

**Influencia de la insatisfacción con la imagen corporal,
índice de masa corporal, autoconcepto físico, sexo y
orientación sexual sobre las conductas alimentarias de
riesgo en estudiantes universitarios**

Trabajo de Investigación presentado por:

Gricel V. CHACÓN QUINTERO

Y

Tayruma N. FERNÁNDEZ GARAY

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

Luisa ANGELUCCI BASTIDAS

Caracas, Julio 2014

A mis padres: Francisco Chacón y Gisela Quintero

Gricel Chacón

***A mi madre, mi soporte y fuente de inspiración constante y mi
modelo a seguir día a día.***

Tayruma Fernández

Gracias papá, por ser mi roca fuerte y apoyo incondicional en todo momento.

Gracias mamá, por creer siempre en mí y llenarme con todo tu amor.

Gracias Luisa Angelucci, por ser mi excelente tutora y apoyarme en todo momento.

Gracias CIFH, por ser mi segunda casa y darme la oportunidad de crecer y escribir estas páginas.

Gracias Tay, por tu cariño y apoyo incondicional, por estos años de amistad.

Gracias tía Flor, por escribirme todos los domingos y saber que siempre cuento contigo.

Gracias Bao, por escucharme cuando más lo necesité.

A mis amigas: Frey y Kare, gracias por hacerme sonreír y acompañarme en este camino.

Gracias a la VIDA, por permitirme escribir estas palabras.

Gricel Chacón

En primer lugar, gracias a mi familia, quienes desde el primer momento en el que inicié mi carrera han estado a mi lado y han sido un apoyo constante.

A Gricelita, más que mi compañera de tesis, mi hermana, sin ti esto no sería posible.

A Luisa Angelucci, quien sin duda alguna, más que una tutora ha sido una integrante más en esto; gracias por el apoyo y por siempre estar para nosotras.

A AIESEC en Venezuela, por enseñarme que con determinación y constancia todo es posible.

A mi EB Relief, Ale, Frey y Gricel, por hacerme crecer como persona día a día.

A Belen, Montoya, Miguel y Rebeca, quienes han sido mi soporte estos últimos meses, y me han sacado sonrisas cuando más débil me sentía.

Tayruma Fernández

Índice de Contenido

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	12
MÉTODO.....	55
Problema.....	55
Hipótesis general.....	55
Variables endógenas.....	56
Variables exógenas.....	59
Tipo investigación.....	60
Diseño investigación.....	61
Diseño muestral.....	62
Instrumentos medición.....	63
Procedimiento.....	72
Consideraciones éticas.....	73
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	75
DISCUSIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	114
RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119

ANEXOS.....	128
Anexo A: Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR).....	129
Anexo B: Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ).....	131
Anexo C: Hoja de consentimiento informado e identificación de los estudiantes.....	134
Anexo D: Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI).....	136
Anexo E: Escalas originales y carta de validación de jueces.....	139
Anexo F: Análisis de los instrumentos.....	145
Anexo G: Matriz de Correlaciones entre las variables del estudio.....	154
Anexo H: Análisis de Regresión y Supuestos.....	157

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz de Componentes Rotados. Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR).....	77
Tabla 2. Matriz de Componentes Rotados. Body Shape Questionnaire (BSQ).....	79
Tabla 3. Matriz de Componentes Rotados. Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI).....	83
Tabla 4. Descriptivos de las variables.....	87
Tabla 5. Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: purgativas/compensatorias.....	90
Tabla 6. Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: atracones.....	91
Tabla 7. Regresión múltiple para la variable insatisfacción con la imagen corporal: preocupación por la figura corporal.....	92
Tabla 8. Regresión múltiple para la variable insatisfacción con la imagen corporal: actos y emociones asociados a la figura corporal.....	93
Tabla 9. Regresión múltiple para la variable índice de masa corporal.....	94
Tabla 10. Regresión múltiple para la variable autoconcepto físico satisfacción física.....	95
Tabla 11. Regresión Múltiple para la variable Autoconcepto Físico: habilidad, fuerza y condición física.....	95
Tabla 12. Regresión Múltiple para la variable autoconcepto Físico: atractivo físico y capacidad general.....	96

Índice de Figuras

Figura 1. Presentación de conductas alimentarias de acuerdo a grados de gravedad.....	15
Figura 2. Diagrama de rutas propuesto.....	56
Figura 3. Diagrama de rutas resultante.....	97

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la influencia de la insatisfacción con la figura corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico y sexo, sobre las conductas alimentarias de riesgo, así como también, evaluar la relación entre dichas variables mediante un modelo de rutas. La muestra estuvo conformada por 400 estudiantes (hombres=57,3% y mujeres=42,8%), de la Universidad Católica Andrés Bello, con edades comprendidas entre los 17 y 21 años, a quienes se les aplicaron los siguientes instrumentos: (1) Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR), (2) Body Shape Questionnaire (BSQ), y (3) Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI). La muestra fue probabilística y fue seleccionada a través de un muestreo por racimos.

Los resultados muestran que los estudiantes presentan poca cantidad de conductas alimentarias de riesgo (más de tipo compensatoria/purgativa que atracones), poca insatisfacción por la figura corporal y altos niveles de autoconcepto físico. Mediante el análisis de ruta, se obtuvo que son las mujeres las que presentan mayor preocupación por el peso, insatisfacción por su figura corporal y recurren en mayor medida a las conductas alimentarias de riesgo para conseguir su peso ideal. Por su parte, son los hombres los que reportan mayores niveles de autoconcepto físico, mayores niveles de IMC y tendencia a cometer atracones. Se obtuvieron efectos indirectos de sexo, autoconcepto, IMC e insatisfacción sobre las CAR.

La importancia de esta investigación es indagar si dichas variables pueden ser consideradas como factores de riesgo para que los estudiantes lleguen a presentar un trastorno de conducta alimentaria. Además, es útil para la planificación de programas de intervención, y aporta conocimiento que puede ser tomado en cuenta en futuras investigaciones.

Palabras claves: CAR, insatisfacción con la imagen corporal, IMC, sexo, autoconcepto físico,

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son problemas conductuales que resultan de una compleja interacción de factores genéticos, conductuales, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales (Saucedo-Molina y Unikel, 2010) sin embargo, antes de que sucedan, con alta probabilidad ocurren las llamadas Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), las cuales son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los TCA, pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar (American Psychological Association [APA], 2002).

Debido al incremento de riesgo de presentar un TCA, se ha hecho necesario estudiar los factores asociados a la aparición de conductas alimentarias de riesgo. En este sentido, los factores que han logrado explicar o predecir en alguna medida el desarrollo de las CAR, son la percepción de la imagen corporal (Cruz, Rodríguez y Salaberria, 2007), insatisfacción con la imagen corporal (Acosta y Gómez, 2002), Índice de Masa Corporal (IMC), sexo (Saucedo-Molina y Unikel, 2010), autoestima, impulsividad, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre y madre y estrés (Celis-de la Rosa, García-Castro, Nuño-Gutiérrez, Trejo-Franco, Trujillo, Unikel-Santoncini y Saucedo-Molina, 2010), autoconcepo físico (Goñi, Escalona, Ruiz, Rodríguez y Zulaika, 2003), homosexualidad (Toro, 2009), entre otros.

Moreno y Godeleva (2009), proponen que tanto hombres como mujeres pueden presentar insatisfacción con su imagen, acompañado de baja autoestima; además, hallaron que la insatisfacción con la imagen corporal se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres se preocupan más por engordar y por ende presentan mayores probabilidades de presentar CAR. Por lo que sin embargo, en cuanto al autoconcepto las investigaciones reportan que el bajo autoconcepto general ocurre, en hombres

homosexuales de la misma manera que en mujeres heterosexuales (Toro, 2009).

Otros autores, afirman que la percepción de la imagen corporal no sólo puede influir en las conductas compensatorias de riesgo (conductas producidas por sentimientos desagradables, como tristeza), sino también, puede relacionarse con la realización de dietas, uso de laxantes, purgantes, entre otros (Cruz, Rodríguez, Salaberria, 2007).

Por su parte, Altamirano, Vizmanos, y Unikel (2011) investigaron el efecto de la Autoestima y el IMC en las conductas alimentarias de riesgo, encontrando que a menor autoestima y menor IMC, mayor prevalencia de que ocurran CAR. Por su parte, Moreno, Ramos y Rivera (2010), estudiaron las diferencias entre el sexo, en imagen corporal, control de peso, IMC, y conducta de hacer dieta. Los resultados demostraron que las mujeres tienden a percibir mayores preocupaciones por su imagen corporal en comparación con los hombres, que tienen un nivel de satisfacción con su imagen corporal más bajo y, son las que dicen no hacer dieta para perder peso.

La siguiente investigación se realiza con la finalidad de indagar si dichas variables se asocian con las conductas alimentarias de riesgo, y de esta manera evaluar si dichas variables pueden ser consideradas factores de posible riesgo de presentar el trastorno de conducta alimentaria. Además, la investigación se fundamenta en la necesidad de obtener información científica destinada a identificar personas que pudieran desarrollar en un futuro un TCA. Asimismo, ofrece información útil para la planificación de programas de intervención primaria que permitan prevenir el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, y aporta conocimiento que puede ser tomado en cuenta en futuras investigaciones, con la finalidad de desarrollar instrumentos precisos que permitan determinar tempranamente el riesgo que presenta un individuo de padecer el trastorno.

Con lo citado anteriormente, surgió el objetivo del presente trabajo, el cual es determinar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico, sexo, y orientación sexual en las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Andrés Bello; así como la relación que presentan estas variables entre sí.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Actualmente existen diversas áreas de las ciencias formales que se dedican al estudio de la salud, entre éstas se encuentra la psicología, la cual cuenta hasta el momento con 56 divisiones respecto a diferentes áreas de estudio; una de éstas es la psicología de la salud, la cual se entiende como una disciplina de la psicología que se enmarca en el estudio de diferentes problemáticas que afectan el bienestar de la salud física y mental de los sujetos (APA, 2002).

Uno de los aspectos que contribuyen a mantener la salud es una alimentación adecuada, por lo que una correcta educación nutricional podría modificar conductas alimentarias y actitudes erróneas, con el objetivo de recuperar hábitos saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida (Bolaños, 2009).

La conducta alimentaria se entiende como un conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica, y socio-cultural de ingerir alimentos (Lora-Cortez y De Jesús, 2006). Cuando se ve alterada, se da paso a los llamados trastornos alimentarios o de la conducta alimentaria (TCA), los cuales se clasifican en: 1) anorexia nerviosa (AN: restrictivo y bulímico), 2) bulimia nerviosa (BN: tipo purgativo y no-purgativo) 3) trastornos de la ingesta compulsiva (TIC) y 4) trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (DSM-IV-TR) (APA, 2002).

Concretamente, los TCA son patologías psiquiátricas específicas, bien clasificadas. También, son conocidos con el término alimentación desordenada, refiriéndose a ciertas actitudes o prácticas relacionadas con la alimentación y conductas relacionadas con la reducción de peso, que pueden comprometer la

salud de un individuo. Se describe gran variedad de complicaciones médicas asociadas a los TCA, sin embargo, la mayoría son derivadas de la pérdida de peso e inanición (AN), del trastorno de conducta alimentario y de las conductas compensatorias, como los vómitos autoinducidos (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000).

En trastornos como la AN, ocurre la pérdida de masa muscular y adiposa, problemas en el metabolismo tiroideo y la temperatura corporal, problemas endocrinos y ginecológicos, se produce amenorrea, bajo nivel de la hormona luteinizante (LH) y de la foliculoestimulante (FSH), puede ocurrir una disminución de la musculatura cardíaca, alteraciones dérmicas, entre otros. Cuando se producen vómitos y uso de fármacos laxantes (conducta que predomina en la BN), la persona puede presentar anormalidades metabólicas electrolíticas, las cuales pueden conducir a crisis convulsivas. Cuando los cuadros se agravan, es frecuente observar mala digestión o mala absorción, lo cual pudiera obligar a la persona a depender de nutrición artificial, encontrándose en todos los trastornos conductas alimentarias inadecuadas (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000).

Dentro de las consecuencias psicológicas relacionadas con un TCA se puede encontrar: humor depresivo, irritabilidad, retraimiento social, ansiedad, ideas obsesivas, preocupación excesiva por la comida y cierta pérdida de la libido sexual (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000).

Para que una persona llegue a sufrir un TCA, en primera instancia debe presentar conductas alimentarias de riesgo (CAR), las cuales hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA. Otro término utilizado es el de conducta alimentaria disfuncional, que significa una alimentación no funcional y sin regulación normal. Ambos términos se utilizan de manera intercambiable y anteceden y caracterizan al TCA (Celis, Hunot, Vásquez, Vizmanos, 2008).

En este sentido, Saucedo-Molina y Unikel (2010), indican que las CAR son conductas características de los trastornos de conducta alimentaria que se realizan con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal.

Las CAR no se consideran patologías, sino desviaciones de la conducta alimentaria de un individuo que se presentan como un continuo entre una alimentación normal y la presentación de un TCA. Las CAR no llegan a cubrir todos los requisitos para clasificar como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), y por lo tanto tampoco como un TCA, sin embargo, pueden tener el mismo origen psicológico, biológico o social y, si no son detectados y abordados oportunamente, pueden llegar a magnificarse, acumularse y constituirse finalmente como un TCA, con todas las consecuencias que éstos tienen a nivel físico, psíquico y emocional (Celis, Hunot, Vásquez, Vizmanos, 2008).

Se ha sugerido que los TCA se pueden expresar como formas leves o incipientes (que en este caso llamaríamos CAR) y que aquellos sujetos que presentan todos los criterios diagnósticos señalados por la DSM-IV-TR, quizá representan un punto extremo de un continuo (Celis, Hunot, Vásquez, Vizmanos, 2008).

En la Figura 1 se observa un diagrama que presenta estas alteraciones de conducta, de acuerdo a los niveles de gravedad. Se plantea que a mayor presencia de CAR, mayor es la gravedad presentada por el individuo y mayor el riesgo de desarrollar un TCA. Los números en el diagrama corresponden a diferentes grados de presentación de conductas alimentarias y son señalados como los colores de un semáforo donde en color rojo, en este caso, lo más oscuro, las TCA's indican el máximo grado de gravedad (Celis, Hunot, Vásquez, Vizmanos, 2008). Los niveles de gravedad presentados en la figura son los que se presentan a continuación.

1. Normalidad: Situación del sujeto en donde presenta algunas conductas señaladas como alteraciones de la conducta alimentaria (ACA) con menor frecuencia que aquella definida como ACA. Ej: sujetos que se preocupan “rara vez” si suben de peso.

2. Probable alteración de la conducta alimentaria (ACA): Presencia de una conducta que podría ser una ACA, sin embargo, al desconocer los motivos por los cuales lo lleva a cabo, no se puede definir como tal. Ej: “preocupación excesiva por el consumo de grasas” o “cortar los alimentos en pedazos muy pequeños”.

3. ACA: La presencia de una conducta señalada en la definición de ACA, con una frecuencia determinada. Ej: “siempre o muy a menudo eliminas alguna comida para bajar de peso”.

4. Sumatoria de ACA: Es la presencia de más de una ACA. A mayor presencia de un número de ACA, mayor sería la posibilidad de presentar un Trastorno alimentario no especificado (TANE).

5. TANE: Criterios cubiertos específicamente por el DSM-IV-TR.

6. Sumatoria de TANE: No es ni AN, ni BN, pero sí presenta TANE o son casos que se conocen como subclínicos, o tal vez presente un número importante de ACA, que pudieran agravarse a TCA.

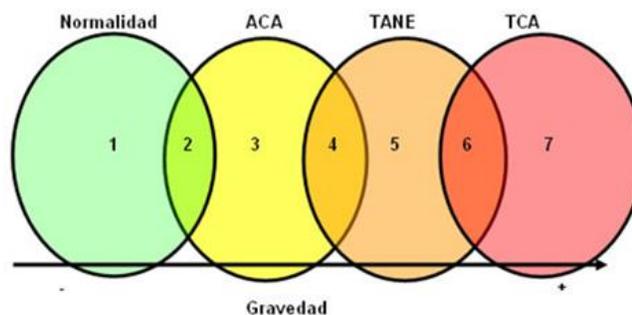


Figura 1. Presentación de conductas alimentarias de acuerdo a grados de gravedad (Celis, Hunot, Vásquez, Vizmanos, 2008).

En el presente estudio, se va a trabajar específicamente con las CAR, las cuales se pueden presentar en cualquier población y, con esta investigación se busca verificar qué variables influyen en la aparición de CAR con el fin de la prevención de trastornos alimentarios.

Según García (2007), dentro de las conductas alimentarias se consideran una serie de aspectos para llegar a clasificar las mismas como conductas alimentarias de riesgo, dentro de las cuales se encuentran: (a) comer compulsivamente; (b) preocupación por el peso y la comida; (c) conducta alimentaria normal; (d) conducta alimentaria de compensación psicológica; (e) dieta crónica, restringida; (f) sexo y (g) edad.

Saucedo-Molina y Unikel (2010), entienden conductas alimentarias de riesgo como manifestaciones conductuales de los trastornos de conducta alimentaria que se realizan con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal; las cuales se pueden dividir en: (a) conductas purgativas: episodios caracterizados por la implementación de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc., con el fin de bajar de peso; (b) conductas compensatorias: se refieren a los distintos métodos que se utilizan las personas para compensar el atracón y; (c) los atracones: se ingiere una gran cantidad de alimento en poco tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos u otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física.

Específicamente, APA (2002), entiende comer compulsivamente como una conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido. Así mismo, García (2007), postula que la preocupación por el peso y la comida se presenta cuando existe en la persona la presión por ser más delgado o bien se tiene

insatisfacción con el cuerpo; lo que generalmente ocasiona que la persona presente mayor atención a los alimentos que consume, lo cual se da con mayor incidencia en las mujeres. La conducta alimentaria normal, por su parte, es entendida como la conducta que se ve influida por factores ajenos a la persona más que por las necesidades del individuo, o por el valor nutricional y las características específicas de un alimento.

Cuando la persona realiza conductas alimentarias inapropiadas, relacionadas con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras, se da paso a las llamadas conductas alimentarias de compensación psicológica; mientras que, Gómez, Peresmitré y Ávila (citado en García, 2007) postulan que la conducta de presentar una tendencia repetitiva de autoprivación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal se le denomina dieta crónica o restringida.

Por otro lado, Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos (2008) proponen que el concepto de CAR se divide en tres categorías generales: (a) alteraciones relacionadas con la alimentación, (b) prácticas erróneas de control de peso y, (c) alteración de la percepción de la imagen corporal, que traen como consecuencia una variación del comportamiento alimentario habitual de una persona.

Las alteraciones relacionadas con la alimentación se exhiben de la siguiente manera: atracarse, eliminar tiempos de comida, comer compulsivamente, preocuparse excesivamente por el contenido calórico de los alimentos, por la preparación de los alimentos, por los tipos de alimentos, presentar actitudes erróneas frente a la realización de comidas, evitar comer con miembros de la familia o amigos, esconder la comida, tirar los alimentos, comer en las noches, entre otros (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

Las prácticas erróneas del control del peso, comprenden: Estar a dieta, dietas mágicas, dietante compulsivo, dietante crónico, vómito autoinducido, uso de medidas purgativas, ayuno, decir que no se tiene hambre, decir que ya comió, miedo a la ganancia de peso, frecuencia excesiva en la medición del peso corporal, ejercicio desmedido (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008). Por último, la alteración de la imagen corporal vendría siendo la distorsión de la autoimagen del cuerpo, y en consecuencia alteración de la conducta alimentaria (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

Existen diversas posturas teóricas que han intentado proporcionar una explicación a la etiología de las CAR. Primeramente, se encuentran las teorías biológicas, donde se propone que la conducta alimentaria de riesgo o alterada es producto de posibles determinantes genéticos que llevan a un grado de vulnerabilidad biológica. Además, los factores biológicos pudieran ser mediados por factores endocrinológicos al inicio de la adolescencia involucrados en el crecimiento y desarrollo en esta etapa de la vida (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

Osorio, Weisstaub y Castillo (2002) proponen que el cuidado de las conductas alimentarias se debe realizar desde las primeras etapas de la vida; postulan que en el medio existen puntos críticos de alimentación infantil en los cuales se pueden hacer evidentes el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria; entre ellos se encuentran: establecimiento de lactancia materna, cambio de alimentación materna exclusiva a artificial o materna más artificial, introducción de la primera alimentación sólida, autoalimentación con la manochara, suspensión de la tercera mamadera, cambio de consistencia en la papilla, incorporación a la comida del hogar y a la mesa y percepción materna de normalidad de la alimentación infantil.

Los cambios físicos que se asocian con la adolescencia son el aumento de la masa grasa en mujeres y el aumento de la masa muscular en hombres.

Sin embargo, en etapas prepuberales puede existir una tendencia al sobrepeso, tanto en mujeres como en hombres. Esto ocasiona motivaciones para iniciar restricciones alimentarias y una disminución del peso durante este periodo, considerado de preparación para el rápido crecimiento lineal asociado con la pubertad (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos (2008) postulan que durante la adolescencia se ha observado que tanto mujeres como hombres presentan una gran preocupación por su peso corporal debido a los notables cambios físicos ligados al crecimiento y desarrollo que llevan a modificaciones en la composición corporal del adolescente, y que por lo general se presentan con algún grado de sobrepeso. La adolescencia se caracteriza por cambios psicológicos como baja autoestima, necesidad del reconocimiento de pares, búsqueda de la independencia de los padres, entre otros, que causan una presión social sobre el joven. Estos cambios pueden llevar al desarrollo de una serie de conductas alimentarias alteradas, como método para contrarrestar el desarrollo fisiológico característico de la edad.

En la actualidad no se encuentra suficiente información que corrobore los postulados presentados por las teorías biológicas. Sin embargo, el comportamiento dietético que presenta un individuo al atravesar por la serie de cambios físicos y biológicos mencionados anteriormente es un importante factor de riesgo en la patogenia de las conductas alimentarias de riesgo (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

Por su parte, posturas psicoanalíticas, sugieren que los conflictos intrapsíquicos que se generan a partir de experiencias tempranas y familiares, pueden generar una predisposición psicológica a conductas alimentarias de riesgo. Además, la dinámica familiar tiene un efecto tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de estas conductas. Se ha observado que en las familias de pacientes con CAR emiten generalmente mensajes confusos a sus hijos, son

padres sobreprotectores y controladores que pueden evadir la expresión de la emoción y el cariño (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

De la misma manera, los modelos psicosociales han encontrado que las presiones sociales tienen una influencia sobre el comportamiento dietético de una persona, encontrando mayor prevalencia de alteraciones en la alimentación en poblaciones con mayores presiones hacia el “ser delgado”, tales como mujeres, sociedades occidentalizadas y profesiones de “alto riesgo” como bailarinas o modelos. La tendencia a iniciar una dieta se suscita generalmente como respuesta a una presión social hacia lograr una figura corporal esbelta, que es el concepto de belleza que se ha venido manejando durante las últimas décadas, a través de los medios de comunicación (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

El ideal de belleza femenina se ha encontrado como aspecto primordial de la esencia de la feminidad, atletas femeninas, mejoramiento del desempeño deportivo y artístico, proliferación de las expectativas en el rol de la mujer, la “súper” mujer como ideal femenino, así como las múltiples campañas de publicidad. Se dice que los hombres están menos influenciados por las presiones culturales actuales que las mujeres. Entre los hombres el grupo más vulnerable lo representa los homosexuales (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008).

El ideal estético corporal que predomina en la actualidad propone que "ser bella es igual a ser delgada", lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal. Así, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas (Behar, 2010).

Por otro lado, la obsesión de la cultura occidental de “ser delgado”, refuerza la motivación psicológica, de esto, diversos autores han postulado que la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma es uno de los factores que se encuentra altamente relacionado con conductas alimentarias de riesgo (Celis, Hunot, Vázquez y Vizmanos, 2008). Cruz y Maganto (2002) postulan que la distorsión y la insatisfacción de la imagen corporal se dan con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el sexo masculino, cuestión que se podría explicar en base al “ideal de belleza” que reina en la cultura occidental mencionado anteriormente.

Amaya y Troncoso (2009), interpretaron la percepción de 30 estudiantes universitarios de las condiciones que el entorno familiar, social y plantel educacional ejercían en sus conductas alimentarias; la muestra estuvo compuesta por estudiantes de pregrado de una universidad de Chile, con al menos un año de curso en la misma y mayores de 18 años. Las estrategias que utilizaron para recabar la información se correspondieron con entrevistas individuales y grupo focal. Las preguntas aplicadas se basaron en el desarrollo del discurso en donde se generó la percepción de estos estudiantes sobre las influencias de su familia, amigos de la universidad y establecimiento de educación superior en sus conductas alimentarias.

Los resultados obtenidos reflejaron que en cuanto a la percepción de las conductas alimentarias, el total de la muestra percibió que sus conductas alimentarias eran inadecuadas, entendiendo éstas como la manera en que una persona come o se alimenta; esta inadecuación en cuanto a las conductas, la mayoría se la atribuyó a falta de disponibilidad de tiempo para cumplir con horarios de alimentación en el plantel universitario o a la falta de hábitos en la incorporación de horarios de alimentación. Por otro lado, en cuanto a los factores o las variables que podrían influir de forma negativa en las conductas alimentarias de los estudiantes, la mayoría de éstos atribuyó que el estrés o el estado anímico que provocaban situaciones estresantes durante la etapa

académica podrían incidir en éstas. Así mismo, para todos los entrevistados la familia influía de forma positiva en las conductas alimentarias que estos tuvieran; al mismo tiempo, consideraron que la situación económica de cada grupo familiar influía en la forma de alimentarse, favoreciendo o perjudicando la calidad alimentaria que estos presentaban (Amaya y Troncoso, 2009).

Los sujetos percibieron como entorno social a sus pares, y reflejaron que éstos influían en la forma en cómo se alimentaban en el sentido que, el tipo de comida y la forma en que consumían estos alimentos era similar a la de sus pares. La mayoría de los entrevistados percibieron que la universidad influía en sus conductas alimentarias. Alguna de las respuestas dadas por los estudiantes mencionaba la falta de información para mantener o realizar una alimentación saludable dentro del campus universitario (Amaya y Troncoso, 2009).

Los hallazgos permiten suponer que existen determinados grupos/organizaciones que las personas perciben que podrían actuar como influencias positivas o negativas sobre las conductas alimentarias; la familia, amigos y el instituto universitarios son algunas de ellas. El continuar investigando sobre las variables que actúan como factores negativos en presentar conductas alimentarias de riesgo, permitiría lograr trabajar en la prevención de este tipo de conductas.

Una de las variables asociadas a las conductas alimentarias de riesgo que más han sido estudiadas corresponde con la insatisfacción con la imagen corporal. Según Raich, Torras y Figueras (citado en Raich, 2004), la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación al propio cuerpo. Por su parte, Schilder (citado en Raich, 2004) postula que la imagen corporal es la figura del propio cuerpo ubicada en la mente, es decir, la forma en la cual el cuerpo se encuentra representado; en esta afirmación se ve implicada la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia física real, y se

resalta además, la importancia de las actitudes y las valoraciones que el individuo hace de su cuerpo (Perpiñá y Baños, 1999; citado en Raich, 2004).

Baile (2003), hace referencia al hecho de que la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como emociones, pensamientos y conductas asociadas. Rivarola (2003) postula que la imagen corporal se entiende como una representación mental del cuerpo, que se va gestando durante la niñez, y es en la adolescencia, donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo.

Fairburn y Garner (citado en Mancilla y Gómez, 2006), señalan que los trastornos en la imagen corporal pudieran llegar a desencadenar futuros trastornos de tipo alimentario, argumentando que las conductas y actitudes alimentarias anormales en dichos desórdenes pueden ser secundarios a una excesiva preocupación por el peso y la forma del cuerpo. Así mismo, mencionan que los trastornos de la imagen corporal se muestran como uno de los predictores más importantes de la exigencia de las anomalías alimentarias, y quizá, constituyan un factor de riesgo para su desarrollo.

El concepto más global de la imagen corporal, y que se toma en cuenta en la presente investigación, integra aspectos cognitivos, afectivo-emocionales y comportamentales. Dentro de los aspectos cognitivos se encuentra la imagen corporal como percepción de la imagen corporal, es decir, la imagen corporal, está influenciada por percepciones distorsionadas o no, que hace un individuo acerca de su apariencia corporal o física, en términos de adecuación o distorsión de la realidad física (Cruz y Magnato, 2002).

El segundo aspecto, afectivo-emocional, íntimamente ligado al primero, aporta connotación de satisfacción e insatisfacción, dicha representación mental

de la apariencia física contiene factores emocionales ligados a la percepción del propio cuerpo. En cualquier caso, ambos parecen estar implicados en la determinación de conductas alimentarias de riesgo (Cruz y Magnato, 2002).

El tercer aspecto, comportamental, hace alusión a las acciones o comportamientos que realiza una persona debido a una distorsión en su percepción e insatisfacción corporal (Cruz y Magnato, 2002). Por ejemplo, evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo (Thompson, 1990).

Es importante destacar que, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar sobre cuál aspecto de la imagen corporal se está considerando alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la percepción imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo.

Algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas en su imagen corporal y otros autores señalan que no. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal que hace que la misma se distorsione (Cruz, Rodriguez y Salaberria, 2007).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas que se presentan por distorsión de la percepción en la imagen corporal e insatisfacción con la misma son: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser

patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes (Sepúlveda, Botella y León, 2001).

Las consecuencias de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre auto-estima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, entre otros, de forma reiterada y con demandas irracionales (Sepúlveda, Botella y León, 2001).

En varios estudios, se ha encontrado que la percepción de la imagen corporal, específicamente, la insatisfacción con la imagen corporal, se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo debido al peso o tamaño del cuerpo, y más específicamente, con las nalgas, cintura, muslo y cadera (partes relaciones con expectativas de maduración sexual y social). Es por esto, que al estar centrada la atención en el peso; los pensamientos y las conductas se encuentran centrados en los medios para ser delgado, específicamente en la realización de dietas, uso de laxantes, purgantes, ejercicios físicos específicos y la evitación de situaciones (Cruz, Rodríguez y Salaberria, 2007).

Merino, Pombo y Godás (2001) realizaron un estudio en donde buscaban describir la relación observada entre las actitudes alimentarias de una muestra de adolescentes españoles y, variables como, el sexo, el peso, la percepción corporal propia, la satisfacción corporal, la preocupación por el peso y la dieta. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 220 sujetos, hombres y mujeres, elegidos al azar, con edades comprendidas entre los 16 y 27 años, estudiantes de instituciones públicas de la provincia de Coruña.

Se les administró a los sujetos dos cuestionarios para evaluar las variables a medir, éstos fueron: The Eating Attitude Test (EAT – 40) el cual se encarga de detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, y el

Cuestionario personal de imagen corporal; el cual se encarga de recoger información sociodemográfica e información sobre el peso, alimentación y percepción corporal propia, del mismo modo se midió el índice de masa corporal de cada sujeto (IMC). Se obtuvo que no existían diferencias significativas en las variables procedencia, ni nivel socioeconómico, en función de la variable sexo; la puntuación media total del EAT-40 fue de 12,48 puntos, es decir, una presencia moderada de actitudes alimentarias anómalas con una desviación típica de 9,75 donde las mujeres obtuvieron una puntuación media (= 14,39; SD= 12,16) similar a la de los hombres (= 10,29; SD= 5,37), del mismo modo, las personas que procedían de un medio urbano obtuvieron puntuaciones parecidas en dicho cuestionario que las personas que procedían de un medio rural (= 13,09; SD= 9,62 y = 12,15; SD= 9,48 respectivamente), así mismo, las personas que tenían un ingreso socioeconómico más alto tenían puntuaciones similares en comparación a las personas con niveles socioeconómico medio y bajo (= 11,03; SD= 13,33 , = 11,10; SD= 8,50 y = 16,54; SD= 10,39 respectivamente) (Merino, Pombo y Gódas, 2001).

En lo que se refiere a la percepción corporal propia, se encontró que los sujetos que pensaban o se percibían a sí mismos como muy obesos (=40), bastante obesos (=24,95) y ligeramente obesos (=14,67) tenían puntuaciones medias en el EAT-40 superiores a la de los sujetos que se percibían normal (= 12,18), ligera (= 9,20) y bastante (=12,18) delgados. Sin embargo, los sujetos que se percibían como muy delgados presentaron puntuaciones muy elevadas en el EAT-40, lo cual parece indicar que estos sujetos tenían mayor riesgo de presentar un patrón de conductas alimentarias desorganizado. Del mismo modo, los sujetos que se sentían más satisfechos con su cuerpo y con su apariencia física presentaron puntuaciones inferiores en comparación a los sujetos que se sentían menos satisfechos con su cuerpo (= 10,70; y =25,29) y satisfacción corporal (= 9,92; y = 25,50) (Merino, Pombo y Gódas, 2001). Los sujetos que se habían sometido alguna vez a una dieta restrictiva o los sujetos que se sometían a dietas frecuentemente, obtuvieron puntuaciones más altas

en el EAT- 40 que los sujetos que nunca lo habían hecho o que no recurrían a dietas ($X= 42,75$; $SD= 21,23$ y $X= 10,89$; $SD= 6,68$) (Merino, Pombo y Gódas, 2001).

Se halló entonces, una relación positiva entre el agrado o desagrado de la apariencia física y la satisfacción corporal, mostrando una tendencia por parte las mujeres por preocuparse en mayor medida por la dieta y la apariencia física en comparación a los hombres; dicha preocupación influye en la auto-valoración de su apariencia corporal. Del mismo modo, también se encontró que las mujeres se percibían como obesas, insatisfechas con su cuerpo y apariencia física y expresaban un deseo por estar más delgadas en mayor medida que los hombres. Así mismo, los autores comprobaron que cuanto más insatisfecho se sentía el sujeto con su cuerpo y apariencia física, se percibía más obeso, aumentaba su historia y frecuencia en dietas restrictivas al igual que su deseo de adelgazar, todo esto con predominio en la población femenina, lo cual permite suponer la importancia de la cultura occidental y los modelos estéticos corporales en la estimulación y mantenimiento de los TCA (Merino, Pombo y Gódas, 2001).

En la misma línea, Acosta y Gómez (2002) realizaron un estudio descriptivo transversal en donde evaluaron la relación existente entre la insatisfacción corporal y el seguimiento de dieta en adolescentes de España y México. La muestra estuvo compuesta por 770 adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, estudiantes de educación secundaria y universitaria que acudían a instituciones públicas, hombres y mujeres.

Se les aplicaron algunas de las escalas del Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Peresmitré (1993, 1999) que evalúa los siguientes aspectos: (a) sociodemográficos (edad y nivel académico), (b) satisfacción-insatisfacción con imagen corporal propia y (c) conductas alimentarias de riesgo que presentaban los sujetos. Se utilizó una escala visual compuesta por 9 siluetas

(de hombres o de mujeres según el caso) que cubrían un continuo de peso corporal que va desde figuras muy delgadas (puntuación=1 y 2), delgadas (puntuación=3 y 4) hasta figuras gruesas (puntuaciones=6 y 7) y muy gruesas u obesas (puntuación=8 y 9) pasando por una de peso normal (puntuación=5). Cuanto mayor era la diferencia resultante mayor era la insatisfacción. Una diferencia positiva indicaba la insatisfacción que el adolescente sentía porque deseaba estar más delgado mientras que una negativa es la insatisfacción que se sentía porque se deseaba estar más grueso, y una diferencia igual a cero se interpretaba como satisfacción (Acosta y Gómez, 2002).

En lo que se refiere a la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal los resultados mostraron que los porcentajes más bajos fueron los correspondientes a satisfacción. En los grupos mexicanos se encontraron porcentajes menores (30% en mujeres y 22% en hombres) que en los grupos españoles (32% en mujeres y 36% en hombres). De esta manera resultaron porcentajes altos de insatisfacción (entre un 64% a un 78), es decir, tanto en la población mexicana como en la población española los sujetos se encontraban en mayor medida insatisfechos con su imagen corporal que satisfechos con la misma (Acosta y Gómez, 2002).

Del mismo modo, se pudo apreciar que la insatisfacción de los hombres de ambas culturas fue negativa (-0,09 en España, y -0,10 en México), ya que deseaban estar más robustos; mientras que la de las mujeres fue positiva y más alta (0,71 en España y 0,60 en México), es decir, deseaban estar más delgadas. Encontrándose que estas diferencias entre los sexos fueron significativas ($F(1,665) = 33,576$; $p = 0,000$). En lo que se refiere a las dietas restrictivas se obtuvo diferencias significativas sólo para el efecto principal sexo ($F(1,737) = 11,524$; $p=0,001$). Las mujeres presentaron mayor seguimiento de dieta crónica y restrictiva (= 1,54) que los hombres (= 1,38) (Acosta y Gómez, 2002).

De acuerdo a los resultados se puede afirmar que fue más alto el porcentaje de adolescentes insatisfechos que satisfechos con su imagen corporal, se observaron significativamente más mujeres insatisfechas que hombres, y dicha insatisfacción fue diferente según el sexo, pues la de los hombres se debió a que querían estar más fornidos, con músculo (no con grasa), mientras que las mujeres querían estar más delgadas, independientemente del peso real que tenían. Con respecto al factor de dieta crónica y restrictiva se encontró que la diferencia significativa se relaciona con el sexo y que son las mujeres, sin importar de qué cultura, las que más se preocupaban (por cualidad y cantidad de comidas) por llevar a cabo un régimen alimentario restrictivo (Acosta y Gómez, 2002).

Por su parte, Benedito, Perpiñá, Botella, y Baños (2003) estudiaron la imagen corporal y la restricción alimentaria en adolescentes con el propósito de explorar las relaciones existentes entre sus esquemas acerca de la apariencia y actitudes restrictivas, así como la preocupación por el peso y la dieta.

La muestra estuvo conformada por 373 adolescentes de diversos institutos y escuelas de Valencia-España, de los cuales 310 fueron mujeres y 63 fueron varones, con edades comprendidas entre los 14 a los 22 años a los cuales se les aplicaron el Inventario sobre los Esquemas acerca de la apariencia (ASI), el cual evalúa el componente cognitivo de la imagen corporal; concretamente, se centra en la existencia de creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que ésta tiene en la vida de una persona; y la Escala de restricción (RS), autoinforme que evalúa las fluctuaciones de peso, el grado de restricción y las actitudes hacia el peso y la comida (Benedito, Perpiñá, Botella, y Baños, 2003).

El análisis de las asociaciones entre las puntuaciones del ASI y del RS, arrojaron que en todos los casos las correlaciones fueron positivas y significativas al nivel 0,01, teniendo en cuenta que la subescala de la RS que

más contribuyó a la correlación fue la de “implicación y preocupación por hacer dieta”. La media de la puntuación obtenida en el ASI por el grupo de 51 adolescentes restrictivos (aquellos que obtuvieron una puntuación igual o superior a 16 en el RS) fue significativamente superior a la que obtuvieron los 322 adolescentes no restrictivos (28 frente a 18; $S= 9$ y 8 , respectivamente) ($t(371) = -7,8$; $p < 0,0001$) (Benedito, Perpiñá, Botella, y Baños, 2003).

Finalmente, dado que la edad de la muestra cubría un rango muy amplio (de 14 a 22 años) ésta se dividió en 3 grupos de edad. Se realizó un análisis de varianza encontrando diferencias significativas en las medias de puntuación del ASI observándose que los más jóvenes eran los que obtenían mayor puntuación ASI. Es decir, la representación por edades que son restrictivas según el RS fue de 15% en el grupo de 14 a 16 años, el 17% en el grupo de 17 a 19 años y el 10% en el grupo de 20 a 22 años. Esto indica que, al parecer en los últimos años de la adolescencia disminuye la presencia de conductas restrictivas.

Así, Benedito, Perpiñá, Botella, y Baños (2003) concluyeron que aquellas personas que presentan comportamientos anómalos alimentarios (dietas restrictivas con objeto de perder peso), una imagen corporal alterada y una intensa insatisfacción corporal pueden ser incluidos dentro del grupo de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria; así mismo, las personas que tienen menor edad, mayor rigidez y esquematismo respecto a la imagen corporal tienen una mayor necesidad de hacer dieta para controlar el aspecto físico.

Así mismo, Rivarola (2003) llevó a cabo un estudio con el fin de fundamentar el valor predictivo y clínico del diagnóstico de trastorno alimentario en relación con la distorsión de la imagen corporal. Se trabajó con una muestra de 120 adolescentes mujeres, divididas en dos grupos, pertenecientes a instituciones educativas de nivel medio y universitario en Argentina, con edades

comprendidas entre los 12 y 14 años (grupo 1) y entre los 18 y 20 años (grupo 2); las cuales no presentaban diagnóstico médico de trastornos alimentarios.

Se les aplicaron dos instrumentos de medida: 1) Inventario de Desórdenes Alimentarios- EDI-2 de Garner y Olmstead (1993), el cual identifica problemas alimentarios en la población general, características cognitivo-conductuales de la anorexia y la bulimia nerviosa, y se encuentra conformado por 11 escalas: I tendencia a adelgazar; II bulimia; III insatisfacción con la imagen corporal; IV ineficacia; V perfeccionismo; VI conciencia interoceptiva; VII ascetismo; VIII impulsividad; IX desconfianza interpersonal; X miedo a la madurez y XI inseguridad social, y 2) cuestionario sobre el esquema corporal de Cooper- BSQ (1987) que se encarga de medir la insatisfacción corporal, el miedo a engordar, la autoestima y el deseo de perder peso (Rivalora, 2003).

El grupo de 12 y 14 años presentó valores promedio por debajo de la mediana en las escalas: Tendencia a adelgazar (I), Bulimia (II), Ineficacia (IV), Perfeccionismo (V), Conciencia Interoceptiva (VI), Ascetismo (VII), Impulsividad (VIII), Desconfianza Interpersonal (IX) e Inseguridad Social (X); y por encima de ésta en las escalas de Insatisfacción con la imagen corporal (III) y Miedo a la Madurez (X) (rango: 0-27, media: 10,5; rango: 0-24, media: 13,7, respectivamente). Mientras que en el grupo de 18 y 20 años, se observó que los valores medios que estaban por debajo de la media fueron: Tendencia a Adelgazar (I), Bulimia (II), Ineficacia (IV), Perfeccionismo (V), Conciencia Interoceptiva (VI), Ascetismo (VII), Impulsividad (VIII), Desconfianza Interpersonal (IX), Miedo a la Madurez (X) e Inseguridad Social (XI); por su parte, los valores que se encontraron por encima de la mediana fueron los valores de la escala de Insatisfacción con la Imagen Corporal (III) (rango: 0-27, media: 13,9). Se puede observar que el miedo a la madurez presentó los valores más elevados en las adolescentes menores, mientras que la insatisfacción con la imagen corporal resultó ser el rasgo más relevante en ambos grupos de adolescentes (Rivalora, 2003).

Tras la aplicación de una prueba t para muestras independientes se encontró la existencia de diferencias significativas en el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI-2) en las subescalas de Bulimia (II) e Insatisfacción con la Imagen Corporal (III), hallándose mayor puntuación en el grupo de 18 a 20 años en relación al grupo de 12 a 14 años ($p < 0,01$). Así mismo, se encontró que en el grupo 2, las características psicológicas que posee dichos sujetos estarían relacionadas a la falta de control en la ingesta como estrategia de afrontamiento a situaciones ansiosas, y la búsqueda de conductas compensatorias con el fin de controlar el peso corporal, manifestando insatisfacción, con la totalidad, o partes, de la propia imagen corporal. En lo referente a la puntuación obtenida en el BQS, se encontró una diferencia significativa ($p < 0,01$) indicando mayor valor en el grupo 2, lo cual indica que en el grupo de adolescentes mayores se confirman más trastornos en la dimensión de insatisfacción con la imagen corporal (Rivalora, 2003).

A nivel general se puede concluir que en ambos grupos de adolescentes, éstos presentaron sentimientos de incapacidad general e inseguridad, los cuales se vieron relacionados con una pobre autoestima, miedo a la madurez y percepción errónea o confusa en el reconocimiento de estados emocionales. Todos estos factores se encuentran relacionados estrechamente con la insatisfacción con el propio esquema corporal. De igual manera, se encontró que los factores que más estrechamente se relacionaban a la dimensión de los trastornos alimentarios fueron los indicadores de insatisfacción con el propio cuerpo y la tendencia a adelgazar. También, apareció en ambos grupos, la idea sobrevalorada del control del peso corporal, las conductas dietantes y el miedo a engordar. Todos estos elementos se encuentran presentes en la mayor parte de los trastornos alimentarios.

Como se ha venido presentando, el estar satisfecho/insatisfecho con la percepción de la imagen corporal es gran importancia a la hora de estudiar el

desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo. A nivel general, se ha encontrado que el estar insatisfecho con la percepción de la imagen corporal puede conducir a las personas a alterar sus conductas alimentarias, encontrándose con mayor frecuencia que la población que presenta mayor insatisfacción con la imagen corporal son las mujeres, buscando alcanzar la imagen corporal que se tiene idealizada, o que la sociedad, gracias a sus varias influencias, les empuja a tener.

Otro de los factores asociados con la ocurrencia de las CAR es el índice de masa corporal, de Quetelet (IMC) el cual se entiende como el auto-reporte de la fracción entre el peso en kilogramos y la altura al cuadrado de cada individuo (Merino, Pombo y Godás, 2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una clasificación del IMC en donde tipo A es bajo peso ($< 18,5$), tipo B es normal ($18,5-24,9$), tipo C es sobrepeso ($25-29,9$), tipo D es obesidad G I ($30-34,9$), tipo E es Obesidad G II ($35-39,9$) y tipo F es Obesidad G III (> 40) (Aux, Espinoza, Giraldo, Fandiño y Martínez, 2007).

Se ha encontrado una tendencia en adolescentes y jóvenes que indica que a mayor IMC mayor CAR (Saucedo-Molina y Unikel, 2010). Específicamente se ha encontrado una mayor incidencia en adolescentes y jóvenes del sexo femenino en dicha relación.

Cruz y Magnato (2002), llevaron a cabo un estudio empírico con el fin de estudiar las alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 200 adolescentes de 14 a 17 años, 104 chicos y 96 chicas de clase media-alta, de una zona urbana y con buen rendimiento académico. Se utilizaron el IMC, el EAT y el Test de Siluetas (TS): Figuras femeninas adaptadas del Test de Siluetas de Bell, Kikpatrick y Rinn, y figuras masculinas diseñadas por Del Río, Magnato y Roizm el cual consiste en 8 figuras femeninas y 8 figuras masculinas que incrementan progresivamente su figura corporal con relación al incremento de peso, de las

cuales se les realiza una serie de preguntas al sujeto referentes a cuál de las siluetas les parece más atractiva y, con cuál de las siluetas se siente más identificado.

Se encontró que prácticamente el 40% de los sujetos varones elegían la silueta correspondiente a su IMC, en el caso de las chicas esto se observó en un porcentaje inferior del 8%. Del 60% de los chicos que presentaron distorsión entre imagen real y percibida, en un 35% se debió a que elegían siluetas correspondientes a IMC superiores y un 25% elegían siluetas correspondientes a IMC inferiores. En el caso de las chicas, la distorsión de la imagen corporal alcanzó el 92% de los sujetos, y en un 90% se debió a la elección de siluetas correspondientes a IMC superiores al suyo.

En cuanto a la insatisfacción de la imagen corporal, nuevamente se observaron diferencias por el sexo. El porcentaje de chicos satisfechos fue mayor al porcentaje de chicas (54% frente al 33%). Lo mismo sucedió cuando la insatisfacción de la imagen corporal se debe al deseo de estar más gordo (22% de chicos, 7% de chicas). Sin embargo el porcentaje de chicas fue bastante superior al de los chicos cuando la insatisfacción se derivó del deseo de estar más delgado (60% chicas, 23% chicos).

Los resultados del análisis de regresión indicaron que las variables que significativamente explicaban las variaciones del EAT fueron únicamente la insatisfacción y el IMC; en conjunto explicaron el 21% de la varianza de EAT. De estos resultados se puede concluir que cuanto más insatisfecho con la percepción de la imagen corporal esté un sujeto, presentará mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario. Así mismo, cuanto menor sea el índice de masa corporal, también será mayor el riesgo de tener problemas con la alimentación. Y cuando ambas circunstancias se den de forma conjunta el riesgo de dicho trastorno se incrementará.

Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003), llevaron a cabo una investigación para evaluar comportamientos alimentarios e imagen corporal. Realizaron un estudio transversal en el cual se le aplicó a 482 estudiantes universitarios (67,4% mujeres y 32,6% hombres) elegidos aleatoriamente de los primeros cursos de las escuelas y facultades de una Universidad de España el Inventario de los Trastornos de Comportamiento Alimentario (EDI) (evalúa las características conductuales y cognitivas de la anorexia y la bulimia nerviosa) y el Cuestionario sobre el Comportamiento Alimentario (identifica variables sobre los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos de DSM-IV), del mismo modo se evaluaron una serie de variables antropométricas (peso, altura, peso máximo alcanzado con la altura actual, peso mínimo alcanzado con la altura actual, peso máximo que el sujeto podría aceptar, peso ideal e índice de masa corporal).

Se halló que a un mayor índice de masa corporal se asociaba a una menor distorsión de la imagen corporal ($p < 0,05$) ($r = -0,28$; $p < 0,01$) y a un mayor deseo de pesar menos ($r = 0,32$; $p < 0,01$). Se encontraron diferencias en lo referente a la variable sexo; las mujeres puntuaron menor en todas las variables antropométricas medidas en comparación a los hombres: menor peso ($t = 19,12$; $p < 0,001$), menor estatura ($t = 18,94$; $p < 0,001$), menor índice de masa corporal ($t = 8,44$; $p < 0,001$), menor peso máximo que habían alcanzado con su altura actual ($t = 15,35$; $p < 0,001$), el peso mínimo alcanzado con su altura actual ($t = 19,41$; $p < 0,001$), el peso máximo que podrían aceptar ($t = 21,30$; $p < 0,001$) y su peso ideal ($t = 27,18$; $p < 0,001$) (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández 2003).

Así mismo, la mayoría de las mujeres y todos los hombres no presentaron distorsión de su imagen corporal, sin embargo el 70% de las mujeres y el 52,8% de los hombres deseaban pesar menos y tenían miedo a ganar peso. Un mayor deseo de pesar menos se asociaba con mayor miedo a

volverse gordo ($r=0,38$; $p<0,01$), mayor índice de masa corporal ($r=0,32$; $p<0,01$) y mayor frecuencia de dietas ($r=0,36$; $p<0,01$), encontrándose que el 38,7% y 19,1% de mujeres y hombres respectivamente, habían seguido alguna dieta en los últimos seis meses (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández 2003).

Del mismo modo, las sub-escalas de EDI se diferenciaron por sexo, teniendo que ver dicha diferencia con la preocupación por la imagen corporal y el peso; siendo las mujeres las que presentaron mayor impulso por adelgazar ($t= -4,52$; $p<0,001$), mayor conciencia interoceptiva ($t= -2,24$; $p <0,05$), mayor insatisfacción corporal ($t= -5,72$; $p<0,001$) y mayor ineficacia ($t= -3,15$; $p<0,01$). Tanto los hombres como las mujeres presentaron un nivel equivalente de bulimia, desconfianza interpersonal, perfeccionismo y miedo a la madurez (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández 2003).

Cruz, Murawski y Rutzstein (2011), compararon 83 mujeres con y sin riesgo de trastorno alimentario, en función de los factores o las características asociadas a dicha patología; específicamente midieron: Índice de Masa Corporal (IMC), insatisfacción (aspectos adaptativos y desadaptativos del perfeccionismo) y distorsión de la imagen corporal, conductas compensatorias inapropiadas, conducta dietante, actitudes y rasgos psicológicos asociados al trastorno alimentario; las mujeres tenían edades comprendidas entre los 19 y los 31 años, estudiantes de un instituto universitario de Argentinas; se dividió a la muestra en dos grupos: 11 con riesgo de trastorno alimentario y 72 sin riesgo de trastorno alimentario.

Para recolectar los datos, se administraron los siguientes instrumentos: (a) Cuestionario de datos, el cual tenía como fin recabar información como la edad, la talla, el peso actual y el peso deseado. También se indagó acerca de la realización de dietas, la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con la intención de bajar o mantener el

peso; (b) Contour Drawing Rating Scale (CDRS) de Thompson & Gray (1995), la cual evalúa el grado de satisfacción con la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener (figura deseada) y la que cree tener (figura percibida); (c) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) de Garner, (1991); adaptación Rutzstein et al. (2006), el cual evalúa la presencia de síntomas asociados con los trastornos alimentarios y; (d) Almost Perfect Scale Revised (APS-R) de Slaney et al. (2001); adaptación Arana et al. (2009) la cual es una escala autoadministrable conformada por 3 subescalas: altos estándares (evalúa la presencia de estándares elevados de desempeño), orden (evalúa la preferencia por el orden y la pulcritud) y discrepancia (evalúa el grado en que los sujetos se perciben a sí mismos como incapaces para alcanzar sus propios estándares de desempeño).

Los resultados obtenidos no arrojaron diferencias significativas entre las mujeres con riesgo de trastorno alimentario y las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario en cuanto a su peso [$t(81)=1,07$; $p=0,286$], a su altura [$t(81)=0,51$; $p=0,613$] ni a su IMC [$t(81)=0,86$; $p=0,390$]. Del mismo modo, tampoco se hallaron diferencias significativas entre los grupos en relación al peso deseado [$t(81)=-0,16$; $p=0,874$] ni a la diferencia promedio entre el peso deseado y el peso declarado [$t(11,40)=-1,86$; $p=0,089$]. Al evaluar la imagen corporal, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres en función del modo en el que se percibían ($U=374$; $p=0,761$), sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en el modo en el que deseaban verse ($U=183,50$; $p=0,002$), siendo las mujeres con riesgo de trastorno alimentario las que deseaban verse significativamente más delgadas. También, se estudiaron las diferencias promedio existentes entre la figura deseada y la figura percibida en ambos grupos; la diferencia entre ambas figuras fue significativamente mayor en las mujeres con riesgo de trastorno alimentario ($U=199,50$; $p=0,004$); las mujeres con riesgo de trastorno alimentario deseaban verse 2,18 figuras ($DE=1,60$) más delgadas de lo que se percibían, mientras que las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario deseaban verse 1,10 figuras ($DE=0,95$) más

delgadas de lo que se percibían. Al mismo tiempo, se observó que una proporción significativamente mayor de mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentaba un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal ($z= 2,40$; $p=0,016$).

En las subescalas del Eating Disorder Inventory-2 se encontró que las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentaban puntajes significativamente mayores en ocho de las once subescalas: Búsqueda de delgadez ($U=154$; $p=0,001$), bulimia ($U=154,50$; $p<0,001$), insatisfacción con la imagen corporal ($U=40,50$; $p<0,001$), ineficacia ($U=190,50$; $p=0,004$), desconfianza interpersonal ($U=250,50$; $p=0,041$), conciencia interoceptiva ($U= 222,50$; $p=0,017$), ascetismo ($U=137,50$; $p<0,001$) e inseguridad social ($U= 241$; $p=0,032$); a diferencia de las subescalas restantes (Perfeccionismo, Miedo a madurar e Impulsividad) en donde no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos (Cruz, Murawski y Rutzstein, 2011).

De los resultados presentados previamente, se pudo observar que en cuanto al peso, la altura, el IMC, el peso deseado y el peso reportado los sujetos no presentan diferencias significativas, sin embargo, al evaluar la imagen corporal se pudo observar que en lo que se refería al modo en que las personas deseaban verse, el grupo de mujeres con riesgo de presentar TCA reportaban desear verse más delgadas de forma significativa; del mismo modo, al evaluar la figura deseada y la figura percibida, este grupo de mujeres presentaron un alto grado de insatisfacción con la misma.

Lora-Cortez y De Jesús (2006), realizaron una investigación con una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México, la cual tenía como fin analizar la distribución y relación que existía entre el IMC, conductas alimentarias de riesgo y percepción e insatisfacción con la imagen corporal; se utilizó una muestra no probabilística a conveniencia de 659 mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 45 años de edad, a las mismas se les aplicó una

sección del Cuestionario de Alimentación y Salud EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Factores Alimentarios), el IMC de los sujetos se midió a través de un auto-reporte de peso y talla.

Los resultados arrojaron que, en lo referente al IMC, el 1,1% de las mujeres reportó tener bajo peso, el 53,6% peso normal, 32,3% sobrepeso, 12,4% obesidad y 0,6% obesidad severa. En cuanto a la percepción de la propia imagen corporal, el 0,9% se percibió como muy delgadas, 15,3% como delgadas, 44,4% como normales, 32,6% con sobrepeso y 6,8% con obesidad. Del mismo modo, el 78,8% de las mujeres se encontraban insatisfechas con su imagen corporal, el 70,1% reportó querer ser más delgada y 8,7% ser más robusta; del mismo modo las conductas alimentarias de riesgo con mayores porcentajes fueron las compensatorias (17,3%) y comer compulsivamente (12%), mientras que el menor porcentaje fueron para las dietas restrictivas (5,5%) (Lora-Cortez y De Jesús, 2006).

Así mismo, se encontró que a mayor IMC mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo y a mayor edad, mayor insatisfacción con la imagen corporal. Además un 43% de mujeres que reportó sentirse satisfechas con su imagen corporal registró un IMC de bajo peso; contra 4% de las obesas, 39% de las mujeres con sobrepeso y 12% de las clasificadas con obesidad (Lora-Cortez y De Jesús, 2006).

Se puede concluir que al igual que en la población adolescente, en la población de mujeres adultas existen conductas alimentarias de riesgo, características de los trastornos alimentarios. Así mismo, a pesar de que los síntomas de forma aislada no son indicadores seguros del desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señalan a los grupos de individuos que se encuentran más propensos a desarrollarla y de ver amenazada su salud física y mental (Lora-Cortez y De Jesús, 2006).

De igual manera, se pudo observar que a mayor IMC, mayor realización de conductas compensatorias y de comer compulsivamente, conductas típicas de un trastorno alimentario. También, se encontró una asociación entre comer compulsivamente y conductas compensatorias, así como en la práctica de conductas compulsivas y el seguimiento de dieta restrictiva. Esta situación es importante, ya que pareciera que la población estudiada no se percata de este hecho, situación que tarde o temprano no sólo repercutirá en su IMC, sino también en su salud general (Lora-Cortez y De Jesús, 2006).

La relación positiva entre el IMC, percepción de la imagen corporal e insatisfacción, indican que a mayor IMC hay una percepción de obesidad y una mayor insatisfacción con la imagen corporal. Al realizar las comparaciones por grupo de edad no se encontraron diferencias, específicamente en cuanto a conductas compensatorias y comer compulsivamente, por lo cual, se puede inferir que en las mujeres adultas, las conductas alimentarias, la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con ésta no están asociadas con la edad (Lora-Cortez y De Jesús, 2006).

Por su parte, Moreno, Ramos y Rivera (2010) estudiaron las diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal en adolescentes españoles con la finalidad de examinar cómo se distribuye el índice de masa corporal, la imagen corporal y la conducta de hacer dieta.

Se tomó en cuenta al IMC como una parte fisiológica de los cambios corporales durante la adolescencia, la percepción de la imagen corporal como el componente cognitivo, la satisfacción con dicha imagen como el componente emocional y la conducta de hacer dieta como el conductual. El trabajo pretendió buscar las relaciones existentes entre dichas variables, y cómo las podrían diferenciar en el sexo (Moreno, Ramos y Rivera, 2010).

La muestra estuvo conformada por 21.811 estudiantes adolescentes, seleccionados a través de un muestreo aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, a través de los siguientes estratos: comunidad autónoma, nivel de edad (11-18), hábitat de residencia (rural y urbano) y titularidad del centro educativo (privada y pública). Con la variable índice de masa corporal se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: inferior a 10: bajo peso; entre 10 y 25: bajo peso moderado; entre 25 y 75: peso normal; entre 75 y 85: sobrepeso moderado, y superior a 85: sobrepeso y obesidad. Por su parte, para conocer la imagen corporal de los adolescentes se utilizó la siguiente pregunta: «¿Piensas que tu cuerpo es...?». Y las opciones que se ofrecían eran: «demasiado delgado / un poco delgado / tiene la talla adecuada / un poco gordo / demasiado gordo» (medida creada por el protocolo internacional HBSC). Para satisfacción corporal: se utilizó la subescala de sentimientos y actitudes hacia el cuerpo, perteneciente al Body Investment Scale (BIS; Orbach y Mikulincer, 1998) (Moreno, Ramos y Rivera, 2010).

Se hallaron diferencias significativas en los valores del IMC en función del sexo ($t(15,7) = -13.680$, $p < 0,001$), fueron las chicas las que tenían mayor frecuencia bajo peso moderado (13,06%) y peso normalizado (56,8%) en comparación con los chicos (10,27 y 49,39%, respectivamente). Sin embargo, en los valores superiores del índice de masa corporal, referidos a la obesidad y el sobrepeso, fueron los chicos los que destacaron, encontrándose casi el doble de chicos (12,28%) que de chicas (6,44%) en ese tramo de la distribución. En relación con la percepción que tienen los adolescentes españoles de su imagen corporal, se encontraron diferencias significativas en función del sexo de los participantes ($\chi^2 = 328$, $p < 0,001$). Los resultados mostraron que un 22,16% de los chicos se percibía a sí mismo como un poco o demasiado delgado, frente al 13,86% de las chicas. Por el contrario, las chicas fueron las que estaban más representadas en la categoría «un poco o demasiado gordo/a» (un 39,78% de ellas, frente al 27,85% de los chicos). La satisfacción de los adolescentes españoles con su imagen corporal también fue diferente en función del sexo,

mostraron que son las chicas las que tenían un nivel de satisfacción con su imagen corporal más bajo que los chicos (Moreno, Ramos y Rivera, 2010).

Por último, se hallaron diferencias significativas entre los sexos en cuanto al hecho de hacer dieta ($\chi^2=363,353$, $p<,001$), más chicos que chicas (concretamente el 14,88% más) dijeron no hacer dieta para perder peso. Por otra parte, entre los jóvenes que no hacían dieta, pero creen que deberían perder algo de peso, y entre los que sí la hacían, las chicas destacaban por encima de los chicos. Según el análisis de regresión que se llevó a cabo, para el caso de los chicos, resultó un coeficiente de determinación del 49% de la percepción que tienen de su imagen corporal. Las variables predictoras que formaron parte del modelo fueron, en orden de importancia, el IMC y la conducta de hacer dieta. De modo que a niveles más altos de este índice, más obesos se percibían los adolescentes, y, en segundo lugar, aquellos adolescentes que decían realizar dieta para perder peso se percibían gordos con mayor frecuencia (Moreno, Ramos y Rivera, 2010).

En el caso de las chicas, el porcentaje de explicación del análisis de regresión ascendió al 51,3% y apareció la satisfacción con la imagen corporal como nueva variable predictora. El IMC y la conducta de hacer dieta afectaron a la percepción que tenían las chicas de su imagen corporal del mismo modo en que afectaron en los chicos, sin embargo, la satisfacción que tenían de su imagen corporal les afectó de modo inverso, es decir, a medida que se percibían más delgadas, las chicas adolescentes se encontraban más satisfechas con su imagen corporal (Moreno, Ramos y Rivera, 2010).

Por su parte, Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011), investigaron un continuo de conductas alimentarias de riesgo, trabajando con dos causas de influencia en las conductas alimentarias de riesgo: autoestima y el IMC. Realizaron un estudio transversal con muestreo aleatorio estratificado por nivel de marginación. La muestra estuvo conformada por 2358 mujeres inscritas en

planteles escolares del sector público del nivel medio superior del estado de México. Se eligieron 11 escuelas pertenecientes a 11 municipios a través del número de mujeres inscritas en la Secretaría de Educación Pública durante el período 2005-2006.

La evaluación de la autoestima (AU) se llevó a cabo mediante la “Escala de autoestima” de Pope, McHale y Craighead, validada en México por Caso y por Unikel y Gómez (21–23). Esta escala consta de nueve preguntas tipo Likert. La Insatisfacción Corporal (IC) se midió con la versión adaptada y validada en México por Acosta García y Gómez Peresmitré de la “Escala análoga de figuras corporales”, originalmente desarrollada por Stunkard, Sorensen y Schulsinger. El IMC se calculó considerando las categorías del Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad para niños y adolescentes. Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se midieron con el “Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo” (CBCAR) de Borjoquez, Carreño y Unikel (2004).

Para analizar las relaciones de las variables independientes en el continuo de CAR, se estableció un punto de corte adicional al planteado en el CBCAR, denominado “riesgo moderado” y definido con un valor superior o igual a la media más una DE de la calificación obtenida en el CBCAR para la población estudiada ($\geq \text{media} + 1\text{DE}$). De esta manera quedó una clasificación en tres niveles: i) sin riesgo (0 a 6 puntos), ii) riesgo moderado (7 a 10 puntos) y iii) riesgo alto (>10 puntos).

Se encontró una relación directa entre el riesgo de CAR y la IC, con diferencias significativas entre grupos ($p < 0,001$): sin riesgo (83,6% de la muestra) 54,1% presentaron IC; con riesgo moderado (11,9% de la muestra) 84,8% presentaron IC, y de riesgo alto (4,5% de la muestra) 89,9% presentaron IC. En AU e IMC solo hubo diferencias significativas entre el grupo sin riesgo y cada uno de los grupos de riesgo. La AU participó en la predicción de CAR en todos los modelos de regresión evaluados, mientras que el IMC no lo hizo.

De lo visto anteriormente, otro de los factores asociados a los trastornos de conducta alimentaria es el autoconcepto. Según James (1892), el ser humano se muestra ante los demás de diversas formas, tratando de obtener su reconocimiento. La imagen de cómo aparece la persona ante los demás forma parte de su autoconcepto.

Por su parte, Amarista-Alvarez y Pevél-Kosvan (1988), el autoconcepto puede ser visto desde un enfoque fenomenológico; descrito como la configuración organizada de percepciones en la cual entran todas aquellas partes del campo fenoménico del individuo.

Shalvelson, Hubner y Stanton (1976), explican el autoconcepto a través de un modelo multidimensional jerárquico. Este plantea que existe un componente global que se encuentra en el ápice y de ahí se derivan las otras dimensiones, organizadas jerárquicamente.

Esta investigación se basará en la concepción multidimensional del autoconcepto, tal y como lo plantean Shalvelson, Hubner y Stanton (1976). El autoconcepto compuesto por el autoconcepto académico y el autoconcepto no académico, que se divide a su vez, en autoconcepto social, emocional y físico.

El autoconcepto físico es definido por Stein (citado en Reigal-Garrido, Videra-García, Parra-Flores y Juárez-Ruiz de Mier, 2012) como el conjunto de percepciones que posee una persona sobre su habilidad y apariencia física. La percepción del autoconcepto puede reflejarse en la práctica deportiva, la adopción de un estilo de vida saludable, mantenerse alejado de sustancias nocivas para la salud, o en su defecto, consumirlas (Reigal-Garrido, Videra-García, Parra-Flores y Juárez-Ruiz de Mier, 2012).

Byrne y Shalvelson (1976) definen autoconcepto de la siguiente manera: “las percepciones de una persona que se forman a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su ambiente. Se encuentra influido especialmente por las evaluaciones de los otros significativos, los reforzadores y las atribuciones de la persona sobre su propia conducta”. A partir de esta definición se puede considerar que el autoconcepto posee las siguientes características: (1) Se trata de una realidad compleja, multifacética y multidimensional, (2) Está organizado de modo jerárquico: los ámbitos o dimensiones no se sitúan en un mismo plano o nivel de importancia, (3) Es consistente, coherente y congruente con las experiencias previas que han formado el yo, al que protege de estímulos externos desestabilizadores, (4) De carácter dinámico: se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones, debido a que el autoconcepto es estable más no inmutable, (5) Se desarrolla a partir de experiencias sociales, especialmente de las mantenidas con las personas significativas. En esta investigación se decidió tomar dicha definición de autoconcepto tras considerarla la más completa en la bibliografía disponible.

Dentro de los factores a los cuales está asociada la formación del autoconcepto se encuentran la influencia social, caracterizada por lo que otros dicen que valoran y es digno de estima. Una autoestima de carácter positivo puede verse influenciada por una dinámica familiar armoniosa entre ambos padres y entre padres e hijos. Otro de los determinantes asociados a la formación del autoconcepto es el papel activo que puede desempeñar un individuo respecto a las creencias, ideas, actitudes y valores sobre sí mismo respecto a un grupo de referencia. Asimismo, el sexo también se ha encontrado relacionado con esto, específicamente en las dimensiones de aspecto físico y deportivo, y estas diferencias pueden ser explicadas por los roles que le asigna la sociedad en función del género.

Se puede entender autoconcepto físico como la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico (atracción, gustarse, elegante) y de su habilidad (me

buscan...., soy bueno...) conformado por las siguientes dimensiones (García y Musitu, 2001):

(1) Habilidad física: Percepción de las cualidades (“soy bueno/a”, “tengo cualidades”) y habilidades (“me veo hábil”, “me veo desenvuelto”) para la práctica de los deportes; capacidad de aprender deportes; seguridad personal y predisposición ante los deportes.

(2) Condición física: Condición y forma física; resistencia y energía física; confianza en el estado físico.

(3) Atractivo físico: Percepción de la apariencia física propia; seguridad y satisfacción por la imagen propia.

(4) Fuerza: Verse y/o sentirse fuerte, con capacidad para levantar peso, con seguridad ante ejercicios que exigen fuerza y predisposición a realizar dichos ejercicios.

(5) Autoconcepto físico general: Opinión y sensaciones positivas (felicidad, satisfacción, orgullo y confianza) en lo físico.

(6) Autoconcepto general: Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general.

Al estudiar el autoconcepto físico se ha encontrado que está relacionado con las CAR. Miller (1979; citado en Amezcua y Pichardo, 2000), llega a la conclusión de que las chicas muestran menores niveles de autoconcepto general que los chicos. Marsh (1990), sin embargo, argumenta que las diferencias de sexo son confusas, especialmente cuando varias medidas de autoconcepto se transforman en un autoconcepto global a través de la suma de las mismas o cuando los instrumentos favorecen a los niños; además, considera que pueden ser debidas a los estereotipos de género.

Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999), investigaron las diferencias en la estructura del autoconcepto en su dimensión física en función del sexo y la influencia del modelo estético con la insatisfacción por la imagen corporal. La muestra estuvo conformada por 465 adolescentes, estudiantes de instituciones

públicas en una ciudad de España, de hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 14 y 18 años; dentro del grupo de varones la edad media fue de 16,35 años (n=216) con un IMC medio de 21,61 (S= 2,69), mientras que en el grupo de las mujeres, la edad media fue de 15,7 años (n=249) con un IMC medio de 20,6 (S = 2,71).

Para llevar a cabo la investigación, Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999) utilizaron los siguientes instrumentos:

1) Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ); el cual evalúa el autoconcepto físico, está conformado por 70 ítems que miden once dimensiones específicas del autoconcepto físico englobadas en dos dominios básicos: la autodescripción física y la autodescripción de la forma física. La escala de autodescripción física consta de 5 sub-escalas específicas que valoran los siguientes componentes: 1) salud: no enfermar a menudo, mejorar antes que los demás; 2) grasa corporal: sentirse con sobrepeso o demasiado gordo; 3) físico global: Sentimientos positivos globales acerca del propio cuerpo; 4) atractivo: ser guapo, tener una cara bonita; 5) autoestima: sentimientos positivos globales acerca de uno mismo. La escala de autodescripción de la forma física se encuentra conformada por 6 sub-escalas que evalúan: (a) coordinación: ser capaz de realizar movimiento suaves y precisos; (b) condición deportiva: tener buenas habilidades deportivas; (c) fuerza: sentirse fuerte y robusto; (d) resistencia: Sentirse capaz de desarrollar una actividad física sin cansarse fácilmente; (e) actividad física: sentirse físicamente activo, ser capaz de hacer una actividad física regular.

2) Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26); conformado por 26 ítems que evalúan las influencias de diversos elementos sociales y culturales relativos al modelo estético femenino sobre las actitudes de las adolescentes hacia su propio cuerpo. Incluye 5 factores: (a) Malestar por la imagen corporal, influencias de la publicidad, (b) influencias de

los mensajes verbales, (c) influencia de los modelos sociales y (d) influencia de las situaciones sociales.

3) Body Shape Questionnaire (BSQ); conformado por 34 ítems que evalúa la insatisfacción o preocupación por la forma corporal, concretamente las experiencias subjetivas o sentimientos acerca de la propia imagen.

4) Índice de masa corporal (IMC); relación entre el peso en kilos y la altura expresada en metros, utilizando un valor de IMC normal entre 20-25 kg/m² para ambos sexos.

En cuanto a la autodescripción física y la autodescripción de la forma física se dieron dos perfiles diferenciados: los adolescentes varones se autodescribieron con menos grasa corporal, con un mejor físico global, mayor atractivo, y con una autoestima más alta en comparación con el grupo de las mujeres (=2,81; =4,95; =3,71; =4,34 y =3,44; =3,86; =2,99; =3,72 respectivamente); no encontrándose diferencias significativas entre sexos en relación a la percepción subjetiva de la salud ($p < 0,001$). Así mismo, este último grupo se describió con una menor coordinación, fuerza, resistencia física, menor capacidad o competencia deportiva y menor actividad física regular en comparación al grupo de los varones (=4,08; =3,22; =3,08; =3,72; =3,43 y =4,57; =3,88; =4,41; =4,13 respectivamente); sin embargo, en cuanto a la flexibilidad o facilidad de movimiento, éstas últimas presentaron una mayor valoración subjetiva en comparación a los varones (=3,75 y =3,34 respectivamente) (Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999).

En el grupo de los varones se observó una alta correlación entre mayor autoestima y una buena salud percibida y una menor grasa corporal ($r=0,78$; $r=-0,68$ respectivamente); esta tendencia también se observó en el grupo de las mujeres pero más moderada ($r=0,47$; $r=-0,39$ respectivamente). En ambos sexos se observó una valoración elevada de aspecto físico global asociada a la

percepción de un cuerpo más graso, siendo más elevada en el grupo de las mujeres (hombres=-0,27 y mujeres=-0,40). Para ambos, una mayor valoración del físico global se encontraba asociada a un mayor atractivo.

De lo anterior se puede concluir que existen diferencias en cuanto al sexo en lo que se refiere al autoconcepto físico, resultando los hombres más positivos en cuanto a la valoración de su aspecto físico y presentando correlaciones más altas entre los componentes del autoconcepto físico en comparación con las mujeres. Se ha señalado que existe un posible efecto del modelo estético de belleza que predomina en la cultura occidental sobre estos resultados, con esta investigación no se puede asegurar que la alteración de la imagen corporal o incluso de los trastornos de alimentación se debe a esto.

Behar, de la Barrera y Michelotti (2002), compararon los rasgos de identidad de género tanto en hombres como en mujeres sin trastornos de la conducta alimentaria; en mujeres que presentaban y que no presentaban esta patología y correlacionaron aspectos de la identidad de género con características tanto psicológicas como comportamentales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estuvo compuesta por 119 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria que acudían al Hospital del Salvador en Chile (grupo mujeres con trastorno), 89 estudiantes masculinos (grupo hombres sin trastorno) y 63 estudiantes femeninas (grupo mujeres sin trastorno) pertenecientes a una universidad de Chile sin diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. A todos se les aplicaron los siguientes instrumentos: 1) entrevista estructurada confeccionada por los autores; 2) Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40); 3) Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y; 4) la versión retraducida al español, adaptada y validada por los autores del Inventario Bem para Rol Sexual (IBRS). En la entrevista se recabó también información acerca de edad, talla, peso actual, peso ideal de los encuestados y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de investigar la presencia de esta patología.

Los resultados demostraron no existían diferencias significativas en cuanto al peso actual y talla entre los grupos: mujeres con trastorno y mujeres sin trastorno (= 54,9; = 157,7 y = 55,8; = 161,3 respectivamente), pero sí entre este último y hombre sin trastorno (= 55,8; = 161,3 y = 73,7; = 172,6 respectivamente); para el peso ideal el promedio resultó significativamente diferente ($p < 0,001$), quedando siempre por encima el peso actual sobre el peso ideal. Para el EAT- 40 y EDI, el grupo mujeres con trastorno arrojó puntajes promedio significativamente mayores a los alcanzados por el grupo mujeres sin trastorno (= 51,6; = 87,6 y = 10,4; = 23,3 respectivamente) ($p < 0,001$), sin embargo, entre estos últimos y hombres sin trastornos no hubo diferencias significativas (= 10,4; = 23,3 y = 10,7; = 21,7 respectivamente). En todos los ítems de EDI, el grupo mujeres con trastorno exhibió puntajes promedio significativamente mayores que los alcanzados por el grupo FST ($p < 0,001$); en cambio entre grupos mujeres sin trastorno y hombres sin trastorno sólo hubo diferencia significativa de promedios para los ítems motivación por la delgadez e insatisfacción corporal, a favor del primero (= 14,4; = 15,8 y = 0,9; = 2,8 respectivamente) y, para ítems perfeccionismo y desconfianza interpersonal, a favor del segundo (= 9,2; = 6,0 y = 7,7; = 2,3 respectivamente).

En cuanto a las categorías de identidad de género medidas por la prueba IBRS, se observó una distribución porcentual significativamente diferente ($p < 0,001$) entre grupos mujeres sin y con trastorno, inclinándose el primero por las categorías femenina y masculina y el otro por andrógina e indiferenciada. También se observó diferencia significativa en estas distribuciones porcentuales ($p < 0,001$) entre grupos hombres y mujeres sin trastornos, inclinándose claramente el primero por masculina y el segundo por femenina (Behar, de la Barrera y Michelotti, 2002).

Estos resultados nos permiten concluir que los sujetos femeninos, aun siendo no portadoras de una patología alimentaria, se perfilan

significativamente más motivadas para alcanzar la delgadez y se encuentran insatisfechas con su corporalidad en mayor medida que los sujetos masculinos, lo que podría representar condiciones propicias para un eventual desarrollo de un cuadro alimentario posterior, bajo ciertas contingencias favorecedoras (Behar, de la Barrera y Michelotti, 2002).

Otro de los factores relacionados con las conductas alimentaria y que se tiene que ver con el sexo son los roles de género y las expectativas socioculturales parecen fuertemente implicadas en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentarios. Esto se atribuye frecuentemente al énfasis permanente en el atractivo físico y la delgadez en la mujer. En consecuencia las mujeres expresan mayor insatisfacción con respecto a sus cuerpos, más interés por su apariencia y peso corporal y más frecuentemente se involucran en esfuerzos para controlar el peso. El alejamiento de la definición estereotipada del rol de género y el volverse más andróginas en particular para las mujeres, es importante tanto para la identidad del yo, como para el aspecto ético del desarrollo.

Específicamente, en cuanto a la variable homosexualidad, se dice que los varones que se mueven dentro de la cultura gay suelen tener una preocupación por el cuerpo mayor a los varones heterosexuales, lo que los hace más proclives a los TCA. Entre un 10-40% de los varones con TCA se identifican como homosexuales o bisexuales, a partir de los 12 años de edad, los adolescentes homosexuales ya tienen peor imagen corporal, e incurren en más dietas restrictivas, atracones y vómitos que los heterosexuales de la misma edad, presentando un apreciable incremento de riesgo (Toro, 2009).

Toro-Alfonso, Lugo y Bracero (2010), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue explorar la construcción social de la masculinidad de un grupo de estudiantes universitarios y las manifestaciones corpóreas de la masculinidad según se manifestaban en conductas de riesgo para desórdenes

alimentarios. Se utilizaron 300 estudiantes de la Universidad de Puerto Rico con una edad media de 23 años; de los cuales un 68% (n=203) informó ser heterosexual, 30% (n=91) homosexual y 2% (n=6) bisexual. A todos éstos se les aplicó un cuestionario auto-administrado basado en la revisión de la literatura, se estructuró como un instrumento cerrado compuesto por 120 reactivos, con un coeficiente de confiabilidad del 0,89; estructurados de la siguiente manera: (a) Escala de datos demográficos, 6 reactivos dirigidos a obtener información demográfica de los participantes; (b) Escala de construcción social de la masculinidad, adaptada por Toro-Alfonso, Varas y Felicié (2004) de la escala de roles de masculinidad de Levant y Fisher (1995). La escala posee 30 reactivos que evalúan el nivel de adherencia de los participantes a los modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica; (c) Escala de Actitudes hacia el Comer [(EAT-26), Garner, Olmsted, Bhor y Garfinkel, 1982), compuesta por 26 reactivos cuyo objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas; (d) Cuestionario sobre la Imagen Corporal de Cooper, Taylor, Cooper, y Fairbun (1987), compuesto por 34 preguntas cuyo objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción de ésta.

Los resultados de la investigación de Toro-Alfonso, Lugo y Bracero (2010), arrojaron que, en cuanto a trastornos alimentarios, el 13% de la población mostró tener indicadores de los mismos, de los cuales 58% de la población se auto-identificaron como homosexuales; obteniendo un promedio más alto en la escala de trastornos alimentarios en comparación con el de los hombres heterosexuales (=13,33 y =7,97 respectivamente) con una diferencia estadísticamente significativa (p 0,001). Al examinar las sub-escalas del EAT-26 se encontró que los promedios más altos reportados se encontraban en la población de hombres homosexuales en comparación con los hombres heterosexuales; estos últimos, mostraron dificultades en el área de dieta, mientras que los primeros mostraron dificultades en el área de dieta,

preocupación excesiva por la comida y por el control oral ($p=0,001$). En lo referente a la imagen corporal, el 16% de los participantes mostró tener insatisfacción con su imagen corporal, de los cuales, 65% se auto-identificaron como homosexuales, obteniendo una insatisfacción más alta escala de la imagen corporal (BSQ) en comparación con los hombres heterosexuales con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). En cuanto a la masculinidad el 35% de los participantes reportó una alta adherencia al modelo hegemónico de la masculinidad y el 29% una adherencia moderada; los participantes que se identificaron como heterosexuales obtuvieron un promedio más alto en la escala de roles de género y adherencia a la masculinidad en comparación con los hombres homosexuales, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$).

En base a estos resultados se confirmó la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en la población masculina; con mayor porcentaje en la población de hombres homosexuales en comparación con los hombres heterosexuales, así mismo, es importante resaltar que la mayoría de los jóvenes homosexuales con indicadores de trastornos alimentarios reportaron dificultades con su imagen corporal.

Como se ha señalado hasta ahora, al igual que la satisfacción de la imagen corporal es un factor que se relaciona con las alteraciones de la conducta alimentaria, el índice de masa corporal también lo es; sin embargo, respecto a esta última variable se han encontrado diferentes resultados. Al parecer el poseer un índice de masa corporal alto se relaciona con una insatisfacción con la imagen corporal, principalmente en las mujeres; lo que las conduciría a recurrir a mecanismos compensatorios; sin embargo, se ha encontrado que en el caso de los hombres, el poseer un índice de masa corporal alto no es tan influyente en la satisfacción corporal que éstos posean; por lo cual no se puede afirmar que un elevado índice de masa corporal implica de manera automática desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Lo que sí

es evidente, es el hecho de que el índice de masa corporal se encuentra asociado de alguna manera a la satisfacción de la imagen corporal, y a su vez estas dos variables se relacionan con el sexo.

Tomando en cuenta lo postulado hasta ahora, el propósito de la presente investigación será determinar la influencia de la insatisfacción de la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico, sexo y orientación sexual sobre las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Andrés Bello; así como la relación que presentan estas variables entre sí, tanto de forma directa, como de forma indirecta. Con la presente investigación se busca tener mayor claridad respecto a cómo estas variables influyen sobre presentar conductas alimentarias de riesgo, con el fin último de lograr la prevención de las mismas y así evitar el desarrollo de un TCA; ya que basados en las investigaciones empíricas recabadas hasta ahora, no existe un consenso respecto a cuáles variables en específico actúan como factor negativo sobre las conductas alimentarias ni cómo lo hacen, lo cual en distintas ocasiones dificulta la planificación de planes o estrategias de intervención con sujetos que presentan CAR o la creación de instrumentos que midan de forma clara las variables que se relacionan con las conductas alimentarias de riesgo.

Método

Problema

¿Cómo es la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, autoconcepto físico, sexo, y la orientación sexual en las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, y cómo es la relación que presentan dichas variables en esta influencia?

Hipótesis

Se presupone, que el encontrarse insatisfecho con la propia imagen corporal, poseer una alta proporción en cuanto al índice de masa corporal, bajo autoconcepto físico, ser homosexual y ser mujer conducirá en mayor medida a presentar conductas alimentarias de riesgo, a su vez, estas variables se relacionan entre ellas, en esta influencia. Se pretenden verificar las relaciones planteadas en el siguiente diagrama de ruta:

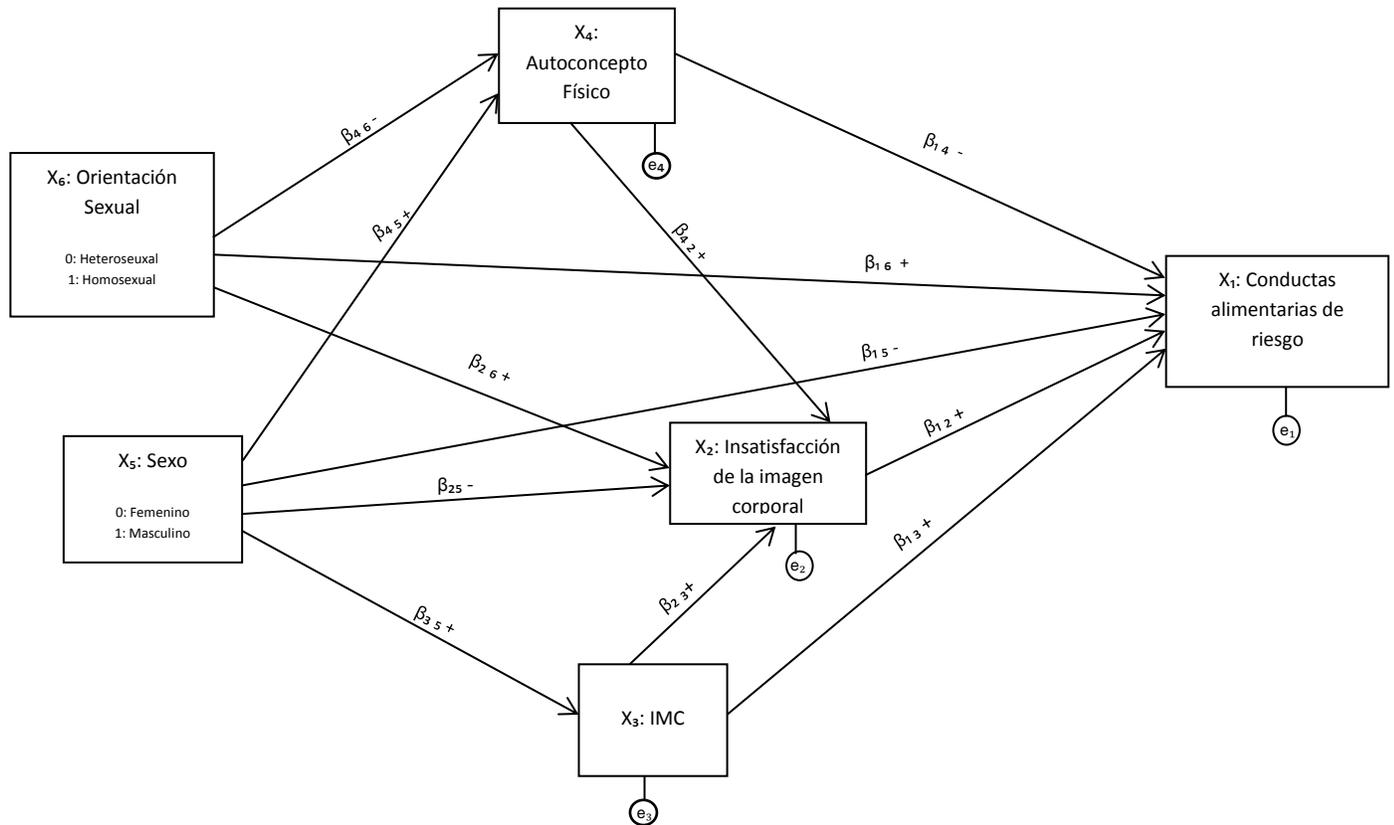


Figura 2. Diagrama de rutas propuesto

Variables endógenas

- Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual: Manifestaciones conductuales de los trastornos de conducta alimentaria que se realizan con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal (Saucedo-Molina y Unikel, 2010). Específicamente, en esta investigación se trabajará con las siguientes conductas alimentarias: conductas purgativas, conductas compensatorias y los atracones.

Conductas alimentarias de tipo purgativas/compensatorias: las purgativas se refieren episodios caracterizados por la implementación de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc., con el fin de bajar de peso y, las compensatorias hacen alusión a los distintos métodos que se utilizan las personas para compensar el atracón.

Conductas alimentarias de tipo atracones (ingesta voraz e incontrolada): se ingiere una gran cantidad de alimento en poco tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física.

Definición operacional: Suma de las respuestas dadas a las 12 preguntas del Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR) (Borjoquez, Carreño y Unikel, 2004). Las preguntas constan de 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca (0), a veces (1), con frecuencia (dos veces en una semana) (2) o con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana) (3). La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo, en un rango de variación de 0-36 en la escala total, en donde el puntaje mínimo posible es 0 y el puntaje máximo es 21 en la dimensión Conductas alimentarias de tipo purgativas/compensatorias y en la dimensión Conductas alimentarias de tipo atracones el puntaje mínimo posible es 0 y el máximo 12 (Anexo A).

- Insatisfacción de la imagen corporal

Definición conceptual: Representación mental de la apariencia física, que contiene factores emocionales ligados a la percepción del propio cuerpo (Cruz y Magnato, 2002).

Definición operacional: Suma de las respuestas dadas en el Body Shape Questionnaire (BSQ) diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum (1987) y adaptada a la población venezolana por Guzmán (2007), el cual consta de 30 ítems, donde el puntaje mínimo posible es 0 el máximo es de 150, en donde la

dimensión preocupación por la figura tiene un puntaje mínimo posible de 0 y máximo 105 y, la dimensión actos y emociones asociadas a la figura corporal oscila entre un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 45. La escala consta de seis opciones de respuesta en un rango de 0 a 5. Las opciones de respuesta son: nunca (0), raramente (1), algunas veces (2), a menudo (3), muy a menudo (4), siempre (5). En esta escala puntajes altos en el cuestionario reflejan una mayor insatisfacción con la propia imagen corporal y a menor puntaje menor insatisfacción corporal (Anexo B).

- Índice de Masa Corporal (IMC) autoreportado:

Definición conceptual: Se refiere al contenido de grasa corporal en relación a la estatura y el peso que presentan tanto los hombres como las mujeres (Garrido y González, 2004). Dicho índice se calcula empleando la siguiente fórmula: $I.M.C = \text{Peso}/\text{Talla}^2$ (Kg/m²). Donde, I.M.C: corresponde al índice de masa corporal, peso: corresponde a los kilogramos corporales del sujeto, y talla: corresponde a la estatura del sujeto en metros.

Definición operacional: resultado numérico obtenido a partir de la fórmula kg/m² en función del autoreporte del peso en Kg y la talla en metros de cada uno de los participantes del estudio. En la presente investigación se toma como una variable métrica donde a mayor valor mayor índice de masa corporal (Anexo C).

- Autoconcepto físico:

Definición conceptual: percepción que se posee acerca de los rasgos corporales y/o apariencia física de uno mismo, de la condición (forma) física, la fuerza y las habilidades físico-deportivas (Fox, 1998; citado en Esnaola-Etxaniz, 2005).

Definición operacional: Sumatoria obtenida en la escala de Autoconcepto Físico (AFI) diseñado por Esnaola-Etxaniz (2005) el cual consta de 30 ítems, donde el puntaje mínimo posible es 30 el máximo es de 150. La escala consta de tres dimensiones: satisfacción física con un puntaje mínimo posible de 11 y el

máximo es 44; habilidad, fuerza y condición física con un puntaje mínimo posible de 14 y el máximo es 56; atractivo y capacidad general con un puntaje mínimo posible de 5 y el máximo es 20. Es una escala de cinco opciones de respuesta en un rango de 1 a 4. Las opciones de respuesta son: (1) muy desacuerdo, (2) desacuerdo, (3) acuerdo, (4) muy acuerdo. En esta escala puntajes altos en el cuestionario reflejan un mayor autoconcepto físico y a menor puntaje menor autoconcepto físico (Anexo D).

Variables exógenas

- Sexo

Definición conceptual: Diferenciación entre hombre y mujer, determinada por factores genéticos presentes en la concepción, que tiene su resultado en las diferencias fisiológicas y anatómicas (Diccionario Larousse, 1972).

Definición operacional: Identificación del participante en función de su sexo, sea hombre o mujer según corresponda, siendo computado el la mujer como 0, y el hombre como 1 (Anexo C).

- Orientación Sexual

Definición conceptual: Dirección de los intereses eróticos hacia otras personas. Se refiere a un patrón de excitación física e interés emocional o romántico y sexual que involucra fantasías, imaginación y sueños de contenidos sexual y erótico. Se puede clasificar en individuos heterosexuales que se sienten atraídos por personas del otro sexo y los individuos homosexuales que se sienten atraídos por personas del mismo sexo (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004).

Definición operacional: Reporte del participante en función de su orientación sexual, sea heterosexual, homosexual o bisexual según corresponda, siendo computado el heterosexual como 0, el homosexual y bisexual como 1 (Anexo C).

Variables a Controlar

- Edad:

Mecanismo de control: Homogenización. En la presente investigación se seleccionaron únicamente sujetos con un rango de edad comprendido entre los 17 y los 21 años.

- Año de la carrera:

Mecanismo de control: Eliminación. En la presente investigación se seleccionaron sujetos que se encuentren cursando el 1er o 2do semestre o el 1er año de la carrera.

- Carrera

Mecanismo de control: Muestreo aleatorio. En la presente investigación se controló esta variable, a través de una selección aleatoria de las carreras de la UCAB.

- Nivel socioeconómico:

Mecanismo de control: Homogenización. En la presente investigación se seleccionarán únicamente sujetos pertenecientes a los estratos de clase media y media-alta. Se presupone que, la Universidad Católica Andrés Bello, como es una institución privada, sus estudiantes poseen un nivel socioeconómico medio y medio-alto.

Tipo de investigación

El tipo de investigación se fundamenta en la clasificación propuesta por Kerlinger y Lee (2002) según el grado de control sobre las variables, en donde la presente se ubica en las investigaciones no experimentales, debido a que las variables propuestas en ésta investigación (conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto, sexo y orientación sexual), no son manipuladas, pues son inherentes a los

sujetos de investigación. Igualmente, el tipo de diseño que se utilizará será -de corte transversal, ya que dichas variables serán medidas una vez presentadas por los individuos, tomando una sola medida en el tiempo y en un momento determinado; durante el transcurso del período académico 2013-2014.

En este tipo de investigación, se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes (Kerlinger y Lee, 2002). Aunado a esto, según el objetivo de la investigación, la presente será de tipo explicativo, debido a que se verificarán las relaciones causales entre las variables.

A su vez, según el lugar donde se realiza, esta investigación se clasifica como un estudio de campo, debido a que las variables serán utilizadas en un contexto natural no controlado (Kerlinger y Lee, 2002). Este tipo de estudios trata de descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas y psicológicas en estructuras sociales reales.

Diseño de Investigación

Se propone para esta investigación un diseño de ruta. El diseño de ruta, es un tipo de análisis multivariado que consiste en un método gráfico del estudio de las supuestas influencias directas e indirectas de las variables independientes entre sí sobre las variables dependientes (Kerlinger y Lee, 2002). Este análisis hace uso de los llamados coeficientes de ruta que en realidad son coeficientes de regresión (beta) y se utilizan para probar hipótesis específicas (Kerlinger y Lee, 2002). De tal manera que, en el presente estudio se proponen las influencias directas e indirectas de las variables exógenas: orientación sexual y sexo, y variables endógenas: insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal y autoconcepto físico, sobre las conductas alimentarias de riesgo.

Este análisis cumplió con los siguientes supuestos. En primer lugar, el modelo fue cerrado o completo, es decir, la variable dependiente (conductas alimentarias de riesgo) se consideró como totalmente determinada por cierta

combinación de variables en el sistema. Sin embargo, cuando esta determinación completa de la variable a estudiar no se mantiene, debe introducirse una variable residual que no esté correlacionada con las demás variables determinantes en el modelo (Sierra-Bravo, 1981).

El segundo de los supuestos que se cumplió fue que el modelo resultó recursivo, lo que implica que las variables tienen una relación asimétrica. De tal manera que dos variables no sean recíprocamente causa y efecto entre sí, lo cual satisface la idea de causalidad del modelo (Sierra-Bravo, 1981).

Por su parte, el tercer supuesto, se relaciona con el nivel de medida de las variables, las cuales pertenecen a un nivel de intervalo o razón. No obstante, pueden incluirse variables cualitativas en el modelo, siempre y cuando sea posible cuantificarlas (Sierra-Bravo, 1981).

El cuarto supuesto, se refiere a que las variables residuales o errores pueden influir en el sistema pero no se incluyen en él, no deben estar correlacionadas entre sí, asumiéndose que ejercieron una influencia aleatoria sólo sobre una variable del modelo y no sobre varias (Sierra-Bravo, 1981).

Diseño muestral

Población:

Estuvo conformada por 14.000 estudiantes de pregrado de sexo tanto hombres como mujeres, de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), cursantes de los dos primeros semestres o el primer año de las siguientes carreras: Derecho, Ingeniería, Comunicación Social, Administración y Contaduría, Educación, Psicología, Sociología, Relaciones Industriales, Teología y Filosofía.

Muestra:

La muestra de este estudio fue de tipo probabilística. Específicamente, en una primera fase se llevó a cabo un muestreo por racimos, en donde las

carreras eran los racimos, y luego en las carreras se seleccionaron los estudiantes de manera propositiva (Kerlinger y Lee, 2002). Las carreras seleccionadas fueron: Comunicación Social, Ingeniería, Psicología y Administración y Contaduría.

La muestra estuvo conformada por 400 estudiantes de pregrado de sexo tanto hombres (57,3%) como mujeres (42,8%), con una edad promedio de 19 años ($s=1,17$, $\text{min}=17$ y $\text{max}=21$), Por su parte, los estudiantes cursaban las carreras de Comunicación Social (25%) Ingeniería (25%), Psicología (26%) y Administración y Contaduría (24%) y se encontraban en primer semestre (16,3%), segundo semestre (39,5%), tercer semestre (8,0%) y cuarto semestre (36,3) en los horarios matutino y vespertino, con nivel socioeconómico medio-alto.

Instrumentos de medición

1. Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR) (Borjoquez, Carreño y Unikel, 2004) (Anexo E):

El CBCAR, mide conductas alimentarias de riesgo, y fue realizado por Borjoquez, Carreño y Unikel (2004). El cuestionario fue elaborado a partir de los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), del apartado de trastornos de conducta alimentaria. Consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito auto inducido, uso de laxantes y de diuréticos).

La Conducta Purgativa se mide a través de los ítems 4, 8, 9,10, las conductas compensatorias a través de los ítems 1, 5, 6,7, y los atracones a través de los ítems 2,3. Para la determinación de cada uno de los factores así como para la escala general todos los reactivos son considerados

positivos. Se administra de manera individual o colectiva, en un tiempo aproximado de 6 a 8 minutos. La población a la cual está diseñado dicho instrumentos es para adolescentes (Borjoquez, Carreño y Unikel, 2004).

La escala consta de cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca (0), a veces (1), con frecuencia (dos veces en una semana) (2) con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana) (3). La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria (Borjoquez, Carreño y Unikel, 2004).

Borjoquez, Carreño y Unikel (2004), realizaron una investigación que pretendía la validación del CDCAR. El cuestionario se aplicó a una muestra de 78 mujeres, de edad promedio 20 años y con diagnóstico de trastorno alimentario en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, del Instituto Nacional de Psiquiatría, en el periodo septiembre-diciembre de 2002, y a una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México, en octubre del mismo año. Determinaron la consistencia interna (alfa de Cronbach) y mediante tablas de 2x2 se determinaron el punto de corte, la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos del cuestionario. Los resultados indican que el instrumento tuvo una alta confiabilidad ($\alpha=0,83$) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64,7%. El análisis discriminante mostró que casi 90% de los casos fueron correctamente agrupados.

Al factorizar por Componentes Principales, con rotación oblicua, definieron tres factores que explicaban el 64,7% de la varianza total: 1. Conducta Purgativa («he vomitado después de comer para tratar de bajar de peso»), que explicaba un 42,3% ($\alpha=0,74$) 2. Conductas Compensatorias («he hecho dietas para tratar de bajar de peso»), explicando un 12% de la varianza total ($\alpha=0,72$) y 3. Atracones («en ocasiones he

comido demasiado, me he atascado de comida»), explica un 10,02% de la varianza total ($\alpha=0,76$).

La estructura factorial permite también la especificidad analítica de acuerdo a características particulares de la CAR (sobre ingesta y dieta restrictiva [purgativa y compensatoria]) mediante la sumatoria directa en cada uno de los factores. Todos los reactivos son positivos.

Lo anterior demuestra que el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, es válido y confiable, para poder ser aplicado y utilizado en la presente investigación, sin embargo, tras llevar a cabo un revisión por jueces expertos en el área de Psicología Clínica, Investigación y Psicometría se encontró que se debían llevar a cabo algunas modificaciones para poder aplicarlo en la población con la cual se pretende trabajar en este estudio.

Se consideró pertinente la inclusión de dos ítems al factor de atracones, de modo que cada uno de los factores que componen al CBCAR quedará equilibrado en la cantidad de preguntas que lo componen y así lograr compararlos entre sí; además, se realizaron cambios de redacción en algunos ítems con el fin de que las palabras que se emplearan permitieran una comprensión del mismo mucho más sencilla en base al dialecto venezolano. De esta manera, el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) quedó conformado por 12 ítems, cuyo objetivo es medir las conductas alimentarias; y a su vez, se encuentra dividido en tres factores específicos: a) conductas compensatorias (ítems 1, 5, 6,12); b) conductas purgativas (ítems 4, 8, 9,10) y; c) atracones (ítems 2, 3,7 y 11).

Para el momento del análisis de los instrumentos, el análisis factorial arrojó sólo dos factores, quedando un factor como conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas, y un segundo factor como conductas alimentarias tipo atracones.

2. Body Shape Questionnaire (BSQ) (Guzmán, 2007) (Anexo B):

El Body Shape Questionnaire (BSQ) fue diseñado por los autores Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) para valorar la insatisfacción corporal de TCA. Posteriormente se realizó una adaptación por (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996).

Consta de 30 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea, el cual es muy útil para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996).

Es una escala tipo likert con 6 opciones de respuesta: Nunca (0), Raramente (1), Algunas Veces (2), A Menudo (3), Muy a Menudo (4), Siempre (5). Se puede obtener una puntuación, a través de una sumatoria entre 0 y 150 puntos. Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal (Bayle, Molina, Ochoa y Villarreal, 2013). La administración puede ser tanto individual como colectiva, en un tiempo aproximado de 15 minutos. La prueba está diseñada para población de adolescentes.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la prueba se tiene que en la fiabilidad, la consistencia interna obtenida en una muestra española de $\alpha=0,97$. Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de 0,78 y con el EAT de 0,71. (Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu, 2010) reportan una correlación significativa y positiva alta con conducta alimentaria de riesgo ($r=0,613$; $p=0,000$) y con la subescala de conducta compensatoria alimentaria ($r=0,618$; $p=0,000$), asimismo se observa una correlación significativa y media baja con

victimización escolar ($r=0,310$; $p=0,000$), y correlaciones significativas y negativas de rango medio con sintomatología depresiva ($r=-0,397$; $p=0,000$) y autoestima general ($r=-0,322$; $p=0,000$) y dificultad para identificar y expresar emociones ($r=-0,381$; $p=0,000$).

La escala original reporta una estructura monofactorial, sin embargo, en la adaptación latina realizada por Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010), se encontraron cinco factores principales, utilizando el método de componentes principales se obtuvieron una estructura bifactorial que explica el 62,88% de varianza. Sin embargo, al analizar las cargas factoriales se encontró que solo el ítem 32 presenta una mayor carga para el segundo factor (0,579) aunque presenta también una carga alta en el primero (0,522), de tal forma y de acuerdo al criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación) se determina una estructura monofactorial que explica el 57,35% de varianza.

Guzmán (2007), realizó una adaptación el cuestionario en la población venezolana. Esta versión adaptada por Guzmán (2007), consta de un cuestionario compuesto por 30 ítems referentes a la autoimagen que se evalúan mediante una escala de frecuencia de cinco puntos que va desde “nunca” hasta “siempre”.

En lo referente a la validez de constructo, Guzmán (2007) realizó un análisis factorial, mediante un análisis de componentes principales con rotación Varimax, estableciendo como criterio para la extracción de los factores autovalores mayores a 1,5, resultando un factor principal. Asimismo, el gráfico de sedimentación de Cattell, mostró una estructura unifactorial, la cual explicó 65,72% de la varianza total, agrupando los ítems en el factor de insatisfacción con la imagen corporal, lo cual según Guzmán (2007) es teóricamente pertinente ya que para los autores del cuestionario el constructo es unidimensional.

En lo que se refiere a la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0,981, lo cual indica una alta homogeneidad entre los ítems y consistencia interna (Guzmán, 2007). Lo anterior sugiere que este instrumento está listo para ser utilizado en la presente investigación.

Para el momento del análisis de los instrumentos, el análisis factorial arrojó dos factores, quedando un factor como insatisfacción por la preocupación de la figura corporal, y un segundo factor como insatisfacción por los actos y emociones asociados a la figura corporal.

3. Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI) (Esnaola-Etxaniz, 2005) (Anexo E):

El cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI) es elaborado y validado por Esnaola-Etxaniz (2005). Es un cuestionario en lengua vasca dirigido a evaluar el autoconcepto físico y consta de un total de 30 ítems (5 por escala) y se compone de 16 ítems positivos y 14 negativos. La puntuación de los ítems queda de la siguiente manera: con redacción positiva (1/2/3/4/5)= 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 27, 28, 29 y 30, y aquellos ítems con redacción negativa (5/4/3/2/1)= 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

Posee seis subescalas: habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general. A cada una de estas subescalas le corresponden los siguientes ítems de la escala total, de la siguiente manera: habilidad física: 1, 7, 13, 19 y 25; condición física: 2, 8, 14, 20, 16; atractivo físico: 3, 9, 15, 21 y 27; fuerza: 4, 10, 16, 22, 28; autoconcepto físico general: 5, 11, 17, 23, 29; autoconcepto general: 6, 12, 18, 24, 30. Además, se indica el valor de las respuestas en función de la redacción directa o inversa de los ítems del cuestionario definitivo, de la siguiente manera:

Se compone de una escala tipo Likert que puntúa entre 1 y 5, en función de la casilla elegida; Falso (1), Casi siempre Falso (2), A veces Verdadero/Falso (3), Casi siempre Verdadero (4), y Verdadero (5). La puntuación que se puede obtener en cada una de las seis subescalas oscilará entre 5 y 30 puntos, y la escala posee un puntaje mínimo posible de 30 y el máximo 150.

En un principio, el objetivo de Esnaola-Etxaniz (2005) era construir un cuestionario para adolescentes, pero finalmente se decidió comprobar si el cuestionario era aplicable a sujetos de todas las edades, a partir de la adolescencia (12 años) hasta la tercera edad.

El AFI, se aplicó a 1.259 sujetos divididos en cuatro tramos de edad: adolescencia, juventud, edad adulta y tercera edad. Los márgenes de edad eran los siguientes: 627 adolescentes (12-18 años), 272 jóvenes (18-28 años), 248 adultos (35-45 años) y 112 personas de la tercera edad (a partir de 55 años). El grupo adolescente estuvo formado por alumnos de escuelas públicas y privadas de la provincia de Guipúzcoa, y la muestra de jóvenes estuvo compuesta por su gran mayoría por estudiantes de la Universidad del País Vasco (Esnaola-Etxaniz, 2005).

Las escalas que componen este cuestionario se inspiran en el modelo cuatridimensional del autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989, citado en Esnaola-Etxaniz, 2005). El cuestionario propiamente dicho lo componen las cuatro primeras subescalas, (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza) que son las que de forma específica exploran las dimensiones del autoconcepto físico. Se añade, no obstante, una subescala de *autoconcepto general*, siguiendo el modelo del Physical Self Perception Profile (PSPP), por la oportunidad, de gran interés informativo, de contar con una medida complementaria de dicho constructo. Y se añade también una subescala de *autoconcepto físico general* a pesar de que en algunos cuestionarios, como los Self- Description Questionnaires (SDQ), se prescinde de ella, asumiendo que la

media de las puntuaciones obtenidas en las subescalas específicas ofrece de por sí una medida del autoconcepto físico general (Esnaola-Etxaniz, 2005).

En cuanto a las propiedades psicométricas se tiene que en el análisis de ítems, la media de los diferentes ítems se sitúa en casi todos los casos por encima del 2.5 que sería el valor central. El ítem con media más alta corresponde al ítem 30 con una puntuación media de 4,15 y la media más baja al ítem 16 con 2,53 (Esnaola-Etxaniz, 2005).

En el AFI definitivo la desviación típica de los ítems está casi siempre entre el uno y el dos, no existiendo ningún ítem cercano al cero. Sin embargo, algunos ítems puntúan por debajo del uno: ítem 6 (0,91), ítem 18 (0,91) e ítem 30 (0,92). Esto significa que estos tres ítems son los que menos discriminan de los 30 ítems que componen el cuestionario, y corresponden a la subescala de autoconcepto general. Sin embargo, el cuestionario propiamente dicho lo componen las cuatro primeras subescalas (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza) y que se añadió la subescala de autoconcepto general por el interés informativo de contar con una medida complementaria. Así mismo, cuatro de los 30 ítems obtienen una puntuación mayor que cero, lo que significa que existe mayor concentración de valores a la derecha de la media que a su izquierda; sin embargo, la mayoría de los ítems obtiene valores inferiores a cero (26 de 30), lo que significa que existe mayor concentración de valores a la izquierda de la media que a su derecha (Esnaola-Etxaniz, 2005).

Estos datos indican que en general, los ítems del cuestionario son bastante discriminativos, ya que se da una reducida concentración alrededor de los valores centrales de la distribución.

Se realizó el análisis factorial con los ítems de las cuatro subescalas del cuestionario (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza), prescindiendo de los ítems pertenecientes a las dos escalas de orden superior, el autoconcepto físico general y el autoconcepto general. Para ello se empleó el

análisis de componentes principales con rotación varimax. La muestra estuvo compuesta por 702 sujetos de mujeres y hombres, con un rango de edad entre los 12,1 y 86,2 años (media de edad: 27,37 y desviación típica: 16,59) (Esnaola-Etxaniz, 2005).

Los cuatro componentes explicaron el 66,12% de la varianza. El primer factor estuvo formado por los 5 ítems que componen la subescala de condición física; el segundo factor por los 5 ítems que componen la subescala de atractivo físico; el tercer factor por los 5 ítems que componen la subescala de fuerza; y el factor 4 por los 5 ítems que componen la subescala de habilidad física (Esnaola-Etxaniz, 2005).

Se analizó la consistencia interna de las subescalas calculando el coeficiente alfa de Cronbach. La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach ofrece resultados muy satisfactorios; habilidad física: 0,8965, condición física: 0,8804, atractivo físico: 0,8948, fuerza: 0,8338, autoconcepto físico general: 0,9021, autoconcepto general: 0,8145 y escala general: 0,9380 (Esnaola-Etxaniz, 2005).

La consistencia interna en la muestra de los adolescentes es muy satisfactoria: los índices de alfa de Cronbach van desde el 0,8462 de la subescala *fuerza* hasta el 0,9154 de la subescala de *autoconcepto físico general*. La fiabilidad general del cuestionario también es muy alta (0,9418). La consistencia interna en la muestra de los jóvenes es también muy aceptable: los índices de alfa de Cronbach van desde el 0,8772 de la subescala fuerza hasta el 0,9142 de la subescala atractivo físico. La fiabilidad general del cuestionario también es muy satisfactoria (0,9475). Los resultados en la muestra de los adultos son igualmente muy satisfactorios. Los índices en el alfa de Cronbach van desde el 0,8224 de la subescala fuerza hasta el 0,8991 de la subescala habilidad física. La fiabilidad general del cuestionario también es muy satisfactoria (0,9352) (Esnaola-Etxaniz, 2005).

Lo anterior demuestra que el cuestionario de Autoconcepto Físico, es válido y confiable para poder ser aplicado en la presente investigación. Sin embargo, tras llevar a cabo una revisión por jueces expertos en el área de Psicología Clínica y Evaluación Psicológica, se hicieron unas modificaciones para poder aplicarlo en la muestra con la cual se pretende trabajar en la presente investigación.

Se modificó la redacción de la instrucción y de los siguientes ítems: 1,2,3,5,6,8,10,11,12,13,14,16,17,19,21,23,24,25 de un total de 30 ítems, con la finalidad de que las palabras que se emplearan permitieran una comprensión del mismo mucho más sencilla y, además, para que cada uno de ellos tuvieran más pertinencia respecto a la dimensión en la cual se encuentran.

Para el momento del análisis de los instrumentos, el análisis factorial arrojó tres factores, quedando el primer factor “autoconcepto de la satisfacción física”; el segundo, denominado “autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física” y, por último, el tercer factor “autoconcepto de atractivo y capacidad general”.

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo una validación de jueces expertos para validar el CBCAR y la escala AFI. Se les solicitó colaboración a personas expertas en el área de Psicología Clínica, metodología y psicometría. Se les entregó una carta explicativa de los motivos de la validación del cuestionario, definición de la variable a medir, definición de las dimensiones de las variables, y los ítems que correspondían a cada uno de los factores. Luego, se hizo una revisión de las sugerencias, recomendaciones y comentarios, de cada uno de los jueces y se procedió a la modificación del cuestionario.

A continuación, se les solicitó a las escuelas: ingeniería, comunicación social, administración y contaduría y, psicología, la autorización para ingresar a las aulas de clases y administrar los correspondientes instrumentos.

Posteriormente, se asistió a las diferentes aulas en donde se encuentren los estudiantes, se les explicó la finalidad de la investigación, y se les dio la siguiente instrucción “Se les serán entregados una serie de cuestionarios que deberán llenar leyendo cuidadosamente y respondiendo sinceramente ante las afirmaciones, no deben colocar sus nombres ya que la información será anónima y confidencial, muchas gracias por su colaboración, ya pueden comenzar”.

En la primera página, apareció el consentimiento informado que cada uno de los participantes debió firmar para poder proceder a responder los instrumentos de evaluación.

Los instrumentos fueron administrados de manera colectiva a los estudiantes. Los instrumentos estuvieron en el siguiente orden: cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo; para medir las conductas alimentarias de riesgo, cuestionario de la figura corporal; para medir la insatisfacción con la imagen corporal y, por último el cuestionario de autoconcepto físico; para evaluar el nivel de autoconcepto físico de los participantes. Se estima que el proceso de administración duró aproximadamente 20 minutos. Este procedimiento se repitió consecutivamente en todas las aulas a evaluar.

Una vez administrados todos los instrumentos y recolectados los datos necesarios, se procedió a realizar la corrección de los mismos para la construcción de una base de datos digital. Al completar dicha base de datos, se procesaron los datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.0, para realizar el análisis estadístico pertinente en función del objetivo planteado.

Consideraciones éticas:

Entre los aspectos éticos involucrados en la investigación se encuentra el consentimiento informado de los estudiantes en la muestra, notificándoles la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus respuestas, cuando no revelar información que pueda sesgar las respuestas de los participantes, siendo las encuestas anónimas. De igual modo, se garantiza la confidencialidad,

explicándoles que la información obtenida no será revelada al público y que los datos obtenidos serán salvaguardados y les comunicarán de qué manera será tratada la información obtenida (Kerlinger y Lee, 2002)

Así mismo, el estudio se rige en términos generales dentro de los aspectos éticos contemplados en el código de Deontología de la investigación en psicología. Concretamente, se respeta la decisión de cualquier estudiante de retirarse en el momento que desee, sin ejercer coacción alguna para que el sujeto continúe participado (Escuela de Psicología, 2002).

Los datos recolectados serán utilizados únicamente para los fines de este estudio, principalmente detectar la influencia de las variables: insatisfacción por la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico y sexo sobre las conductas alimentarias de riesgo.

Análisis de resultados

Para llevar a cabo el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.

Análisis de los instrumentos

Se realizó el análisis de confiabilidad y de la estructura factorial del Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR), el Cuestionario de la forma corporal (BSQ), y el Cuestionario de Autoconcepto Físico (AF).

En relación a la escala de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBAR), se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0,77 y los ítems que componen el instrumento correlacionan de manera positiva con el puntaje total de la prueba. Dichas correlaciones oscilan entre 0,19 (ítem 4) y 0,60 (ítem 6). Estos datos reflejan que la prueba posee consistencia interna (Anexo F).

Antes de realizar el análisis de componentes principales, se verificó que se cumplieron los supuestos de alta correlación entre las variables, obteniendo una puntuación cercana a 1 (0,80) en el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y resultando significativo el Test de Esfericidad de Bartlett ($X^2=1182,30$ y $p<0,05$).

Se fijó un autovalor de 1,5 arrojando la presencia de dos factores, que de igual manera se evidencian en el gráfico de sedimentación. De estos factores, el primero con un autovalor de 3,53 explica el 29,57% de la varianza total, mientras que el segundo con un autovalor de 1,73 explica el 14,40% de la varianza total. Así, ambos factores explicaron el 43,97% de la varianza total del instrumento. (Anexo F).

Luego, se obtuvo la matriz rotada mediante el método Varimax, utilizando como criterio una carga factorial igual o mayor a 0,30 para identificar los ítems que componen cada factor, tal como puede apreciarse en la tabla 1.

El primer factor se denominó “conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas” y está compuesto por los ítems: 1, 5, 6, 8, 9, 10 y 12. Este factor hace referencia a episodios característicos por la implementación de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, entre otros, con el fin de bajar de peso. Así como también, aquellos métodos utilizados para compensar el atracón.

El segundo factor se denominó “conductas alimentarias tipo atracones” y está compuesto por los ítems: 2, 3, 7 y 11. Este factor hace referencia a la ingesta voraz e incontrolada en poco tiempo y generalmente en secreto.

El ítem 4, no cargó en ninguno de los dos factores por tener una carga menor a 0,30, por lo que no se tomó en cuenta para el puntaje de los factores.

Tabla 1.

Matriz de Componentes Rotados. Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR)

	Componente	
	1	2
Me preocupa engordar	,765	-,006
En ocasiones he comido demasiado, hasta llegar a atragantarme de comida	-,040	,682
He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no puedo parar de comer)	,106	,821
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso	,277	,084
He hecho ayunos para rebajar de peso (dejar de comer por 12 horas o más)	,479	,229
He hecho dietas para tratar de bajar de peso	,830	,073
He sentido que pierdo el control de la cantidad de comida que ingiero	,282	,772
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	,751	,078
He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____	,514	,080
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____	,457	,156

He sentido que como demasiado rápido y pierdo el control de lo que como	,285	,730
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____	,335	,078

Por su parte, en cuanto a la escala de insatisfacción de la imagen corporal, se obtuvo una confiabilidad alta de 0,96, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, donde todos los ítems que componen la escala correlacionan de manera positiva con cargas mayores a 0,35 (Anexo F).

Se llevó a cabo un análisis factorial, utilizando el método de componentes principales cumpliendo previamente con el supuesto de alta correlación entre las variables, obteniendo una puntuación cercana a 1 (0,96) en el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y resultando significativo el Test de Esfericidad de Bartlett ($X^2=8326,17$ y $p<0,05$);

Se fijó un autovalor de 1,5; y a diferencia de Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum (1987), y de la adaptación de Guzmán (2007), se obtuvo una estructura con dos factores; los cuales explican el 48,13% de la varianza total de la insatisfacción con la figura corporal; el primer componente, con un autovalor de 7,32, explica el 24,39% de la varianza total de la variable; y el segundo componente, con un autovalor de 7,13, explica el 23,77% de la varianza total (Anexo F).

Así mismo, se aplicó una rotación Varimax, en la cual se estableció como criterio para la carga factorial 0,35, cargando todos los ítems de forma positiva; tal como puede apreciarse en la tabla 2. Asimismo, los ítems 8, 10, 11, 16, 22, 25 y 27 cargaban en dos componentes, por lo que se procedió a colocarlos en el factor en donde cargaban más.

El primer componente se denominó preocupación por la figura corporal, y se encuentra compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 29 y 30; mientras que el segundo componente, se encuentra conformado por los ítems 6, 7, 9, 11, 15, 22, 23, 24 y 28, denominándose actos y emociones asociados a la figura corporal.

Tabla 2.

Matriz de Componentes Rotados. Body Shape Questionnaire (BSQ)

	Componente	
	1	2
¿Te sentiste enfadado al hacer un examen sobre tu figura?	,619	,322
¿Te sentiste tan preocupado (a) por tu figura que pensaste que deberías ponerte a dieta?	,853	,136
¿Sentiste temor a volverte gordo (a) (o a engordar)?	,813	,120
¿Te sentiste preocupado (a) porque tu piel no era lo suficientemente firme?	,704	,188
¿La sensación de plenitud (por ejemplo después de una comida abundante) te hizo sentir gordo (a)?	,695	,237
¿Te sentiste tan mal en relación con tu figura que tuviste que gritar?	,309	,457
¿Evitaste correr a causa de que tu piel podría tambalearse?	,160	,671
El hecho de estar junto a una persona delgada de tu mismo sexo te hizo	,686	,382

tomar consciencia sobre tu figura?		
¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida te hizo sentir gordo(a)?	,325	,699
¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra persona de tu mismo sexo, al compararla hizo que te sintieras la tuya en desventaja?	,660	,387
¿El hecho de pensar sobre tu figura interfirió en tu capacidad para concentrarte (por ej. mientras veías TV, leías o escuchabas una conversación)?	,439	,592
¿El estar desnudo (a) (por ej. al tomar un baño) te hizo sentir gordo (a)?	,754	,342
¿Imaginaste el desprenderte de determinadas zonas del cuerpo?	,569	,185
¿El hecho de comer pasteles, caramelos y otros productos de valor calórico te hizo sentir gordo (a)?	,807	,254
¿No asististe a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que te sentías mal con tu figura corporal?	,323	,526
¿Te sentiste excesivamente grueso (a) y redondo (a)?	,687	,391
¿Te sentiste avergonzado (a) con tu cuerpo?	,731	,339
¿La preocupación sobre tu figura te hizo estar a dieta?	,802	,178
¿Te sentiste más feliz con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?	,556	,339
¿Pensaste que la causa de tu figura era tu falta de autocontrol?	,708	,289

¿Te sentiste preocupado (a) porque otras personas vieran cauchitos en tu cintura o estómago?	,804	,297
¿Sentiste que no es justo que otros (as) hombres (mujeres) sean más delgados que tú?	,454	,547
¿Vomitaste con la intención de sentirte más ligero?	-,150	,739
¿En compañía de otras personas, te sentiste preocupado (a) por el hecho de ocupar más espacio (por ej. sentado (a) en un sofá o en el asiento del autobús?	,344	,609
El verte reflejado (a) por ejemplo en un espejo, ¿te hizo sentir mal con tu figura?	,630	,477
¿Pellizcaste zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa contenían?	,659	,300
¿Evitaste situaciones donde otras personas podrían haber visto tu cuerpo, por ejemplo piscinas?	,597	,380
¿Tomaste laxantes para sentirte más ligero?	,141	,446
¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otras personas?	,712	,325
¿La preocupación por tu figura te hizo sentir que debías hacer ejercicios?	,783	,119

En lo referente a la escala de autoconcepto físico se obtuvo una confiabilidad de 0,924 por medio del coeficiente alfa de Cronbach; donde todos los ítems que componen la escala correlacionan de manera positiva con cargas mayores a 0,30, lo que indica alta consistencia interna (Anexo F).

En cuanto al análisis de componentes principales, se cumplieron previamente el supuesto de alta correlación entre los errores, obteniendo una puntuación cercana a 1 (0.93) en el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y resultando significativo el Test de Esfericidad de Bartlett ($X^2= 6962,34$, $p<0,005$)

Se empleó un autovalor de 1,5 y se obtuvieron 3 factores, los cuales explican el 53,62% de la varianza total; el primer componente, con un autovalor de 6,62 explica el 22,07% de la varianza total de la variable; el segundo componente presenta un autovalor de 6,40 y explica el 21,33%; y el tercer componente con un autovalor de 3,07, explica el 10,23% (Anexo F).

Así mismo, se empleó una rotación Varimax, en la cual se estableció como criterio para la carga factorial 0,35, cargando todos los ítems de forma positiva, tal como puede apreciarse en la tabla 3. De esta manera, a diferencia de Esnaola-Etxaniz (2005), en la presente investigación resultaron 3 componentes; el primer componente se denominó satisfacción física, compuesto por los ítems 3, 5, 6, 12, 15, 17, 18, 21, 27, 29 y 30; el segundo componente fue llamado habilidad, fuerza y condición física, en el cual cargaron los ítems 1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 25 y 28; y el tercer componente se denominó atractivo físico y capacidad general, y se encuentra compuesto por los ítems 9, 22, 23, 24 y 26. Asimismo, los ítems 7, 8, 10, 11, 19, 20, 21 y 25 cargaban en dos componentes, por lo que se procedió a colocarlos en el factor en donde cargaban más.

Tabla 3.

Matriz de Componentes Rotados. Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI)

	Componente		
	1	2	3
Me resulta fácil la práctica en algún deporte	,139	,752	,157
Tengo resistencia para realizar ejercicios físicos intensos	,137	,724	,074
Mi cuerpo es atractivo, comparado con el de la mayoría	,638	,243	-,014
Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad	,147	,687	-,146
En general, me siento bien físicamente	,773	,190	,181
Me siento satisfecho(a) conmigo	,791	,117	,200
No soy bueno/a en los deportes	-,097	,619	,357
Me canso pronto al correr	,108	,547	,357
No me gustan mi cara ni mi cuerpo	,319	-,037	,597
Siento que no pertenezco al grupo de quienes tienen mucha fuerza física	,152	,491	,441
No estoy contento(a) con mis habilidades físicas al practicar actividades deportivas	,092	,594	,433
Me siento a gusto(a) conmigo	,783	,162	,208
Soy de las personas que aprenden con facilidad un deporte nuevo	,190	,694	,123

Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme	,233	,752	,089
Me siento contento/a con como veo a mi cuerpo	,853	,134	,170
Destaco en actividades en las que se necesita fuerza física	,255	,776	,019
En lo físico me siento satisfecho/a conmigo	,805	,231	,145
Me gusta mi forma de ser	,518	,086	,037
Me siento torpe en las actividades deportivas	-,019	,569	,428
Tengo poca resistencia física	-,017	,579	,461
Me siento inseguro(a) respecto a mi apariencia física	,514	,042	,493
Me veo menos fuerte que la mayoría de gente de mi edad	,001	,279	,404
Soy de las personas que están descontentas con su físico	,300	-,002	,398
No estoy haciendo mis actividades cotidianas del todo bien	,173	,135	,561
No tengo habilidades para el deporte	,018	,576	,475
No estoy en buena forma física	,308	,342	,543
Me satisface mi apariencia física	,773	,045	,062
Soy fuerte	,275	,686	-,005

Me siento a gusto conmigo mismo/a en lo físico	,858	,125	,143
Me siento muy feliz siendo como soy	,689	,051	,113

Análisis de descriptivos

Luego de realizar el análisis de los instrumentos, se procedió al cálculo de los estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el estudio: conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción de la imagen corporal y autoconcepto físico, en cada una de sus dimensiones.

En cuanto a la variable conductas alimentarias tipo compensatoria/purgativa, la cual tenía un rango de 0 a 21, se obtuvo un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 18 en sus puntuaciones, con un promedio de 4,24 y una asimetría positiva de 0,84 lo cual indica que los estudiantes tuvieron pocas conductas alimentarias de este tipo. Además, la distribución tiende a ser leptocúrtica ($Ku=0,59$) y es altamente heterogénea ($CV=82,07$).

En relación a la variable conductas alimentarias tipo atracones, la cual tenía un rango de 0 a 12, se obtuvo un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 12 en sus puntuaciones, con un promedio de 3,07 y una alta asimetría positiva de 1,06 lo cual indica que los estudiantes tuvieron pocas conductas alimentarias de riesgo tipo atracones. Además, la distribución tiene forma leptocúrtica ($Ku=0,66$) y es altamente heterogénea ($CV=86,42\%$).

Por su parte, la variable preocupación por la figura corporal de la insatisfacción con la imagen corporal, la cual tenía un rango de 0 a 105 se obtuvo un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 101 en sus puntuaciones, con un promedio de 24,96 y una alta asimetría positiva ($As=1,22$), lo cual indica

que los estudiantes presentan bajos niveles de preocupación por la figura corporal. La distribución de los puntajes tiene forma leptocúrtica ($Ku=0,90$) y es altamente heterogénea ($CV=93,07\%$).

Con respecto a la variable actos y emociones asociada a la figura corporal de la insatisfacción con la imagen corporal, la cual tenía un rango de 0 a 45, se obtuvo un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 35 en sus puntuaciones, con un promedio de 3,23 y una alta asimetría positiva de 2,56, lo cual indica que los estudiantes presentan escasos actos y emociones de insatisfacción asociados a la figura corporal. La distribución de los puntajes tiene forma en extremo leptocúrtica ($Ku=7,49$) y es extremadamente heterogénea ($CV=168,42\%$).

Por otro lado, la variable índice de masa corporal, se obtuvo un valor mínimo de 14,69 y un valor máximo de 62,50 en sus puntuaciones, con un promedio de 22,50 y una alta asimetría de 2,83, lo cual indica que los estudiantes presentan un IMC promedio, con tendencia al infrapeso. La distribución de los puntajes tiene forma en extremo leptocúrtica ($Ku=19,89$) y es moderadamente homogénea ($CV= 18,98\%$).

En cuanto a la dimensión denominada satisfacción física, la cual tenía un rango de 11 a 44, se obtuvo un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 44 en sus puntuaciones, con un promedio de 33,28 y una asimetría negativa de -0,49 lo cual indica que los estudiantes tienden a ubicarse en un autoconcepto moderado alto en esta dimensión. La distribución tiende a ser mesocúrtica ($Ku=-0.034$) y es homogénea ($CV=19,95\%$).

Respecto a la dimensión habilidad, fuerza y condición física del autoconcepto físico, la cual tenía un rango de 14 a 56, se obtuvo un valor mínimo de 14 y un valor máximo de 56 en sus puntuaciones, con un promedio de 40,13 y una asimetría negativa de -0,36 lo cual indica que los estudiantes perciben de forma moderada alta que tienen habilidad, fuerza y condición física

mayor cantidad. La distribución de los puntajes tiene forma altamente platicurtica ($Ku = -2,63$) y es homogénea ($CV = 22\%$).

En cuanto a la dimensión atractivo físico y capacidad general del autoconcepto físico, la cual tenía un rango de 5 a 20, se obtuvo un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 20 en sus puntuaciones, con un promedio de 15,37 y una asimetría negativa de -0,23 lo cual indica que los estudiantes presentan un moderado-alto en cuanto a su autoconcepto referido al atractivo físico y capacidad general. La distribución de los puntajes tiene forma leptocurtica ($Ku = -0,30$) y es homogénea ($CV = 18,54\%$).

En síntesis, los resultados indican que los estudiantes tienen una baja prevalencia de conductas alimentaria tipo atracón y de tipo purgativa/compensatoria. Presentan bajos y muy escasos niveles de preocupación por la figura corporal y de emociones asociadas a la figura corporal, respectivamente. Por su parte, los estudiantes presentan moderados-altos niveles en autoconcepto en cuanto a su satisfacción física y habilidad, fuerza y condición física del autoconcepto y, atractivo físico y capacidad general.

Tabla 4.

Descriptivos de las variables

Variable	Min	Max	Media	Desviación típ.	Asimetría	Curtosis
CAR: compensatorias/purgativas	0	18	4,24	3,48	0,844	0,594
CAR: atracones	0	12	3,07	2,65	1,057	0,656
Insatisfacción de la preocupación por la figura corporal	0	101	24,96	23,24	1,215	0,897
Insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal	0	35	3,23	5,44	2,56	7,486
Autoconcepto de la satisfacción física	14	66	36,52	7,21	-0,343	0,453

Autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física	14	56	40,05	8,8	-0,345	-0,254
Autoconcepto del atractivo físico y capacidad general	8	47	18,39	3,76	0,835	7,474
IMC	14,69	62,5	22,494	4,27117	2,83	19,981

*significativo al 0.05

Verificación de hipótesis

Ahora bien, con el objetivo de dar respuesta al problema de investigación se debe llevar a cabo un análisis de rutas basado en regresiones lineales múltiples, para estudiar el efecto de las variables predictoras sobre las variables endógenas propuestas en los modelos. Por lo tanto, se evaluaron primeramente los supuestos de la regresión y luego se presentarán las regresiones de cada variable endógena de derecha a izquierda según el diagrama de rutas planteados, utilizando un nivel de significancia de 0,05.

Se utilizó el gráfico p-p normal para evaluar la normalidad de las variables, encontrando una distribución normal para las variables: autoconcepto de la satisfacción física, autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física, autoconcepto del atractivo y capacidad general e insatisfacción por la preocupación de la figura corporal. Por su parte, se observa una distribución que se aleja de la normalidad, de parte de las variables: IMC, insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal, conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa y atracones. Lo anterior puede ser debido a que la muestra en la que se llevó a cabo el estudio es sana y estas conductas son patológicas.

Para la multicolinealidad de las variables predictoras, se observó que los coeficientes de correlación producto momento de Pearson de las variables incluidas en el diseño son inferiores a 0,70, por lo que no hay multicolinealidad. En cuanto a la correlación de los errores, se utilizó el coeficiente de Durbin-

Watson, el cual se encuentra a modo general alrededor de 2, siendo el valor mínimo encontrado 1,60 para la variable autoconcepto del atractivo físico y capacidad general, y el máximo 1,92 para la variable conductas alimentarias de riesgo de tipo atracones, lo que indica que no hay correlación entre los errores, cumpliéndose así el supuesto (Anexo H).

Luego de evaluar los supuestos, se llevaron a cabo los análisis de regresión para cada variable endógena. Para la variable conductas alimentarias de tipo purgativas/compensatorias se encontró que existe una relación alta ($R=0,79$) con el conjunto de variables: orientación sexual; atractivo físico y capacidad general; índice de masa corporal; habilidad, fuerza y condición física; satisfacción física; sexo; actos y emociones asociados a la figura corporal y preocupación por la figura corporal. Dichas variables en conjunto logran explicar un 61,6% ($R^2=0,616$) de la varianza total de las conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas, de forma significativa ($F=77,86$ y $p=0,000$) (Anexo H).

Al evaluar los coeficientes de regresión se encontró una relación baja y positiva del autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física ($\beta=0,125$; $p=0,002$), y el índice de masa corporal ($\beta=0,157$; $p=0,000$), lo que quiere decir que a mayor autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física y mayor índice de masa corporal hay una tendencia de realizar conductas alimentarias de riesgo tipo compensatorias/purgativas.

Por su parte, la variable insatisfacción de la preocupación por la figura corporal tiene una relación alta y positiva ($\beta=0,88$; $p=0,000$), lo que quiere decir que a mayores niveles preocupación por la figura corporal, hay una fuerte tendencia a tener conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatorias/purgativas. Además, la insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal y el sexo se halló una relación baja y negativa ($\beta=$

-0,132; $p= 0,004$ y $\beta= -0,086$; $p= 0,023$, respectivamente), es decir, las mujeres y los estudiantes con menos insatisfacción reflejados en los actos y emociones asociados a la figura corporal tienen tendencia a presentar conductas alimentarias tipo compensatorias/purgativas.

Tabla 5.

Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: purgativas/compensatorias

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Insatisfacción de la preocupación por la figura corporal	,131	,008	,880	16,169	,000*
Insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal	-,085	,029	-,132	-2,883	,004*
Autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física	,049	,015	,125	3,181	,002*
IMC	,128	,028	,157	4,532	,000*
Sexo	-,602	,264	-,086	-2,275	,023*

*significativo al 0.05

En cuanto a las conductas alimentarias de tipo atracones, se encontró que existe una relación moderada-baja ($R= 0,38$) con la combinación lineal de orientación sexual; satisfacción física; sexo; índice de masa corporal; fuerza y condición física, actos y emociones asociados a la figura corporal; atractivo físico y capacidad general, y preocupación por la figura corporal, explicando un 14,5% ($R^2= 0,145$) de la varianza total de la variable de manera significativa ($F=8,21$ y $p= 0,000$) (Anexo H).

Tras la evaluación de los coeficientes de regresión se encontró que con la preocupación por la figura corporal existe una relación media-baja ($\beta= 0,386$; $p=0,000$), lo que quiere decir que a mayores niveles de preocupación por la figura corporal hay mayor prevalencia de presentar conductas alimentarias de tipo atracones. Por su parte, se encontró una relación baja y positiva con el sexo ($\beta=0,183$; $p=0,001$); lo que quiere decir que los hombres tienen tendencia a realizar conductas alimentarias de riesgo de tipo atracones.

Tabla 6.

Regresión múltiple para la variable conductas alimentarias de riesgo: atracones

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Insatisfacción de la preocupación por la figura corporal	,044	,009	,386	4,743	,000*
Sexo	,976	,301	,183	3,246	,001*

*significativo al 0.05

En lo referente a la insatisfacción con la imagen corporal; para la dimensión preocupación por la figura corporal se obtuvo una relación alta ($R= 0,73$) con la combinación lineal de orientación sexual; autoconcepto físico satisfacción física; sexo, índice de masa corporal; autoconcepto física, fuerza y condición física y autoconcepto físico atractivo y capacidad general, explicando el 53% de la varianza total de esta dimensión ($R^2= 0,529$) de manera significativa ($F=72,946$ y $p= 0,000$) (Anexo H).

Al analizar los coeficientes de regresión se encontró que el autoconcepto por la habilidad, fuerza y condición física y el índice de masa corporal existe una relación positiva y baja ($\beta= 0,134$; $p= 0,002$ y $\beta= 0,174$; $p= 0,000$, respectivamente), lo cual indica que a mayor autoconcepto por habilidad, fuerza y condición física y un mayor índice de masa corporal, hay tendencia a

presentar preocupación por la figura corporal. Sin embargo, con la satisfacción física y el sexo se encontró una relación moderada y negativa ($\beta = -0,514$; $p = 0,000$; $\beta = -0,353$; $p = 0,000$), es decir, que ser mujer y presentar menor autoconcepto por la satisfacción física existe una moderada preocupación por la figura corporal. Por su parte, con el atractivo físico y capacidad general se encontró una relación baja y negativa ($\beta = -0,163$; $p = 0,001$), lo que indica que a menor autoconcepto de atractivo físico y capacidad general existe una tendencia a preocuparse por la figura corporal.

Tabla 7.

Regresión múltiple para la variable insatisfacción con la imagen corporal: preocupación por la figura corporal

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Autoconcepto de la satisfacción física	-1,812	,160	-,514	-11,327	,000*
Autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física	,354	,112	,134	3,145	,002*
Autoconcepto del atractivo físico y capacidad general	-1,333	,389	-,163	-3,422	,001*
IMC	,947	,203	,174	4,669	,000*
Sexo	-16,569	1,769	-,353	-9,367	,000*

*significativo al 0.05

Para la insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal, se obtuvo una relación moderada ($R = 0,57$) con el conjunto de variables orientación sexual; satisfacción física; sexo, índice de masa corporal, habilidad, fuerza y condición física y atractivo físico y capacidad general, logrando explicar el 32,5% ($R^2 = 0,325$) de la varianza total de manera significativa ($F = 31,51$ y $p = 0,000$) (Anexo H).

Tras el análisis de los coeficientes, resultó una relación baja y positiva con el índice de masa corporal ($\beta= 0,117$; $p= 0,009$) y con el autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física ($\beta= 0,162$; $p= 0,002$); lo que quiere decir que a mayores niveles de índice de masa corporal y habilidad fuerza y condición física existe tendencia a aumentar la insatisfacción por actos y emociones asociados con la figura corporal. Así mismo, la satisfacción física resultó tener una relación moderada y negativa ($\beta= -0,371$; $p= 0,000$), lo cual indica que a menor autoconcepto por satisfacción física se presenta una mayor satisfacción por actos y emociones asociados con la figura corporal; mientras que resultaron relaciones negativas y bajas para el sexo ($\beta=-0,259$; $p= 0,000$) y autoconcepto del atractivo físico y capacidad general ($\beta=-0,223$; $p= 0,000$); queriendo decir que al ser mujer y al presentar menor autoconcepto del atractivo físico y capacidad general se presenta mayor insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal.

Tabla 8.

Regresión múltiple para la variable insatisfacción con la imagen corporal: actos y emociones asociados a la figura corporal

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Autoconcepto de la satisfacción física	-,304	,044	-,371	-6,860	,000*
Autoconcepto de la habilidad, fuerza y condición física	,100	,031	,162	3,186	,002*
Autoconcepto del atractivo físico y capacidad general	-,426	,108	-,223	-3,931	,000*
IMC	-,426	,108	-,223	-3,931	,000*
Sexo	-2,851	,493	-,259	-5,785	,000*

*significativo al 0.05

En cuanto al índice de masa corporal se encontró una relación positiva y baja ($R= 0,24$) con el sexo, lo que quiere decir que el sexo explica el 5,8% ($R^2= 0,058$) del total de la varianza del índice de masa corporal significativamente ($F=24,48$ y $p= 0,000.$) (Anexo H).

Al analizar los coeficientes, se encontró una relación baja y positiva con el sexo ($\beta= 0,241$; $p= 0,000$); lo cual indica que los hombres tienen niveles más altos de índice de masa corporal que las mujeres.

Tabla 9.

Regresión múltiple para la variable índice de masa corporal

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Sexo	2,076	,420	,241	4,948	,000*

*significativo al 0.05

En lo referente al autoconcepto físico, se encontró que la dimensión satisfacción física se relaciona de forma baja ($R= 0,105$) con la combinación lineal del sexo y la orientación sexual; explicando el 1,1% del total de la varianza de la variable, lo cual no es significativo desde el punto de vista estadístico ($F=2,196$ y una $p=0,113$).

Sin embargo, al analizar los coeficientes de regresión, se encontró una relación baja y positiva, pero significativa con el sexo ($\beta= 0,104$; $p= 0,039$), lo cual indica que los hombres tienen una tendencia mayores niveles de autoconcepto de satisfacción física.

Tabla 10.

Regresión múltiple para la variable autoconcepto físico: satisfacción física

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Sexo	1,388	,670	,104	2,073	,039*

*significativo al 0.05

En cuanto al autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física se encontró una relación positiva y baja ($R= 0,29$) con la combinación de: sexo y la orientación sexual, explicando significativamente el 8,9% del total de la varianza ($R^2= 0,089$) ($F=19,41$ y $p=0,000$) (Anexo H).

Al analizar los coeficientes, se encontró una relación moderada-baja con el sexo ($\beta= 0,298$; $p= 0,000$); lo que indica que los hombres tienen niveles altos autoconcepto físico en la dimensión de habilidad, fuerza y condición física.

Tabla 11.

Regresión Múltiple para la variable Autoconcepto Físico: habilidad, fuerza y condición física

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Sexo	5,311	,855	,298	6,211	,000*

*significativo al 0.05

En cuanto al autoconcepto del atractivo físico y capacidad general se halló que se relaciona de manera positiva y baja ($R= 0,13$) con la combinación lineal de la orientación sexual y el sexo, explicando de manera significativa el 1,8% de la varianza total de la variable ($R^2= 0,018$), con una ($F=3,555$ y $p=0,029$) (Anexo H).

Tras el análisis de los coeficientes, se encontró una relación baja y positiva con el sexo ($\beta = 0,128$; $p = 0,011$); lo que indica que los hombres presentan tendencia de presentar mayor autoconcepto físico en la dimensión de atractivo físico y capacidad general que las mujeres.

Tabla 12.

Regresión Múltiple para la variable Autoconcepto Físico: atractivo físico y capacidad general

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Sexo	,734	,286	,128	2,563	,011*

*significativo al 0.05

De esta manera, al considerar sólo las relaciones obtenidas significativamente desde el punto de vista estadístico, el diagrama de rutas obtenido en la presente investigación queda como se presenta a continuación:

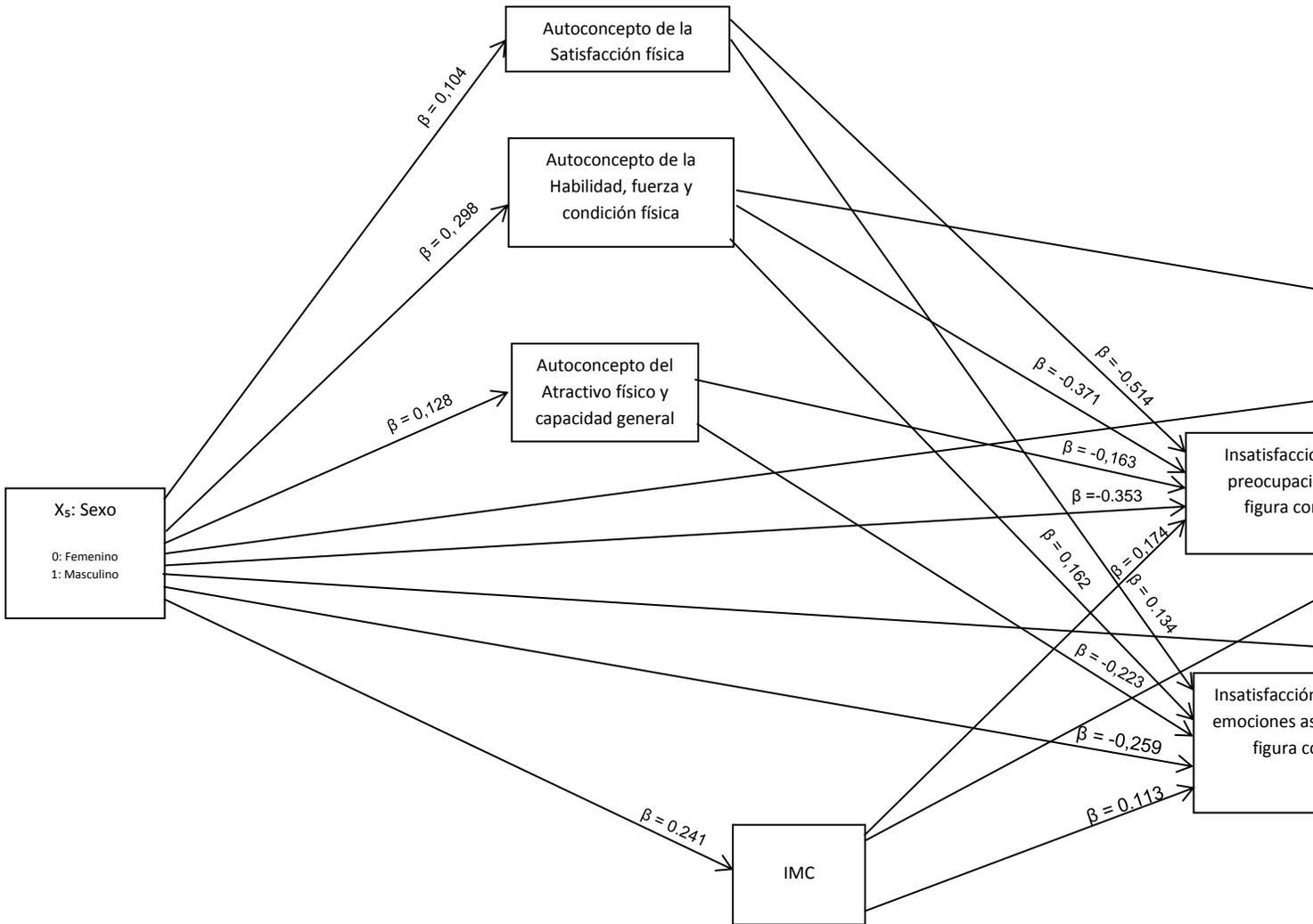


Figura 3: Diagrama de ruta resultante

De acuerdo al modelo resultante, se tiene que mayores niveles de insatisfacción por la preocupación y actos y emociones asociados a la figura corporal, se asocia con mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo de conductas compensatorias/purgativas y atracones. Además, mayores niveles de índice de masa corporal y mayores niveles de autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física, se asocian con una mayor prevalencia de cometer conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas y no con atracones. Por su parte, el sexo influye de manera directa para ambos tipos de conducta alimentaria, en donde ser mujer determina mayores niveles de CAR tipo compensatoria/purgativa, mientras que ser hombres determina mayores niveles de CAR tipo atracones.

Ahora bien, respecto a las influencias indirectas sobre las conductas alimentarias de riesgo. Se tiene que mayores niveles de IMC y mayor insatisfacción por la preocupación de la figura corporal, llevan a mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas y atracones. Además, mayores niveles de índice de masa corporal y menor insatisfacción con actos y emociones asociados con la figura corporal, hay tendencia de presentar conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa y no atracones.

Por su parte, se observa que a menores niveles en el autoconcepto de la satisfacción física, y atractivo físico y capacidad general, mayores niveles de preocupación por la figura y mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatorias/purgativas y atracones.

En cuanto a la influencia del sexo sobre las CAR, pasando por las dimensiones de la insatisfacción por la figura corporal, se tiene que las mujeres que se encuentran más insatisfechas en cuanto a su preocupación por la figura corporal y sus actos y emociones asociados, son las que tienden a realizar

mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas y atracones.

Por último, se observa que las mujeres que tienen bajos niveles de autoconcepto físico en todas sus dimensiones y bajos niveles de IMC; en comparación con los hombres, presentan mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo,

Discusión

La presente investigación se llevó a cabo con la finalidad de evaluar a partir de un modelo de rutas, la influencia de la insatisfacción con la figura corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico, sexo y orientación sexual, sobre las conductas alimentarias de riesgo, en una muestra de estudiantes con edades comprendidas entre 17 y 21 años, de la Universidad Católica Andrés Bello, pertenecientes a las carreras de comunicación social, ingeniería, administración y contaduría, y psicología.

Antes de analizar las relaciones encontradas, se procedió a evaluar el comportamiento de cada variable en la muestra. En primer lugar, en la variable conductas alimentarias de riesgo, se observa baja frecuencia de conductas de riesgo de tipo atracones y de tipo compensatorias/purgativas, siendo las últimas más escasas que los atracones. Lo anterior es similar a lo encontrado por Góngora y Casullo (2008), quienes afirman que los estudiantes universitarios muestran una baja frecuencia de conductas relacionadas con los TCA, particularmente la frecuencia reportada en atracones (27% de la muestra) en comparación con las conductas alimentarias purgativas (15%), y las compensatorias (11%). Además, Morán, Cruz y Iñárritu (2009), encontraron que dentro de la población universitaria existe bajo nivel de prevalencia de cometer conductas alimentarias de riesgo que pudieran llevar a un TCA, se halló que el 9,7% de los estudiantes presentaron atracones; 5,6% provocación de vómitos y; 5,6% uso de algún laxante; siendo esto similar a lo mencionado anteriormente.

La baja frecuencia de CAR pudiera ser explicado debido al hecho de que la muestra estudiada es sana, es decir, no se controló que los estudiantes hayan sido diagnosticados previamente con un trastorno alimentario o hayan tenido algún historial de problemas de alimentación.

Loreto, Zubarew, Silva y Romero (2006), encontraron que existe la probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo, se observa una mayor prevalencia en poblaciones que se encuentran ubicadas en un nivel socioeconómico bajo en comparación a las poblaciones ubicadas en un nivel socioeconómico medio o alto; lo cual indica que, a pesar de que cualquier parte de la población podría sufrir de CAR; las personas ubicadas en los estratos medios o altos se verán menos afectas; siendo esto último similar a lo encontrado en la presente investigación, permitiéndonos suponer que poseen una adecuada educación alimentaria y tienen una mayor facilidad para adquirir los alimentos de su preferencia.

Además, la escala de conductas alimentarias de riesgo fue administrada en primer lugar en la secuencia de cuestionarios, y la misma se encuentra conformada por ítems con preguntas muy directas respecto a esta variable, Ej: “He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso”, lo cual podría llevar a los estudiantes a responder en base a deseabilidad social.

Por su parte, en cuanto a la variable insatisfacción con la figura corporal, mostró que los estudiantes presentan bajos niveles de insatisfacción de la preocupación por la figura corporal, y presentan muy escasos niveles de insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal. Lo cual se explica con la investigación de Ramos, Pérez, Liberal y Latorre (2003). quienes realizaron un estudio con una muestra con TCA, encontrando que estas personas tenían mayores niveles de insatisfacción con su figura corporal, lo cual es atribuible a la comparación que las personas suelen hacer con el modelo estético ideal que predomina dentro de la cultura occidental; en comparación con la muestra que no se encontraba diagnosticada con dicho trastorno; siendo esto similar a lo encontrado en la presente investigación, en donde la muestra utilizada no está diagnosticada con un TCA ni con CAR, por lo que se presume que sea sana y que tenga menores niveles de insatisfacción de su figura corporal.

Otra explicación, es atribuida al hecho de que los estudiantes encuestados estaban en edades comprendidas entre los 17 y 21 años, lo cual podría entrar en una clasificación de adolescentes tardíos y por poco adultos tempranos, etapa en donde la mirada sobre apariencia física se vuelve menos relevante y comienzan a aparecer preocupaciones relacionadas más con la etapa de la adultez.

Krauskopof (1999), postula que es durante la adolescencia temprana (10-13 años) en donde se tiene un mayor enfoque sobre la figura corporal, la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional, produciéndose una reestructuración de la imagen corporal; mientras que hacia el final de dicho período (17-21 años), el enfoque se encuentra en evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propio, que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles, y no tanto en su apariencia física; por lo tanto, no estar insatisfechos con su figura corporal no es una de sus preocupaciones principales; siendo ésta última la categoría en donde se encontraría la muestra utilizada en la presente investigación.

Por último, al igual que con las CAR, se debe tomar en cuenta nuevamente la deseabilidad social, es decir, quizás las respuestas de los estudiantes no reflejaban con veracidad realmente sus niveles de insatisfacción.

Respecto a los resultados encontrados en la investigación, se observa que los estudiantes tienen niveles moderados-altos de autoconcepto en su satisfacción física con las dimensiones de habilidad, fuerza y condición física, y de atractivo físico y capacidad general. De modo similar a las CAR, Loreto, Zubarew, Silva y Romero (2006) encontraron que las personas que poseían un nivel socioeconómico medio-alto presentaban mayores niveles de autoconcepto físico, en comparación con las personas que se encontraban dentro de un nivel socioeconómico medio-bajo, correspondiéndose esto con lo hallado en la presente investigación.

Además, James (1892), afirma que el tener mayores niveles de autoconcepto general; el cual engloba tanto el autoconcepto académico como el no académico, conducirá a presentar un autoconcepto físico más elevado, en comparación con aquellas personas que presentan bajos niveles en lo referente a su autovaloración general. Tomando en cuenta esto, se sugiere que en futuras investigaciones se indaguen los niveles de autovaloración general, con el fin de verificar si dicha relación se corresponde en una muestra de jóvenes universitarios que no se encuentran diagnosticados con un TCA ni con CAR.

Por último, otra explicación es dada por Richman (2002, citado en Dieppa, Machargo, Luján y Guillén, 2008), quien afirma que los jóvenes que han practicado de manera temprana algún tipo de actividad deportiva desarrollan una satisfacción y sensaciones más favorables sobre la valoración de su imagen corporal, por lo que las personas que practican algún deporte se sienten más satisfechas con su cuerpo y consideran que tienen una buena presencia y que son atractivos, mientras que los no deportistas perciben una peor imagen de su cuerpo. De manera similar, Goñi, Escalona, Ruiz, Rodríguez y Zulaika, (2003), encontraron que las personas que realizaban actividades físico-deportivas (61% de la muestra) obtuvieron puntuaciones más altas en el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), en comparación con las personas que no lo hacían, concluyendo que las personas que practican algún deporte con regularidad van a manifestar un autoconcepto físico más elevado. Por lo anterior, sería idóneo utilizar en una próxima investigación una muestra con personas que realizan actividad física regular o deportiva, para plantear o confirmar que la mayoría de los estudiantes que conformaron de la muestra son personas que se sienten hábiles y fuertes en lo referente a la condición y habilidades físicas.

Ahora bien, en cuanto a las relaciones planteadas en el diagrama de rutas, se tiene que para las conductas alimentarias de riesgo, la variable insatisfacción por la preocupación de la figura corporal ejerce un efecto directo sobre las conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa y la

de atracones, tal como se planteó en el modelo propuesto; mayores niveles de insatisfacción por la preocupación de la figura corporal se relacionan con un mayores niveles de conductas alimentarias de riesgo tipo compensatoria/purgativa y atracones.

Hernández-Cortez y Londoño (2013), señalan que la insatisfacción por la imagen corporal se ve influida por las preferencias sociales por la delgadez y un estilo de vida centrado en la imagen y la figura corporal, así como también por los medios de comunicación y los agentes sociales, llevando a que los jóvenes se vean más presionados por alcanzar los estándares de belleza y que predominen valores centrados en la deseabilidad social y la pertenencia a grupos que proporcionan estatus; lo cual conduce a cometer conductas alimentarias de riesgo; es decir, los pocos estudiantes que presentaron alta insatisfacción corporal en esta dimensión presentaron CAR.

Así mismo, los estudiantes con bajos niveles de insatisfacción por los actos y emociones asociados a la figura corporal, presentan tendencia a cometer conductas alimentarias de tipo compensatorias/purgativas, aunque no con la de tipo atracones; resultando no esperado en la presente investigación. Este hecho, según Baron y Byrne (2005), nos indica una posible disonancia cognitiva entre una actitud/emoción y una conducta, es decir, una discrepancia que podría causar malestar, en este grupo de estudiantes. Dicha incongruencia se resuelve trivializando o reduciendo la importancia de la actitud personal (insatisfacción por los actos y emociones asociadas con la figura corporal), o la conducta que es no hacer dieta, ejercicio excesivo, o consumo de diuréticos o laxantes. En base a lo expuesto anteriormente, para futuras investigaciones resultaría útil investigar si dicha disonancia explica lo encontrado en la presente investigación.

Otra variable que influye de manera directa sobre las conductas alimentarias es el IMC. Esta variable se relaciona de manera significativa solo con las conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa, lo cual concuerda parcialmente con el modelo planteado y, es cónsono con la

investigación de Lora-Cortez y De Jesús (2006) quienes reportan que a mayores niveles de IMC mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011), también explican que el IMC se relaciona con las CAR de tipo compensatorias/purgativas por el hecho de que las personas que perciben mayor sobrepeso sugieren mayores niveles de IMC, por lo cual llevan a cabo este tipo de CAR para adelgazar. Además, estos autores encontraron que el IMC fue mayor en el grupo de sujetos con diagnóstico de TCA, que en el grupo sano y, los que tuvieron un IMC actual más alto fueron los que tuvieron un diagnóstico persistente de TCA. Cabe destacar que la relación entre el IMC y CAR se ha obtenido en personas tanto con y sin TCA, lo cual es congruente con la presente investigación, la cual se llevó a cabo con una muestra sana, lo que indica una relación consistente entre esas dos variables.

Por otro lado, se encontró un efecto directo del autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física sobre las conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatorias/purgativas, encontrando que a mayor autoconcepto en esta dimensión hay tendencia de que los estudiantes tengan este tipo de conductas alimentarias de riesgo. (Goñi, Escalona, Ruiz, Rodríguez y Zulaika, 2003), encontraron en su investigación que aquellas personas que poseen altos niveles de percepción de cualidades para práctica de algún deporte, resistencia y energía, y capacidad para levantar peso o seguridad ante ejercicios que impliquen mucha fuerza, tendrán más probabilidad de tener conductas alimentarias de riesgo de tipo ejercicio excesivo y dieta (conductas compensatorias), esto se explica porque estas personas son más vulnerables a preocuparse y cuidar más su apariencia para aumentar y mantener sus capacidades y condiciones físicas, por ende utilizan métodos que impliquen actividades similares a las que realizan tales como demasiado ejercicios o dietas estrictas, porque lo consideran de más fácil acceso y un tipo de método que podría ser más fácil de realizar.

También se encontró que las mujeres realizan más conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas en comparación con los hombres, y estos últimos presentan una mayor tendencia de cometer conductas alimentarias de riesgo de tipo atracón; verificándose la influencia del sexo sobre las CAR. Merino, Pombo y Gódaz (2001), afirman que las mujeres muestran una mayor tendencia de preocuparse por la dieta y la apariencia física debido a que se perciben más como obesas, insatisfechas con su cuerpo y expresan mayor deseo de ser más delgadas en mayor medida que los hombres. Cuando ocurre esto, las mujeres tienen preferencia por utilizar métodos purgativos y conductas compensatorias para poder adelgazar, por lo que los resultados encontrados en la presente investigación concuerdan con la literatura. Además, Gempeler (2006) afirma que las mujeres cuando realizan conductas alimentarias de riesgo es para adelgazar porque se sienten con un sobrepeso; buscan ser delgadas y esbeltas.

Según Behar (2010), la mayoría de las mujeres de la cultura occidental se ven más influenciadas por el ideal estético corporal que predomina en la actualidad, el cual indica que "ser bella es igual a ser delgada", lo que en muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo que puedan llegar a presentarse conductas alimentarias de tipo compensatorias/purgativas con el fin de bajar de peso y conseguir entrar dentro del ideal de belleza femenino esperado socialmente.

Al contrario se obtuvo de los hombres, realizan más conductas alimentarias de riesgo de tipo atracones. Esto podría explicarse por varias razones: (a) Los hombres buscan un cuerpo musculoso y sin grasa, por lo que consumen grandes cantidades de comida, pero en su mayoría proteínas, lo cual no es diferenciado en la escala que se administró, (b) A los hombres no les preocupa ser delgados y limitar su ingesta de comida; de hecho, la sociedad refuerza que el hombre debe comer más o, (c) porque tienen generalmente sobrepeso, por tanto tienden a no comer y luego realizar atracones de forma

compulsiva. Dadas estas diferencias y sus posibles explicaciones, sería útil explorar los motivos por los cuáles hombres y mujeres realizan estos tipos de conductas alimentarias de riesgo, tal vez por aproximaciones cualitativas.

Ahora bien, se observa un efecto directo y positivo del IMC sobre la insatisfacción por la preocupación de la figura corporal y por actos y emociones asociadas a la figura; donde a mayor IMC, mayor insatisfacción, la cual está en conformidad con Lora-Cortez y De Jesús (2006), quienes encontraron que a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal. El 43% de mujeres que reportó sentirse satisfechas con su imagen corporal registró un IMC de bajo peso; contra 4% de las obesas, 39% de las mujeres con sobrepeso y 12% de las clasificadas con obesidad. En este sentido, el IMC actúa como la percepción que la persona tiene de sí misma en cuanto a talla y peso, al percibirse de manera distorsionada en cuanto a dichos indicadores, se genera insatisfacción por la preocupación de su figura y actos y emociones asociadas a su figura; por lo tanto, cuando se tiene un IMC alto no concuerda con el ideal de belleza, y se asocia con estereotipos negativos o rasgos no valorados socialmente, favoreciendo una mayor insatisfacción corporal.

Se observa, tal como lo es esperado, que el autoconcepto de la satisfacción física y, el atractivo físico y capacidad general, poseen una relación inversa con la insatisfacción por la preocupación por la figura y con la insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal, en cuanto que a menores niveles de autoconcepto en estas dos dimensiones mayores niveles de insatisfacción por la figura corporal. Para Fernández, Gracia y Marcó (1999), un bajo autoconcepto en el atractivo físico y bajos niveles de satisfacción física son factores que defienden el modelo estético de la delgadez, por lo que un autoconcepto físico bajo está relacionado con la preocupación por el peso y vulnerabilidad ante trastornos alimentarios. Según estos autores, el 48% mujeres que evaluaban negativamente su apariencia física, estaban insatisfechas y preocupadas por los atributos físicos relacionados con el peso y la figura corporal, en comparación con los hombres.

Por el contrario, se encontró que a mayores niveles de autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física, mayores niveles de preocupación por la figura corporal, así como también insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal, lo cual no es esperado en el modelo planteado de esta investigación. Sin embargo, Gracia, Marcó, Fernández, y Juan (1999) comentan que esta situación se podría presentar debido a que los jóvenes deportistas regulares o con actividades físicas al percibir que poseen elevados niveles en su capacidad para realizar ejercicios físicos y habilidades en sus prácticas deportivas, tienden a exigirse y preocuparse más en cuanto al perfeccionamiento de sus atributos físicos, percibiéndose menos satisfechos en esta dimensión, por lo que en una próxima investigación sería recomendable comparar personas con capacidad y habilidad en prácticas deportivas con personas sin estas habilidades en cuanto a su autoconcepto y satisfacción.

Respecto a la variable autoconcepto, en sus tres dimensiones se observa una influencia directa de parte del sexo. Los hombres muestran mayores niveles de autoconcepto físico en todas sus dimensiones en comparación con las mujeres. Lo anterior es acorde con la investigación de Merino, Pombo y Gódas (2001), quienes encontraron una tendencia por parte las mujeres por preocuparse en mayor medida por la dieta y la apariencia física en comparación a los hombres, y dicha preocupación es influida por la autovaloración de su apariencia corporal, mientras que hombres poseen menos preocupación por su apariencia y mayores niveles de autoconcepto físico general. Por otro lado, García, Marcó, Fernández y Juan (1999) encontraron diferencias en cuanto al sexo en lo que se refiere al autoconcepto físico, resultando los hombres más positivos en cuanto a la valoración de su aspecto físico y presentando correlaciones más altas entre los componentes del autoconcepto físico en comparación con las mujeres, lo que apoya a los resultados de la presente investigación. Lo anterior, puede ser explicado, según Fernández, Páez, Ubillos y Zubieta (2004), quienes postulan que el estereotipo femenino es menos activo

y potente que el masculino, por lo que éste, debido a la internalización del estigma, puede provocar una menor autoestima, atribuyendo esto como causa del menor autoconcepto presentado en las mujeres.

Por otra parte, se observa que el IMC es influenciado de manera directa por el sexo. Se observa, que ser hombre se relaciona con mayores niveles de IMC, lo cual no es esperado por el modelo propuesto. Por un lado, Madrigal-Fritsch, Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney y Martínez-Hernández (1999), encontraron en una población mayor de 15 años de edad, que las mujeres muestran mayores niveles de IMC, calificando mayores puntuaciones en obesidad en comparación con los hombres quienes puntúan mayores niveles de sobrepeso. Sin embargo, se podría suponer, por lo que se observó, que los hombres de esta muestra no fueron más obesos que las mujeres, sino más grandes y fuertes, por lo tanto habría que evaluar el porcentaje de grasa muscular en una próxima investigación y, no sólo la relación talla y peso.

Ahora bien, respecto a las influencias indirectas sobre las conductas alimentarias de riesgo, se tiene que el IMC influye sobre las CAR pasando por la insatisfacción de la figura corporal. Se tiene que mayores niveles de IMC y mayor insatisfacción por la preocupación de la figura corporal, llevan a mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas y atracones. Lo anterior es cónsono con lo establecido por Cruz y Magnato (2002), quienes afirman que cuanto mayor sea el índice de masa corporal, mayor riesgo de tener problemas de alimentación causada por estar insatisfecho con la percepción de la imagen corporal, lo cual produce que los estudiantes lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo.

Por su parte, se observa que el IMC influye sobre las CAR, pasando por la dimensión de actos y emociones asociados a la insatisfacción de la figura corporal. Se tiene que mayores niveles de índice de masa corporal y menor insatisfacción con actos y emociones asociados con la figura corporal, por lo

que hay tendencia de presentar conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatoria/purgativa y no atracones. Lo anterior no es esperado en esta investigación y ha sido escasamente investigado, por lo que se infiere que las explicaciones a esta relación pueden derivar de una disonancia cognitiva entre actitudes/emociones y comportamientos que son incongruentes, por lo que tienden a trivializar o disminuir la importancia de la actitud personal. Otra explicación, es que aquellas personas con un historial de problemas alimentarios o con un IMC alto (sobrepeso u obesidad), pueden haber experimentado poco refuerzo de sus conductas restrictivas, por lo que la de comer no la llevan a cabo. A raíz de la valoración de sus esfuerzos para adelgazar prefieren realizar estas conductas.

Por su parte, la influencia indirecta del autoconcepto físico sobre las CAR, pasando por la insatisfacción de la figura corporal, muestra que, a menores niveles en el autoconcepto de la satisfacción física, y atractivo físico y capacidad general, mayores niveles de preocupación por la figura y mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo de tipo compensatorias/purgativas y atracones. Como las personas se sienten menos competentes físicamente, se perciben insatisfechos con su figura corporal por no responder a las demandas de ideal de delgadez (mujeres) e ideal de fuerza (hombres), y en consecuencia tendrán mayor cantidad de conductas alimentarias de tipo compensatorias/purgativas y atracones como métodos para disminuir dicha insatisfacción. Sin embargo, la dimensión de habilidad, fuerza y condición física, pasando por la preocupación de la figura, influye sobre las conductas alimentaria, muestra que mayores niveles habilidad, fuerza y condición física, mayores nivel de preocupación por la figura y, actos y emociones asociados a la figura corporal y, mayores niveles de conducta alimentaria. Aquellas personas que perciban que poseen altos niveles respecto a sus habilidades y condiciones físicas, serán más vulnerables a preocuparse en niveles superiores a los normales para mantener dichas habilidades o aumentarlas, además con esto van a poder mantener un mínimo de nivel de autoconcepto favorable para

ellos. Mientras más se preocupen por su figura corporal tenderán a tener conductas alimentarias de riesgo, en este tipo de situaciones.

En cuanto a la influencia del sexo sobre las CAR, pasando por las dimensiones de la insatisfacción por la figura corporal, se tiene que las mujeres que se encuentran más insatisfechas en cuanto a su preocupación por la figura corporal y sus actos y emociones asociados, son las que tienden a realizar mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas y atracones. Acosta y Gómez (2002), encontraron que las mujeres se ven más influenciadas por el ideal estético de la delgadez en comparación con los hombres, llevándolas a realizar constantes comparaciones entre dicho ideal y su figura corporal; así como también su interiorización respecto a su rol sexual genera que las mismas se encuentren más insatisfechas con su figura corporal; haciéndolas más proclives a cometer CAR.

Además, se observa que las mujeres que tienen bajos niveles de autoconcepto físico en todas sus dimensiones y bajos niveles de IMC; en comparación con los hombres, presentando mayor cantidad de conductas alimentarias de riesgo, lo cual es confirmado por Gómez y Veiga (2007) quienes plantean que la satisfacción física, habilidad, fuerza y atractivo físico es más influenciada por el grupo de las mujeres en comparación al grupo de los hombres, de forma tal que al ser mujer disminuyen los niveles de autoconcepto físico y en consecuencia aumentan la cantidad de conductas alimentarias. Asimismo, aquellas mujeres que perciben mayor peso y talla presentan distorsiones en cuanto a su figura corporal, por lo que están más propensas de llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo.

Como se ha podido observar hasta ahora, el hecho de ser mujer actúa como un factor de riesgo en cuanto a cometer CAR. Ahora, si además de ser mujer, existe una insatisfacción con la figura corporal y un bajo autoconcepto

físico; esta población se vuelve aún más propensa de cometer conductas alimentarias de riesgo.

Por otro lado, en la presente investigación se esperaba la influencia de la variable orientación sexual, sobre las tres dimensiones del autoconcepto físico, las dos dimensiones de la insatisfacción por la figura corporal y los dos tipos de conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, no resultaron relaciones significativas con alguna de estas variables. Sólo cuando la orientación sexual se asociaba con las CAR a través de una asociación simple, se encontraron relaciones significativas, sin embargo, esta relación desaparece cuando la relación se controla por el efecto estadístico de las otras variables involucradas.

Una de los elementos que pudieron haber influido en estos resultados fue el tipo de muestreo y, la forma en cómo fue medida esta variable, la medida se realizó directamente a través de una pregunta en el cuestionario, con tres opciones: homosexual, bisexual y heterosexual, lo cual pudo haber ocasionado que los estudiantes respondieran de acuerdo al sesgo de la deseabilidad social. Tal vez se pudo haber utilizado un muestreo de bola de nieve, que permitiera conseguir personas que fueran específicamente homosexuales, sin posibilidad de discriminación social por parte del resto de los encuestados.

Dado los hallazgos encontrados y la comprensión de cada una de las variables, el modelo se confirma para la mayoría de las relaciones; siendo las variables IMC, insatisfacción de la imagen corporal y autoconcepto físico, las que se asocian más con las conductas alimentarias de riesgo. Por su parte, las relaciones que se confirman parcialmente son entre el sexo y las CAR, y las relaciones que no se confirmaron fue orientación sexual sobre cada una de las variables.

La importancia de estudiar las conductas alimentarias de riesgo y sus factores desencadenantes, contribuye a poder identificar posibles individuos que puedan desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Otro dato interesante, es que éstas patologías aparecen con mucha más frecuencia en la cultura occidental, como lo es la de la presente investigación, por lo cual resulta idóneo llevar a cabo este tipo de investigaciones, debido a que es cada vez mayor y a muy temprana edad el número de individuos que inician este tipo conductas alimentarias, ya sea por un ideal estético, práctica de ejercicio o patrones de crianza temprano.

Esta investigación, al ayudar a partir de las CAR a identificar personas que podrían estar en camino de desarrollar un trastorno alimentario, contribuye a la prevención de dichas conductas alimentarias de riesgo y en consecuencia del trastorno, en grupos de riesgo la explicación de las CAR en esta población no es total, por lo cual se deben seguir llevando a cabo otras investigaciones incluyendo otras variables relevantes al fenómeno.

Conclusión

El objetivo de la presente investigación era encontrar la influencia de la insatisfacción con la figura corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico y sexo, sobre las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios.

En primer lugar, se encontró que los estudiantes presentan una baja tendencia de presentar CAR, tanto de tipo compensatorias/purgativas como de atracones. Se encontró que el hecho de ser mujer, tener altos niveles de insatisfacción por preocupaciones y por actos y emociones asociados a la figura corporal, poseer bajos niveles de autoconcepto por satisfacción física, y por atractivo y capacidad general y, tener altos niveles de habilidad, fuerza y condición física, aumenta el riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo compensatorias/purgativas. Por otro lado, ser hombre y tener altos niveles de insatisfacción por preocupaciones de la figura corporal, determina el riesgo de cometer conductas alimentarias de riesgo de tipo atracones.

En segundo lugar, se observa que la muestra estudiada presenta escasos niveles de insatisfacción de la figura corporal, tanto en la dimensión de la preocupación por su figura como en la de actos y emociones asociados a la misma. Se tiene que ser mujer, tener altos niveles de índice de masa corporal y, poseer bajos niveles de autoconcepto por satisfacción física y por atractivo y capacidad general, pero altos niveles de autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física, se relacionan con mayores niveles de insatisfacción por la figura corporal en sus dos dimensiones.

En tercer lugar, la variable IMC, muestra que los estudiantes se encuentran en el rango de peso normal. Se observa, que sólo el sexo posee una influencia significativa con esta variable, en donde ser hombre determina mayores niveles de IMC. Por último, el autoconcepto físico se encontró con niveles moderados-altos, viéndose influenciado directamente por el sexo, en donde ser hombre se asocia con mayores niveles de autoconcepto de la

satisfacción física, habilidad, fuerza y condición física y, atractivo y capacidad general.

Los hallazgos de la investigación demuestran que estas variables explican un porcentaje importante de que los estudiantes lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, queda un porcentaje sin ser explicado, por lo que se recomienda ampliar el modelo con factores psicológicos y sociales relevantes.

Además, se tiene que el modelo tal y como fue planteado, resulta satisfactorio al momento de predecir la conducta alimentaria de riesgo, así como establecer relaciones entre las variables que se tomaron en consideración, observándose efectos significativos en la mayoría de las relaciones planteadas; excepto la orientación sexual, por lo que podría servir de base para el estudio y manejo de las CAR, así como también, la prevención de los trastornos alimentarios.

Limitaciones y Recomendaciones

En cuanto a las limitaciones en la presente investigación se encontró en primer lugar que los instrumentos aplicados fueron autoadministrados y basados en el autorreporte de los estudiantes, ante lo cual pudiera existir un margen de error debido a la deseabilidad social, de forma que los estudiantes intentan responder en base a lo es aceptado culturalmente. De la mano con esto, la recolección de la muestra se llevó a cabo de forma grupal, lo cual pudo haber condicionado la respuesta de los participantes en base a lo que su compañero respondía; ante lo cual se recomienda que para futuras investigaciones la recolección de datos se realice de manera individual.

En cuanto los instrumentos, se observa que específicamente el de las CAR, evalúa conductas que de manera aislada podrían ser vistas de forma adecuada; como por ejemplo: hacer ejercicio y dietas bajo supervisión profesional. Por lo tanto, los resultados obtenidos referentes a esta variable deberían ser interpretados con precaución.

Otra posible limitación fue el hecho de que la muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios, los cuales se encontraban inmersos en una situación socio-política difícil; lo cual dificultó la selección de la misma ya que en su mayoría no asistían al campus universitario, atrasando así la recolección de la misma.

Así mismo, al ser el muestreo no aleatorio, y encontrarse la muestra conformada por estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello con edades comprendidas entre los 17 y los 21 años se limita la generalización de los resultados a otros grupos con edades, nivel de instrucción y nivel socioeconómico; variables que en base a la literatura existente pueden resultar valiosas al momento de investigar las conductas alimentarias de riesgo; por lo que para futuras investigaciones se recomienda trabajar con personas que se

encuentren en un período evolutivo distinto y que se consideren además diversos niveles de instrucción y de estratos sociales.

Una de las variables que se estableció como predictora de las conductas alimentarias de riesgo fue la orientación sexual, sin embargo no se hallaron diferencias significativas entre los estudiantes, lo cual pudo ser una limitación que influyera en los resultados. Por esta razón, se recomienda que para futuras investigaciones se realice un muestreo intencional o bola de nieve, ya que muchas de las personas parecieron haber respondido en base a la deseabilidad social, alterando así los resultados obtenidos.

Por su parte, en la presente investigación se encontró que el rol y los estereotipos sexuales, son dos factores que explican la influencia de las relaciones encontradas, ante lo cual se sugiere que para futuras investigaciones sean tomadas en cuenta dichas variables. Además, variables sociales como la disonancia cognitiva, la presión social y los motivos por los cuales los estudiantes universitarios llevan a cabo las CAR, resultan ser factores predictores que pueden explicar que los estudiantes incurran en este tipo de conductas.

Adicionalmente, se recomienda evaluar la situación y antecedentes familiares; tales como, estilos de crianza y patrones de consumo alimentario de las personas encuestadas, con el fin de conocer la situación de cada grupo familiar y cómo esto puede influir en la interacción de las variables estudiadas en la presente investigación, y así poder tener una visión más real respecto al por qué las personas pudieran llegar a presentar conductas alimentarias de riesgo.

Así mismo, para futuras investigaciones resultaría idóneo utilizar una muestra de deportistas o de personas que realicen actividades físicas con regularidad, para poder evaluar si la presencia/ausencia de esta variable explica las diferencias entre las variables estudiadas. Además, se recomienda utilizar una muestra con diagnóstico de TCA y sin diagnóstico de trastornos

alimentarios para confirmar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Finalmente, sería importante tomar en cuenta para futuras investigaciones la percepción que tienen los estudiantes respecto a la posibilidad de mantener una rutina alimentaria dentro del campus universitario y la posibilidad que existe de adquirir alimentos que les permitan mantener una dieta sana; ya que dichas variables podrían incidir en las decisiones que los mismos tomen respecto a su alimentación, y le permitiría a los investigadores conocer con mayor claridad los factores de riesgo en cuanto a las conductas alimentarias.

Referencias Bibliográficas

Acosta, M. y Gómez, G. (2002). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), Recuperado en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-57.pdf

Aguinaga, M., Fernández, L. y Varo, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y Actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (2), Recuperado en <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/6930>

Altamirano, M., Vizmanos, B. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamá Salud Publica*, 30 (5), Recuperado en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a01.pdf>

Amaya, J. y Troncoso C. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36 (4), 1090-1097, Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005

Amarista-Alvarez, M. y Pevel-Kosvan, S. (1988). *Estudio exploratorio entre el autoconcepto y el vestir o no a la moda en una muestra de adultos jóvenes de sexo femenino* (1ra ed.). Caracas, Venezuela: UCAB

American Psychological Association [APA]. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.

Amezcuá, J. y Pichardo, M. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16, 207-214, Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/7961/1/Diferencias%20de%20genero%20en%20autoconcepto%20en%20sujetos%20adolescentes.pdf>

Aux, C., Espinoza, R., Fandiño, A. y Giraldo, S. (2007). Factores asociados con los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de Cali, Colombia. *Redalyc*, 38 (4), Recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28338402>

Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Dialnet*, 1 (2), Recuperado http://www.uned.es/ca-tudela/revista2/n002/baile_ayensa.htm

Baron, R. y Byrne, D. (2005). *Psicología social* (10ma ed.). Madrid: Prentice Hall.

Bayle, J., Molina, N., Ochoa, S. y Villarreal, L. (2013). Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista científica electrónica de Psicología*, 4, 204-216, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100005&script=sci_arttext

Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (4), Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500007&script=sci_arttext

Behar, R., de la Barrera, M. y Michelotti, J. (2002). Femenidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista médica de Chile*, 130 (9), 964-975, Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000900002

Benedito, M^a., Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, C. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *An Pediatr*, 58 (3), Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v58n03a13043565pdf001.pdf>

Byrne, B. y Shavelson, R. (1976). On the structure of social self-concept for pre, early, and late adolescents: A test of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3), 599-613, Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/psp/70/3/599/>

Bolaños, P. (2009) La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Dialnet*, 10, Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214016>

Borjoquez, L., Carreño, S. y Unikel, C. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Redalyc*, 46 (6), Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005

Celis-de la Rosa, A., García-Castro, F., Nuño-Gutiérrez, B., Trejo-Franco, J., Trujillo, E., Unikel- Santoncini, C. y Saucedo-Molina, T. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación Clínica*, 62 (5), Recuperado de <http://www.berthanuno.com/documentos/Nn105-07.pdf>

Celis, A., Hunot, C., Vázquez, E. y Vizmanos, B. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9 (1), Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/ensayos/alteraciones.htm>

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 485-494.

Cruz, S. y Magnato, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Psiquis*, 21 (1), 65-72, Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/21a.pdf>

Cruz, G., Murawski, B. y Rutzstein, G. (2011). Conductas y actitudes alimentarias, imagen corporal y perfeccionismo en estudiantes universitarias mujeres. *Anuario de investigaciones*, 18, 25-34, Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=662037&indexSearch=ID>

Cruz, S., Rodríguez, S. y Salaberria, K. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Osasunaz*, 8, Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>

Diccionario Larousee (1972). México: Ediciones Larousse.

Dieppa, M., Machargo, J., Luján, I. y Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17 (2), 221-239, Recuperado de http://www.gi.ulpgc.es/psicologiadeporte/docs/Autoconcepto_general_y_fisico_en_jovenes_espanoles_y_brasilenos_practican_no_practican.pdf

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología*. UCAB: Caracas, Venezuela.

Esnaola-Etxaniz, I. (2005). Elaboración y validación del cuestionario Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa (AFI) de autoconcepto físico. Dialnet. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=260323>

García, A. (2007). *Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del instituto de ciencias de la salud de Pachuca, Hidalgo* (Trabajo de grado de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.

García, F. y Musitu, G. (2001). AF5: Autoconcepto forma 5 (2da ed.). Madrid, España: Tea.

Garrido, R. y González, M. (2004). Índice de masa corporal y composición corporal. Un estudio antropométrico de 2500 deportistas de alto nivel. *Revista digital de deportes*, 76, 1-28, Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd76/antrop.htm>

Gempeler, J. (2006). Trastornos de alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (3), 352-361, Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-35/3/Art%204%20Original%20Trastornos%20de%20la%20alimentaci%F3n%20en%20hombres.pdf>

Góngora, V. y Casullo, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Redalyc*, 17 (3), 265-272, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795007>

González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. *Revista Sogía*, 11(3), 69-78, Recuperado de http://tiempodehablar.paniamor.org/files/Descargas/files/4_165_orientacinsexualundesafaoactualparalaatencindeadolescentes.pdf

Goñi, A., Escalona, I., Ruiz, S., Rodriguez, A. y Zulaika, L. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 15(16), 7-62, Recuperado de <http://ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/viewFile/154/150#page=8>

Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20 (1), 15-26, Recuperado de <http://fced.udg.es/assignatures/mdg/articulos/icorp.pdf>

Guzmán, R. (2007). *Obesidad y satisfacción con la vida: Un diagrama de ruta* (Trabajo de Grado de Maestría no publicado). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Hernández-Cortés, L. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29 (3), 748-761. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia_clinica4.pdf

James, W (1892). *Psychology: The Briefer Course*. New York: Henry Holt.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento, Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.). Mexico, D.F: Mc Graw Hill.

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41851999000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

Lameiras, M., Calado, M., Rodriguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimenticios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-58.pdf

Lora-Cortez, C. y De Jesús, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3), Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam063h.pdf>

Loreto, M., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160,

Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005

Madrigal-Fritsch, H., Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Kearney, J., Gibney, M. y Martínez-Hernández, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud pública de México*, 41(6), 479-486, Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a06.pdf>

Mancilla, J. y Gómez, G. (2006) *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (1era ed.). México: El Manual Moderno.

Merino, H., Pombo, M. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13 (4), Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=476>

Morán, I., Cruz, V. y Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Revista Médica del Hospital General de Mexico*, 72(2), 68-72, Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg092c.pdf>

Moreno, M. y Godeleva, R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004

Moreno, C, Ramos, P. y Rivera, F. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22 (1), Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9004/8868>

Marsh, H. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2 (2), 77-172, Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01322177>

Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29 (3), Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext&tlng=en

Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (2004). *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Prentice Hall.

Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.

Ramos, P., Pérez, L., Liberal, S. y Latorre, S. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de psicodidáctica*, 15(16), 65-74, Recuperado de <file:///C:/Users/Gricel/Downloads/154-215-1-PB.pdf>

Reigal-Garrido, R., Videra-García, A., Parra-Flores, J. y Juárez-Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 19-23, Recuperado de http://retos.org/numero_22/19-23.pdf

Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 1 (7), 149-161, Recuperado de <file:///C:/Users/Gricel/Downloads/Dialnet-LaImagenCorporalEnAdolescentesMujeres-1273106.pdf>

Saucedo-Molina, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución

privada. *Dialnet*, 33 (1), Recuperado de <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3301/sm330111.pdf>

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). Recuperado de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7840/7704>

Shalvelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Reserch*, 46, 407-44.

Sierra-Bravo, R. (1981). *Análisis estadísticos y modelos matemáticos* (1ra ed.). Madrid: Paraninfo.

Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment* (1ra ed.). New York: Pergamon Press.

Toro-Alonso, G., Lugo, K. y Bracero, N. (2010). El cuerpo y la masculinidad: Los Desórdenes Alimentarios en Hombres. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (2), 225-234, Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420641003.pdf>

Toro, J. (2009) Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas Humanidades Médicas*, 38, Recuperado de http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero38/papel.pdf

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Salud pública*, 46(6), 509-515.

Anexos

ANEXO A: Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR) Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) modificado por Chacón y Fernández en esta investigación

Nos gustaría conocer sus hábitos alimentarios durante el último mes. A continuación se le presentan una serie de ítems a los cuales deberá dar respuesta. Lea cada pregunta y señale con una X la frecuencia con la cual ha pensado, sentido y actuado de la forma indicada.

0	1	2	3
Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia (2 veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de 2 veces a la semana)

		0	1	2	3
CR1	Me preocupa engordar				
CR2	En ocasiones he comido demasiado, hasta llegar a atragantarme de comida				
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no puedo parar de comer)				
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
CR5	He hecho ayunos para rebajar de peso (dejar de comer por 12 horas o más)				
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
CR7	He sentido que pierdo el control de la cantidad de comida que ingiero				
CR8	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
CR9	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR10	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR11	He sentido que como demasiado rápido y pierdo el control de lo que como				
CR12	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				

**ANEXO B: Cuestionario de la forma corporal (BSQ) Borjoquez,
Carreño y Unikel (2004), adaptado por Guzmán (2007)**

CFC						
<p>A continuación se te presentan una serie de preguntas con las cuales deseamos conocer cómo te has sentido respecto a tu apariencia física en las últimas cuatro semanas.</p> <p>Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Nunca, Raramente, Algunas veces, A menudo, Muy a menudo y Siempre. Marca con una X la opción con la que más te identifiques (marca una sola opción). Por favor, contesta todas las preguntas.</p> <p>EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:</p>	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Te sentiste enfadado al hacer un examen sobre tu figura?						
2. ¿Te sentiste tan preocupado (a) por tu figura que pensaste que deberías ponerte a dieta?						
3. ¿Sentiste temor a volverte gordo (a) (o a engordar)?						
4. ¿Te sentiste preocupado (a) porque tu piel no era lo suficientemente firme?						
5. ¿La sensación de plenitud (por ejemplo después de una comida abundante) te hizo sentir gordo (a)?						
6. ¿Te sentiste tan mal en relación con tu figura que tuviste que gritar?						
7. ¿Evitaste correr a causa de que tu piel podría tambalearse?						
8. El hecho de estar junto a una persona delgada de tu mismo sexo te hizo tomar consciencia sobre tu figura?						
9. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida te hizo sentir gordo(a)?						
10. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra persona de tu mismo sexo, al compararla hizo que te sintieras la tuya en desventaja?						
11. ¿El hecho de pensar sobre tu figura interfirió en tu capacidad para concentrarte (por ej. mientras veías TV, leías o escuchabas una conversación)?						
12. ¿El estar desnudo (a) (por ej. al tomar un baño) te hizo sentir gordo (a)?						
13. ¿Imaginaste el desprenderte de determinadas zonas del cuerpo?						

14. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos y otros productos de valor calórico te hizo sentir gordo (a)?						
15. ¿No asististe a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que te sentías mal con tu figura corporal?						
16. ¿Te sentiste excesivamente grueso (a) y redondo (a)?						
17. ¿Te sentiste avergonzado (a) con tu cuerpo?						
18. ¿La preocupación sobre tu figura te hizo estar a dieta?						
19. ¿Te sentiste más feliz con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?						
20. ¿Pensaste que la causa de tu figura era tu falta de autocontrol?						
21. ¿Te sentiste preocupado (a) porque otras personas vieran cauchitos en tu cintura o estómago?						
22. ¿Sentiste que no es justo que otros (as) hombres (mujeres) sean más delgados que tú?						
23. ¿Vomitaste con la intención de sentirte más ligero?						
24. ¿En compañía de otras personas, te sentiste preocupado (a) por el hecho de ocupar más espacio (por ej. sentado (a) en un sofá o en el asiento del autobús)?						
25. El verte reflejado (a) por ejemplo en un espejo, ¿te hizo sentir mal con tu figura?						
26. ¿Pellizcaste zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa contenían?						
27. ¿Evitaste situaciones donde otras personas podrían haber visto tu cuerpo, por ejemplo piscinas?						
28. ¿Tomaste laxantes para sentirte más ligero?						
29. ¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otras personas?						
30. ¿La preocupación por tu figura te hizo sentir que debías hacer ejercicios?						

**ANEXO C: Hoja de consentimiento informado e identificación
de los estudiantes**

A usted se le invita a participar en este Proyecto de trabajo de grado de la Escuela de Psicología. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender el objetivo de dicho estudio en el siguiente apartado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas respecto a los argumentos que se le plantean. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El estudio tiene como objetivo principal detectar indicadores que estén relacionados con las prácticas y/o hábitos alimentarios de estudiantes universitarios entre 17 y 21 años. Recuerde, su participación en este estudio es voluntaria; puede retirarse de la aplicación de las pruebas en el momento en que usted lo desee; la información que usted suministre es confidencial y anónima. Así mismo, la información que suministren los participantes, será utilizada única y exclusivamente con fines de investigación.

Firma

A continuación se le pide que llene el siguiente cuadro con el fin de recaudar datos generales respecto a su persona, escriba en cada casilla los datos que se le solicitan. *En las casillas en donde haya más de una opción coloque sólo el número de la que mejor se corresponda con lo que se le pregunta.* Si tiene alguna pregunta hágasela saber a cualquiera de las investigadoras.

Carrea: _____ Año/Semestre: _____ Sexo: F ___ M ___

Orientación sexual: Heterosexual ___ Homosexual ___ Bisexual ___

Edad (17-21): _____ Estatura: _____ Peso (Kg): _____

**Anexo D: Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI) Esnaola-
Etxaniz (2005), modificado por Chacón y Fernández en la
presente investigación**

Nos gustaría conocer la opinión que usted tiene respecto a su condición y apariencia física. A continuación se le presentan una serie de ítemes a los cuales deberá dar respuesta. Lea cada pregunta y señale con una X la opción que usted considere que mejor se adecúe a la pregunta planteada.		Muy Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Muy Acuerdo
1	Me resulta fácil la práctica en algún deporte				
2	Tengo resistencia para realizar ejercicios físicos intensos				
3	Mi cuerpo es atractivo, comparado con el de la mayoría				
4	Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad				
5	En general, me siento bien físicamente				
6	Me siento satisfecho(a) conmigo				
7	No soy bueno/a en los deportes				
8	Me canso pronto al correr				
9	No me gustan mi cara ni mi cuerpo				
10	Siento que no pertenezco al grupo de quienes tienen mucha fuerza física				
11	No estoy contento(a) con mis habilidades físicas al practicar actividades deportivas				
12	Me siento a gusto(a) conmigo				
13	Soy de las personas que aprenden con facilidad un deporte nuevo				
14	Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme				
15	Me siento contento/a con como veo a mi cuerpo				
16	Destaco en actividades en las que se necesita fuerza física				
17	En lo físico me siento satisfecho/a conmigo				
18	Me gusta mi forma de ser				
19	Me siento torpe en las actividades deportivas				

20	Tengo poca resistencia física				
21	Me siento inseguro(a) respecto a mi apariencia física				
22	Me veo menos fuerte que la mayoría de gente de mi edad				
23	Soy de las personas que están descontentas con su físico				
24	No estoy haciendo mis actividades cotidianas del todo bien				
25	No tengo habilidades para el deporte				
26	No estoy en buena forma física				
27	Me satisface mi apariencia física				
28	Soy fuerte				
29	Me siento a gusto conmigo mismo/a en lo físico				
30	Me siento muy feliz siendo como soy				

ANEXO E: Escalas originales y carta de validación de jueces

Caracas, Febrero 2014

Estimado(a) profesor (a) _____, por medio de la presente, le solicitamos su colaboración para la evaluación y corrección (en cuanto a redacción y contenido) de argumentos correspondientes a unas de las escalas que utilizaremos en nuestro trabajo de grado, para medir **autopercepción física**, la cual ha sido definida como la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico (atracción, gustarse, elegante) y de su habilidad (me buscan..., soy bueno...) (García y Musitu, 2001); y que se encuentra conformada por las siguientes dimensiones:

- Habilidad física: Percepción de las cualidades (“soy bueno/a”, “tengo cualidades”) y habilidades (“me veo hábil”, “me veo desenvuelto”) para la práctica de los deportes; capacidad de aprender deportes; seguridad personal y predisposición ante los deportes. (ítemes 1, 7, 13, 19, 25)
- Condición física: Condición y forma física; resistencia y energía física; confianza en el estado físico. (ítemes 2, 8, 14, 20, 26)
- Atractivo físico: Percepción de la apariencia física propia; seguridad y satisfacción por la imagen propia. (ítemes 3, 9, 15, 21, 27)
- Fuerza: Verse y/o sentirse fuerte, con capacidad para levantar peso, con seguridad ante ejercicios que exigen fuerza y predisposición a realizar dichos ejercicios. (ítemes 4, 10, 16, 22, 28)
- Autoconcepto físico general: Opinión y sensaciones positivas (felicidad, satisfacción, orgullo y confianza) en lo físico. (ítemes 5, 11, 17, 23, 29)
- Autoconcepto general: Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general. (ítemes 6, 12, 18, 24, 30)

Lo que se pretende, es que usted nos diga si cada uno de los ítemes está acorde a cada uno de los factores a los cuales fueron asignados según el autor; y si la redacción de los mismos permite comprender lo que se está preguntando de una manera rápida y sencilla.

De antemano, muchas gracias por su colaboración, puede agregar comentarios de la medición y de cualquier otro aspecto que crea conveniente.

Gricel, CHACÓN.

Tayruma, FERNÁNDEZ.

Nos gustaría conocer la autopercepción que usted tiene respecto a su condición y apariencia física. A continuación se le presentan una serie de ítems a los cuales deberá dar respuesta. Lea cada pregunta y señale con una X la opción que usted considere que mejor se adecúe a la pregunta planteada.

		FALS O	CASI SIEMP RE FALSO	A VECES	CASI SIEMPRE VERDADER O	VERDA DERO
1	Tengo cualidades para los deportes					
2	Tengo gran energía para realizar ejercicios físicos intensos					
3	Mi cuerpo, comparado con el de la mayoría, es atractivo					
4	Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad					
5	En general, físicamente me siento bien					
6	Me siento feliz					
7	No soy bueno/a en los deportes					
8	En actividades como la de correr, tengo que tomar pronto un descanso					
9	No me gusta mi cara ni mi cuerpo					
10	No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física					
11	No estoy contento/a con lo que puedo hacer físicamente					
12	Me siento a disgusto conmigo mismo/a					
13	Soy de las personas que enseguida aprenden a practicar un deporte nuevo					
14	Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme					

15	Me siento contento/a con mi imagen corporal					
16	Destaco en actividades en las que se precisa fuerza física					
17	En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a					
18	Me gusta mi forma de ser					
19	Me veo torpe en las actividades deportivas					
20	Tengo poca resistencia física					
21	Siento inseguridad respecto a mi apariencia Física					
22	Me veo menos fuerte que la mayoría de gente de mi edad					
23	Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente					
24	No estoy haciendo del todo bien las cosas					
25	Practicando deportes no soy una persona Hábil					
26	No estoy en buena forma física					
27	Me satisface mi apariencia física					
28	Soy fuerte					
29	Me siento a gusto conmigo mismo/a en lo Físico					
30	Me siento muy feliz siendo como soy					

Caracas, Enero 2014

Estimado(a) profesor (a) _____, por medio de la presente, le solicitamos su colaboración para la evaluación y corrección (en cuanto a redacción y contenido) de argumentos correspondientes a unas de las escalas

que utilizaremos en nuestro trabajo de grado, para medir conductas alimentarias de riesgo, la cual ha sido definida como manifestaciones conductuales de conducta alimentaria que se realizan con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal (Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Lo que se pretende, es que usted nos diga si cada uno de los ítemes está acorde a cada uno de los factores a los cuales fueron asignados según el autor. Específicamente, en esta investigación se trabajará con los siguientes factores: preocupación por el peso, comer compulsivamente y la dieta crónica y restrictiva: la Conducta Purgativa (ítemes 4, 8, 9,10), las conductas compensatorias (ítemes 1, 5, 6,7) y los atracones (ítemes 2,3).

De antemano, muchas gracias por su colaboración, puede agregar comentarios de la redacción, medición y de cualquier otro aspecto que crea conveniente.

Gricel, CHACÓN.

Tayruma, FERNÁNDEZ.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos tres meses. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde con cada respuesta.

1	2	3	4
Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia más de 2 veces a la semana

		1	2	3	4
CR1	Me ha preocupado engordar				
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
CR5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o mas)				
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
CR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
CR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				

ANEXO F: Análisis de los instrumentos

Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR)

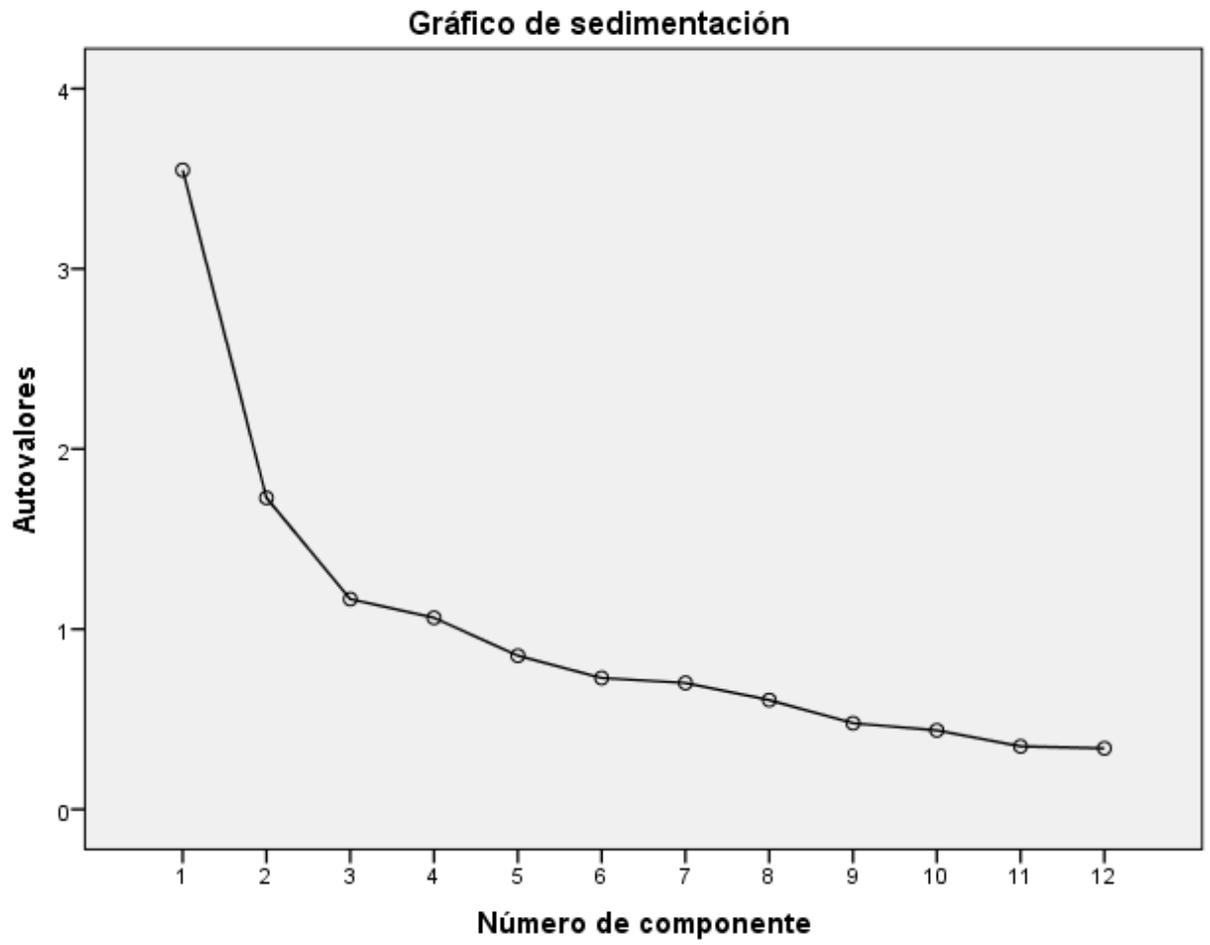
Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
cr1	5,86	19,245	,484	,744
cr2	6,20	21,828	,271	,770
cr3	6,67	20,854	,451	,747
cr4	7,29	24,733	,192	,771
cr5	7,14	22,976	,389	,756
cr6	6,46	18,936	,598	,726
cr7	6,65	20,469	,563	,734
cr8	5,88	18,535	,531	,737
cr9	7,19	23,287	,338	,760
cr10	7,19	23,279	,332	,760
cr11	6,66	20,355	,531	,737
cr12	7,24	24,322	,210	,769

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,548	29,569	29,569	2,902	24,182	24,182
2	1,728	14,404	43,973	2,375	19,792	43,973
3	1,167	9,722	53,695			
4	1,063	8,859	62,554			
5	,853	7,105	69,659			
6	,729	6,073	75,732			
7	,701	5,845	81,577			
8	,607	5,055	86,632			
9	,478	3,984	90,616			
10	,438	3,653	94,270			
11	,349	2,909	97,179			
12	,339	2,821	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.



Cuestionario de la forma corporal (BSQ)

Estadísticos total-elemento

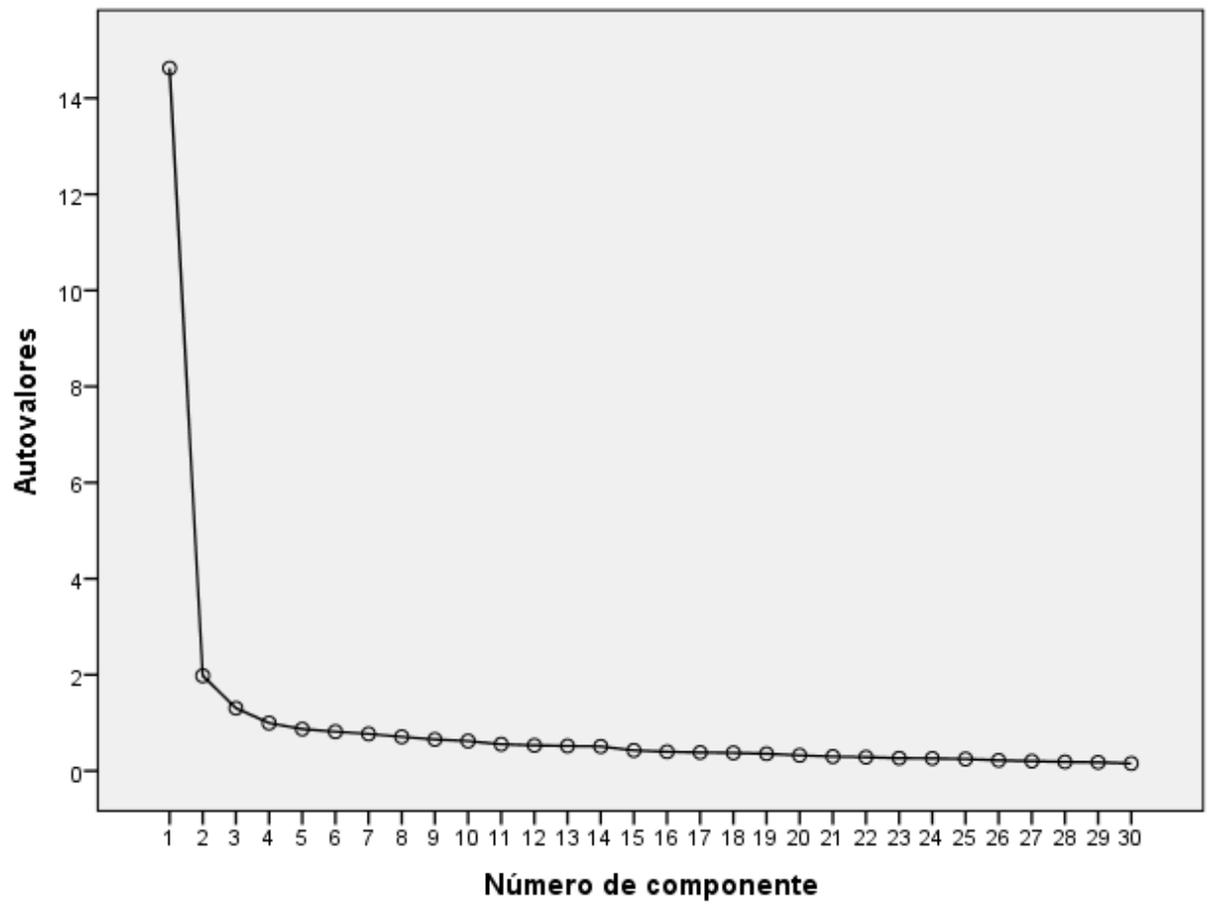
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
cfc1	27,20	704,449	,667	,961
cfc2	26,50	680,145	,793	,960
cfc3	26,30	681,813	,748	,961
cfc4	26,72	695,598	,681	,961
cfc5	26,92	696,226	,698	,961
cfc6	27,92	731,069	,467	,962
cfc7	27,82	727,459	,444	,962
cfc8	27,01	689,401	,763	,960
cfc9	27,75	718,438	,601	,962
cfc10	26,81	692,076	,740	,961
cfc11	27,59	712,525	,644	,961
cfc12	27,31	694,612	,801	,960
cfc13	27,46	711,521	,558	,962
cfc14	27,08	684,638	,811	,960
cfc15	27,94	729,512	,506	,962
cfc16	27,52	700,139	,763	,961
cfc17	27,19	696,546	,776	,960
cfc18	26,90	684,101	,768	,960
cfc19	27,01	692,611	,626	,962
cfc20	27,06	689,529	,738	,961
cfc21	26,76	678,422	,832	,960
cfc22	27,50	704,518	,637	,961
cfc23	28,03	742,004	,216	,963
cfc24	27,71	716,228	,568	,962
cfc25	27,27	696,085	,759	,960
cfc26	26,88	691,620	,702	,961
cfc27	27,30	700,109	,677	,961
cfc28	28,03	739,254	,319	,963
cfc29	27,26	699,958	,755	,961
cfc30	26,08	681,509	,719	,961

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14,627	48,757	48,757	11,507	38,358	38,358
2	1,979	6,597	55,353	5,099	16,996	55,353
3	1,306	4,354	59,708			
4	,994	3,314	63,022			
5	,870	2,899	65,921			
6	,815	2,718	68,639			
7	,770	2,565	71,204			
8	,708	2,359	73,563			
9	,653	2,176	75,739			
10	,620	2,065	77,805			
11	,553	1,843	79,648			
12	,530	1,767	81,415			
13	,517	1,724	83,139			
14	,507	1,691	84,831			
15	,426	1,419	86,250			
16	,397	1,323	87,573			
17	,381	1,270	88,843			
18	,375	1,249	90,093			
19	,356	1,185	91,278			
20	,323	1,076	92,354			
21	,297	,991	93,344			
22	,286	,952	94,296			
23	,264	,881	95,177			
24	,260	,866	96,043			
25	,247	,822	96,865			
26	,218	,728	97,593			
27	,203	,677	98,270			
28	,186	,621	98,891			
29	,178	,595	99,486			
30	,154	,514	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Gráfico de sedimentación



Cuestionario de Autoconcepto Físico (AFI)

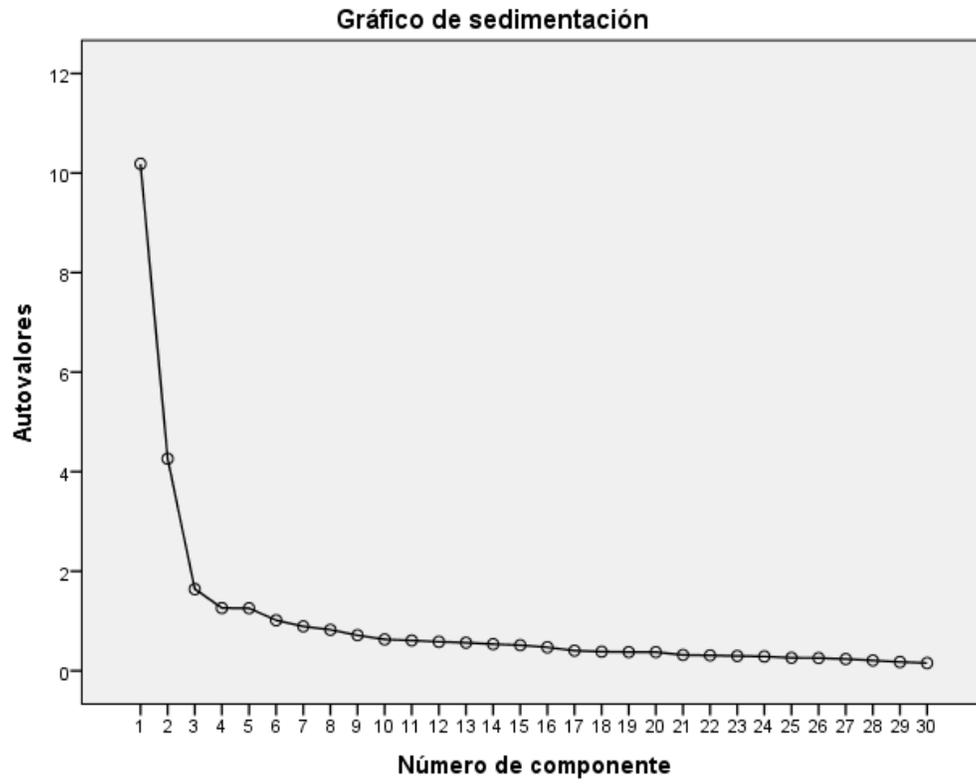
Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
af1	85,58	209,282	,613	,921
af2	85,77	210,596	,549	,921
af3	86,11	213,548	,499	,922
af4	86,33	214,308	,439	,923
af5	85,61	210,820	,627	,921
af6	85,60	211,374	,602	,921
af7	85,59	211,166	,468	,923
af8	85,74	210,387	,536	,922
af9	85,18	216,180	,388	,923
af10	85,71	208,651	,576	,921
af11	85,57	208,832	,601	,921
af12	85,42	210,956	,631	,921
af13	85,72	208,921	,589	,921
af14	86,09	207,648	,632	,920
af15	85,79	210,129	,637	,920
af16	86,18	208,065	,639	,920
af17	85,82	209,179	,659	,920
af18	85,22	218,095	,355	,924
af19	85,61	210,290	,516	,922
af20	85,74	210,418	,533	,922
af21	85,64	210,647	,513	,922
af22	85,71	216,257	,337	,924
af23	85,47	206,836	,317	,930
af24	85,76	214,529	,398	,923
af25	85,52	209,849	,559	,921
af26	85,79	208,743	,606	,921
af27	85,82	212,216	,477	,922
af28	86,02	210,616	,583	,921
af29	85,72	209,894	,622	,921
af30	85,28	214,633	,461	,923

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10,185	33,950	33,950	7,317	24,389	24,389
2	4,260	14,200	48,149	7,128	23,760	48,149
3	1,641	5,471	53,620			
4	1,261	4,202	57,822			
5	1,257	4,190	62,012			
6	1,015	3,385	65,397			
7	,891	2,971	68,367			
8	,824	2,745	71,113			
9	,715	2,382	73,495			
10	,629	2,096	75,591			
11	,610	2,034	77,624			
12	,583	1,944	79,568			
13	,565	1,883	81,451			
14	,535	1,784	83,235			
15	,514	1,714	84,950			
16	,472	1,573	86,523			
17	,404	1,348	87,871			
18	,383	1,278	89,149			
19	,377	1,255	90,404			
20	,375	1,249	91,653			
21	,318	1,061	92,714			
22	,309	1,031	93,745			
23	,298	,992	94,737			
24	,287	,957	95,694			
25	,262	,872	96,566			
26	,256	,854	97,420			
27	,235	,783	98,203			
28	,208	,694	98,897			
29	,176	,586	99,483			
30	,155	,517	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.



Anexo G: Matriz de Correlaciones entre las variables del estudio

Correlaciones

Anexo H: Análisis de Regresión y Supuestos

Conductas Alimentarias de Riesgo tipo compensatorias/purgativa

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,785 ^a	,616	,608	2,17000	1,819

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofisico, Sexo, imc, F2autoconceptofisico, f2satisfaccion, F3autoconceptofisico, f1satisfaccion

b. Variable dependiente: CARPURGACOMP

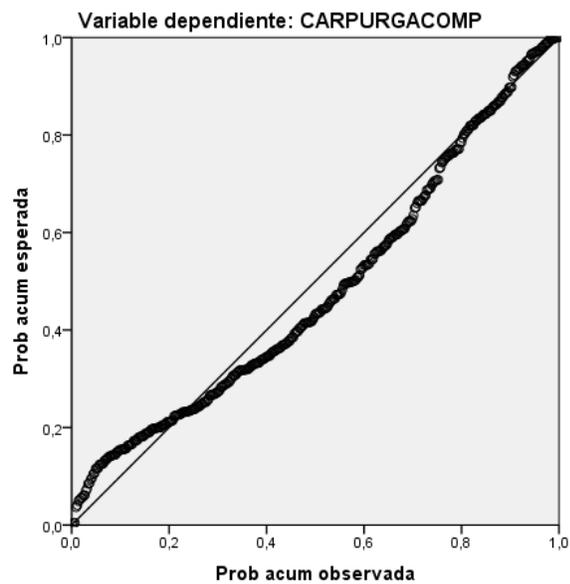
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2935,221	8	366,903	77,917	,000 ^b
	Residual	1827,046	388	4,709		
	Total	4762,267	396			

a. Variable dependiente: CARPURGACOMP

b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofisico, Sexo, imc, F2autoconceptofisico, f2satisfaccion, F3autoconceptofisico, f1satisfaccion

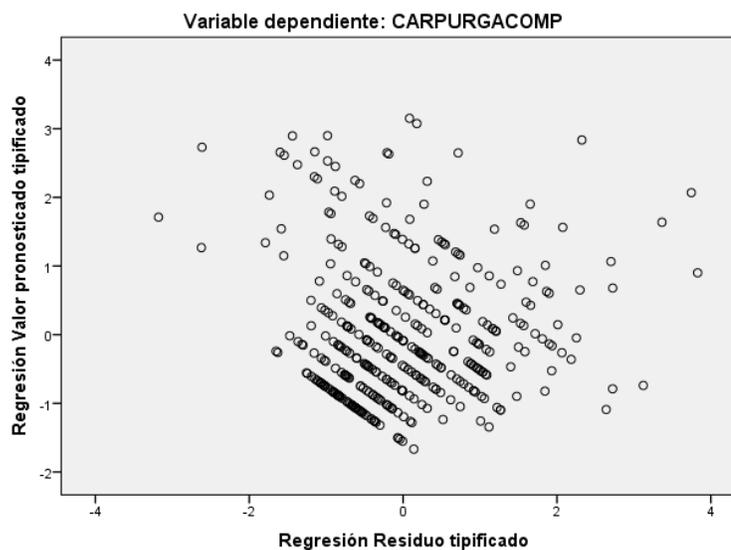
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	-,3619	12,6261	4,2393	2,72216	397
Residual	-6,82253	8,35725	,00000	2,14843	397
Valor pronosticado tip.	-1,690	3,081	,000	1,000	397
Residuo típ.	-3,143	3,850	,000	,990	397

a. Variable dependiente: CARPURGACOMP

Gráfico de dispersión



Conductas Alimentarias de Riesgo tipo atracones

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,381 ^a	,145	,127	2,46743	1,920

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofisico, Sexo, imc, F2autoconceptofisico, f2satisfaccion, F3autoconceptofisico, f1satisfaccion

b. Variable dependiente: CARatracones

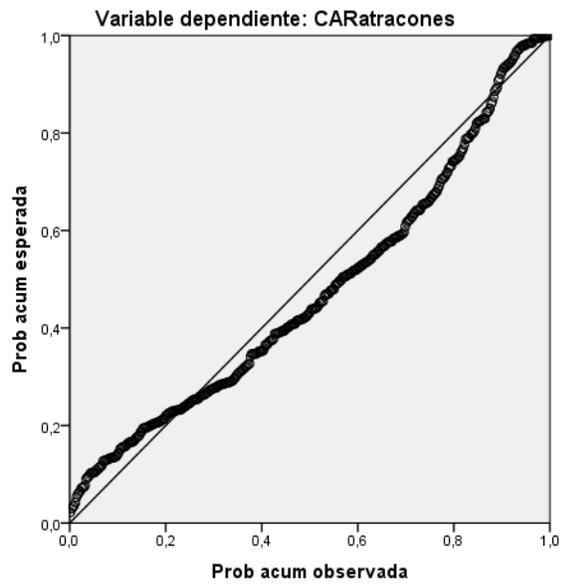
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	400,322	8	50,040	8,219	,000 ^b
	Residual	2362,227	388	6,088		
	Total	2762,549	396			

a. Variable dependiente: CARatracones

b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofisico, Sexo, imc, F2autoconceptofisico, f2satisfaccion, F3autoconceptofisico, f1satisfaccion

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

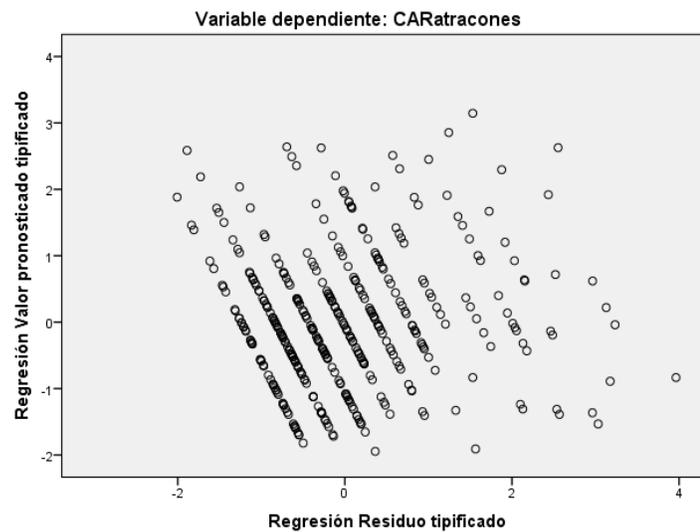


Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	,9755	6,2302	3,0605	1,00509	397
Residual	-4,92722	9,77300	,00000	2,44253	397
Valor pronosticado típ.	-2,074	3,154	,000	1,000	397
Residuo típ.	-1,997	3,961	,000	,990	397

a. Variable dependiente: CARatracones

Gráfico de dispersión



Insatisfacción por la preocupación de la figura corporal

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,721 ^a	,520	,513	16,21841	1,664

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofísico, Sexo, imc, F2autoconceptofísico, F3autoconceptofísico

b. Variable dependiente: f1satisfaccion

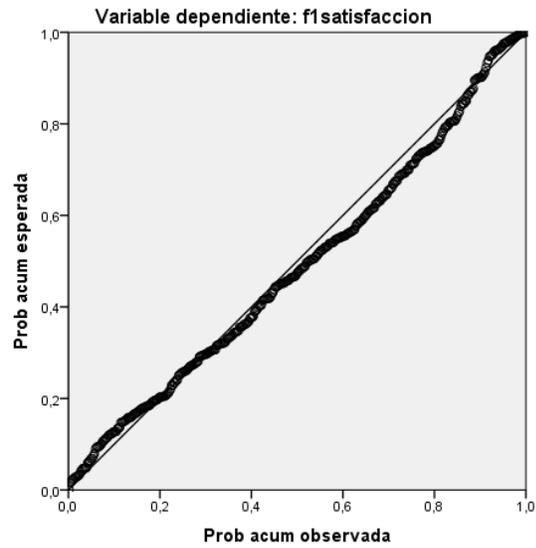
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	111228,979	6	18538,163	70,477	,000 ^b
	Residual	102584,376	390	263,037		
	Total	213813,355	396			

a. Variable dependiente: f1satisfaccion

b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofísico, Sexo, imc, F2autoconceptofísico, F3autoconceptofísico

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

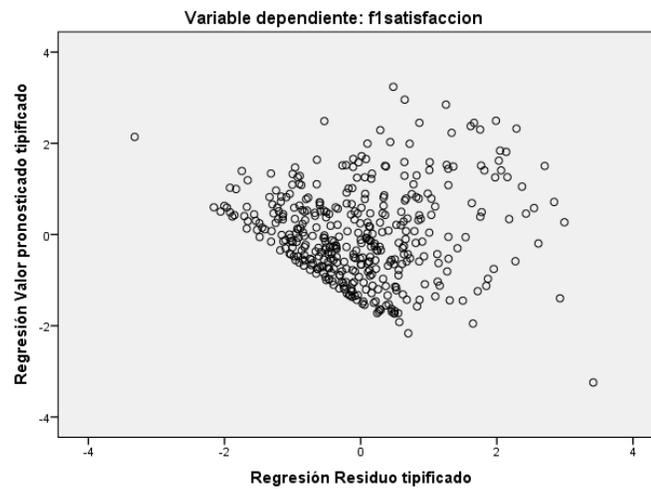


Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	-12,7452	84,2257	24,9597	16,89724	397
Residual	-52,41715	51,88389	,00000	15,95043	397
Valor pronosticado tip.	-2,231	3,507	,000	1,000	397
Residuo típ.	-3,261	3,228	,000	,992	397

a. Variable dependiente: f1satisfaccion

Gráfico de dispersión



Insatisfacción por actos y emociones asociados a la figura corporal

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,570 ^a	,325	,315	4,50583	1,897

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofísico, Sexo, imc, F2autoconceptofísico, F3autoconceptofísico

b. Variable dependiente: f2satisfaccion

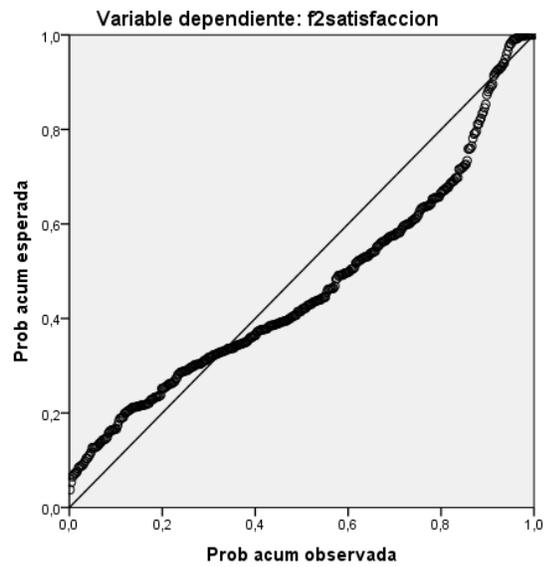
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3838,497	6	639,750	31,511	,000 ^b
	Residual	7978,880	393	20,302		
	Total	11817,377	399			

a. Variable dependiente: f2satisfaccion

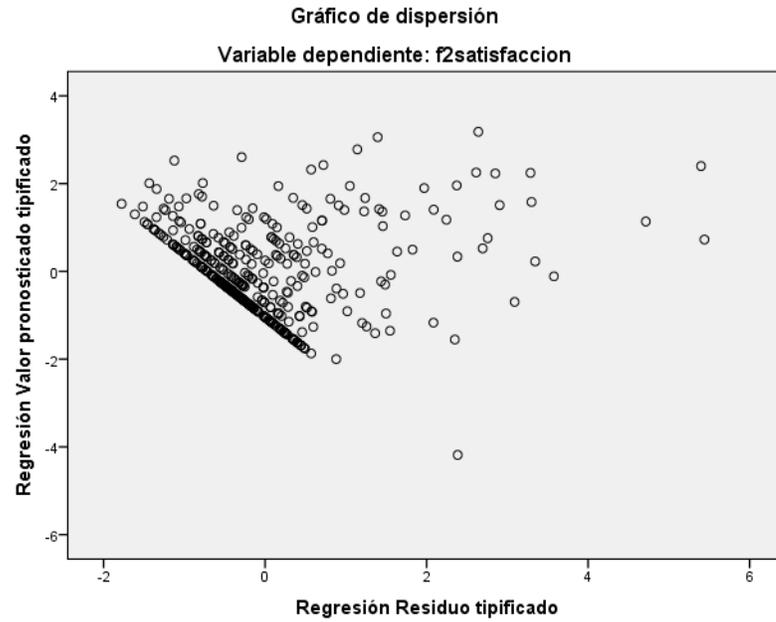
b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, F1autoconceptofísico, Sexo, imc, F2autoconceptofísico, F3autoconceptofísico

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	-3,4864	13,9580	3,2325	3,11646	400
Residual	-7,93087	24,70565	,00000	4,46152	400
Valor pronosticado tip.	-2,156	3,442	,000	1,000	400
Residuo típ.	-1,764	5,496	,000	,992	400

a. Variable dependiente: f2satisfaccion



Índice de Masa Corporal (IMC)

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,243 ^a	,059	,054	4,15402	1,871

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

b. Variable dependiente: imc

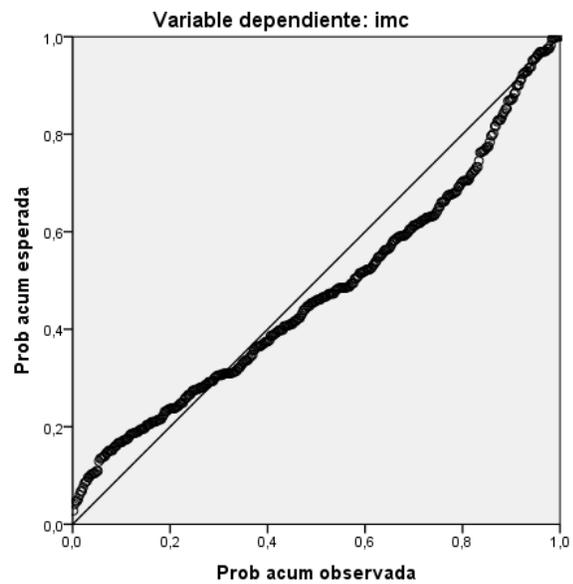
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	428,348	2	214,174	12,412	,000 ^b
	Residual	6850,578	397	17,256		
	Total	7278,926	399			

a. Variable dependiente: imc

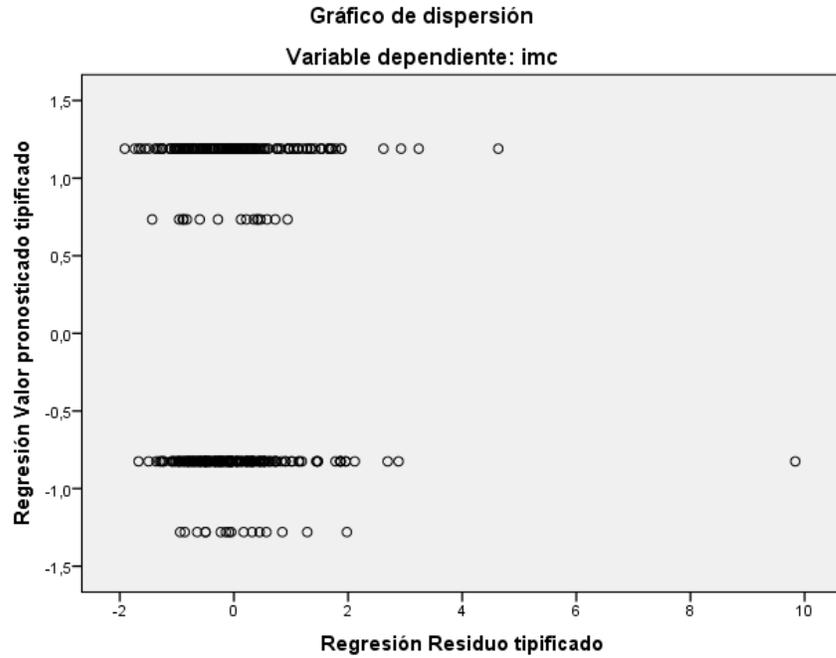
b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	21,6076	23,6833	22,4949	1,02818	400
Residual	-7,90245	40,89244	,00000	4,14557	400
Valor pronosticado típ.	-,863	1,156	,000	1,000	400
Residuo típ.	-1,904	9,852	,000	,999	400

a. Variable dependiente: imc



Autoconcepto de satisfacción física

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,099 ^a	,010	,005	7,19545	1,641

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

b. Variable dependiente: F1autoconceptofísico

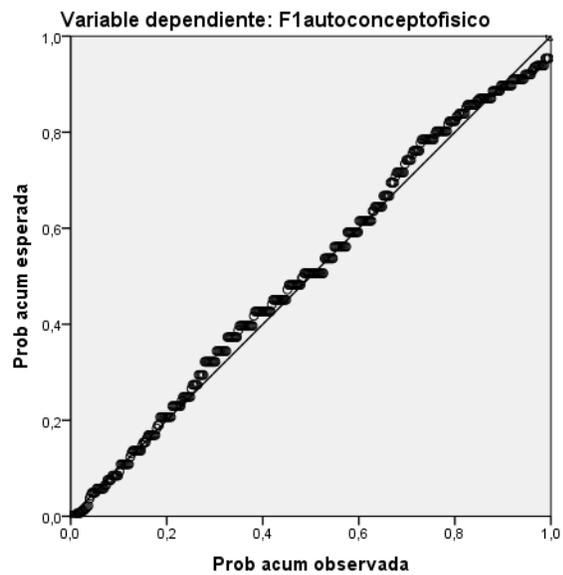
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	205,425	2	102,712	1,984	,139 ^b
	Residual	20554,453	397	51,774		
	Total	20759,877	399			

a. Variable dependiente: F1autoconceptofísico

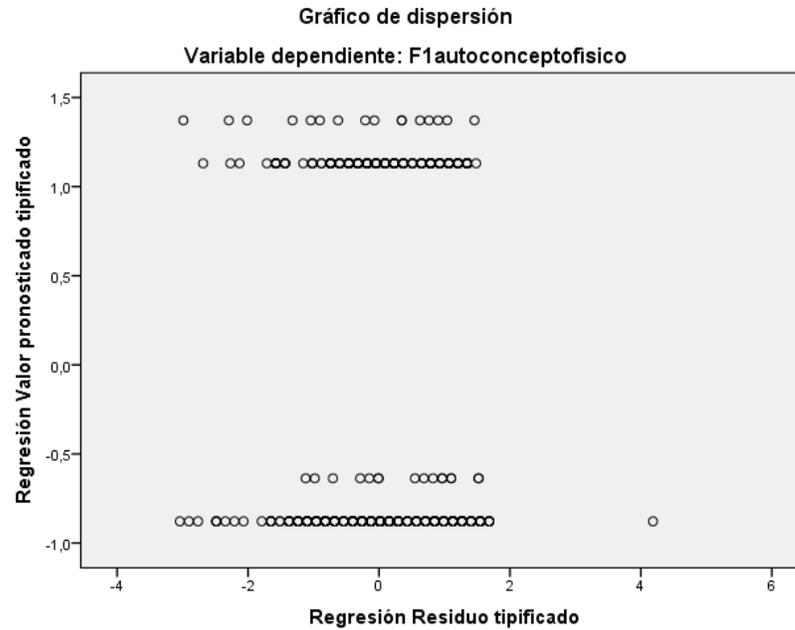
b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	32,6625	34,3192	33,2775	,69472	400
Residual	-20,66248	11,33752	,00000	6,60440	400
Valor pronosticado tip.	-,885	1,499	,000	1,000	400
Residuo típ.	-3,121	1,712	,000	,997	400

a. Variable dependiente: autoconceptosatisfacciónfísica



Autoconcepto de habilidad, fuerza y condición física

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,298 ^a	,089	,085	8,45245	1,657

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

b. Variable dependiente: autoconceptohabilidadfuerzacondicion

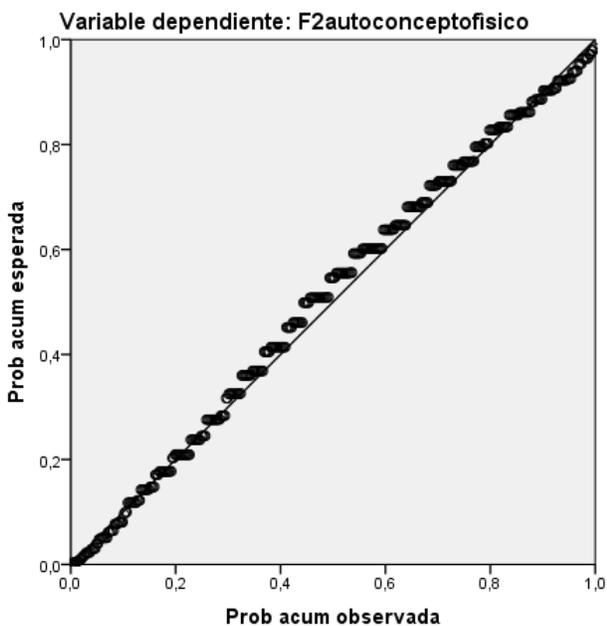
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2640,750	2	1320,375	18,533	,000 ^b
	Residual	28284,250	397	71,245		
	Total	30925,000	399			

a. Variable dependiente: F2autoconceptofisico

b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

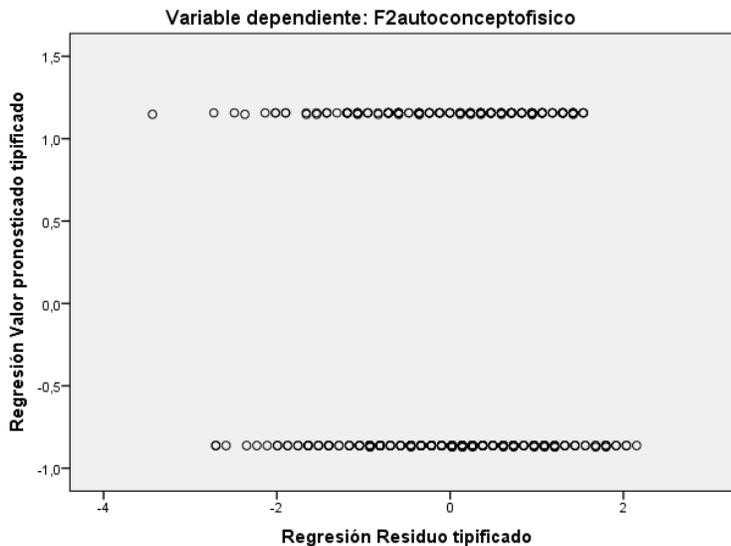


Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	37,8309	43,4993	40,1300	2,63674	400
Residual	-29,49929	18,16907	,00000	8,43124	400
Valor pronosticado tip.	-,872	1,278	,000	1,000	400
Residuo típ.	-3,490	2,150	,000	,997	400

a. Variable dependiente: autoconceptohabilidadfuerzacondicion

Gráfico de dispersión



Autoconcepto de atractivo físico y capacidad general

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,129 ^a	,017	,012	3,73652	1,599

a. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

b. Variable dependiente: F3autoconceptofisico

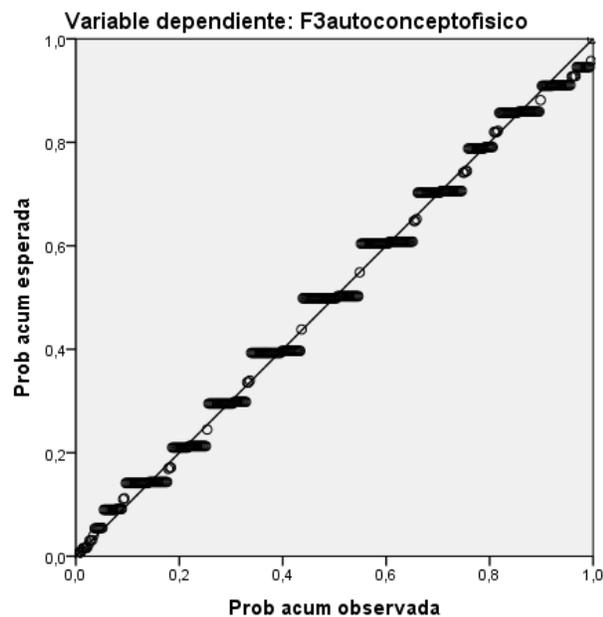
ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	94,419	2	47,209	3,381	,035 ^b
	Residual	5542,741	397	13,962		
	Total	5637,160	399			

a. Variable dependiente: F3autoconceptofisico

b. Variables predictoras: (Constante), Orientación sexual, Sexo

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado



Estadísticos sobre los residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	N
Valor pronosticado	15,0252	16,0856	15,3650	,37781	400
Residual	-9,08560	4,97479	,00000	2,82300	400
Valor pronosticado tip.	-,899	1,907	,000	1,000	400
Residuo típ.	-3,210	1,758	,000	,997	400

a. Variable dependiente: autoconceptoatractivofisico

Gráfico de dispersión

Variable dependiente: F3autoconceptofisico

