, llegando, en muchos de los casos, a presentar desnutrición al excluir determinados nutrientes que son necesarios para la salud y bienestar de la persona. En la mayoría de los trastornos la persona no es consciente de esta obsesión y conforme pasa el tiempo el cuadro se agrava paulatinamente (Cavero, Lodwig, Lulli y Tejada, 2015).

Las personas con ortorexia ocupan gran parte de su tiempo en el tipo de comida y la preparación que se llevará a cabo ese día, de acuerdo con Aranceta (2007) en su estudio determina que este proceso lleva cuatro etapas, primero piensan detenidamente qué va a comer ese día y/o los días próximos, en segunda instancia compran meticulosamente los ingredientes que serán necesarios, como tercer paso está la preparación de los alimentos, teniendo en cuenta no solo los ingredientes sino también las técnicas y métodos de preparación que sean completamente saludables y que no impliquen ningún riesgo para su dieta tan exigente y equilibrada, por último en la cuarta fase llega la satisfacción o culpabilidad relacionada directamente si se cumplió o no adecuadamente las tres etapas anteriores.

El sentimiento de culpa que presentan al no haber cumplido con lo necesario para su comida saludable, genera preocupación excesiva por parte de las personas con ortorexia, generando, como una de las consecuencias sociales más importantes el aislarse por completo de su entorno, al no asistir a reuniones, comidas fuera de casa, invitaciones, entre otros (Aranceta, 2007).

Mientras que en la vigorexia la persona busca el cuerpo perfecto a través del ejercicio exagerado. Peyró en el año 2008, la define como “una psicopatología somática que se caracteriza, básicamente, por una percepción alterada de la propia constitución física, unida a una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado. Es una patología que afecta, principalmente, a los hombres y que se manifiesta en actitudes y comportamientos excesivos que van dirigidos hacia el desarrollo muscular”.

De acuerdo al mismo autor, el objetivo de los vigoréticos es alcanzar el cuerpo perfecto mediante horas y horas de entrenamiento, sacrificando su dieta y alimentación, existen casos que llegan a consumir sustancias sintéticas como los anabólicos y/o esteroides para cumplir su meta final.

Las personas presentan malestar clínicamente significativa cuando se ven a sí mismos insuficientemente musculosos, por lo que invierten gran parte de su tiempo en el gimnasio, dejando de lado actividades ocupacionales, sociales o recreacionales por estar entrenando. Cuando se sienten inconformes con su cuerpo evitan situaciones sociales en las que éste se exponga (Behar y Molinari, 2010).

Como “otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” de acuerdo al DSM V (2013) son aquellos trastornos que de igual manera, causan malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, pero que no cumplen con todos los criterios para ser parte de un trastorno específico. En este grupo está la anorexia nerviosa atípica, caracterizada por el peso de la persona que se mantiene dentro o por encima de los valores normales, siendo esta la única diferencia con la anorexia nerviosa, ya que el resto de criterios si se cumplen. Por lo tanto, a pesar de la pérdida de peso significativo, los valores están dentro del intervalo normal. Se encuentra también la bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada, en este caso la persona “cumple todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses”. De igual manera, se da en el trastorno de atracones de frecuencia baja y/o duración limitada, variando simplemente en la frecuencia y duración de los atracones y comportamientos compensatorios inadecuados (pp.353).

Dentro de los no especificados, están aquellas personas que poseen ciertas características de uno o varios de los trastornos mencionados anteriormente, que de igual manera, generan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social, etc. Sin embargo, no cumplen con todos los criterios para ser diagnosticado como tal (pp. 353 – 354).

Los trastornos más comunes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el comer compulsivamente. En el artículo publicado por El Pregonero (2006) determina como características de la anorexia el miedo intenso a ganar peso y generalmente tienen una imagen distorsionada de su cuerpo (dismorfia) que les conduce a adelgazar mediante

una dieta extrema o ejercicio excesivo. Clériga en su estudio realizado en el año 2011 menciona que la anorexia nerviosa, se caracteriza por presentar una imagen corporal distorsionada haciendo que se vean gordas, tanto al inicio del trastorno como en estados más avanzados, a pesar de que se encuentran sumamente delgadas. Generalmente existe una disminución notable de la ingesta de alimentos, suelen realizar bastante actividad física, evitan reuniones sociales para que la gente no vea que han cambiado sus hábitos alimenticios, existe una pérdida notable de peso y finalmente pueden llegar hasta a morir por hambre.

En la bulimia, las causas son similares a las de la anorexia, la obsesión que tienen por el peso e imagen corporal, pero este trastorno “se caracteriza por períodos de ingesta excesiva de alimentos, seguidos de episodios donde la persona se provoca el vómito, realiza dietas exageradas o recurre al uso de laxantes para controlar el peso (El Pregonero, 2006). De igual manera, Notimex (2008) describe a la bulimia como un trastorno que se caracteriza por la ingesta excesiva de alimentos en un período muy corto de tiempo, evidenciándose una falta de control sobre ese consumo. Este atracón va acompañado de conductas compensatorias como el vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas.

En este artículo describen la dificultad para detectar los casos de bulimia, ya que en este trastorno generalmente no se evidencia un cambio en el peso corporal, por el contrario, suelen mantenerlo, situación que no pasa en la anorexia, en donde existe una pérdida de peso muy evidente y en periodo de tiempo muy corto.

Para Clériga (2011) las personas que presentan este trastorno (bulimia) suelen hacerlo en secreto, sintiéndose asqueados, con gran culpa y vergüenza después de haber comido una cantidad exagerada de alimentos. Posteriormente se sienten tranquilos y aliviados al estar con su estómago nuevamente vacío, convirtiéndose así en un círculo vicioso activo.

Como tercer trastorno más frecuente, está el trastorno de comer compulsivamente, Clériga (2011) explica que al igual que en la bulimia, las personas presentan episodios muy seguidos en los cuales comen fuera de control, sin embargo, en éste no existe la conducta posterior, es decir no se purgan. En el DSM V (2013) está denominado como trastorno de atracones, el cual se caracteriza por: “ingestión, en un período determinado (dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y sensación de falta de control sobre lo que

se ingiere”. La gravedad de este trastorno se especificará de acuerdo al número de atracones a la semana en leve, moderado, grave y extremo (pp. 350-351).

Clériga (2011) determina que tanto en la anorexia como en la bulimia las personas suelen empezar con dietas estrictas y pérdida de peso, mientras que en el comer compulsivamente se evidencia comilonas ocasionales.

A pesar de ser la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el comer compulsivamente los trastornos más comunes, existen otras especificaciones de estos trastornos, como es en el caso de la anorexia, que puede ser también de tipo restrictivo, en este caso la pérdida de peso se debe a la realización de dietas, ayuno o ejercicio excesivo, pero no existen atracones o purgas. Otro tipo de anorexia es el de atracones/purgas, a diferencia del explicado anteriormente, en este la persona presenta episodios recurrentes de atracones o purgas, como utilización de laxantes, diuréticos, enemas, o vómito autoprovocado (DSM V, 2013). De igual manera, se puede determinar la gravedad del trastorno de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), en leve, moderado, grave y extremo (pp. 339).

Etiología

Dentro de los factores que favorecen la presencia de estos trastornos alimenticios son la edad, específicamente, la etapa de la adolescencia, cuando las personas se enfocan en actividades que se basan en su imagen corporal, y como otro factor precedente es el haber realizado dietas (Notimex, 2008).

La adolescencia, un período de notables modificaciones, durante la cual, existe una constante reestructuración de su imagen corporal. Son, sin duda, los cambios biológicos los que determinan y marcan el inicio de este período, sin embargo, no se limitan solo a ellos, sino que existen también factores psicológicos y sociales que forman parte de esta etapa. Es considerada como una fase durante la cual se da un importante incremento de la insatisfacción con la imagen de su propio cuerpo, por lo que se considera como un período de alto riesgo para el inicio de alteraciones y trastornos alimenticios (Cruz y Maganto, 2002; Rodríguez y Cruz, 2008).

Para Cruz, Salaberria, Rodriguez y Echeburúa (2013) existe una relación muy estrecha entre la insatisfacción corporal con la realización de dietas y preocupación por la calidad y tipo de comida que ingieren las personas, considerando, de esta manera, tanto la preocupación corporal como la restricción alimentaria como factores de riesgo y

mantenedores de los TCA. Para estos autores, las dietas generalmente consisten en la reducción de la cantidad de alimentos que ingiere, estas cantidades están por debajo de lo necesario para la persona, por lo que esta práctica puede provocar un riesgo para la salud y aún más cuando no están vigiladas por un profesional.

En un estudio realizado por la Universidad de Valparaíso, se obtuvieron como resultados que el 43% de las mujeres que formaban parte de la investigación habían realizado algún tipo de restricción alimentaria en el último año, con el objetivo de bajar de peso. Hubieron casos que desde los siete años ya empezaban con estas restricciones, a los 15 años es cuando más personas realizan dietas y en promedio la edad media es de 13.2 años. Como factor de riesgo, determinaron que la mitad de estas adolescentes realizan dietas sin supervisión alguna, presentando así un indicador significativo de afectar su salud física y mental. El 31% realiza ayuno sistemáticamente, es decir, saltándose hasta cuatro comidas en la semana. Considerando que el motor que les induce a realizar las dietas no es solo la presión de alcanzar el cuerpo idealizado sino es una forma de sentirse aceptadas por su entorno (El Mercurio, 2015).

Durante la adolescencia, cuando se está formando su identidad, existe el choque de la presión ejercida por obtener un cuerpo más delgado y socialmente aceptado, por lo que las chicas empiezan a realizar dietas por su cuenta, y en su gran mayoría, a escondidas. Al ser una etapa de crecimiento, cualquier tipo de dieta debería ser supervisada, ya que de lo contrario, las consecuencias podrían ser muy graves. De acuerdo con El Mercurio (2015), especialistas determinan que entre los 11 y 15 años es otro período en el que el cuerpo crece más rápidamente, por lo tanto disminuir la ingesta energética a esta edad no es óptimo, ni saludable.

Se evidencia que las mujeres son más críticas respecto a su imagen corporal, se fijan en pequeñas partes buscando mejorar y cambiar detalles de su cuerpo, sin embargo de acuerdo al artículo publicado por El Mercurio (2015), descubrieron que el sexo femenino ante esta situación tiende a quedarse en una queja permanente ante la insatisfacción con su imagen corporal, no obstante, los hombres optan por una actitud más proactiva. La investigación determina que el 65% de jóvenes tienen el deseo de ser más delgados, independientemente de su peso.

En el estudio realizado por Clériga, en el año 2011, describen como factores predisponentes para que se desarrollen estos trastornos la baja autoestima, cuando se sienten indefensas, familias o relaciones disfuncionales, y sin duda, la profunda

insatisfacción con su imagen corporal. Esta preocupación extrema por su peso e imagen llevan a que se generen hábitos alimenticios anormales y ponen en riesgo su salud, en primera instancia, y en los casos más graves hasta la vida. Por otro lado, este mismo autor determina que existen características específicas relacionadas con cada trastorno. Describe que las personas con anorexia suelen ser personas perfeccionistas, mientras que la impulsividad se caracteriza en aquellas que presentan bulimia.

Existe sin duda, un extenso espectro de situaciones que pueden desencadenar trastornos alimenticios. Se puede dar en personas que son más sensibles ante un comentario o crítica de otras personas, como es el caso de ser blanco de repetidas y frecuentes burlas sobre su aspecto corporal, la exigencia en alguna actividad física que enfatizan o idealizan una determinada imagen corporal; o se puede presentar en caso de traumas como consecuencia de una violación, abuso o muerte de un ser querido.

Entre las características que más identifican a quienes presentan trastornos alimenticios está la falta de conformidad por su peso, el sentirse gordos gran parte del tiempo, y baja autoestima. Por esta razón, las personas optan por castigarse a sí mismo con conductas que afectan su salud, como en el caso de los bulímicos, el vomitar después de ingerir grandes cantidades de comida, y en los anoréxicos, la restricción de cualquier tipo de comida (Notimex, 2008).

Las investigaciones que se han realizado buscando el origen de los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes matizan la influencia de ciertos factores críticos. Primero hablan acerca de los biológicos, como el sexo, la edad, la etnia y el índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, están los psicológicos, dentro de éstos se encuentran la autoestima, y auconcepto principalmente, mientras que como parte de los factores culturales está el papel e influencia de los familiares y el grupo social en el cual se desenvuelve la persona (Trujano, Nava, de Gracia, Limón y Alatraste, 2010).

Dentro de los factores socio culturales Gómez (1997) afirma que éstas variables son muy determinantes en el desarrollo de los trastornos alimenticios, pues los jóvenes son guiados por los estándares de belleza establecidos en cada momento histórico determinado, la presión ejercida acorde al rol de género, las exigencias de la moda que cada día buscan más la perfección en el peso e imagen corporal. Por lo tanto, esta serie de factores están íntimamente relacionados con los biológicos y psicológicos descritos anteriormente.

De igual manera, como parte de esta serie de factores socio culturales están la presión que sienten por satisfacer al mundo con el ideal de delgadez que cada vez se vuelve más extremo, este requisito se convierte en un vehículo de aceptación y popularidad social, por lo tanto, estos estándares de belleza inducen a que personas cada vez más jóvenes se involucren en la restricción alimentaria para cumplir con estos mandatos culturales tan dañinos (Merino, 2006). Esta situación sociocultural ha generado que muchos jóvenes entre los 12 y 26 años expresen la insatisfacción con su propio cuerpo y sientan gran culpa por comer, así sean cantidades normales y comida saludable. Hoy en día, la belleza es una variante decisiva al momento de oportunidades, pues en varias fuentes de trabajo establecen a la belleza como un determinante que abrirá puertas, y al contrario, cuando carecen de estos atractivos físicos se cierran las posibilidades. De esta manera, las jóvenes se ven obligadas a mantener una imagen joven, delgada y que cumpla todos los estándares de belleza, por consiguiente, existe toda la industria de cremas, cirugías, pastillas, ejercicio, etcétera. Que cada vez aumentan y se promocionan más para que las jóvenes se mantengan de acuerdo a sus ideales, sin embargo, las exigencias que se imponen ellas mismas son mayores, generando que la brecha entre lo ideal y lo real cada vez sea mayor (Raich, 2000).

Para Trujano et al. (2010) como parte de los factores psicosociales está el impacto transmitido a través de los medio de comunicación, es el vehículo conductor de los estereotipos de belleza, que no solo involucran a jóvenes y adultos, sino también a niños, y cada vez a edades más cortas. Y, así la delgadez se ha convertido en un producto con gran demanda en la sociedad. Por lo tanto, el modelo ideal, la imagen que cumple con todos los estándares de belleza es sinónimo de éxito, sin embargo, en medio de un esquema dominante, los jóvenes se hayan en un mundo muy controversial. Por un lado están las exigencias de un cuerpo ideal, las “figuras de pasarela”, y por otro, el consumo de alimentos poco saludables como la comida rápida, gaseosas, dulces, alimentos precocinados y refrigerados, que son cada vez más tentadores. Generando así en los jóvenes gran angustia y dificultad al momento de tomar decisiones, de igual manera, provocando gran culpa al ingerir este tipo de alimentos demandados por la sociedad.

Otros de los factores psicológicos que influyen para que se desencadenen desórdenes alimenticios es la falta de seguridad, no aceptarse a sí mismo, ser muy perfeccionista y con exigencias desmedidas, preocupación intensa por el pensar de los otros sobre uno, poco autocontrol y con deficiencias en habilidades sociales. Por otra

parte, determina que también puede afectar otra serie de situaciones como conflictos interpersonales, fracasos laborales, académicos o personales, cambios de colegio, separaciones, divorcios, etc. De esta manera, existe una relación muy estrecha entre los desórdenes alimenticios y las demandas de consumo y belleza ofrecidos por la sociedad, siendo la población de mayor riesgo y vulnerabilidad, los adolescentes. Por esta razón, son varias las asociaciones que se han interesado para que haya un mayor control publicitario y erradiquen los estereotipos de género, y de este manera dar un giro en pos de la educación para la salud, eliminando el gran mosaico de intereses cruzado por parte de los estándares de belleza y mercadeo que compiten por ganar posición, siendo su blanco, los jóvenes (Trujano et al., 2010).

Gismero (2012) considera que tanto la anorexia como la bulimia están relacionados con factores psicológicos como son problemas emocionales, la vanidad, y autodisciplina, y también, están estrechamente enlazados con factores socio relacionales como la influencia social de los amigos, la búsqueda de atención, la imagen de delgadez que impone su alrededor y la falta de apoyo social que viven estas personas. Determina que las personas que presentan estos factores psicológicos mencionados anteriormente, son más vulnerables a padecer TCA.

En el artículo publicado por El Pregonero (2006) explica que existen múltiples causas que pueden generar los desórdenes alimenticios como cambios emocionales, cambios físicos que experimentan en la adolescencia, cambios sociales o en su vida familiar, por esta razón, los expertos hablan sobre la importancia de tener una buena y estrecha comunicación con sus hijos, ser su fuente de confianza para ser ellos quienes sean los primeros en conocer sobre esta situación y poder brindarles ayuda en el momento adecuado.

Existen mujeres que experimentan en los trastornos alimenticios como una fuga de escape de sus problemas, por ejemplo, algunas piensan que cuando bajen de peso y obtengan la silueta tan deseada sus problemas automáticamente se solucionarán o desaparecerán, otras que desfogan la ira, impotencia o frustración en los atracones de comida, durante este atracón se sienten como anestesiadas de las emociones. Cualquiera de estas situaciones, cuando se acrecienten tanto en frecuencia como en intensidad dará lugar a los trastornos alimenticios (Gómez, 2009).

Establecen como precedente muy sencillo de los trastornos alimenticios el iniciar con “una simple dieta”. Pero la situación se agrava cuando esta presión por bajar de peso

se suma a factores psicológicos como baja autoestima y determinados rasgos genéticos que le harán a la persona más propensa a manejar erradamente sus emociones, generando así una relación inadecuada con la comida (Gómez, 2009).

Por lo tanto, en estudios publicados por El Pregonero (2006), determinan que esa “obsesión” que presentan las personas con el peso y la comida ha generado que aumente el índice de anorexia y bulimia dentro de esta población adolescente. Las chicas sienten la presión y obsesión por alcanzar el cuerpo perfecto, inmersas en una sociedad que exige una concientización de la apariencia física y dietas supuestamente inofensivas, sin embargo, puede desencadenarse en desórdenes alimenticios.

Imagen corporal y su incidencia en los trastornos alimenticios

Uno de los factores más decisivos para la aparición de estos trastornos alimenticios es, sin duda, la imagen corporal, descrito como la representación mental que realiza cada persona sobre su propio cuerpo, es la consecuencia de sentimientos, actitudes, emociones, conductas y sobretodo valoraciones que se hacen de su imagen corporal (Amaya, Alvarez, y Mancilla, 2010; Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999). Normalmente, en un gran porcentaje, la población no se encuentra conforme con una determinada parte de su cuerpo, sin embargo, este descontento no interviene en sus actividades diarias, presentando así un malestar normativo. No obstante, existen personas en quienes ese malestar es clínicamente significativo y genera consecuencias nocivas para su salud, todo esto con el objetivo de modificar aquellas características del cuerpo que no son de su agrado. En estos casos, ya no hablamos de un malestar normativo, sino de una insatisfacción corporal (Devlin y Zhu, 2001). Siendo esta insatisfacción uno de los principales precursores y mantenedores de estos trastornos (Adriana, Mancilla, Georgina, Maricruz y Martínez, 2013).

La imagen corporal es la representación que una persona tiene de sí misma, una imagen que va asociada a un juicio de valor ya sea negativo o positivo, es decir, la persona puede sentirse, bonita, fea, atractiva, agradable, desagradable, etc. Teniendo en cuenta que van de la mano la imagen corporal con el autoconcepto, por esta razón Tercero (1998) los considera sinónimos.

El desarrollo de la imagen corporal se relacionan paralelamente con el desarrollo biológico de la persona, por lo tanto, estos conceptos y nociones se van formando desde los primeros meses de vida. Por consiguiente, la imagen corporal se va estableciendo

mediante el contacto continuo con el mundo y consigo misma, de esta manera, no se trata de un estado permanente, fijo o inamovible, todo lo contrario, pues está constantemente sujeta a cambios con cada experiencia o momento vivido por la persona. Por consiguiente, la representación de su imagen no está solo ligada a cómo la persona se ve o siente, sino está muy relacionada e influida por la retroalimentación que recibe de los demás acerca de su cuerpo, de su imagen. Tercero (1998) en su estudio realizado determina que en la adolescencia se vuelve más evidente ya que es muy importante para ellas lo que reciben de las personas que están a su alrededor.

Por estos cambios, se le considera a la adolescencia como una etapa inestable, en la cual los jóvenes están inmersos en una búsqueda de sí mismos y de un lugar en el mundo, en la sociedad. Y se lanzan día a día a experimentar, con sus cambios, con sus vivencias (Tercero, 1998).

Hoy en día, al hablar de la imagen corporal se sabe que se trata de una categoría multifactorial, por lo tanto involucra varias dimensiones. Para esto, Cash y Pruzinsky, 1990; Gardner, Sorter y Friedman, 1997; y Pruzinsky y Cash, 1990. En sus estudios detallan estas variantes que forman parte del concepto de imagen corporal:

Entre ellos, una primera categoría perceptiva, que se refiere a la precisión con la cual una persona percibe la forma y medida de su cuerpo; una dimensión cognitiva-actitudinal, que incluye creencias, pensamientos, imágenes y sentimientos de la persona sobre su cuerpo, lo que puede ser útil para conocer el nivel de insatisfacción corporal; y una dimensión conductual, que tiene que ver con el comportamiento de una persona a partir de lo que piensa y siente en relación a su cuerpo.

Investigaciones como las de Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003), enfatizan que los jóvenes sin necesidad de presentar en sí un trastorno alimenticio o de la imagen corporal, existe un gran porcentaje, aproximadamente el 75 por ciento de mujeres, y el 50 por ciento de varones que deseaban pesar menos y presentaban miedo a subir de peso, como resultado de su estudio encontraron la siguiente relación “a mayor deseo de pesar menos se encontró mayor miedo a volverse gordo, mayor IMC y mayor frecuencia de conductas de dieta, todo esto a pesar de que se ubicaban dentro de los valores normales de peso”.

Nuevamente, en otro estudio realizado por Ballester y Guirado en el 2004, los resultados demostraron que la preocupación por la imagen corporal inicia desde los 11 años y con mayor prevalencia en el género femenino que en el masculino. En su investigación realizada a una población de 11 a 14 años, encontraron que las niñas tienden a descuidar su alimentación con mayor frecuencia, es decir, empieza la restricción de aquellos alimentos que consideran que les van a engordar, descuidan los desayunos, y empieza el control y preocupación en su peso, talla y apariencia en general. Durante las entrevistas expresaron sentirse muy preocupadas por su imagen, al extremo de llorar por la angustia provocada. Y confesaron que más de una vez han recurrido a inducirse el vómito después de haber comido bastante.

Prevalencia

En el año 2006, la Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (NEDA, siglas en inglés), tras su estudio determinaron que “existen al menos 10 millones de niñas y mujeres y hasta un millón de jóvenes y hombres adultos que padecen trastornos alimenticios, como la anorexia o la bulimia en Estados Unidos” (El Pregonero).

Es, sin duda, la población joven el blanco del mayor porcentaje de casos con desórdenes alimenticios, sin embargo, en estudios realizados por organizaciones implicadas en estos trastornos obtuvieron casos de niños desde los 6 años hasta adultos mayores de 76 años que padecían estos desórdenes en la conducta alimentaria (El Pregonero, 2006). Como un dato alarmante para los expertos en el tema es que un 81 por ciento de niños menores a 10 años que fueron consultados en un estudio expresaron el temor que sienten a engordar.

El estudio realizado por Clériga en el 2011 determina que estos trastornos se presentan en mayor cantidad en adolescentes mujeres y el rango de edad usualmente fluctúa entre los 13 y 18 años. De igual manera, Montalvo en el año 2008 realizó un estudio y basándose en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el año 2006 en México, sostiene que se debe tener en cuenta y estar alerta en la población femenina desde los 13 años y en la masculina desde los 15 ya que desde esta edad se evidencia ya un riesgo de empezar con alguno de los trastornos y empiezan a preocuparse por su alimentación, peso y figura. En estas mismas variables de edad y sexo, en su investigación establece que la bulimia y anorexia se presentan en su mayoría en mujeres de 14 a 20 años, y establecen como precedentes la presión personal por parte de los

pacientes y por cumplir con exigencias sociales del estereotipo de belleza e imagen (Notimex, 2008).

En el año 2011, de acuerdo a un estudio publicado en el periódico EFE News Service, existe un aumento de los casos de trastornos alimenticios en Latinoamérica en los últimos diez años. De igual manera, determinaron que nueve de cada diez personas que presentan este trastorno son mujeres.

Sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones dentro de estos trastornos es que las personas pueden estar atravesando por esta situación sin que sus familiares o personas cercanas se den cuenta que presentan este problema. Las personas a pesar de saber que su comportamiento no es normal suelen optar por evitar el contacto social, para así ocultar su conducta y no aceptan que su alimentación o patrones de la misma son problemáticos o errados (Clériga, 2011).

Nuevamente, expresan la importancia del tiempo dentro de lo desórdenes alimenticios, un diagnóstico precoz, es un factor importante que podrá hacer la diferencia entre la vida y la muerte de una persona con un trastorno alimenticio. Para una detección temprana es necesario estar atentos a las “señales de alerta”. De acuerdo a la Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (NEDA, siglas en inglés) aproximadamente el 20 por ciento de casos con TCA fallecen a consecuencia de éstos (El Pregonero, 2006; Clériga, 2011).

La población en donde más se evidencia este trastorno es en adolescentes, siendo las mujeres y jóvenes nueve de cada diez casos. Sin embargo, Clériga (2011) menciona en su estudio que no se puede descartar la posibilidad que se desarrolle también en adultos y en niños.

En el año 2011, el periódico PR Newswire publicó que en la última década se ha evidenciado un aumento llamativo de trastornos alimenticios en América Latina, entre los datos encuentran que existen más de cuatro millones de casos con este trastorno. En Medellín – Colombia existe el índice más elevado de bulimia, anorexia y otros trastornos alimenticios, por lo tanto, se encuentra afectada el 17.7% de la población adolescente. Determinan que de acuerdo a investigaciones y estudios realizados por Oliver – Pyatt Centers los latinos consideran que las causas principales para que se desencadenen estos desórdenes alimenticios es por la presión que ejercen los familiares y también por la

influencia de los medios de comunicación y sus estándares de belleza que son transmitidos.

En Argentina, la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia, en sus estudios realizados obtuvieron como resultados que los especialistas tienen un 30 por ciento más de pacientes que acuden a ellos para lucir un mejor cuerpo en la temporada de verano, este hecho sucede cada año, señala Notimex en su artículo del año 2008. De igual manera, otra investigación realizada por esta asociación reveló que el 22 por ciento de adolescentes corren el riesgo de padecer alguno de estos trastornos.

En el año 2015 publica El Mercurio que en Chile se evidenciaron cifras muy alarmantes; el 43% de adolescentes del estudio habían realizado dietas sin ninguna supervisión, el 47% realizan dietas por más de 42 días al año, existieron casos en los cuales el inicio de esta restricción alimentario era a los siete años de edad. Por otra parte, se evidencia que el 29.6% presenta restricción alimentaria de riesgo moderado a alto, el 31% han incorporado de manera sistemática el ayuno; el uso de laxantes y diuréticos una o más veces a la semana se evidenció en el 9.9% y el 8% vomita por lo menos una vez a la semana para controlar o bajar de peso.

Consecuencias

Las consecuencias de los trastornos alimenticios son graduales, las personas empiezan con dietas, atracones, evitan el contacto social, entre otros. Pero conforme se mantienen en el tiempo sin tratamiento se va agravando paulatinamente presentando problemas físicos como el desarrollar anemia, existe caída de cabello, pérdida de masa ósea, palpitaciones, caries, debilidad corporal, sensación de frío constante, dedos azulados e interrupción de la menstruación. Son algunos de los tantos problemas físicos que estos trastornos con llevan y van poco a poco aniquilando el cuerpo. Por otro lado, puede acarrear también problemas o trastornos mentales como son la depresión, ansiedad y abuso de sustancias como trastornos en sí que pueden tener comorbilidad con los trastornos alimenticios, pero, puede empezar con modificaciones graduales del carácter, como sentimientos de culpa, ira, tristeza, irritabilidad, sensación de descontrol, inseguridad, necesidad de aprobación de los demás respecto a su imagen corporal, auto desprecio, insomnio y cansancio constante (Clériga, 2011). En el área cognitiva, de igual manera, se evidenciará dificultad para concentrarse, alteraciones en la memoria, problemas para tomar decisiones, falta de abstracción en el pensamiento, se deteriora la

imaginación, creatividad, el manejo de situaciones adversas, sobre todo en la anorexia (García y Proaño, 2004).

Dentro de las consecuencias sociales, está el aislamiento social, para desarrollar completamente y sin ninguna restricción o impedimento sus patrones de dieta, atracones o conductas compensatorias (Auquilla y Zhañay, 2003). De esta manera, ya prácticamente no deja tiempo para sus amistades, reuniones sociales e incluso se ve afectada el área familiar y laboral. Por lo tanto, pierden el interés tanto en sus relaciones íntimas como en sus aficiones y pasatiempos.

Por otra parte, estos mismos autores en su estudio realizado evidenciaron que las personas con trastornos alimenticios, sobre todo, con bulimia presentan comportamientos compulsivos peligrosos y una mayor probabilidad de abusar del alcohol y drogas.

Tratamiento

El mejor tratamiento para estos trastornos es, sin duda, realizarlo con un equipo multidisciplinario para llevar un proceso adecuado. Para ello, es importante ser claros desde el inicio tanto con el paciente como con los familiares, ya que los resultados no siempre se obtienen a corto plazo, y la necesidad de que los familiares se involucren en el proceso. De esta manera los cambios serán duraderos y se evitarán recaídas (Clériga, 2011).

Mientras más pronto se inicie el tratamiento el resultado será mejor, las perspectivas de cura se cumplirán en un lapso de tiempo más corto, sin embargo, el buscar ayuda en cualquier instancia del trastorno será un punto a favor para la recuperación del paciente y las perspectivas de recuperación a largo plazo son buenas determina Clériga en su estudio realizado en el año 2011.

Si bien se habla de un tratamiento con un equipo multidisciplinario, las técnicas y tratamiento irán acorde a cada caso en particular, ya que ninguna persona es igual a otra, pero, en el estudio realizado por El Pregonero (2006) establecen como punto angular del tratamiento la decisión personal de querer superar esta situación, es decir, que la persona reconozca que está pasando por esta situación y de esta manera, los resultados serán más efectivos y duraderos.

El tratamiento empleado en los trastornos alimenticios es muy variado y dependerá de cada caso, existen terapias individuales, grupales, el tratamiento con

fármacos o nutricionales, y en casos más extremos, la hospitalización será el más adecuado para poner a salvo la vida de la persona (El Pregonero, 2006).

De igual manera, se les pide a los padres que sean ellos parte de la prevención y a la vez apoyo para sus hijos durante el tratamiento, el papel de ellos es reforzar la autoestima y seguridad de sus hijos, forjando así una imagen positiva de sí mismos y para que se acepten con sus fortalezas y debilidades (El Pregonero, 2006).

Clériga (2011) recalca la importancia de estar siempre pendientes e identificar determinadas situaciones para detectar pronto estos trastornos, por ejemplo el estar alerta cuando existe un rechazo muy significativo en su autoimagen corporal, el miedo intenso a subir de peso, y la distorsión de su imagen, tanto el tamaño, peso y forma del propio cuerpo; ya que el tiempo juega un papel decisivo en el tratamiento de los trastornos alimenticios.

Por lo tanto, podemos concluir que los trastornos de la conducta alimentaria se encontraban generalmente en la población adolescente y femenina, en sociedades occidentalizadas y en personas pertenecientes a un estatus social medio-alto y alto. Sin embargo, conforme han pasado los años estas características de las personas con TCA han ido cambiando progresivamente, es decir se identifica este trastorno en personas que no son parte de dichos colectivos mencionados anteriormente. En el estudio realizado por Martínez y Veiga, 2007; Robb, 2001; Rodríguez y Cruz, 2006 determinan que la etapa más vulnerable para que se desencadenen estos trastornos es, sin duda, la adolescencia, influida significativamente por la presión social y por la idealización de la imagen corporal, es este culto al cuerpo que ha generado como consecuencias la aparición más temprana de estos trastornos, y de igual manera, que se mantengan hasta edades más avanzadas. Por lo que existe una extensión hacia todo tipo de sociedades, edades y género.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, no experimental. El estudio buscó especificar propiedades y características importantes de la imagen corporal y dietas en adolescentes para describir la tendencia sobre este fenómeno, con una recopilación y análisis de datos en un momento único y sin manipulación de las variables.

Muestra

En este estudio participaron mujeres adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 18 años ($M= 14,89$ y desviación estándar de 1,709) pertenecientes a la Unidad Educativa Antonio Ávila y Unidad Educativa Panamá, estudiantes de secundaria. Sin embargo, por motivos éticos y de confidencialidad en el título no irán los nombres de las instituciones, por lo que se trabajará con el tema “en dos Unidades Educativas Mixtas y Fiscales de la Ciudad de Cuenca”.

El universo de esta población es de 300 alumnas desde primer curso hasta sexto, la muestra tomada con un 95% de confiabilidad y 5% de margen de error, es de 169 adolescentes. Sin embargo, se trabajó con un total de 180 para tener una muestra de 30 por cada curso; tomadas aleatoriamente desde primero hasta sexto curso, teniendo en cuenta que se aplicará el mismo número por curso. El objetivo de trabajar con esta población es identificar y comparar el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, la preocupación por su imagen corporal y la existencia de dietas restrictivas.

Instrumentos

En primera instancia las alumnas llenaron la ficha sociodemográfica, en donde consta la edad, datos importantes sobre la situación familiar de cada adolescente como es el saber con quién viven, el estado civil de los padres y finalmente obtener la frecuencia de dietas que según las adolescentes realizan (anexo 1).

Los instrumentos se aplicaron en el aula de manera auto administrada y grupal, el Cuestionario Eating Attitude Test-26: (EAT-26 de Gardner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). La versión corta que será la utilizada en este estudio consta de 26 ítems agrupados en tres subescalas: DI (dieta), BU (bulimia y preparación de la comida) y CO (control oral). Cada ítem se valora a través de una escala tipo Likert de seis niveles: nunca,

raramente, a veces, a menudo, generalmente y siempre. Las primeras tres opciones tienen una calificación de cero y las siguientes un puntaje de uno, dos y tres respectivamente; exceptuando el ítem 26 que se califica de manera inversa. Las puntuaciones globales de este cuestionario son de 0 a 78. La puntuación total se obtiene de la sumatoria de todos los valores, por lo que el puntaje igual o superior a 20 fue establecida como puntuación de corte a partir de la cual existen riesgos de padecer un trastorno alimentario. Para este trabajo se utilizará sólo el valor total del test y la escala DI (dietante) con un punto de corte de 13 (González, García y Martínez, 2013). Es un cuestionario de cribado útil para diferenciar los casos de TCA de la población normal, y de acuerdo a estudios, presenta el 97.7% de especificidad y el 88.9% de sensibilidad (Constain et al. 2014). (Anexo 2).

Body Shape Questionnaire o cuestionario de la forma corporal (BSQ de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn de 1987), este cuestionario consta de 34 ítems que se contestan a través de una escala Likert de 6 niveles de respuesta con las siguientes puntuaciones: Nunca (1); raramente (2); alguna vez (3); a menudo (4); muy a menudo (5); siempre (6). (Anexo 3).

A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro grados de preocupación con la imagen corporal: no preocupado (puntuación < 81), leve preocupación (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación > 140) (García, González y Martínez, 2013).

De acuerdo al estudio realizado por Vásquez et al. (2011) las cualidades psicométricas del BSQ se han obtenido valores de consistencia interna para el total del instrumento de .93 a .98 y una confiabilidad test-retest de .90. Por otra parte, se ha encontrado que el BSQ muestra validez convergente con otros instrumentos, tales como, el EAT-26, la subescala de insatisfacción corporal del EDI, entre otros.

De esta manera la puntuación inferior a 81 que corresponde a “no preocupado” puede implicar que en algún momento la persona pueda sentir preocupación o insatisfacción corporal, sin embargo no es algo prioritario ni que afecte en la vida del adolescente.

La categoría de preocupación leve (puntuación entre 81 y 110) existe un pensamiento esporádico sobre la imagen corporal deseada y la real, presentar ocasionalmente miedo a engordar, sin embargo no genera malestar ni angustia al respecto.

La puntuación entre 111 – 140 corresponde a una preocupación moderada que implica ya un pensamiento angustioso, negativo y de insatisfacción por la imagen corporal. Se evidencia ya baja autoestima por su aspecto físico y el deseo constante de perder peso. Ya que la referencia de imagen ideal no se relaciona en lo absoluto con la real.

Finalmente, la categoría de preocupación extrema (mayor a 140), el pensamiento angustioso y negativo respecto a su imagen corporal, son los que dominan en la persona y su objetivo principal es bajar de peso, por lo que buscará todas las maneras y estrategias posibles para lograrlo. En esta categoría se evidencia también un malestar sintomático que afecta el diario vivir de la persona. Tanto en la preocupación moderada como en la extrema existe ya un riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 1

Rangos de los niveles de preocupación por la imagen corporal.

Puntuación total	Nivel de preocupación
0 - 80	No preocupado
81 - 110	Preocupación leve
111 - 140	Preocupación moderada
141 o más	Preocupación extrema

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se solicitó autorización a los directivos de cada institución para informarles el objetivo del trabajo y sus beneficios, de igual manera, explicar el tiempo y condiciones necesarias para la recogida de datos.

A continuación se les explicó a las alumnas sobre el tema a investigar y pedir su colaboración voluntaria, mediante el consentimiento informada (ver anexo 3). Se realizó la aplicación colectiva y autoadministrada de los reactivos descritos anteriormente en una sola etapa los dos reactivos con una duración de veinte y cinco minutos aproximadamente.

Después de haber aplicado a toda la muestra, se estableció un compromiso con las Unidades Educativas para la entrega posterior de los datos.

Para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico SPSS.20. En primer lugar se realizará un análisis descriptivo del porcentaje de riesgo de presentar trastornos en la conducta alimentaria, la insatisfacción con la imagen corporal y la presencia de dietas en las adolescentes de acuerdo a la edad y variables sociodemográficas establecidas en la ficha. A continuación se establecerán cuadros comparativos que serán parte de esta investigación. Y se determinará la relación que existe entre el grado de insatisfacción corporal con la presencia de dietas restrictivas en las adolescentes mujeres de acuerdo a las edades.

RESULTADOS

Se obtuvo el Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna tanto del Body Shape Questionnaire (BSQ-34), como del Eating Attitude Test (EAT-26), los dos reactivos aplicados en esta investigación. Demostrando una alta consistencia en ambos cuestionarios con los siguientes resultados.

Tabla 2

Fiabilidad del cuestionario EAT-26

Estadísticas de fiabilidad EAT 26

Alfa de Cronbach	N de elementos
,833	26

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Fiabilidad del cuestionario BSQ-34

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,970	34

Fuente:Elaboración propia.

Se detallarán a continuación los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra, en donde se consideraron las variables, edad, con quien viven las adolescentes, estado civil de los padres y la frecuencia de dietas, respuesta obtenida por cada participante.

En la investigación se trabajó con adolescentes mujeres de 12 a 18 años de edad, se evidencia que la desviación estándar es de 1,709 y la edad que más se repite es la de 14.

Tabla 4
Estadísticos descriptivos de la edad

Estadísticos	Edad
Media	14,89
Desviación estándar	1,709
Mínimo	12
Máximo	18

Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de las adolescentes viven con sus padres, mientras que el 24,4% viven con otras personas como es el vivir solo con uno de los progenitores, familias extendidas, con el esposo, hijo, entre otros.

Tabla 5
Con quien viven las adolescentes

	n	%
Padres	129	71,7
Abuelos	4	2,2
Tíos	1	,6
Otros	44	24,4

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, se consideró importante como parte de la ficha sociodemográfica conocer el estado civil de los padres para analizar la posibilidad de alguna relación entre el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio con esta situación. Como resultado se evidenció que más de la mitad de los padres de los adolescentes están casados (56,1%), seguido de padres separados y unión libre.

Tabla 6

Estado civil de los padres de las adolescentes

Estado civil de los padres	n	%
Casados	101	56,1
Divorciados	20	11,1
Separados	26	14,4
Unión libre	23	12,8
Viudo	5	2,8

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente se les interrogó sobre la frecuencia de dietas que realizaban, en donde la mayoría respondió que nunca habían realizado dietas, y en una minoría mencionan que realizan cada mes, cada semana y diariamente.

Tabla 7

Frecuencia de dietas

	n	%
Nunca	130	72,2
Cada mes	25	13,9
Cada semana	10	5,6
Diariamente	8	4,4
A veces	3	1,7
Total	180	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Para conocer la prevalencia de riesgo de presentar trastornos alimenticios en las adolescentes se aplicó el EAT 26; este cuestionario presenta puntuaciones globales de 0 a 78, con un punto de corte igual o superior a 20.

Gráfico 1

Riesgo de presentar trastornos alimenticios

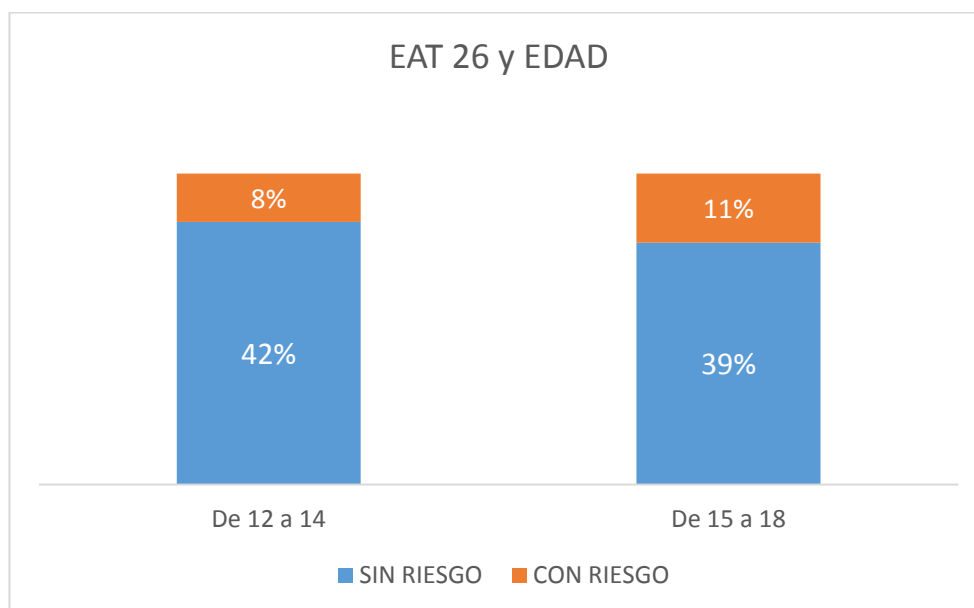


Fuente: elaboración propia.

De igual manera, se determinó el riesgo de presentar algún trastorno alimenticio, con punto de corte igual o superior a 20, de acuerdo al rango de edad en el cual fue dividida la población para realizar una comparación entre los grupos y obtener el rango de mayor riesgo, en donde se observó que la diferencia entre un grupo y otro es de un tres por ciento.

Gráfico 2

Relación entre el riesgo de presentar trastornos alimenticios con los rangos de edad

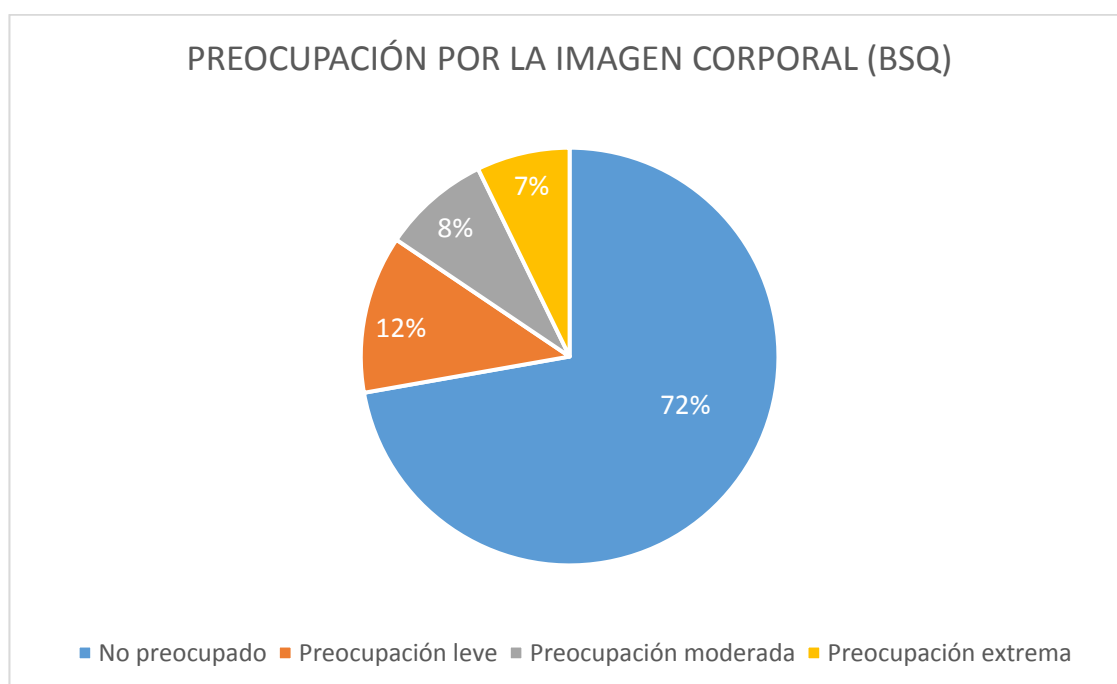


Fuente: elaboración propia.

Las adolescentes en el test de imagen corporal BSQ-34, se obtuvo que el 72% no presentan preocupación (puntuación < 81) por su imagen corporal mientras que las personas que presentaron una preocupación leve (puntuación entre 81 y 110), moderada (puntuación entre 111 y 140) y extrema (puntuación > 140) obtuvieron el 12%, 8% y 7% respectivamente.

Gráfico 3

Resultados de la preocupación por la imagen corporal

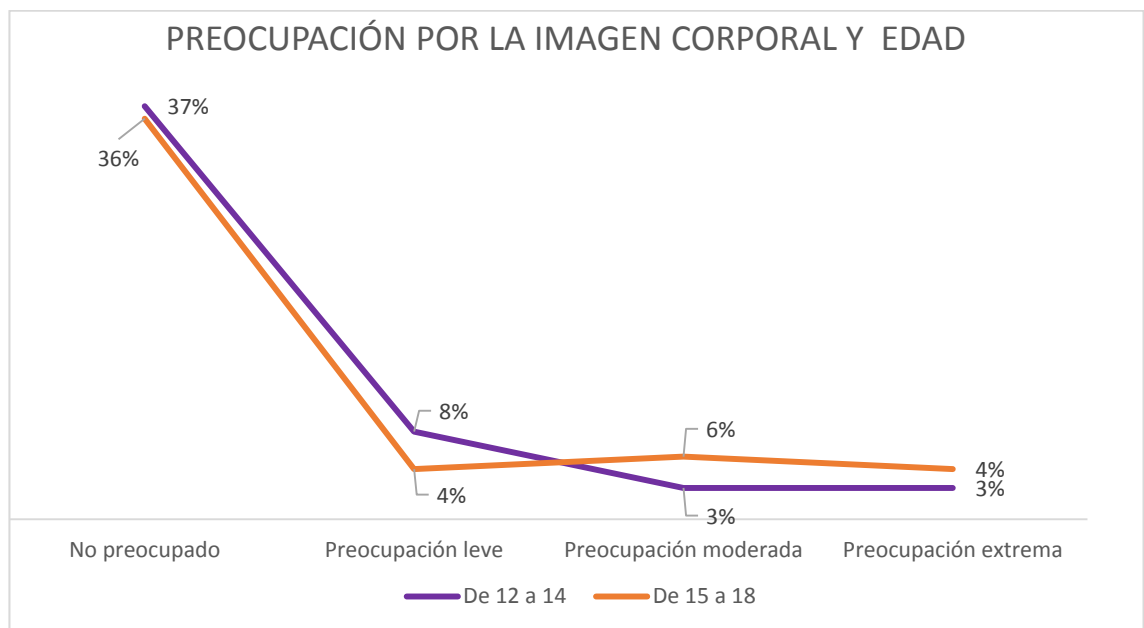


Fuente: elaboración propia.

Al relacionar los resultados del BSQ-34 con los rangos de edad, se obtuvo que en la categoría “no preocupado” los resultados son muy similares, mientras que en “preocupación leve” existe una mayor preocupación en las adolescentes de 12 a 14, en comparación con las de 15-18, en “preocupación moderada” los resultados se invierten y se ve mayor preocupación en las adolescentes de 15 a 18 años, mientras que en “preocupación extrema” nuevamente existe una diferencia de tan solo el uno por ciento.

Gráfico 4

Relación entre la preocupación por la imagen corporal y los rangos de edad

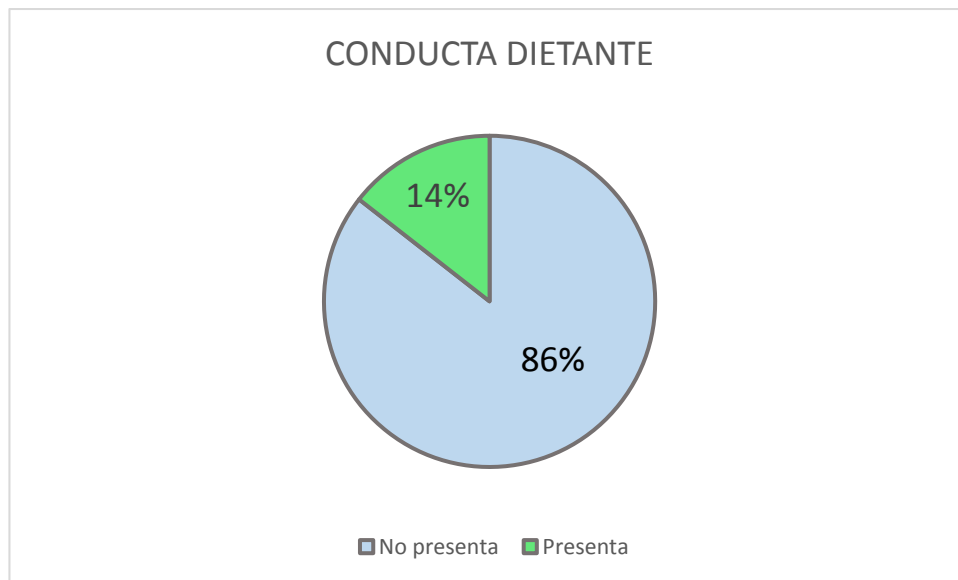


Fuente: elaboración propia.

Para obtener el porcentaje de adolescentes que presentan conducta dietante se utilizó la subdimensión del EAT 26, con punto de corte igual o superior a 13. Se obtuvo como resultado que el 14% de la muestra sí realiza dietas.

Gráfico 5

Conducta dietante en las adolescentes

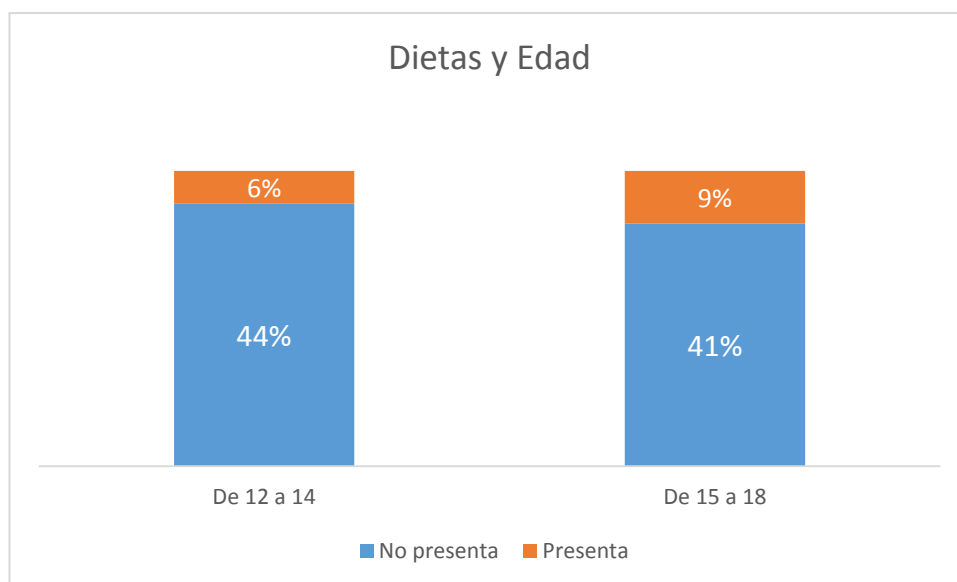


Fuente: elaboración propia.

Al relacionar la conducta dietante con la edad, observamos que en el rango de 12 a 14 años existe un 6% de la población que sí realiza, sin embargo en la población de 15 – 18 se observa un mayor porcentaje de adolescentes con esta conducta.

Gráfico 6

Relación entre conducta dietante y la edad



Fuente: elaboración propia.

Otro de los objetivos de la investigación es relacionar el nivel de preocupación por la imagen corporal con la presencia de dietas en adolescentes, en donde se puede evidenciar claramente que la conducta dietante aumenta proporcionalmente al aumento del nivel de la preocupación por la imagen corporal, obteniendo como resultado que tanto en preocupación moderada como extrema se evidencia un mayor comportamiento dietante de las adolescentes.

Tabla 8

Relación entre imagen corporal y conducta dietante

Preocupación por la imagen corporal	Conducta Dietante		n
	No presenta	Presenta	
No preocupado	129	1	130
Preocupación leve	15	7	22
Preocupación moderada	6	9	15
Preocupación extrema	4	9	13
Total	154	26	180

Fuente: elaboración propia.

La relación entre la preocupación por la imagen corporal y conducta dietante se comprobó mediante la prueba de Rho de Spearman, en donde se evidencia que la correlación entre estas dos variables es positiva y significativa ($p < 0.01$). Lo que indica que a mayor preocupación por la imagen corporal, mayor conducta dietante.

Tabla 9

Prueba Rho de Spearman entre imagen corporal y conducta dietante

			Preocupación por la imagen corporal	Conducta dietante
Rho de Spearman	Preocupación por la imagen corporal	Coefficiente de correlación	1,000	,663**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	180	180
	Conducta dietante	Coefficiente de correlación	,663**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	180	180

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: elaboración propia.

Al describir y relacionar las variables sociodemográficas con el riesgo de trastornos alimenticios, se evidencia que éstas no son un factor decisivo para que las adolescentes presenten riesgo de trastornos alimenticios.

Tabla 10

Relación entre variables sociodemográficas y riesgo de TA

Riesgo de TA (agrupado)		Estado civil de los padres					Total	
		Casados	Divorciados	Separados	Unión libre	Viudo		
SIN RIESGO	Con quien vive	Padres	79	5	6	14	2	106
		Abuelos	1	2	1	0	0	4
		Tíos	0	0	1	0	0	1
		Otros	5	11	8	4	1	29
		Total	85	18	16	18	3	140
CON RIESGO	Con quien vive	Padres	11	1	2	4	1	19
		Otros	4	1	7	1	1	14
		Total	15	2	9	5	2	33

Fuente: elaboración propia.

Para comprobar si existe o no relación entre las variables sociodemográficas y el riesgo de presentar trastornos alimenticios, se realizó la prueba de Rho de Spearman, los resultados determinaron que no existe relación significativa entre estas variables.

Tabla 11

Rho de Spearman entre variables sociodemográficas y riesgo de TA

Correlaciones					
			Con quien vive	Estado civil de los padres	Riesgo de TA (agrupado)
Rho de Spearman	Riesgo de TA (agrupado)	Coefficiente de correlación	,160*	,141	1,000
		Sig. (bilateral)	,033	,063	
		N	178	175	180

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en el foco de atención en los últimos años, ya que la preocupación por su imagen corporal aumenta significativamente, buscando verse cada día más delgadas; recurriendo a múltiples opciones para conseguir su objetivo, siendo la población adolescente la más vulnerable, sobretodo el sexo femenino.

Por esta razón, el propósito de la investigación radica en conocer la prevalencia que existe en mujeres adolescentes de 12 a 18 años de dos Colegios Mixtos Fiscales de la Ciudad de Cuenca sobre el riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, detectar los niveles de preocupación sobre su imagen corporal y la realización de dietas por parte de las adolescentes.

El estudio se centró en detectar si esta situación se da o no en nuestra población. Una vez analizados los datos se obtuvo que el 19% de las adolescentes presentan riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. Resultado que está muy cerca de los obtenidos en Medellín – Colombia en el año 2011, en donde el 17,7% de la población presenta riesgo de TA (PR Newswire), con un porcentaje un poco mayor el periódico Notimex (2008) informa que el 22% de adolescentes se encuentran afectadas por estos trastornos, en Argentina, en un estudio realizado por La Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia.

En cuanto a la edad, se evidenció que en la población de 12-14 años existe el 42% sin riesgo y el 8% con riesgo, no obstante, en el rango de 15-18 años se evidencia un mayor porcentaje de muestra con riesgo 11% frente a un 39% sin riesgo, por lo tanto, se observa que la población más vulnerable se encuentra en mujeres adolescentes de 15 a 18 años. Sin embargo, la población joven a partir de los 12 años presenta ya vulnerabilidad de presentar dichos trastornos.

Situación similar se evidenció en los estudios realizados por Clériga (2011) y Montalvo (2006) quienes determinan que el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria inicia cada vez más temprano, a partir de los 12 o 13 años de edad, y con mayor prevalencia en adolescentes mujeres. Notimex (2008) en su artículo corrobora al establecer como factor para que se den los trastornos alimenticios, la edad, particularmente, la adolescencia, siendo una etapa en la que esta población se enfoca intensamente en actividades entorno a su cuerpo e imagen corporal. De igual manera,

Cruz y Maganto, 2002; Rodríguez y Cruz, 2008, consideran a esta etapa un período en el cual, la insatisfacción por su imagen corporal aumenta proporcionalmente en intensidad y de acuerdo a la edad.

Por esta situación, los especialistas establecen la necesidad de realizar un diagnóstico precoz de este problema en la conducta alimentaria, a través de cuestionarios o reactivos adecuados, y, de igual manera, trabajar en programas de prevención para las poblaciones que estén en riesgo (Constain, et al., 2014).

Siendo la imagen corporal uno de los factores decisivos para que se desarrollen trastornos de la conducta alimentaria y el inicio de dietas, se analizó el nivel de preocupación que existe por su imagen corporal en las adolescentes. De acuerdo al Body Shape Questionnaire se obtuvo que el 72% de la muestra no presenta preocupación, mientras que el 12% tiene una preocupación leve, el 8% preocupación moderada y el 7% preocupación extrema por su imagen corporal. Al comparar y relacionar estos datos con la edad se evidenció que en el nivel “no preocupado” los datos son similares en ambos rangos de edad (37% y 36%), preocupación leve existe más en el rango de 12-14 con el 8% mientras que en el 15-18 años es del 4%, cuando se trata de “preocupación moderada las adolescentes de 15-18 años duplican al de 12-14 (6% y 3% respectivamente), finalmente, en el nivel de “preocupación extrema” la diferencia es nuevamente con tan solo el uno por ciento (3% y 4%).

Paralelamente en el estudio realizado por Ballester y Guirado (2004) obtuvieron como resultados que la preocupación por la imagen corporal inicia ya desde los 11 años, viendo este panorama generalmente en mujeres. Por su parte, el diario El Mercurio (2015) en su artículo publica que en la investigación obtuvieron resultados positivos ante el deseo de ser más delgados del 65% de las adolescentes, comparando con nuestro estudio con un 48%.

Respecto a la conducta dietante, se utilizó la dimensión del EAT 26, obteniendo como resultado que el 14% de las adolescentes realizan dietas, en cuanto a su relación con la edad, observamos que en el rango de 12 a 14 años existe un 6% de la población que sí realiza, sin embargo en la población de 15 – 18 se observa un tres por ciento más con esta conducta. Este porcentaje del 6% y 9% corresponde ya a una conducta dietante diagnosticada a través del cuestionario, sin embargo, en la ficha sociodemográfica al preguntarles acerca de si realizan dietas o no, el 25,6% realizan dietas esporádicamente. Contrastando con estos datos se puede evidenciar que existen cifras muy alarmantes las

que se obtuvieron en Chile en el año 2015, en el cual el 43% de la muestra habían realizado dietas sin ninguna supervisión. En el artículo publicado por El Mercurio (2015) determinaron que existen casos que desde los siete años ya empezaban con restricciones alimentarias, siendo la edad de 15 cuando más personas realizan dietas y en promedio la edad media es de 13.2 años, comparando con los resultados de esta investigación en donde se evidenció que la edad promedio de esta conducta dietante es de 15 y la población de mayor porcentaje de esta conducta son las adolescentes mujeres de 17 años y con una diferencia mínima están las de 14.

Gómez (2009) establece como precedente sencillo, pero significativo de los trastornos alimenticios el iniciar con “una simple dieta”. De acuerdo a los datos obtenidos, el estar ya diagnosticado un porcentaje representativo de conducta dietante por parte de las adolescentes, es ya un dato que pone en alerta sobre esta población. Ya que, de acuerdo al artículo publicado por El Pregonero (2006), determina que la obsesión que poco a poco se va generando en las personas con la comida y el peso, es un factor decisivo para que aumente el índice de bulimia, anorexia y otros trastornos alimenticios. Empiezan con dietas que aparentemente son inofensivas, sin embargo, son la puerta de entrada hacia los desórdenes alimenticios.

Otro de los objetivos de la investigación es relacionar el nivel de preocupación por la imagen corporal con la presencia de dietas en adolescentes, en donde se puede evidenciar claramente que la conducta dietante aumenta proporcionalmente a mayor nivel de preocupación por la imagen corporal, obteniendo como resultado que tanto en preocupación moderada como extrema se evidencia un mayor comportamiento dietante de las adolescentes. Esta relación es corroborada por Cruz et al. (2013) quienes determinan que existe una relación muy estrecha entre la insatisfacción corporal con la realización de dietas, generando esta insatisfacción preocupación por la calidad y tipo de comida que ingieren las personas, considerando, de esta manera, tanto la preocupación corporal como la restricción alimentaria como factores de riesgo y mantenedores de los TCA. De igual manera, Sepúlveda, Botella y León (2001) en su meta-análisis realizado a partir de 83 estudios determinaron la importancia e influencia de la imagen corporal, es decir, de las actitudes y sentimientos que las personas presentan hacia su propio cuerpo con la presencia trastornos alimenticios, evidenciándose esta insatisfacción en niveles superiores en personas que presentan esta patología.

Finalmente, al relacionar el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, niveles de preocupación por la imagen corporal y dietas en adolescentes mujeres con las variables sociodemográficas, se obtuvo que el estado civil de los padres, o el vivir con familias nucleares o extendidas no son factores claramente causantes de esta problemática, ya que no se evidencia una relación directa con estas variables, situación similar se obtuvo en el estudio realizado en el año 2004 en la ciudad de Cuenca, por García y Proaño, en donde encontraron que el 88% de adolescentes pertenecían a un hogar funcional, sin embargo obtuvieron el 41% de casos positivos en la Encuesta de Comportamiento Alimentario, concluyendo de igual manera que la funcionalidad familiar no es un factor ligado directamente con algún tipo de desorden alimenticio.

Dado que el presente estudio se realizó en una población perteneciente a una clase social media y media baja, los resultados que se encontraron corroboran trabajos anteriores que afirman que los TCA no son trastornos que están solo enlazados a clases sociales más altas (Gordon, 1990; Martínez y Veiga, 2007; Robb, 2001; Rodríguez y Cruz, 2006).

Los parámetros obtenidos indican la necesidad de avanzar en estudios epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria tanto en la ciudad de Cuenca, como en el Ecuador.

CONCLUSIONES

El 19% de las adolescentes están en riesgo de presentar algún tipo de trastorno alimenticio, siendo el rango de edad de 15-18 más vulnerable con un 11%, sin embargo se evidencia ya esta problemática desde los 12-14 años con un porcentaje del 8%.

La preocupación por la imagen corporal se evidencia en un 28% de la muestra, determinando que el nivel de preocupación moderada y extrema es de un 8% y 7% respectivamente, mientras que las personas que presentan preocupación leve es del 12%. De igual manera, en cuanto a la edad, existe ya esta preocupación desde los 12 años.

La conducta dietante está presente en el 14% de la población, con un mayor porcentaje en las adolescentes de 15 a 18 años.

Los factores que influyen significativamente para que se desarrolle algún desorden alimenticio son, sin duda, la preocupación por su imagen corporal y presencia de dietas en las adolescentes, mientras que no existe una relación significativa entre las variables sociodemográficas y riesgo de TA.

RECOMENDACIONES

Las autoridades e instituciones nacionales deberían determinar estrategias sanitarias a nivel de todo el país para atender esta preocupación de salud pública que se da en nuestra sociedad. Empezando con guías prácticas, manuales y materiales de capacitación y formación sobre esta problemática, para que las personas encargadas puedan llevar a cabo un buen sistema y programas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

Desarrollar en las instituciones a nivel nacional esquemas que comprendan la labor de prevención y promoción sobre la salud de todos los estudiantes, teniendo en cuenta que la dieta y nutrición son factores determinantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de la vida. Promoviendo desde edades muy cortas la importancia de hábitos saludables, horarios de comida, la práctica de alguna actividad física y en el número de horas de sueño.

A través de charlas, talleres o foros dar a conocer a los padres la importancia de fomentar la autoestima y seguridad en sus hijos, generando en ellos el bienestar consigo mismos a partir del conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones, buscando aceptación y de esta manera no condicionar su cuerpo a una cuestión de “apariencia”.

Empezar con apoyo terapéutico para las adolescentes que se encuentran ya en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria, para así poder realizar un tratamiento precoz y más efectivo a través de un equipo multidisciplinario.

Dar charlas de prevención tanto sobre los trastornos alimenticios, imagen corporal y las consecuencias de una conducta dietante, abordando temas sobre el autoestima, desarrollo personal, y autoaceptación.

Al tratarse de un problema que involucra también a su entorno, es importante generar grupos de apoyo a través de las estudiantes en sí, pero también incluir a familiares o personas que estén emocionalmente vinculadas con las adolescentes. Trabajando en la importancia de establecer una comunicación adecuada dentro de los grupos de apoyo para que sean en éstas personas en quienes confíen y acudan ante situaciones adversas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adriana, A., Mancilla, J., Georgina, O., Maricruz, L., y Martínez, J. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas/ age, awareness and internalization of body ideal as predictors of body dissatisfaction and disordered eating behaviors/ idade. *Revista Colombiana De Psicología*, 22(1), 121-133. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1677204958?accountid=36552>
- Amaya, A., Alvarez, G., y Mancilla, J. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Aranceta, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(4), 313-315. Recuperado en 31 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400002&lng=es&tlng=es.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA.
- Aquilla, N., y Zhañay, B. (2003). Tesis previa a la obtención de magister. *Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 19 Años del Colegio Asunción de la Ciudad de Cuenca en el Año Lectivo 2002- 2003*. Universidad de Cuenca. Cuenca - Ecuador
- Ballester, R. y Guirado, M. (2004). Diferencias sexuales en la conducta alimentaria de niños entre 11 y 14 años. *Psicología Conductual*, (12) 1, 5-24.
- Behar, R., y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001200007>
- Cash, T. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, desviación and change*. New York: Guilford Press.
- Cavero, V., Lodwig, C., Lulli, G., y Tejada, R. (2015). La ortorexia: Un nuevo reto para los profesionales de la salud. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(3), 199. Recuperado en 31 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000300010&lng=es&tlng=es.
- Clériga, R. (2011). Trastornos de alimentación. *Reforma*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/878715886?accountid=36552>
- Constaín, G., Ramírez, C., Rodríguez, M., Álvarez, M., Múnera, C., y Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*, 46(6):283-289. Retrieved from, http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90332037&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=90&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v46n06a90332037pdf001.pdf

- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-474.
- Cruz, M., Salaberria, K., Rodriquez, S., y Echeburúa, E. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: Diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 12(3) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1771625673?accountid=36552>
- Devlin, M., y Zhu, A., (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286 (17), 2159-2161.
- EFE News Service. (2011, Jan 20). *Aumenta el número de trastornos alimenticios en latinoamerica*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/845532331?accountid=36552>
- El Pregonero. (2006, Apr 06). *Desórdenes alimenticios pueden ser 'peso' grande para sus hijos*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/367952085?accountid=36552>
- Fernanda, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 149-161.
- Franko, D., Keshaviah, A., Eddy, K., Krishna, M., Davis, B., y Keel, P. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Psychiatry*. 2013; 170:917.
- García, M., y Proaño, M. (2004). Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica. “*Los trastornos de la alimentación en estudiantes de cuartos, quintos y sextos cursos del Colegio Rosa de Jesús Cordero, de la ciudad de Cuenca, durante el año 2002-2003*”. Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador.
- Gardner, R., Sorter, R. y Friedman, B. (1997). Developmental changes in children´s body images. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 1019-1036.
- Gismero, M. (2012). Factores causales de los trastornos de la conducta alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios/causal factors of eating disorders attributed by health workers. *Acción Psicológica*, 9(2), 77-86. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1465328048?accountid=36552>
- Gómez, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, (14) 1, 31-40.
- Gómez, I. (2011, Feb 09). Comer o no comer, ni poco ni demasiado. *El Nuevo Herald* Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/853101584?accountid=36552>
- González, R., García, P., y Martínez, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios/Assessment of body image and eating attitudes in university students. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 45-59. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1560706410?accountid=36552>
- Gordon, R. (1990). *Anorexia y bulimia, Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Editorial Ariel, 2da edición, 1994, 56-57.
- Herpertz, B. (2009). Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 18,

31-47.

- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, (3) 1, 23-33.
- López, A., Solé, A., y Cortés, I. (2008). Percepción de satisfacción – insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Biblid*, (30), 125 – 146.
- Merino, M. (2006). *Trastorno de la imagen corporal en preadolescentes: perspectiva de género*. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala, UNAM. México.
- Montalvo, G. (2008, Apr 27). Ayudan a identificar trastornos alimenticios. *Reforma* Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/308046082?accountid=36552>
- Monterrosa, A., Boneu, D., Muñoz, J., y Almanza, P. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo* eating disorders: scales to assess symptoms and risk behaviors. *Rev.cienc.biomed*, 3(1), 99-111. Retrieved from, <http://revista.spotmediav.com/pdf/3-1/15trastornoscomportamientoalimentario.pdf>.
- Notimex. (2008, Jun 03). *Advierten especialistas aumento de trastornos alimenticios en menores*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/428412549?accountid=36552>
- Notimex. (2008, Aug 17). *Alarma de trastornos alimenticios en argentina derivó en ley*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/428476999?accountid=36552>
- PR Newswire En Español (South America). . (2011, Jan 19). *Oliver-pyatt centers será anfitrión del primer taller en español para profesionales clínicos especialistas en trastornos alimenticios de américa latina que se llevará a cabo en Miami*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/843225503?accountid=36552>
- Peyró, C. (2008, 12). Modelos masculinos predominantes en el mensaje publicitario y su influencia social en la psicopatología del siglo xxi: la vigorexia. *Prisma Social*, 1-26. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1037804159?accountid=36552>
- Por Sofía Beuchat. (2015, Oct 13). Los riesgos del ayuno adolescente. *El Mercurio*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1721564743?accountid=36552>
- Por Sofía Beuchat. (2015, Dec 15). El eterno malestar de los adolescentes. *El Mercurio*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1748782443?accountid=36552>
- Pruzinsky, T., y Cash, T. (1990). *Medical interventions for the enhancement of adolescents' physical appearance. Implications for social competence*. En: T.P. Gullotta (Ed.) (220-242). Ca: Sage Publications.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

- Robb, A. (2001). Eating disorders in children. Diagnosis and age-specific treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 259-270.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22, 186-199.
- Rodríguez, S., y Cruz, M. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1),131-137.
- Sepúlveda, A., Botella, J. y León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16
- Tercero, G. (1998, Mar 21). Consejos médicos/ la imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino. *Reforma* Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/311592987?accountid=36552>
- Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M., y Tantleff, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Trujano, P., Nava, C., de Gracia, M., Limón, G., y Alatríste, A. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales De Psicología*, 26(2), 279-n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1288737399?accountid=36552>
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., y Unike, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 42-52. Recuperado en 04 de enero de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100005&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

1. Datos personales:

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Con quien vive:

Padres: ____

Abuelos: ____

Tíos: ____

Otros: ____ ¿Con quién? _____

Estado civil de los padres:

Casados: ____

Divorciados: ____

Separados: ____

Unión libre: ____

Viudo: ____

Frecuencia de dietas realizadas:

Nunca: __

Cada mes: __

Cada semana: __

Diariamente: __

Resultados:

Anexo 2. Test de la Conducta Alimenticia (EAT-26)

Test de la Conducta Alimenticia (EAT-26)

Fecha:

Usted está a punto de tomar el EAT-26, una prueba diseñada para evaluar preocupaciones y actitudes comunes en personas con desórdenes alimenticios.

El propósito de la prueba no es diagnosticar un desorden alimenticio; dicho diagnóstico sólo puede hacerse con una evaluación psicológica formal dirigida por un profesional calificado.

Usted debe usar los EAT-26 como una herramienta educativa. Los resultados que usted recibe indicarán si usted tiene síntomas que requieran evaluación adicional.

Edad:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>	Altura:	<input type="text"/>	cmts. Peso actual (Kgr.):	<input type="text"/>
El Peso más alto:		<input type="text"/>	El Peso más bajo (de adulto):		<input type="text"/>		
Nivel de Educación:							
Primaria	<input type="radio"/>	Secundaria	<input type="radio"/>	Universitaria	<input type="radio"/>	Técnica	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>						
Nivel de actividad física:							
Sedentario	<input type="radio"/>	caminatas regulares	<input type="radio"/>	deportes(social)	<input type="radio"/>	deportes	<input type="radio"/>
(competencias)	<input type="radio"/>						

Preguntas	Siempre	Generalmente	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
1. Le aterriza estar con sobrepeso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evita comer cuando tiene hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se encuentra preocupada/o por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sigue abusando con la comida, aún	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sabiendo que no puede parar de comer.						
5. Corta su comida en pedazos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es consciente de la cantidad de calorías que ingiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Particularmente evita comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Siente que los demás preferirían que comiera más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vomita después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Se siente muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Está preocupado por el deseo de estar más delgado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Su objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Otras personas piensan que está demasiado delgado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Está preocupado con el pensamiento de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tarda más tiempo que los otros comiendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Evite las comidas con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Come comidas o productos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Siente que la comida controla su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tiene autodominio al comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Siente que otros le presionan al comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Piensa mucho en la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Se siente culpable después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Se ajusta a comportamientos dietarios. (hace dietas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Siente que su estómago está vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tiene el impulso de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Disfruta probando nuevas comidas ricas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En los últimos 3 meses, Ud. tuvo:	Nunca	Menos de 1 vez por mes	1-3 veces por mes	Una vez una semana	2-6 veces por semana	Una vez por día	Más de una vez por día
1. ¿Ataques de engullirse gran cantidad de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Vómitos para controlar su peso?.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Usó Laxantes o diuréticos para controlar su peso o figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Hizo ejercicio para perder o controlar su peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Le han tratado por un trastorno alimenticio? No Sí ¿Si sí, cuando?

¿Usted ha pensado recientemente en suicidarse? No Sí ¿Si sí, cuando?

Anexo 3. Body Shape Questionnaire (BSQ-34)

BSQ-34

Fecha:

Nos gustaría saber cómo se ha sentido sobre su apariencia **en las últimas cuatro semanas**. Lea cada pregunta y marque con un círculo el número adecuado a la derecha. Ahora Por favor conteste todas las preguntas.

En las últimas cuatro semanas:

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1.- ¿Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2.- ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3.- ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4.- ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5.- ¿Te ha preocupado que tu piel no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6.- Sentirte llena (después de una gran comida), ¿Te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
7.- ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8.- ¿Has evitado correr para que tu piel no rebotara?	1	2	3	4	5	6
9.- Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10.- ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6

11.– El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
12.– Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13.– Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación?	1	2	3	4	5	6
14.– Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15.– ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6
16.– ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17.– ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18.– ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19.– ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?	1	2	3	4	5	6
20.– ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21.– ¿Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	1	2	3	4	5	6
22.– ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?	1	2	3	4	5	6

23.- ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
24.- ¿Te ha preocupado que otra gente vea rollitos alrededor de tu cintura o estómago?	1	2	3	4	5	6
25.- ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6
26.- ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
27.- Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús)?	1	2	3	4	5	6
28.- ¿Te ha preocupado que tú piel tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	1	2	3	4	5	6
29.- Verte reflejada en el espejo ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	1	2	3	4	5	6
30.- ¿Te has pellizado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tienes?	1	2	3	4	5	6
31.- ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1	2	3	4	5	6
32.- ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
33.- ¿Te has fijado más en tu figura estando con otras personas?	1	2	3	4	5	6
34.- La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

Anexo 4. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“IMAGEN CORPORAL Y DIETAS EN MUJERES ADOLESCENTES”

Investigación responsable

La estudiante de la Universidad del Azuay, Franchesca Estefanía González Crespo bajo la dirección del Mst. Mario Moyano, llevará a cabo la investigación sobre las alteraciones en la imagen corporal y dietas en adolescentes mujeres de 12-18 años en dos Unidades Mixtas y Fiscales de la Ciudad de Cuenca.

El objetivo de esta información es que usted pueda tomar la decisión de participar o no de la investigación, teniendo en cuenta la importancia de detectar precozmente la posibilidad de que exista un trastorno de la conducta alimentaria y de dietas restrictivas. Siendo muy significativo una intervención en el momento adecuado.

El procedimiento consiste en que él (ella) responderá a determinadas preguntas o frases sobre la temática descrita previamente. Para ello se le entregará dos escalas de evaluación, que le tomarán a su hijo (a) o representado (a), unos 20 minutos aproximadamente de tiempo para responder y que serán entregadas en una sola ocasión.

El psicólogo de la institución está en conocimiento y ha autorizado la participación de su hijo (a) o representado (a) en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación psicológica, los procedimientos, riesgos y los derechos que tengo por participar y que me puedo retirar si quiero hacerlo.

Firmo este documento voluntariamente sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho de tratamiento. También me informaron que tengo el derecho a no seguir participando en la investigación, si quiero hacerlo.

Nombre participante menor de edad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Estudiante de la Universidad del Azuay, Franchesca Estefanía González Crespo bajo la dirección del Mst. Mario Moyano.

Firma: _____

Fecha: _____