

Influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes

Trabajo de Investigación presentado por:

Giulia F. PADRÓN CERAOLO

Y

María G. RIVAS ESCOBAR

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesora Guía:

Susana MEDINA SALAS

Caracas, Julio 2016

***A mi nonnito y a Dios, por haberme
acompañado desde
el cielo en esta experiencia***

Giulia Padrón

***A ti que me diste todo, sin pedir nada
A ti que dejaste todo por mí
A ti que entregaste todo por mí
¡Te lo dedico, Mamá!***

María Gabriela Rivas

Agradecimientos

A Dios y a mi nonnito, por acompañarme en todo momento y que hiciera que nunca desistiera.

A mi familia, por darme la oportunidad de venir a Caracas a crecer como persona y convertirme en profesional.

A mis amigas, sin ellas no hubiese sido posible llegar hasta aquí, gracias por toda su ayuda y apoyo en los momentos más difíciles.

A mi compañera, amiga, hermana de tesis Magra por su apoyo y comprensión durante toda la carrera, también a su familia sin ellos nada hubiese sido igual, los amo.

A la profesora María Gabriela Medina y profesor Antonio Martins por ayudarnos en todo momento. Gracias!

A nuestra tutora Susana Medina, por siempre estar ahí, creer en nosotras y nuestro trabajo.

Simplemente Gracias a los que hicieron esta meta posible...

Giulia, Padrón

A mi familia, por apoyarme en todo momento y darme la oportunidad de cumplir con esta gran meta.

A Mi Chiqui, por ser mí muro de contención, saber cómo sacarme una sonrisa en los momentos más difíciles, y transmitirme tranquilidad en los instantes más oportunos.

A mis Castoras, porque el haber decidido emprender este viaje con ustedes hace tres años, fue la mejor decisión que pude haber tomado, sin cada una de ustedes el camino hasta este gran destino no hubiese sido tan extraordinario como lo fue.

A Bellymar, por haberse convertido en esa persona con la cual sobran las palabras.

A Giulia, mi compañera de tesis y de carrera por aceptar recorrer este camino a mi lado.

A nuestra tutora Susana Medina, por apoyarnos tanto académica como personalmente a lo largo de la realización de este trabajo, y por creer en nosotras.

¡Gracias Totales!

María Gabriela Rivas

Índice de Contenido

RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO.....	13
MÉTODO.....	70
Problema	70
Hipótesis.....	70
General	70
Específicas	70
Variable Dependiente	71
Variables Independientes	72
Variables a controlar	74
Tipo de investigación.....	75
Diseños de Investigación.....	75
Diseño muestral	77
Población	77
Muestra.....	77
Instrumentos de medición	79
Procedimiento.....	86
ANÁLISIS DE DATOS.....	90
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

ANEXOS	136
Anexo A: Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)	137
Anexo B: Hoja de consentimiento informado e identificación de los estudiantes	
Anexo C: Body Shape Questionnaire (BSQ)	141
Anexo D: Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC)	146
Anexo E: Confiabilidad y Análisis Factorial del EAT – 40.....	150
Anexo F: Confiabilidad y Análisis Factorial del BSQ	158
Anexo G: Confiabilidad y Análisis Factorial del CIMEC.....	163
Anexo H: Análisis de los estadísticos descriptivos de las variables	167
Anexo I: Prueba de los supuestos de regresión múltiple.....	173
Anexo J: Resumen y significancia del modelo de regresión múltiple	176

Índice de Tablas

Tabla 1. Modificaciones de los instrumentos..... 88

Tabla 2. Efectos del Sexo, Índice de Masa Corporal, Insatisfacción con la Imagen Corporal y Modelo Estético Corporal sobre el Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria 102

Tabla 3. Coeficientes B , β estandarizados, y Significancia para la Variable Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria..... 103

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo predictivo del riesgo de padecer Trastorno de la Conducta Alimentaria (TAC).....	42
Figura 2. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	96
Figura 3. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Insatisfacción con la Imagen Corporal	97
Figura 4. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Modelo Estético Corporal.....	98
Figura 5. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Índice de Masa Corporal.....	99
Figura 6. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Edad ...	100
Figura 7. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Sexo ...	100

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes. Para ello, se utilizó un diseño no experimental transversal ex post facto prospectivo de grupo único, empleando un análisis de regresión múltiple. La muestra estuvo conformada por 200 estudiantes de educación secundaria de dos instituciones privadas de Caracas, de ambos sexos con edades comprendidas entre 13 y 17 años, a quienes se les aplicó: (a) Test de Actitudes Alimentarias (EAT – 40), (b) Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ), y (c) Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC); por último, se tomó una medida de talla y peso para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).

Los resultados de esta investigación mostraron que los estudiantes presentaron un bajo nivel de riesgo de desarrollar TCA ($M = 15.22$), baja insatisfacción con la imagen corporal ($M = 19.87$), así como también niveles bajos de influencia de los modelos estéticos corporales ($M = 39.26$); el promedio de IMC correspondió a la categoría normal ($M = 21.86$), y hubo mayor cantidad de mujeres que de hombres (114 mujeres y 86 hombres). Por su parte, las variables sexo, modelo estético corporal e IMC no presentaron un efecto significativo sobre el riesgo de desarrollar dicha patología ($p = .104$; $p = .303$; $p = .314$; $p > .001$). La insatisfacción con la imagen corporal sí resultó ser significativa para la predicción del riesgo de desarrollar TCA ($\beta = .58$; $p < .001$). En conclusión, la dimensión psicológica es la que mejor predijo el riesgo de desarrollo de TCA en adolescentes, a través de la variable insatisfacción corporal. Dado que no se confirmaron las predicciones de la dimensión biológica (sexo e IMC) y sociocultural del estudio (modelo estético corporal), desde la psicología de la salud se recomienda mantener el alerta en la detección de este riesgo, para explorar nuevas expresiones de la conducta alimentaria en Venezuela de esta población, que puedan ser disímiles a lo que se ha reportado en la literatura. *Palabras claves:* riesgo de desarrollar TCA, insatisfacción con la imagen corporal, IMC, modelo estético corporal, sexo

Introducción

La salud debe entenderse como el bienestar físico, psicológico y social, en donde se toman en cuenta tanto la esfera subjetiva como comportamental (Labiano, 2009). Asimismo, se destaca que los individuos cada vez se han hecho más conscientes sobre lo que la gente come y la manera en que lucen sus cuerpos con el objetivo de identificar formas de ser más saludables; por ende, el hecho de estudiar la conducta alimentaria dentro de la psicología de la salud resulta relevante.

En este sentido, la alimentación ha dejado de ser solamente una respuesta a una necesidad de tipo biológica, respondiendo a su vez a factores económicos, culturales y psicológicos que influyen en los individuos para que modifiquen su conducta alimentaria realizando dietas restrictivas, ayunos o la ingesta de productos para reducir o controlar el peso corporal aun cuando no se encuentre presente una problemática real en relación al peso (Álvarez, Mancilla, Martínez y López citado en Paredes, Martínez-Moreno, Díaz-Reséndiz, López-Espinoza, Cervantes y Váldez-Miramontes, 2010).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entendidos como enfermedades conductuales devastadoras provocadas por una interacción compleja entre diversos factores que pueden contener tanto trastornos emocionales como trastornos de la personalidad, así como también presiones familiares, posibilidad de la presencia de sensibilidad genética y el vivir en una cultura en donde se le adjudica gran relevancia a la delgadez, afectando tanto física como mentalmente la salud de los individuos (Carrillo-Durán, 2001).

Dentro de esta patología, existen diversos tipos de trastornos alimentarios, pero los más frecuentes son: (a) Anorexia Nerviosa (AN), y (b) Bulimia Nerviosa (BN). Con respecto a la anorexia, esta puede ser de dos tipos: restrictiva y de atracones/purgas (Pina-Sánchez, 2015). Mientras que la bulimia se caracteriza por la existencia de episodios compulsivos de ingesta sin control (atracción) y exagerada de alimentos, sumado a la tendencia de eliminar los efectos de la ingestión calórica mediante la autoprovocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, y dietas restrictivas (Rava y Silber, 2004).

Carrillo-Durán (2001) plantea que la tendencia conceptual de los últimos años ha sido considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales. Debido a esto, surgen los primeros modelos biopsicosociales para explicar este tipo de trastorno, destacando el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas en 1981, el cual tenía como finalidad colocar en evidencia el conjunto de factores explicativos de los TCA, en donde se plantea que existen tres factores que interactúan para originar este tipo de trastorno: (a) la predisposición biológica, entre los cuales se destaca los determinantes genéticos, bioquímicos y alteraciones estructurales (Borrego-Hernando, 2000); (b) psicológica, destacando la imagen corporal, interiorización del ideal de delgadez y autoestima; y (c) el entorno social, destacando la influencia de la sociedad, que promueve un modelo estético corporal dominante caracterizado por una figura ultradelgada (Figuroa-Rodríguez, García-Rocha, Villarreal-Caballero y Unikel-Santoncini, 2010).

Debido al incremento de riesgo de presentar un TCA, se ha vuelto necesario estudiar factores asociados a su aparición. En este sentido, las psicopatologías alimentarias han sido relacionadas con el género, principalmente el femenino, observándose una relación entre mujeres y hombres 9-10:1, debido que la mayoría de los estudios epidemiológicos prueban que el 90-95% de los sujetos que padecen un tipo de TCA son mujeres (Guerrero-Prado, Barjau-Romero, Chinchilla-Moreno, 2001).

De igual manera, se ha documentado que los TCA afectan a la población más joven, presentándose en edades cada vez más tempranas siendo los adolescentes los grupos con mayor prevalencia de los TCA (Portela-Santana, Da Costa-Ribeiro, Mora-Giral y Raich, 2012).

Cruz-Sáez y Maganto-Mateo (2002) han demostrado que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo principales para el desarrollo de los TCA. Por ello, en los últimos años se han desarrollado distintas teorías con la finalidad de explicar las alteraciones de la imagen corporal en relación a los TCA, encontrándose que existen aspectos perceptuales, aspectos del desarrollo, y aspectos socioculturales que intentan dar una explicación del riesgo de desarrollar un TCA (Bruch citado en Rivarola, 2003).

Por otro lado, se plantea que la composición corporal de los individuos es una variable que se encuentra relacionada con el riesgo de TCA, se ha argumentado que elevados índices de adiposidad tienen como resultado un aumento tanto en la influencia en el riesgo de desarrollar TCA (Cattatin y Thompson citado en Franco, De Jesús-Díaz, López-Espinoza, Escoto y Camacho, 2013).

En los últimos tiempos, se ha investigado cada vez más el papel de las influencias socioculturales como un factor de riesgo de los TCA, ya que la presentación del adelgazamiento a través de los medios masivos de comunicación como el modelo estético corporal ideal, sumado a la influencia de familiares y amigos para cuidar el peso corporal, puede en algunos casos ser el causante de estas psicopatologías (Martínez, Toro y Salamero citado en Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla Díaz y Trujillo-Chi Vacuán, 2010).

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal (IMC), modelo estético corporal y el sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de sexo masculino y femenino con edades comprendidas entre 13 y 17 años. Para ello, se realizó una investigación no experimental, explicativa, de campo, en donde se utilizó un diseño ex post facto prospectivo de grupo único, utilizando una muestra compuesta por 200 estudiantes de Educación Secundaria del área metropolitana de Caracas. Asimismo, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple como estrategia para evaluar la relación entre las variables mencionadas.

En la actualidad, existe una mayor preocupación con respecto a estos trastornos como consecuencia de la gravedad que pueden alcanzar algunos casos, sumado a la necesidad de la aplicación de un tratamiento especializado y multidisciplinario, a menudo con un alto grado de complejidad; así como también, por el aumento de la población con la presencia de esta problemática.

Sin embargo, en Venezuela existe poca información publicada sobre la prevalencia de los TCA, así como también se encuentran pocos estudios acerca de la detección y el diagnóstico de estos trastornos (Cabrera, 2009).

Los TCA provocan alteraciones graves en el organismo y pueden tener como consecuencia la muerte, y complicaciones para la salud. Por ello, el TCA es una variable relevante en esta área, ya que dicho estudio proporcionó información relevante para la ejecución de programas de intervención primaria relacionada con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes; así como también, para conocer los factores que pueden servir de alerta para el posible desarrollo de dicha patología, enfocándose en los mismos como estrategia de prevención.

Con lo que respecta a los aspectos deontológicos bajo los cuales se llevó a cabo la investigación, se destacan los principios de: (a) responsabilidad por parte de los investigadores, ya que las mismas actuaron con responsabilidad en la conducción de la investigación, apegándose completamente a la teoría y práctica que el estudio amerita; (b) respeto por los individuos, en donde los investigadores garantizaron a los sujetos del estudio buenas condiciones durante la participación en la investigación, privacidad y confidencialidad de la información proporcionada (anonimato), dicha confidencialidad o anonimato se aseguró ya que no hubo manera de que con base a la información suministrada por los individuos a través del instrumento fueran identificados posteriormente; así como también, se garantizó el bienestar general del individuo ya que se aseguró que los participantes estuvieran libres de coacción, es decir, los individuos tuvieron la libertad de contestar el instrumento de forma voluntaria, y contaron con la opción de retirarse o desistir de contestar en el momento en que lo desearan; y (c) compromiso con la sociedad, debido que el estudio se encontró orientado a aportar beneficios directos a la ciencia, metodología, teoría, tecnología y profesión, observándose esto en la contribución que la presente investigación aportó al tema de los factores asociados al riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes (Escuela de Psicológica, UCAB 2002).

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Bolaños-Ríos, 2009). En la actualidad, existen diversas áreas de las ciencias formales que tienen como objetivo el estudio de la salud, entre las áreas mencionadas se encuentra la psicología; esta ciencia posee en la actualidad 56 divisiones correspondientes a distintas áreas de estudio de las cuales se puede destacar la psicología de la salud clasificada como la división 38 de la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association* [APA]) con el nombre de Psicología de la Salud (*Health Psychology*), la cual es entendida como una disciplina que enmarca el estudio de distintas problemáticas que influyen en el bienestar de la salud física y mental de los individuos (APA, 2015).

Labiano (2009) asevera que la salud debe entenderse como el bienestar físico, psicológico, y social que abarca más allá de lo planteado por el esquema biomédico, planteando que se debe tomar en cuenta tanto la esfera subjetivo como comportamental. Esta definición concuerda con la de Stone (citado en Sanz, 2011) el cual propone que la salud es un constructo multidimensional comprendido por dimensiones de tipo biológica, psicológica, y social, destacando que varía entre distintas culturas; además, afirma que para dar respuesta de cómo proteger, mejorar y recuperar la salud es necesario reconocer lo que significa y como puede ser medida.

En este punto es importante señalar que autores como Kuhlberg (2000), han comprobado que los individuos cada vez se han hecho más conscientes de diversos aspectos, entre los cuales se encuentran: (a) lo que la gente come, (b) la manera en cómo luce el cuerpo, y (c) cómo se sienten las personas alrededor de otros, con el fin de determinar cómo ser más sanos o saludables; por ende, el hecho de estudiar estos temas dentro de lo que es la psicología de la salud resulta relevante.

En este sentido, el riesgo en la salud es entendido como la probabilidad de que suceda un hecho indeseado que afecte a la salud de un individuo o un grupo de individuos, así como también permite entender mejor cómo intervienen los factores tanto sociales como psíquicos en el comportamiento, y cómo este comportamiento conforma, acelera o mantiene condiciones que producen alteraciones en el desarrollo psicosocial (Cabrera, 2009).

Según Álvarez, Mancilla, Martínez y López (citado en Paredes, Martínez-Moreno, Díaz-Reséndiz, López-Espinoza, Cervantes y Váldez-Miramontes, 2010) la alimentación ha dejado de ser únicamente una respuesta ante una necesidad de tipo biológica, respondiendo a su vez a factores de carácter económico, cultural y psicológico, es decir, implica un intercambio del individuo con su ambiente funcionando como un modo de vinculación social y una manera de expresar o manejar nuestras emociones, en donde la promoción del ideal de delgadez y la estigmatización de la obesidad pueden estar actuando como factores que han influido para que algunos individuos modifiquen su conducta alimentaria realizando dietas restrictivas, ayunos o la ingesta de productos para reducir o controlar el peso corporal aun cuando no se encuentre presente una problemática real en relación al peso.

La conducta alimentaria es entendida como el comportamiento normal relacionado con: (a) hábitos de alimentación, (b) elección de alimentos que se ingieren, (c) preparaciones culinarias, y (d) cantidad de alimentos ingeridos (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Asimismo, Lora-Cortez y De-Jesús (2006) definen la misma como un conjunto de acciones que realiza un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica, y socio-cultural de ingerir alimentos.

Una alteración de la conducta alimentaria tiene como consecuencia lo que se conoce como Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), en donde los patrones de ingesta de alimentos se encuentran distorsionados (Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Por ello, el TCA es una variable relevante en el área de la salud, ya que estos trastornos constituyen en la actualidad un problema importante de salud, debido a la gravedad que pueden alcanzar en algunos casos, así como la necesidad de la aplicación de un tratamiento especializado y multidisciplinario, a menudo con un alto grado de complejidad. Dentro de los TCA, los más frecuentes son: (a) Anorexia Nerviosa (AN), y (b) Bulimia Nerviosa (BN); en la actualidad, existe una mayor preocupación con respecto a ellas como consecuencia del aumento de la población con la presencia de esta problemática (Cabrera, 2009).

Los TCA, considerados como entidades médicas han sido bien conocidos desde el siglo XIX, cuando la anorexia fue identificada por primera vez por Gull en Londres, así como también por Lasegue en París a principios del año 1870. Existen razones para creer que la presencia de patrones de conductas asociadas a los TCA se encontraban presentes siglos antes de su descubrimiento en el año 1873, pero manifestándose de una forma que no era considerada como una enfermedad (Gordon, 1998).

Con base a lo anteriormente planteado, se destaca que en la historia de nuestra cultura han existido alteraciones en las conductas alimentarias, siendo el sobrepeso considerado como un signo de poder y salud. Por esta razón, en la antigüedad los banquetes donde se comía y bebía excesivamente gozaban de un carácter social y sagrado, considerando el vómito como el remedio más común para poder reiniciar la comilona (Turón-Gil y Turón-Viñas, 2005).

Asimismo, estos autores plantean que la restricción alimentaria tenía un carácter social relacionándose con la hambruna, lo religioso y la penitencia; destacando que los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, así como también como un medio para lograr un estado espiritual más profundo. Siguiendo esta línea, Catalina de Siena fue considerada como la persona más famosa diagnosticada con anorexia, la cual a los siete años de edad hizo referencia a una visión de Jesús, mientras que al mismo tiempo comenzó a rechazar la comida, imponerse penitencias y en el período de la adolescencia rechazó la comida alimentándose solamente con hierbas y pequeñas cantidades de pan, manteniendo dietas restrictivas y conductas de purgas, decidiendo dejar de alimentarse totalmente teniendo como consecuencia la muerte.

Sin embargo, no todos los cuadros de anorexia están relacionados con una vida de penitencia y sacrificios, ya que los documentos antiguos también mencionan episodios de restricción voluntaria de la alimentación por diversos motivos que podían ir desde la existencia de una psicopatología, hasta personas que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y expresando que podían vivir sin alimentarse (Turón-Gil y Turón-Viñas, 2005).

A partir de los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un marcado interés de los investigadores sobre el tema. Por el contrario, la bulimia nerviosa es más reciente, ya que es un trastorno del que no se hablaba desde hacía dos décadas, y ha tenido un impacto en nuestra sociedad en los últimos quince años.

De igual manera, Van't Hof (citado en Arrufat Nebot, 2006) propone que la presencia de los TCA ha experimentado un incremento progresivo en la literatura médica desde la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, no queda claro si ello se debe a un incremento en su prevalencia o es consecuencia de un mayor conocimiento o reconocimiento de los trastornos mencionados. A su vez, Peláez-Fernández, Labrador-Encinas y Raich-Escursell (2004) plantean que los TCA han alcanzado una especial importancia en las tres últimas décadas debido a su creciente incidencia, la gravedad de la sintomatología asociada y la resistencia al tratamiento, siendo considerada como una de las enfermedades crónicas más comunes entre la población femenina adolescente y juvenil en las ciudades desarrolladas y occidentalizadas.

Portela-Santana, Da Costa-Ribeiro, Mora-Giral y Raich (2012) plantean que:

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (p. 392).

De igual manera, los TCA son entendidos como alteraciones específicas y severas en el consumo de los alimentos, manifestadas en sujetos que presentan patrones distorsionados en el acto de la ingesta de alimentos, caracterizadas ya sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo en respuesta a un impulso psíquico y no debido a una necesidad de índole metabólica o biológica (Méndez, Vázquez-Velázquez, García-García, 2008).

Los TCA se caracterizan por presentar conductas de alimentación anómalas como respuesta a su insatisfacción con la imagen corporal, así como también se poseen determinadas creencias acerca del consumo de alimentos y la forma del cuerpo (Grilo, 2006).

Es frecuente encontrar en los individuos que padecen TCA pensamientos distorsionados con lo que respecta a su peso, ocasionando sentimientos de inferioridad y creencias de que no son queridos debido a su imagen física, así como también distorsiones acerca de la salud, ya que piensan que estar delgado es sinónimo de salud o que puede perderse peso rápidamente sin tener implicaciones negativas en la salud; entre algunos de los comportamientos más comunes acerca de la comida y el peso, se puede destacar comportamientos de preocupación por: (a) la comida, como contar calorías y medir el contenido de grasa; y (b) la silueta, reflejado en la acción de pesarse frecuentemente, dietas estrictas, atracones, uso y abuso de laxantes (Raich, 2011).

Existen diversos manuales diagnósticos que permiten definir y clasificar los TCA, uno de ellos es la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5), el cual proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas y provee criterios para el diagnóstico de trastornos mentales. En el caso de TCA, define las siguientes patologías: (a) Pica, (b) Trastorno de Rumiación, (c) Trastorno de Evitación/Restricción de los Alimentos, (d) Anorexia Nerviosa (AN), (e) Bulimia Nerviosa (BN), (f) Trastorno de Atracones (TA), (g) Otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos Especificado, y (h) Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos No Especificado (TCANE).

Específicamente con respecto al tipo de trastorno de la conducta alimentaria denominado AN, los criterios diagnósticos según el DSM-5 son los siguientes:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o

comportamientos que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-6.99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ (pp. 191-192).

Por otro lado, López-Herrero (1999) plantea que la anorexia, también denominada “Síndrome de las tres A” (amenorrea, adelgazamiento y anorexia como actitud de rechazo al alimento) a la que después se le sumaría otros elementos clínicos como: distorsión de la imagen corporal y miedo a engordar, es una entidad nosológica. Asimismo, es definida como un trastorno que transforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso como consecuencia de una dieta autoimpuesta. Este trastorno es considerado de etiología multifactorial, encontrándose implicados factores biológicos, sociales y psicológicos.

Cestaro (s.f) propone que en el desarrollo de los TCA se destacan otros factores, siendo estos: (a) factores predisponentes, como los individuales (alteraciones cognitivas consistente en pensamiento concreto dicotómico, egocéntrico y los trastornos psicopatológicos), familiares (estructura, dinámica familiar y genética), socioculturales (valoración de lo estético y el culto a la imagen corporal); (b) factores precipitantes, no existe un precipitante único y en algunas ocasiones no se puede identificar uno en particular, sin embargo, se ha propuesto como principal factor la dieta restrictiva; y (c) factores perpetuantes, entendidos como alteraciones psicopatológicas consecutivas a la desnutrición, teniendo como consecuencia alteraciones psicopatológicas como irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de capacidad de concentración, depresión e introversión.

La AN puede ser de dos tipos: (a) restrictiva, en donde los individuos simplemente se privan de los alimentos, no llevan a cabo ningún deporte ni se provocan ellos mismos el vómito con el objetivo de perder peso; y (b) atracones/purgas, los individuos que la padecen se siguen alimentando así ya se encuentren saciados, para luego emplear la purga mediante el vómito, consumo de laxantes, además de utilizar el deporte (específicamente ejercicios de estiramiento y contracción de las piernas) con la finalidad de acelerar el metabolismo y poder acelerar la digestión de la poca cantidad de alimentos que pudo haber llegado a su estómago (Pina-Sánchez, 2015).

Asimismo, la AN presenta alteraciones en tres áreas, siendo estas: (a) emocionales, entendida como sentimientos depresivos (insomnio, llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia), ansiedad (inquietud y movimiento), insatisfacción con la imagen corporal y sentimientos de culpa después de la ingesta; (b) pensamiento, destacándose el pensamiento dicotómico, creencias irracionales adquiridas por difusión social, pensamiento obsesivo en cuanto al peso y comida, así como también pensamiento perfeccionista; y (c) conductuales, entendido como el aumento de la actividad física, comportamientos específicos con la comida (comer poco, esconder comida, esparcirla en el plato, realizar todo tipo de dieta), comportamientos relacionados con el cuerpo (pesarse mucho o nunca, cubrirse con mucha ropa, comprobar su cuerpo en espejos o no hacerlo nunca) (Raich, Mora y Sánchez-Carracedo citado en Negrete-Castellanos, 2015).

En relación al segundo trastorno de la conducta alimentaria más estudiado, la Bulimia Nerviosa (BN), se destaca que la conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la finalidad de seguir comiendo, se remonta a la época de la antigua Roma. Sin embargo, fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad, en donde describió a 30 pacientes que tenían peso normal que presentaban un intenso temor a engordar y, a su vez, presentaban atracones y vómitos.

Con base al DSM - 5, el tipo de TCA denominado BN tiene como criterios diagnósticos los siguientes:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

Bulimia Nerviosa

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana (pp. 192 -194).

La BN es definida como un TCA caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta sin control (atracción) y exagerada de alimentos (en donde los aportes calóricos de los alimentos pueden llegar hasta valores de 3.000-10.000 calorías) en períodos de tiempo muy cortos (semanales); sumado a la tendencia de eliminar los efectos de la ingestión calórica mediante la autoprovocación del vómito, uso de laxantes y diuréticos, dietas restrictivas y aumento de actividad física, en donde estos episodios de ingesta descontrolada no pueden ni prevenirse ni interrumpirse una vez iniciados (Rava y Silber, 2004).

Lo anteriormente planteado resulta concordante con lo expuesto por Negrete-Castellanos (2015), el cual propone que las personas que padecen BN presentan episodios en los que comen grandes cantidades de comida, denominados atracción, y posteriormente llevan a cabo actividades para mantener su peso; estas personas pueden tener un peso normal o engordar como consecuencia de sus conductas alimentarias inadecuadas.

La BN, presenta alteraciones en tres áreas, siendo estas: (a) emocionales, entendido como sentimientos depresivos (llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia, inquietud e insomnio), cambios bruscos en el estado de ánimo, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, insatisfacción por la falta de control específicamente en la comida y sentimientos de culpa después de la ingesta; (b) pensamiento, destacándose el pensamiento dicotómico, creencias irracionales derivadas de la difusión social, pensamiento obsesivo en relación a la comida y el peso, mayor conocimiento en dietas y menor conocimiento en nutrición; y (c) conductuales, entendido como comportamientos específicos relacionados con la comida (comer solo, muy rápido, tomar líquidos para facilitar el vómito), comportamiento relacionados con el cuerpo (pesarse mucho o nunca, cubrirse el cuerpo con ropa ancha, comprobar el cuerpo en espejos o no hacerlo nunca) (Raich, Mora y Sánchez-Carracedo citado en Negrete-Castellano, 2015).

Con respecto al riesgo de desarrollar un TCA, los sujetos realizan un conjunto de prácticas no saludables consideradas factores de riesgo para el padecimiento de dicho trastornos con el objetivo de perder peso o para controlar el mismo, sin embargo, estas conductas no resulta la manera eficaz para lograr los resultados deseados sino que por el contrario pueden tener como consecuencia una ganancia de peso y hasta llegar a tener sobrepeso con el tiempo.

Un factor de riesgo hace referencia a toda situación o circunstancia que aumentan las probabilidades de padecer un tipo de enfermedad; es posible desarrollar un TCA con o sin la presencia de estos factores de riesgo, sin embargo, mientras mayor sea la cantidad de dichos factores presentes, mayor será la probabilidad de desarrollar o padecer un TCA (Montoya-Salazar, 2012). Estos factores pueden determinarse por lo general después de la realización de estudios preliminares que buscan asociaciones entre los trastornos, y determinadas variables; el conocimiento de los factores de riesgos es crucial para el desarrollo efectivo de estudios de prevención (Agras, 2010).

Entre los factores de riesgo para un desorden alimentario evaluados en hombres y mujeres con sobrepeso se encuentra: (a) exponerse a artículos de revista de pérdida de peso, (b) alta importancia del peso, y (c) tener conductas no saludables para el control de peso. Mientras que entre los factores protectores se destacan: (a) la conectividad con la familia, (b) la satisfacción con el cuerpo, y (c) tener comidas regulares (Neumark et al., citado en De la Torre, 2014).

Correa, Zubarew, Silva y Romero (2006) definen el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria como:

Probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado) éste se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida, acompañado de rasgos psicológicos reforzadores tanto personales (perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad) como interpersonales (ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social) (p. 156).

De igual manera, Salazar-Montoya (2012) al referirse al riesgo de desarrollar un TCA, propone que “los trastornos de la conducta alimentaria abarcan diferentes enfermedades que son causadas por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionados por la alteración de los hábitos alimenticios comunes” (p. 36).

El riesgo de desarrollar una patología alimentaria, es el resultado de una combinación de variables, en donde una detección temprana de actitudes y/o conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estas patologías, optimizando así la respuesta terapéutica y el pronóstico (Behar, Alviña, González y Rivera, 2007).

Con base a esto, la actitud es entendida como un proceso de organización de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias conductuales, que resultan relativamente perdurable hacia grupos, objetos, eventos o símbolos que resultan socialmente significativos (Hogg y Vaughan, 2005).

Siguiendo esta línea, las actitudes se han organizado en lo que ha sido denominado como la concepción tripartita de las actitudes, la cual señala que éstas constan de tres componentes, siendo estos: (a) cognitivo, el cual incluye pensamientos y creencias que tienen las personas sobre el objeto de actitud; (b) afectivo, el cual agrupa sentimientos y emociones relacionados con el objeto de actitud; y (c) conductual, el cual recoge las intenciones o disposiciones a la acción, al igual que los comportamientos que se dirigen al objeto de la actitud (Morales et al., 2007).

Asimismo, resulta posible hacer referencia a las actitudes que las personas tienen hacia los alimentos, entendiéndose como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra del acto de comer que predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho acto, en donde esta actitud ante la comida así como las conductas de riesgo de atracones y dietas restrictivas son considerados como un predisponente al riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de alimentación (Corada y Montedónico, 2007).

Lima-Serrano, Lima-Rodríguez y Sáez-Bueno (2012) plantean que el sujeto con actitud favorable hacia la alimentación sería aquel que valora la necesidad y los beneficios de realizar una alimentación sana y equilibrada, evitando las situaciones perjudiciales con respecto a la alimentación. Mientras que el sujeto con actitud desfavorable hacia la alimentación sería aquel o aquella que no valora la necesidad de una alimentación sana ni sus beneficios, prefiriendo consumir alimentos inadecuados.

Los modelos cognitivos según Hermán y Polivy (citado en Merino, Godas y Pombo, 2002) describieron el efecto perturbador que las emociones fuertes ejercen en los individuos sometidos a una restricción alimentaria, así como también se ha destacado el papel de las creencias o pensamientos negativos relacionados con el peso y la forma corporal como responsables directos del trastorno de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia (Vitousek y Orimoto citado en Merino, Godas y Pombo, 2002).

Diversos autores, entre los cuales se encuentran Lima-Serrano, Lima-Rodríguez y Sáez-Bueno (2012) proponen que la actitud se desempeña como un mediador en el cambio de comportamiento, por lo que la misma funciona como predictora de la práctica de este, es decir, prevalece la suposición de que las creencias y sentimientos determinan la conducta que los individuos habrán de asumir.

Una correcta educación nutricional podría cambiar actitudes erradas, por ende, también conseguiría cambiar conductas alimentarias inadecuadas con la finalidad de recuperar hábitos saludables que favorezcan la calidad de vida, evitando el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Bolaños-Ríos, 2009).

Con base a lo anteriormente planteado, en el intento de detectar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria intervienen un conjunto de variables y factores de riesgos, entre los cuales se destacan las actitudes que los individuos posean ante la conducta de alimentación, pudiendo ser ésta considerada como predictora de los comportamientos inadecuados relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Por lo cual, resulta relevante tomar en cuenta las actitudes alimentarias a la hora de evaluar el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

En este sentido, Los TCA como la AN y BN han alcanzado proporciones alarmantes en los países desarrollados en comparación con los países subdesarrollados y áreas no industrializadas u occidentalizadas de los países que se encuentran en vía de desarrollo, especialmente entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, observándose dificultad para precisar los datos epidemiológicos reales (Guerrero-Prado, Barjau-Romero y Chinchilla-Moreno, 2001).

Los trabajos epidemiológicos realizados en las últimas décadas demuestran la incidencia de los TCA y un incremento de los mismos, así como también resulta innegable el aumento de pacientes con este trastorno en atención primaria y consultas psiquiátricas.

Asimismo, tan sólo en Estados Unidos alrededor de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes presentan síntomas de TCA, de los cuales más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, se estima que la AN y BN afectan alrededor de 1.2 millones de mujeres en dicho país (Guerrero-Prado, Barjau-Romero y Chinchilla-Moreno, 2001). A su vez, Gandarillas-Grande y Febrel (2002) llevaron a cabo un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid, en donde la muestra fue seleccionada a través de un muestreo aleatorio por conglomerados y estuvo compuesta por 1.534 mujeres adolescentes, con edades comprendidas entre 15 y 18 años. Los resultados obtenidos tomados sobre el 81.4% de las participantes voluntarios, reflejan una tasa de prevalencia de 3.4% de TCA, específicamente 0.6% de AN, 0.6% BN y 2.1% TCANE o cuadros incompletos.

No obstante, Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa (2007) plantean que existen pocos estudios epidemiológicos acerca del riesgo de padecer desórdenes alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes tanto en países desarrollados así como en América Latina. Por lo cual, estos autores plantean la necesidad de desarrollar estrategias de filtro, también denominada tamización y diagnóstico temprano.

En Venezuela, se encuentran pocos estudios acerca de la detección y diagnósticos de TCA, así como también la prevalencia de los mismos (Cabrera, 2009). Sin embargo, se destacan algunos estudios realizados en dicho país.

Dentro de estos se encuentra, la investigación realizada por Quintero-Párraga et al (2003) quienes realizaron un estudio que tenía como objetivo determinar la prevalencia y las características clínicas asociadas a los TCA, específicamente AN, BN y TA en adolescentes de ambos sexos; la muestra para este estudio fue seleccionada a través de un muestreo polietápico, y estuvo conformada por 1.363 estudiantes entre 12 y 18 años que asistían a escuelas públicas y privadas de la tercera etapa en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia, donde el 52.75% correspondió al sexo femenino ($n = 719$) y el 47.25% correspondió al sexo masculino ($n = 644$). Los resultados obtenidos, reflejan una prevalencia de la AN de 0% ($n = 0$), es decir, ninguno obtuvo puntajes que los identificaron como caso de AN, mientras que la prevalencia de la BN fue de

1.58% ($n = 21$), en relación al TA, el 0.66% ($n = 9$) cumplió con los criterios diagnósticos necesarios.

De igual manera, Rodríguez, Viera, Yáñez, Weininger y Suárez (2014) realizaron un estudio que tenía como objetivo establecer la prevalencia de los TCA en estudiantes femeninas de la Universidad Central de Venezuela (UCV); la muestra de este estudio estuvo compuesta por 1.024 estudiantes con edades comprendidas entre 16 y 35 años de edad, en donde se obtuvo que el 19.34% de las estudiantes presentan algún tipo de TCA ($n = 198$), específicamente 0% para la AN ($n = 0$), 2% para BN ($n = 22$), 6% para TA ($n = 65$) y 11% para TCANE ($n = 111$).

Por otro lado, en la revisión científica existente sobre la etiología de la enfermedad, se identifican como causas de los TCA los factores socioculturales como el imperativo de la delgadez, los roles de género, experiencias de abuso sexual y conflictos en la dinámica familiar evaluados como causa o efecto del trastorno, así como también se han planteado factores biológicos entendidos como una predisposición genética, presencia previa de psicopatología o su desarrollo como efecto secundario de la desnutrición, así como características de índole personal como una baja autoestima y un elevado nivel de autoexigencia. Sin embargo, diversos estudios asumen un origen multicausal de los TCA (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza y Pallicer, 2006).

La tendencia de los últimos años, ha sido considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, siendo resultado de la interacción de distintos factores psicológicos, familiares, socioculturales, y biológicos. De esta manera, surgen los primeros modelos biopsicosociales para explicar este tipo de trastorno.

El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia este conjunto de factores en la explicación de los TCA es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas en 1981, posteriormente ampliado y modificado por Pirke y Pologg en 1987. Este modelo parte de tres factores que interactúan entre sí para dar lugar a los TCA, siendo estos: (a) predisposición biológica, (b) predisposición psicológica, y (c) predisposición social.

Asimismo, Striegel-Moore en 1999 elabora un modelo evolutivo que trata de explicar principalmente el surgimiento del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en las mujeres, plantea que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, sumado a la presión generadora de estrés de la adolescencia, la creencia y la adopción del mito de la “*superwoman*” podría explicar el desarrollo de un TCA (Carrillo-Durán, 2001).

Tomando como base el modelo multifactorial propuesto por Lucas en 1981, entre los factores biológicos, se destacan los siguientes determinantes: (a) genéticos, planteando la existencia de predisposición genética a la enfermedad, aumentado el riesgo entre hermanos con una concordancia gemelar monocigótica del 55%; (b) bioquímicos, el hipotálamo lateral interviene en la regulación de la ingesta, induciendo sensación de hambre mientras que los núcleos ventromedial y paraventricular provocan saciedad, así como el sistema serotoninérgico disminuye la cantidad y duración de las comidas; y (c) alteraciones estructurales, relacionándose con la reducción de volumen de sustancia gris que permanece tras la recuperación del peso y dilatación de los ventrículos laterales proporcional a la disminución ponderal (Borrego-Hernando, 2000).

Dentro de los factores biológicos mencionados anteriormente, y considerada como variable relevante para esta investigación, se destaca el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelec, y la relación entre el TCA con dicha variable de tipo antropométrica, entendida como una medida que relaciona el peso con la talla. Se debe tener en cuenta que el peso afecta en mayor medida a la talla por el estado nutricional y por la composición corporal, razón por la cual, se eleva el valor de la talla, elevándola al cuadrado, obteniendo como resultado la siguiente ecuación: $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$ (Martínez, Liceága-Reyes y Taboada-Aranza, 2014).

Entre los diversos métodos que se han empleado para la valoración del estado nutricional se encuentran los parámetros antropométricos, entre los cuales se destaca la medida de talla y peso caracterizada por su precisión, rapidez y reproductibilidad de la valoración del estado nutricional; un peso inferior al 10% esperado o una pérdida mayor del 10% se relacionan con un incremento en el

riesgo de complicaciones por desnutrición. Por otro lado, la grasa corporal es una variable que afecta el peso corporal debido a un exceso en la acumulación de grasa, siendo considerado un indicador de equilibrio energético de los individuos (Martínez, Liceága-Reyes y Taboada-Aranza, 2014).

La OMS estableció una clasificación del IMC, en donde se observan seis tipos diferentes, siendo estos: (a) tipo A, es bajo peso (< 18.5); (b) tipo B, es normal ($18.5 - 24.9$); (c) tipo C, es sobrepeso ($25 - 29.9$); (d) tipo D, es Obesidad G I ($30 - 34.9$); (e) tipo E, es obesidad G II ($35 - 39.9$); y (f) tipo F, es obesidad G III (> 40) (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa, 2007).

Siguiendo esta línea, el rápido aumento tanto de la estatura como del peso es una de las primeras señales que indican que los adolescentes están madurando. En las mujeres, este crecimiento comienza entre los 9 y los 14 años de edad, mientras que en los hombres empieza entre los 10 y 16 años pudiéndose extender durante dos años aproximadamente, es decir, hasta los 18 años de edad. Por otro lado, en el transcurso de la pubertad y adolescencia media se incrementa en las mujeres la grasa subcutánea y se engrandece las caderas como consecuencia del crecimiento de la pelvis, de igual manera, se incrementan las necesidades nutricionales debido a la mayor cantidad de estrógenos y progesterona presente.

En el caso de los hombres, el incremento de testosterona y andrógenos genera un aumento significativo de la masa corporal esquelética teniendo como resultado mayores niveles de masa celular, produciendo cambios importantes en el cuerpo que puede originar sobrepeso, pudiendo dar lugar a alteraciones en la conducta alimentaria manifestándose en restricciones y ajustes tanto en la calidad como en la cantidad de los nutrientes consumidos, afectando la salud y produciendo alteraciones en el crecimiento físico y psicológico de los hombres (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

Asimismo, Cattatin y Thompson (citado en Franco, De Jesús-Díaz, López-Espinoza, Escoto y Camacho, 2013) plantean que la composición corporal de los individuos es una variable que se encuentra relacionada con el riesgo de TCA, se ha argumentado que elevados índices de adiposidad tienen como resultado un aumento tanto en la influencia del modelo de delgadez como en la insatisfacción con la imagen corporal aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA.

Con base a lo anteriormente planteado, se destaca el estudio realizado por Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto, y Camacho (2013) el cual tenía como finalidad analizar el papel de la composición corporal, insatisfacción corporal y el modelo de delgadez sobre el riesgo de desarrollar TCA en mujeres; la muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico intencional y estuvo compuesta por 289 mujeres estudiantes de una universidad pública de la Ciudad de México, con una edad promedio de 20.51 años ($SD = 1.24$). En el análisis de las medidas antropométricas, se obtuvo que el promedio de IMC fue de 22.90 ($M = 22.90$), encontrándose que 9.3% presentaron bajo peso, 66.06% peso normal, 18.41% sobrepeso, y 6.14% obesidad; a su vez, se encontró que la mitad de los casos con riesgo de TCA se presentaron entre quienes tenían peso normal y en mayor porcentaje en los sujetos que tenían excesivos niveles de grasa (22.43%), también se halló un porcentaje importante de mujeres con sobrepeso y riesgo de TCA (32.12%), es decir, que los mayores porcentajes de riesgo de TCA se encontraron en los sujetos con elevados o excesivo porcentaje de grasa.

Asimismo, Merino-Madrid, Pombo, Godáz-Otero (2001) realizaron un estudio con la finalidad de describir la relación observada entre las actitudes alimentarias como predictora del riesgo de desarrollar un TCA de una muestra de 220 sujetos que cursaban en dos institutos públicos de la provincia de La Coruña., de los cuales 46.4% eran varones ($n = 102$) y 53.6% mujeres ($n = 118$), con edades comprendidas entre 16 y 27 años siendo la edad media 17.7 años, y variables como el sexo, peso, la propia percepción corporal, satisfacción corporal, preocupación por el peso y dieta. En los análisis de datos, se observó una tendencia por parte de los sujetos que mostraban obesidad moderada ($M = 27$; $SD = 0$) a obtener una puntuación media en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40), mayor a la observada en los sujetos que presentaban peso normal ($M = 12.09$; $SD = 9.12$) o bajo peso severo ($M = 10.80$; $SD = 9.44$).

Esta disposición puede ser explicada como una preocupación lógica por parte de los sujetos que mostraban obesidad moderado por su peso y figura frente a los sujetos delgados, en donde mientras más insatisfecho se siente con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obeso se percibe, y mayor será la frecuencia de dietas restrictivas y su deseo de adelgazar, teniendo como consecuencia mayores puntajes en el cuestionario.

Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo conocer la relación entre el índice de masa corporal (percentilar), y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos; la muestra estuvo compuesta por 7.597 sujetos (hombres = 3.640 y mujeres = 3.957) con edades comprendidas entre 13 y 18 años, la cual se dividió en dos grupos de edades: (a) adolescencia temprana, entre los 13 y 15 años de edad; y (b) adolescencia media, entre los 16 y 18 años de edad.

En cuanto a los resultados, se observó una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores de TCA, a medida que se incrementa el IMC, es decir, se observó que el número de indicadores clínicos se incrementa a medida que aumenta el peso corporal con diferencias estadísticamente significativas ($F = 60.79$; $p < .001$). Ahora bien, a pesar que en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres (21.5%; 3.7% respectivamente); además, se evidenció que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, pertenecientes a la categoría de sobrepeso y obesidad, son los sujetos que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo; esto indica la relevancia que tiene el considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de un TCA.

De igual manera, Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez, y Arijá (2009) llevaron a cabo un estudio que tenía como finalidad valorar la asociación del sobrepeso, la composición corporal, y otras características antropométricas con la probabilidad de estar en riesgo de desarrollar un TCA; la muestra estuvo compuesta por 425 sujetos, de los cuales 22.59% eran hombres y 77.41 mujeres ($n = 96$; $n = 329$ respectivamente), con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

En los resultados, se evidenció que el 34.7% de las mujeres y el 53.6% de los hombres con riesgo de desarrollar un TCA presentaron sobrepeso, incluyendo obesidad, a su vez, la frecuencia de sobrepeso resultó significativamente mayor en las chicas del grupo de riesgo de TCA, a comparación con las chicas del grupo control.

Con base a lo anteriormente planteado, en cuanto a la variable antropométrica (IMC), se propone que esta variable resulta ser un factor relevante para el riesgo de desarrollar un TCA. Así, los adolescentes de alto riesgo tienen mayor media en el IMC, en contraste con el grupo de bajo riesgo, es decir, que los sujetos que entran dentro de la categoría de sobrepeso u obesidad, según su IMC o con excesivo porcentaje de grasa tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA, en comparación de los que tienen un IMC dentro de la categoría de peso normal.

Entre los factores psicológicos del modelo multifactorial, se encuentra la interiorización del ideal de delgadez, la cual hace referencia a en qué medida un individuo acepta lo que ha sido establecido socialmente sobre lo que es considerado el atractivo y lleva a cabo conductas para lograr ese ideal (Thompson y Heinberg, 1999). Asimismo, de acuerdo con la hipótesis de intensificación de género planteado por Hill y Lynch (1993) tanto las niñas como los niños se enfrentan a una mayor presión para ajustarse a los roles de género culturalmente establecidos, en donde existen presiones provienen de diversas fuentes que se encargan de transmitir mensajes sobre los roles de géneros considerados apropiados, entre los cuales se destacan los padres, compañeros, educadores y medios de comunicación (Priess, Lindberg, Hyde 2009).

Según esta hipótesis, cuando los adolescentes maduran tanto física como emocionalmente comienzan a identificarse marcadamente con el estereotipo correspondiente a su género, en el caso de las niñas este estereotipo se enfoca en la importancia que tiene el atractivo físico, mientras que en los hombres el ideal hace hincapié en un incremento de la musculatura en lugar de la delgadez. Teóricamente, las niñas y niños que han internalizado estos ideales mostrarían mayor vulnerabilidad a la insatisfacción corporal, aumentando durante el período de la adolescencia (Bearman, Martinez, Stice, Presnell, 2006).

Asimismo, la autoestima es un factor psicológico asociado al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, la cual se encuentra íntimamente relacionada con la percepción del Yo ideal, de manera que intentamos parecernos a personas casi inexistentes como es el caso de los jóvenes que tienen la intención de igualarse a las modelos, actrices o actores; por ende, si la autoestima es baja, como sucede en las personas que padecen un TCA las imágenes corporales de la identidad personal son destruidas; a su vez, los rasgos de la falta de autoestima se enfocan en la creencia de que la figura determina la valía, manifestándose una dependencia de factores exteriores para que la determine.

Otros de los factores psicológicos que se encuentran asociados al riesgo de desarrollar un TCA, y que es una variable de interés del presente trabajo de investigación se centran en los aspectos asociados con cómo se sienten las personas acerca de la forma en que lucen sus cuerpos.

Schilder (2013) plantea que la imagen del cuerpo humano es entendida como la imagen que los individuos forman en su mente de su propio cuerpo, es decir, es la forma en que las personas representan su cuerpo. Asimismo, plantea que el esquema corporal es la imagen que todo el mundo tiene sobre sí mismo, en donde este indica que no solamente se trata de una mera sensación o imaginación, sino que se encuentra involucrada la apariencia propia del cuerpo.

Otra definición de imagen corporal es la acuñada por Rivarola (2003) quien la define como una representación mental del cuerpo que se va produciendo durante la niñez, y es en la etapa de la adolescencia donde ejerce una influencia importante para el desarrollo psicosocial del individuo, constituyendo una parte fundamental de la autoestima de muchas personas, principalmente en la adolescencia.

Por su parte, Saucedo-Molina, Escamilla-Talón, Portillo-Noriega, Peña-Irecta y Calderón-Ramos (2008) la definen como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el sujeto elabora en relación a su cuerpo y que se ve modificada en el transcurso de su existencia como consecuencia de cambios físicos y biológicos.

Asimismo, Najam y Ashfaq (2012) definen imagen corporal como:

La forma en el que el individuo se percibe, piensa y siente sobre el propio cuerpo y apariencia física. Es una compleja batería de percepciones y actitudes en base al tamaño, la forma, estética y experiencia del cuerpo de uno mismo. Es un constructo subjetivo producido por dinámicas inter e intrapersonales, y no una visión literal y realista del cuerpo o de las opiniones exteriores sobre el mismo (p.1).

Siguiendo esta línea, autores como Cruz-Sáez y Maganto-Mateo (2002) proponen que la imagen corporal se compone de tres aspectos, siendo estos: (a) cognitivos, en donde se destaca la apariencia corporal o física, evaluando medidas físicas entre las cuales se encuentra la altura, peso, e índice de masa corporal en términos del ajuste o distorsión de la realidad física corporal; (b) afectivo-emocional, el cual hace referencia a la satisfacción o insatisfacción con la representación mental de la apariencia física, el cual contiene factores emocionales ligados al cuerpo; y (c) conductual, se refiere a las acciones o conductas que lleva a cabo una persona como consecuencia de una distorsión en su percepción e insatisfacción corporal.

Raich (2000) formula que existen algunos factores que influyen en la imagen que tienen las personas de su propio cuerpo, entre los cuales se destacan: (a) la socialización, considerado como meramente cultural y determinado por los estándares impuestos por los medios de comunicaciones, en el caso de los hombres se esperan que sean altos, de contextura fuerte y hombros anchos, mientras que de las mujeres se espera que tengan un cuerpo mucho más delgado que lo normal, lo que puede desencadenar insatisfacción con la imagen corporal como consecuencia de la dificultad de alcanzar el ideal de delgadez; (b) las experiencias interpersonales, en donde la presión social es proveniente de la crítica o burlas de familiares y/o amigos; y (c) características personales, factor en el cual una imagen corporal negativa se relaciona con sentimientos de autoestima negativo e ineficacia.

En los últimos años se han desarrollado distintas teorías con la finalidad de explicar las alteraciones de la imagen corporal en relación a los TCA. Estas teorías pueden ser divididas en tres categorías: (a) perceptual, hace referencia a las percepciones asociadas al tamaño del cuerpo, con un origen directamente biológico; (b) desarrollo, las cuales hacen énfasis en las etapas evolutivas de la niñez y adolescencia; y (c) socioculturales, analizan las influencias de los modelos sociales, expectativas y experiencias en el origen y mantenimiento de la distorsión de la imagen corporal (Rivarola, 2003).

Dentro de las alteraciones de la imagen corporal se pueden distinguir dos tipos: (a) alteraciones perceptivas, orientada a evaluar el grado de distorsión y de percepción del tamaño del cuerpo en donde para ello, se realiza una medición de la figura real y la que el individuo cree tener para posteriormente comprobar el grado de distorsión; y (b) alteraciones de aspectos subjetivos, dirigida a detectar alteraciones en las emociones, pensamientos y actitudes sobre la imagen corporal (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Siguiendo esta línea, Baile (2003) señala que cuando se habla de una alteración de la imagen corporal es necesario especificar cuál aspecto de dicho constructo se considera alterado. Con base a esto, una de las dimensiones de la imagen corporal que cuenta con una gran cantidad de investigaciones es el grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene en relación a ella, en donde se propone que una alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia (Saucedo-Molina, Escamilla-Talón, Portillo-Noriega, Peña-Irecta y Calderón-Ramos, 2008).

En este caso, se tomará en cuenta el planteamiento propuesto por Baile (2003) acerca de la inclusión de los fenómenos asociados con la dimensión psicológica para definir la insatisfacción con la imagen corporal; entendiéndose a la misma como “el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y la forma del cuerpo” (Moreno-González y Ortiz-Viveros, 2009, p. 183).

Por su parte, Vivero-Palacios (2014) define la insatisfacción con la imagen corporal, como “la falta de satisfacción por el propio cuerpo” y la distorsión de la imagen corporal como “la representación subestimada o sobrestimada del cuerpo que cada individuo construye en su mente” (p. 21).

Asimismo, el trastorno de la imagen corporal es entendido como una preocupación exagerada por algún defecto que es imaginario o subestimado de la apariencia física, teniendo como consecuencia la devaluación de la apariencia o una preocupación excesiva por la opinión de las demás personas y la tendencia a desvalorizarse y creer que no puede ser querido debido a la apariencia física; en este trastorno se encuentran involucrados aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos (Gardner, 1996).

Bruch (citado en Rivalora 2003) es la primera autora en proponer la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con AN y BN, entendiendo a dicho trastorno como una alteración del propio concepto corporal, trastorno de la percepción y una sensación de descontrol con respecto a las funciones corporales. En este sentido, Raich (2000) propone que para explicar los trastornos que posee los individuos con respecto a su imagen corporal, surgieron distintas aproximaciones teóricas, entre las cuales se destacan: (a) las teorías socioculturales, (b) las teorías de la discrepancia entre el Yo real y el Yo ideal, y (c) el modelo de Raich, Torras y Mora (1997).

Con respecto a las teorías socioculturales, las mismas plantean que la sociedad y los medios de comunicación proponen un ideal estético que es interiorizado por los sujetos, principalmente por las mujeres como consecuencia de la dependencia que existe entre atractivo físico y autoestima, generando así insatisfacción con la imagen corporal (Raich, 2000). Dicha insatisfacción se debe a la brecha que existe entre la imagen corporal actual/real y la imagen corporal ideal, que es causada por la internalización del ideal corporal propuesto culturalmente a las adolescentes por los medios de comunicación y los estándares sociales como la popularidad, moda, atractivo sexual y el rechazo a la gordura, esto es lo que lleva a las adolescentes a focalizarse en la apariencia externa, y el resultado de esta figura en el éxito social (Lazo-Montoya, Quenaya y Mayta-Tristán, 2015).

En cuanto a las teorías de la discrepancia, Ballester y Guirado (citado en Esnaloa-Etxaniz, 2005) plantearon la teoría de la discrepancia entre el Yo real y el Yo ideal, la cual propone que la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso, conduciendo esto a un buen número de mujeres a compararse con el ideal socialmente aceptado. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal, asimismo, el tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza homogeneizados en el entorno social lleva a un estado de evaluación corporal continuo que tiene un efecto tremendamente negativo, generando una gran angustia, ansiedad y tristeza.

Con lo que respecta al modelo de Raich, Torras y Mora (1997), este modelo plantea que existe una asociación entre la autoestima, el índice de masa corporal, la psicopatología y la insatisfacción con la imagen corporal. Para tal efecto, el peso es un componente importante que influye en la imagen corporal, la noción emocional que las personas tienen hacia sus cuerpos afectará a sus comportamientos; existiendo una asociación significativa entre la imagen corporal y las conductas para el control de peso, más del 80% de mujeres entre 40 y 60 años están a dieta para perder o mantener el peso.

Un estudio realizado en Estados Unidos, arrojó que un 38.8% de mujeres con peso normal pensaban que tenían sobrepeso, la mayor parte de mujeres están en regímenes no saludables con el fin de lograr un peso ideal y se sienten con sobrepeso aun teniendo una figura normal (Firoozeh Mostafavi-Darani, et al citado en Vivero-Palacios, 2014).

En las últimas décadas, la percepción de la imagen corporal se ha destacado como uno de los factores que tienen mayor incidencia y condicionan las elecciones alimentarias, manifestando un aumento en el interés con respecto a la realización de dietas. Dado que la insatisfacción corporal ha sido considerada clave dentro de los posibles factores predisponentes para el desarrollo de un TCA, y las distorsiones perceptivas relacionadas con el tamaño corporal son un criterio diagnóstico, el estudio de la imagen corporal ha tenido una gran atención dentro del campo de estudio de los TCA (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Con base a lo anteriormente planteado en un estudio meta-analítico sobre la naturaleza de la alteración de la imagen corporal asociada a los TCA, en donde se admitieron 83 estudios primarios independientes, publicados entre 1970 y 1998 realizado por Sepúlveda, Botella y León (2001) se encontró que los pacientes con TCA presentan una mayor alteración de la imagen corporal si se emplean medidas actitudinales o cognitivas ($d = .92$; $p = < .001$), que si se emplean medidas perceptivas ($d = .55$; $p = < .001$). A su vez, se evidenció que los grupos de anorexia difieren menos de los grupos control al evaluar su distorsión o insatisfacción corporal, mientras que los grupos de bulimia obtuvieron un nivel significativamente mayor en relación a la distorsión o insatisfacción corporal ($d = .53$ y $d = .94$; $p = < .001$).

Se puede decir que tanto las pacientes que padecen un TCA como la anorexia y bulimia, presentan una distorsión de la imagen corporal de tipo cognitiva. Sin embargo, la insatisfacción con la imagen corporal es mayor en las pacientes diagnosticadas con bulimia en comparación con las pacientes diagnosticadas con anorexia, lo cual puede ser explicado ya que en este último grupo tienen un mayor peso los factores cognitivos-afectivos, como consecuencia de que su apariencia física es de delgadez, mientras que en el grupo de bulimia la insatisfacción es más justificada si se toma en cuenta el modelo de delgadez que desean alcanzar, además de tener identificadas algunas partes del cuerpo que más desearían reducir.

Siguiendo esta línea de investigación, Cruz-Sáez y Maganto-Mateo (2002) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las alteraciones de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal y comprobar si estas alteraciones guardan relación con los TCA, y a su vez, determinar si esta variable es explicativa de dicho trastorno; la muestra del estudio estuvo compuesta por 200 adolescentes entre 14 a 17 años de edad, 104 chicos y 96 chicas de clase media-alta de zona urbana y con un buen rendimiento académico. En el análisis de los resultados se obtuvo que tanto en insatisfacción como en distorsión corporal existen diferencias significativas entre los sujetos con puntajes mayor o igual a 20, es decir, con riesgo de TCA y los sujetos con un puntaje menor a 20, es decir, sin riesgo de TCA según los puntajes obtenidos en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40).

Específicamente, en la variable distorsión se encontraron diferencias significativas entre sujetos con riesgo de presentar TCA según el EAT - 40 y sujetos sin riesgo ($X^2 = 23.47$; $p = .001$); de igual manera, en la variable insatisfacción se encontraron diferencias significativas entre los sujetos en riesgo y sin riesgo de presentar un TCA ($X^2 = 36.25$; $p < .001$), lo cual quiere decir, que el grupo considerado de riesgo presenta mayor insatisfacción y distorsión, deseando estar más delgadas sumado al hecho de que se perciben más gruesas de lo que realmente son. Asimismo, los resultados del análisis de regresión indican que la insatisfacción explica el 15% de las variaciones del EAT - 40 ($r = .15$; $p = .001$), por lo cual, se puede concluir que cuanto más insatisfecho con su imagen corporal está un sujeto presenta mayor riesgo de padecer un TCA, por lo tanto, este es un factor que incrementa la posibilidad de desarrollar un TCA.

En la misma línea, Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto y Camacho (2013) realizaron un estudio que tenía como finalidad investigar qué variables se relacionan con la presencia del riesgo de desarrollar un TCA, analizando el papel de la composición corporal, la insatisfacción con la imagen corporal y el modelo de delgadez. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional y estuvo conformada por 289 mujeres estudiantes de un universidad pública del sur del Estado de Jalisco, México, resultando una edad promedio de 20.51 años. Una vez analizados los resultados, se obtuvo que un total de 9.69% mujeres presentaron riesgo de TCA, así como 12.10% de las mujeres presentaron insatisfacción corporal, de las cuales el 51.4% demostraron riesgo de TCA, mientras que el 48.6% no presentaron riesgo.

Una vez realizado el análisis de regresión, se obtuvo que la insatisfacción corporal explica el 44% de la varianza de riesgo de AN ($R^2 = .44$; $F = 222.65$; $p = .001$); mientras que la interacción entre la insatisfacción corporal, influencia de la publicidad y el IMC explicaron el 42% del riesgo de presentar BN ($R^2 = .42$; $F = 67.25$; $p = .001$) destacando una mayor influencia de la insatisfacción corporal en ambos modelos; por lo cual, se puede decir que la insatisfacción corporal es un factor que puede predecir el riesgo de presentar tanto BN como AN, teniendo mayor exactitud al predecir esta última. Por ende, se puede decir que la variable insatisfacción con la imagen corporal es un factor que influye en el riesgo de desarrollar un TCA.

De igual manera, Moreno-González y Ortiz-Viveros (2009) estudiaron el papel que juegan las variables imagen corporal, autoestima y diversos factores sociodemográficos en los TCA en una muestra de 298 adolescentes, de los cuales 51% eran mujeres ($n = 153$) y 49% hombres ($n = 145$) con edades comprendidas entre 13 y 14 años estudiantes de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México. Una vez analizados los resultados de este estudio, se detectó riesgo de TCA en el 4% de los hombres ($n = 5$) y el 12% de mujeres ($n = 19$) y la patológica ya instalada en el 10% en ambos sexos ($n = 30$). Con respecto a la variable imagen corporal, se evidenció una correlación positiva con la conducta de riesgo de desarrollar TCA, es decir, que estas conductas guardan una relación directa con la insatisfacción de la imagen corporal, lo cual demuestra que a mayor puntaje en TCA, mayor insatisfacción con su imagen corporal ($r = .071$; $p = .05$).

Asimismo, Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleón y Soriano (2000) llevaron a cabo una investigación que tenía como objetivo determinar la prevalencia de comportamiento anómalos en una muestra de adolescentes de 14 a 18 años de edad pertenecientes a centros de enseñanza secundaria localizados en Valencia, España y analizar la relación de dichos comportamientos con variables antropométricas, imagen corporal y con las dietas. La muestra estuvo compuesta por 367 sujetos a los cuales se les calculó el IMC a través de la medida de talla y peso, así como también se les aplicó el EAT - 40, el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y un protocolo de evaluación estructurado para evaluar dietas realizadas, autovaloración del volumen corporal y deseo de modificar el volumen corporal.

En el análisis de regresión lineal para evaluar la relación de los puntajes obtenidos en el EAT - 40 y BSQ, se demostró una relación estadísticamente significativa entre la puntuación en el BSQ y la puntuación en el EAT - 40 ($R^2 = .43$; $p < .001$), en donde aquellos sujetos que evidenciaron riesgo de padecer un trastorno alimentario según su puntuación ($EAT - 40 \geq 30$) tuvieron una puntuación media significativamente mayor en el cuestionario BSQ ($BSQ = 128.33$; $SD = 32.08$; $p = .001$) que la de los grupos con puntuaciones en el EAT - 40 entre 20 y 30 ($BSQ = 102.7$; $SD = 33.62$; $p = .001$) y la del grupo con puntuación en el EAT - 40 menor a 20 ($BSQ = 71.95$; $SD = 28.54$; $p = .001$).

Por ende, se puede concluir que los sujetos que evidenciaron presentar riesgo de TCA según el puntaje de corte establecido por el cuestionario EAT - 40 tienen mayor insatisfacción con la imagen corporal, lo cual es acorde a lo establecido en la hipótesis planteada en esta investigación.

Por otra parte, Hernández-Cortés y Londoño-Pérez (2013) plantearon una investigación con el objetivo de indagar si el estilo de afrontamiento, la historia psiquiátrica familiar, la salud percibida, el índice de masa corporal, el género, la percepción de la figura y la depresión están asociados al riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios entre los 16 y los 25 años de edad. La muestra estuvo conformada por 417 estudiantes de dos universidades ubicadas en las Ciudades de Bogotá e Ibagué – Colombia. Resultando que en orden jerárquico las variables que más peso de varianza aportaron al modelo fueron: depresión (32%), antecedentes psicológicos familiares (22%), género (16%), estilo de afrontamiento evitativo (14%), satisfacción con la imagen corporal (12%), y deseo de disminuir el peso (11%), confirmándose de este modo la hipótesis del estudio, puesto que antecedentes psicológicos familiares, género, deseo de disminución del peso, satisfacción con la imagen corporal, estilo de afrontamiento evitativo y depresión en conjunto predicen el riesgo de padecer un TCA.

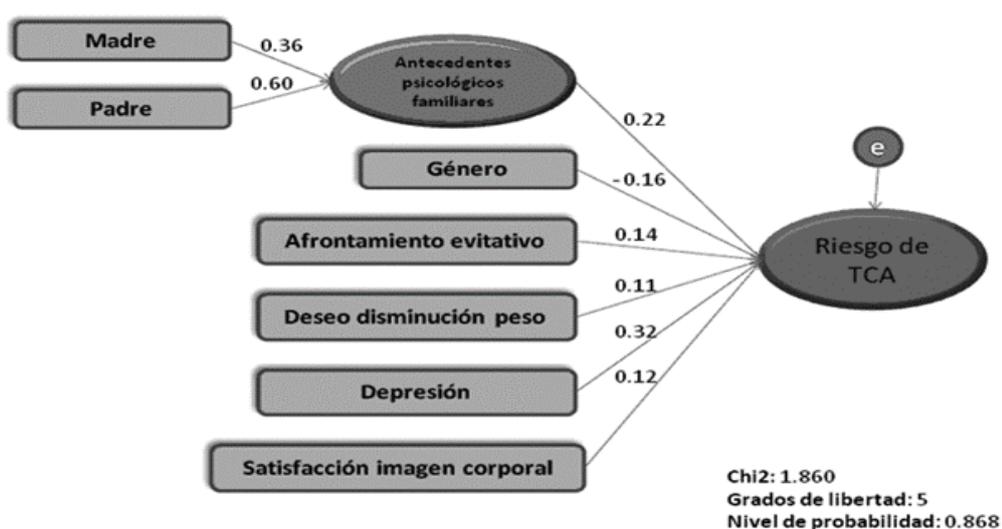


Figura 1. Modelo Predictivo del Riesgo de Padecer Trastorno de Conducta Alimentaria. Tomada de Hernández-Cortés, L.M., & Londoño-Pérez, C. (2013).

De igual manera, un estudio realizado por López-Atencio, Prado, Mercedes-Montilla, Molina-Viana, Da Silva, y Arteaga (2008) tenía como objetivo evaluar la insatisfacción con la imagen corporal y su relación con la baja estima por la apariencia física en estudiantes de la Facultad de Medicina de La Universidad de Los Andes, y conocer la presencia de factores de riesgo en una población de individuos cuya formación se oriente a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria; la muestra estuvo constituida por 189 estudiantes 27% masculino y 73% femenino ($n = 51$; $n = 138$ respectivamente), la edad promedio de los universitarios participantes fue de 19.58 años de las carreras de la Facultad de Medicina: medicina, enfermería y nutrición ($M = 20.24$ años; $SD: 1.76$ y $M = 19.81$ años; $SD: 1.74$ respectivamente). En cuanto a la insatisfacción corporal de los participantes, se observó que los sujetos con percepción de sobrepeso registraron niveles de insatisfacción superiores a la media obtenida para el total de estudiantes ($M = 120$; $SD: 16.77$); mientras que los estudiantes con percepción normal obtuvieron puntajes aproximados a esa media y los que se percibieron como delgados alcanzaron valores por debajo de la misma ($M = 58.24$; $SD = 12.49$).

En concordancia con la línea de la investigación anterior, los resultados obtenidos en este estudio, indicaron que los grados de preocupación con la imagen corporal y los problemas que se vinculan en los estudiantes de Ciencias de la Salud, confirman las conocidas consecuencias de la insatisfacción corporal ligada a la baja autoestima sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Además, se conocen estos como factores de riesgo que conducen a la anorexia y la bulimia. De esta manera, los hallazgos obtenidos en dicho estudio son reveladores de la presencia de factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria; a pesar de que el objetivo del estudio fue determinar o diagnosticar la existencia de TCA, se puede considerar que una parte de los individuos que participaron en el estudio se encuentran en riesgo de padecer o sufrir dichas patologías.

Asimismo, Soto-Uruñuela (2014) realizó un estudio el cual tenía como objetivo específico estudiar cómo afecta la imagen corporal a la posible aparición de un TCA, en donde se plantea como hipótesis que cuando se da insatisfacción con la imagen corporal, se espera que haya mayor posibilidad de que se produzca un TCA.

La muestra para esta investigación se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico accidental y estuvo conformada por 99 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, específicamente 39 mujeres y 60 varones cursantes de 4° y 5° del Colegio Rey Pastor de Logroño de España, a los cuales se les aplicó el BSQ y el Test de Cribado para Trastornos de la Alimentación (SCOFF).

El análisis realizado mediante la correlación de las variables insatisfacción con la imagen corporal y TCA, evidenció en los varones una correlación entre imagen corporal y TCA de .289 ($r = .29$; $p = .25$), y en las mujeres de .800 ($r = .800$; $p < .001$); lo cual significa que cuanto más el sujeto puntúa en imagen corporal significando esto que se percibe de forma más negativa, más puntúan también en TCA, tanto varones como mujeres.

Con base a la teoría y a los resultados de los estudios presentados anteriormente, se plantea que la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona positivamente con el riesgo de desarrollar un TCA, es decir, que puede ser considerada como un factor que ejerce una influencia en los individuos en presentar alguno de los tipos de este trastorno, en donde los adolescentes que experimentan mayor insatisfacción con la imagen corporal, son más propensos a padecer un TCA.

La insatisfacción corporal, es la falta de satisfacción por el propio cuerpo, por lo que se puede decir que el peso está asociado a sentir una mayor insatisfacción, ya que las investigaciones mencionadas plantean que las personas que son obesas o están por encima de un peso normal, presentan una mayor tendencia a sentirse inconformes con su propio cuerpo, llevando esto a padecer diferentes patologías referente a la alimentación.

En cuanto a los factores de predisposición social propuestos en el modelo multifactorial, se destaca la presión sociocultural hacia la perfección corporal debido que en la actualidad la sociedad promueve un modelo estético corporal caracterizado por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea, la cual es reforzada por los medios de comunicación, mensajes de la familia, amigos y la cultura, teniendo como consecuencia la manifestación de conductas y actitudes anómalas con respecto a la comida y el peso (Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Villarreal-Caballero y Unikel-Santoncini, 2010).

El pertenecer a una sociedad que glorifica a la belleza, la juventud y la salud hace normal que aumente la preocupación por la apariencia física, hasta el punto que uno de los negocios más lucrativos es el que se encuentra relacionado con la mejora de la apariencia física (Raich, 2004).

Vivimos en una sociedad delgadofílica, que parece olvidar cualquier otra característica estética frente a la delgadez para definir a la belleza, al menos a la belleza femenina. Además, el deseo de delgadez actual ya no supone en la mayoría de las personas ideas vinculadas al anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, sino el ser suficientemente aceptado, o incluso el no sentirse rechazado (Moreno, citado en Esnaola-Etxaniz, 2005). En las últimas décadas, la silueta corporal deseada ha sufrido cambios radicales, de forma que se presentan modelos más delgados y altos como paradigma de belleza (Rodríguez-Fernández, González-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2013).

El modelo actual de delgadez parece proponer la disminución exagerada de algunas partes del cuerpo femenino pero con busto y glúteos prominentes, además de un cuerpo bien tonificado y ejercitado (Ogden y Taylor citado en Álvarez, Nieto, Mancilla, Vázquez y Ocampo, 2007). Deseando para la mujer cuerpos delgados, y con formas poco redondeadas; mientras que a los hombres, a pesar de que la presión social no es tan relevante, la sociedad les exige también tener un físico determinado enfatizando en el vigor varonil, fundamentalmente destacando un torso musculoso y atlético (Esnaola, 2005). Sin embargo, se esperaría que la exposición a estos modelos generara en los hombres el mismo tipo de comparación social que la que ocurre en las mujeres (Baird y Greivi, 2006).

Asimismo, los medios de comunicación ejercen influencia es la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, teniendo como consecuencia una presión significativa para los integrantes de una sociedad, debido a la relevancia que se le adjudica al atractivo como requisito para triunfar en todas las áreas (Moreno-González y Ortiz-Viveros, 2009).

De todos los medios de comunicación, se destaca la televisión como uno de los medios más relevantes y que juega mayor papel sociocultural, destacando la influencia que tiene la televisión en las elecciones de compra de productos, la imagen corporal ideal resaltando que en las pacientes con TCA se manifiesta una dependencia psicológica con la televisión invirtiendo mayor cantidad de tiempo viendo la misma y estando más influenciada por ella.

Por su parte, los medios de comunicación, podrían crear una marcada influencia en el inicio y presencia de los TCA, ya que suelen mostrar modelos de delgadez que podrían comunicar una idea errónea de la imagen corporal. De este modo, los medios de comunicación podrían emitir mensajes perjudiciales para la salud mental en la población juvenil, sobre todo en el riesgo de padecer TCA (Lazo-Montoya, Quenaya y Mayta-Tristán, 2015).

En concordancia con lo anterior, los medios de comunicación ejercen además una penetrante presión social al transmitir el mensaje, principalmente dirigido a las mujeres, de que un físico delgado proporciona felicidad. Por lo tanto, no sólo se relaciona con belleza y atractivo sexual, lo que facilita ser amada, sino que también implica tener más poder y autocontrol, resumidamente un pleno control sobre el cuerpo que informa de una subjetividad perfecta y poderosa; la imagen corporal no está sólo ligada a la belleza física, sino a características de personalidad altamente valoradas socialmente (Martínez citado en Esnalaoa-Etxaniz, 2005).

Los medios de comunicación impresos, cómo imágenes de modelos y revistas de moda generan un gran impacto con lo que respecta a los hábitos dietéticos, distorsión de la imagen corporal y la iniciación de programas para hacer ejercicios (Guerro-Padro, Romero y Chinchilla-Moreno, 2001).

De igual manera, la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos también ocupan un lugar relevante dentro de las influencias socioculturales, en donde se destaca la influencia del estereotipo de delgadez proviene primordialmente de la presión directa de las personas cercanas, siendo aún más fuerte cuando procede de personas o imágenes admiradas o idealizadas, como pueden ser amigos y familiares (Pike y Rodin citado en Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz y Trujillo-Chi Vacuán, 2010).

En los últimos tiempos se ha investigado cada vez más el papel de las influencias socioculturales como un factor de riesgo de los TCA, ya que la presentación del adelgazamiento a través de los medios masivos de comunicación como el modelo estético corporal ideal, sumado a la influencia de familiares y amigos para cuidar el peso corporal, puede en algunos casos ser el causante de estas psicopatologías (Martínez, Toro y Salamero citado en Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla Díaz y Trujillo-Chi Vacuán, 2010).

Destacan como influencias culturales en el modelo estético corporal a todos aquellos factores culturales que apoyan a la delgadez o a tratar de explicarlo de una manera extrema, esencialmente por razones estéticas y sociales, resultando así una “cultura de la delgadez” (Martínez, Toro y Salamero citado en Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla Díaz y Trujillo-Chi Vacuán, 2010).

Tomando en cuenta que el ideal corporal y de belleza que prevalece en la sociedad actual es un modelo estético de extrema delgadez, es evidente que las personas no solamente experimentan presión para perder peso y adoptan conductas que tienen como finalidad la modificación del cuerpo, sino que además surge a nivel social un desprecio por todo aquello que no se ajuste al modelo de belleza establecido, debido que después de siglos de socialización, parece que lo relacionado a la alimentación y el peso se ha desvinculado de su papel biológico y se ha asociado cada vez más a los factores socioculturales (Hernández, Alves, Arroyo, Basabe, 2012).

En este sentido, los modelos e ideales transmitidos en la sociedad han establecido que la imagen corporal ideal se encuentra focalizada en la delgadez, este modelo es transmitido en la cultura actual a través de los medios de comunicación, lo que conlleva a que las personas interioricen dichos modelos, teniendo como consecuencia una actitud aversiva hacia todo aquello que no concuerde con lo establecido en dicho modelo (Vásquez, Álvarez y Mancilla, 2000).

Se puede decir que a través de la historia se han establecido pautas relacionadas con la apariencia física ideal, en donde las prácticas alimentarias típicas de cada sociedad se han visto relacionadas a los rituales culturales de interacción. Hoy en día, la delgadez simboliza la perfección corporal y la belleza, lo cual conduce a muchas personas a utilizar patrones de alimentación inadecuados, que en algunas ocasiones le permiten adaptarse a las exigencias de la sociedad, pero en otras podría generar condiciones de riesgo para la aparición de desórdenes alimentarios (Quintero-Párraga, 2003).

Con base a lo anteriormente planteado, se propone que otro de los factores asociados al riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, y que resulta de interés para el presente trabajo de investigación es la influencia producida por el modelo estético corporal.

A modo general, el modelo estético corporal puede ser entendido como un estándar o ideal predominante en un contexto acerca del conjunto de características relacionados con la proporción y la forma del cuerpo, las cuales son valorados como aceptables o esperados en relación a lo establecido por la sociedad (Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villareal-Caballero y Unikel-Santoncini, 2010).

Básicamente el modelo estético corporal es una construcción social que para fines de medición se dividió en cuatro factores de influencia, siendo estas: (a) Preocupación por la Imagen Corporal, (b) Influencia de la Publicidad, (c) Influencia de los Modelos Sociales, e (d) Influencia de las Situaciones Sociales (Carrillo-Durán y Moral-Agúnduez, 2013).

Con respecto al primer factor, Preocupación por la Imagen Corporal Vázquez et al., (2000) plantea que este factor abarca los aspectos relacionados a la ansiedad de lidiar con situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos; a su vez, este factor incluye también la práctica de restringir los alimentos por voluntad propia (Carrillo-Durán y Moral-Agúnduez, 2013).

En cuanto al segundo factor, denominado Influencia de la Publicidad hace referencia al interés que despierta en las personas los anuncios de productos adelgazantes, es decir, la influencia que ejerce la información difundida sobre dietas y belleza.

A pesar que los mensajes recibidos son interiorizados por los individuos de manera que se pierde la referencia de su procedencia, es posible pensar que los mensajes procedentes tanto de los anuncios, imágenes de los modelos, noticias así como de las revistas contribuyen a crear un imaginario social vinculado con la imagen corporal, por lo cual, es importante identificar la fuente del mensaje debido que los individuos se exponen del mismo modo tanto a los anuncios publicitarios como a la lectura de un artículo de revista (Carrillo-Durán y Moral-Agúnduez, 2013).

Con base a esto, tanto los medios de comunicación de masas como los personajes considerados de referencia (cantantes, actrices y modelos) juegan un rol de gran importancia con lo que respecta a la difusión de los ideales corporales de los modelos estéticos presentes en la sociedad actual, los cuales tienden a establecer que la delgadez es un valor positivo, una meta que se debe alcanzar, siendo un equivalente a tener éxito. Por lo cual, el aumentar de peso o no perderlo es visto como una forma de distanciarse del modelo estético ideal (Vásquez, Álvarez y Mancilla, 2000).

Siguiendo esta línea, el tercer factor denominado Influencia de los Modelos Sociales hace referencia al interés que despiertan los cuerpos de las actrices, de los modelos que aparecen en las publicidades y de los transeúntes (Vázquez et al., 2000).

Resulta evidente que en la sociedad actual se encuentran presentes diversos elementos que promueven el ideal de delgadez como sinónimo de belleza, siendo uno de esto la moda, la cual es transmitida a través de modelos con siluetas perfectas, en donde la mayoría de las modelos femeninas poseen un peso por debajo de lo esperado, no obstante, estas modelos continúan constituyendo el modelo de figura estética ideal para la mayoría de la población (Rosado-Torres, 2013).

Asimismo, el cuarto factor denominado Influencia de las Situaciones Sociales, es entendido como la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez (Vázquez et al., 2000).

Con base a lo anteriormente planteado, el estudio de la influencia del modelo estético corporal es importante porque se reconoce que entre mayor es la interiorización de las influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento, mayor es la sintomatología de los trastornos del comportamiento alimentario (STCA) (Martínez-Gual, Lahortiga, Vázquez, Macilla, Mateo y cols., citado en Ruiz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla Díaz y Trujillo-Chi Vacuán, 2010).

Siguiendo con lo anteriormente planteado, un estudio realizado por Álvarez-Rayón, Nieto-García, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo y Téllez-Girón (2007) tenía como objetivo explorar la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, la imagen corporal (insatisfacción y distorsión) y la sintomatología de trastorno alimentario en 48 mujeres mexicanas adultas entre 34 y 46 años de edad.

A partir del análisis realizado, para conocer si existía relación entre la interiorización del modelo estético corporal (Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) y sus factores) con la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa, predichas a través de las actitudes alimentarias (EAT - 40 y el Cuestionario de Bulimia [BULIT] y sus respectivos factores), los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos ($p \leq .05$). En cuanto al EAT - 40, su puntuación total correlacionó con la del BSQ y el factor Modelos Sociales del CIMEC; mientras que el factor Motivación para Adelgazar se

relacionó con la puntuación total del CIMEC ($r = .52$; $p = .0001$) y con su factor Publicidad ($r = .40$; $p = .01$).

Con respecto al BULIT, tanto su puntuación total como su factor Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón se relacionaron con la puntuación total del CIMEC ($r = .50$; $p = .0001$) y sus factores Publicidad ($r = .43$; $p = .01$), Modelos sociales ($r = .39$; $p = .01$), así como con el total del BULIT también mostró relación con el factor Relaciones Sociales del CIMEC ($r = .37$; $p = .01$).

El factor Atracón correlacionó con la puntuación total del CIMEC ($r = .37$; $p = .01$) y sus factores Publicidad ($r = .41$; $p = .01$) y Relaciones Sociales ($r = .29$; $p = .05$). Dando como resultado, que la publicidad y los modelos sociales en búsqueda del adelgazamiento se relacionaron en este estudio con mayor sintomatología bulímica; la motivación para adelgazar, sentimientos negativos, posteriores al atracón, en tanto que, en forma diferencial la publicidad se relacionó con mayor atracón y los modelos sociales con más sintomatología de tipo anoréxico.

Por otro lado, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Mateo-González, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, Ruíz-Martínez y Franco-Paredes (2005) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo detectar la presencia de trastornos del comportamiento alimentario y sus factores riesgo en una muestra de 525 jóvenes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, de los cuales 288 eran mujeres y 237 hombres con un promedio de edad de 15.52 años. A partir del análisis realizado, el CIMEC conjuntamente del factor Influencia de la Publicidad, aparecen como mejores predictores del TCA ($\beta = .62$; $p < .001$ y $\beta = .61$, $p < .001$ respectivamente), explicando 47% a 37% de la varianza. Por lo cual, se puede decir que se encuentra una influencia de los modelos estéticos corporales, destacándose a la publicidad como la más influyente en el desarrollo de los TCA.

Adicionalmente, un estudio realizado por Losada, Leonardelli y Magliola (2015) tenía como objetivo verificar si un mayor riesgo de padecer TCA, se relacionaba con una mayor influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético corporal, en una muestra de 71 alumnas mujeres entre 13 a 18 años de edad en dos colegios de secundaria en la Ciudad de Buenos Aires.

Al analizar los resultados, se obtuvo un puntaje promedio de 16.5 ($M = 16.5$) que se considera como una cifra superior a la del punto de corte ($M = 15$) e implica que las adolescentes se perciben a sí mismas con susceptibilidad a ser influenciadas por factores socioculturales. Cabe destacar, que de la totalidad de la muestra, el 38%, presenta un puntaje muy superior al de corte (desde 20 a 39), es decir, que estas adolescentes son aún más susceptibles a la influencia de estos factores socioculturales y según el objetivo planteado habría mayor posibilidad de presentar riesgo de padecer un TCA.

De igual manera, un estudio realizado por Berrocal, Rivas, Bersabé y Castro (2003) tenía como objetivo evaluar en qué medida la diferenciación clínica propuesta por la APA entre el síndrome completo y parcial de bulimia es congruente con los datos arrojados empíricamente. La muestra estuvo compuesta por 87 sujetos (80 mujeres y 7 varones), distribuidos en tres grupos: (a) BN, (b) Bulimia Debajo del Umbral (BDU), y (c) controles (C).

A partir del análisis realizado, se obtuvo que una de las variables directamente relacionadas con los TCA son las influencias socio-culturales medidas a través del CIMEC, evidenciándose una diferencia significativa entre los grupos en relación al grado de malestar con la imagen corporal ($X^2 = 34.63$; $p < .001$), la influencia de la publicidad ($F = 34.49$; $p < .001$), mensajes verbales ($F = 26.29$; $p < .001$), de los modelos ($X^2 = 16.44$; $p < .001$), y de las situaciones sociales ($F = 50.83$; $p < .001$) reflejando que los individuos que cumplan con todos los criterios diagnósticos para la BN se ven más influenciados por la publicidad, mensajes verbales, modelos y situaciones sociales relacionadas con la comida, que los participantes del grupo control.

Por otro lado, Montoya-Salazar (2012) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo determinar los factores asociados al riesgo de TCA: AN y BN en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 333 adolescentes de ambos sexos entre 10 a 19 años en Lima-Perú. En donde los resultados obtenidos evidencian que el factor social (medios de publicidad y moda) se encuentra asociado significativamente al riesgo de padecer TCA, respecto al uso inadecuado de la publicidad ($X^2 = 1239$; $p < .001$) y moda ($X^2 = 17.30$; $p < .001$) en adolescente de educación secundaria.

Adicionalmente, un estudio realizado por Ocampo, Téllez-Girón, López-Aguilar, Álvarez-Rayon y Mancilla-Díaz (s.f) el cual tenía como objetivo evaluar la percepción de la imagen corporal y su relación con la presencia de TCA en estudiantes de danza clásica. La muestra estuvo conformada por 70 estudiantes de danza clásica de la Escuela de Danza en la Ciudad de México, de sexo femenino y con edades comprendidas entre 10 y 16 años.

Al analizar los resultados, se obtuvo que los TCA pueden estar determinados por múltiples factores entre los que se encuentra la presión social (actitud hacia el peso y la forma corporal). Una vez analizadas las puntuaciones obtenidas en el CIMEC, se encontró que un elevado porcentaje de la muestra (45.9%) mostró una percepción patológica sobre la imagen corporal por la presión social; el pico de ocurrencia se situó en las jóvenes de 14 y 16 años, destacando que el 39.22% de la población total se identificó en riesgo de desarrollar dicha percepción, mientras que el resto (14.9%) mostró un puntaje normal. La misma insatisfacción corporal, más un contexto familiar, social y sobretodo educativo que valora y particulariza un modelo estético determinado, a unas porción de la muestra las ha llevado a un trastorno alimentario, mientras que al resto las mantiene justo en la frontera de desarrollarlo.

De igual manera, Cruz-Bojórquez, Ávila-Escalante, Velázquez-López y Estrella-Castillo (2007) realizaron una investigación para conocer la relación entre las influencias socioculturales del modelo estético corporal y las cogniciones que son características de los TCA en estudiantes de licenciatura en nutrición de una universidad pública. La muestra estuvo constituida por de 112 participantes 79% mujeres ($n = 88$) y 21% hombres ($n = 24$) correspondiente al total de los alumnos de la licenciatura en nutrición de una universidad pública de Mérida, Yucatán al momento de la evaluación. De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala CIMEC, el 48.9% de las mujeres y el 45.8% de los hombres rebasaron el punto de corte, lo que indica que estos estudiantes presentaron una mayor interiorización de las influencias socioculturales acerca del modelo estético de delgadez. En la población de estudio se puede apreciar que casi la mitad de los estudiantes (48%) presentaron una interiorización del modelo estético de delgadez propuesta actualmente por la cultura y sociedad, lo cual, se correlaciona con la incidencia y prevalencia de los TCA.

Por otro lado, Mancilla-Díaz, Lameiras-Fernández, Vázquez-Arévalo, Álvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar y Téllez-Girón (2010) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el rol de las influencias socioculturales en los síntomas de TCA en hombres y mujeres de dos países hispano parlantes (España y México).

La muestra de estudiantes universitarios españoles estuvo conformada por 438 participantes (254 mujeres y 184 hombres) y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos incluyó 424 participantes (243 mujeres y 181 hombres). En el análisis de los resultados se observó un efecto significativo para la interacción entre País - Género. Las mujeres mexicanas ($n = 243$; $p = .001$) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en comparación con los hombres mexicanos ($n = 181$; $p = .012$), mujeres españolas ($n = 254$; $p = .001$) y hombres españoles ($n = 184$; $p = .025$). Adicionalmente, se encontró un efecto significativo ($p = .061$) en la interacción País - Género - Sintomatología respecto a la influencia de la publicidad. Este resultado indica que las mujeres mexicanas muestran mayor vulnerabilidad a la influencia de la publicidad y consecuentemente están en mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Por otro lado, dentro de las variables que pueden desempeñar un papel importante en el riesgo de desarrollar un TCA, se encuentra las variables sociodemográficas, específicamente el género definido como las características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los hombres y a las mujeres (Campillo-Pedron, Álvarez-Arellano y López-Díaz, 2004).

Behar, Barrera, Michelotti (2001) plantean que existe diferencias de género respecto al riesgo de desarrollar un TCA, observándose una creciente relación entre el rol de género y la disfunción alimentaria, cuya etiopatogenia es complicada y necesita conceptualizaciones multidimensionales; se sugiere que la orientaciones del rol genérico, y específicamente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, posiciona a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de la adolescencia, y adultez joven.

Asimismo, Behar (2010) plantea que los clínicos e investigadores afirman que existe una asociación entre la condición de feminidad como una orientación específica de rol sexual y los trastornos de la conducta alimentaria, en donde el perfil estereotípico de rol genérico femenino en la mujer, aunado a un cuadro alimentario surgiría como dependiente, inmaduro, complaciente, y con una necesidad de aceptación de terceros.

De acuerdo a Guerrero-Prado, Barjau-Romero, Chinchilla-Moreno (2001) las psicopatologías alimentarias se relacionan principalmente con el género femenino, observándose una relación entre mujeres y hombres 9-10:1, debido que la mayoría de los estudios epidemiológicos prueban que el 90-95% de los sujetos que padecen un tipo de TCA son mujeres.

No obstante, recientemente ha habido un aumento de la incidencia de TCA entre varones, que se conoce representan aproximadamente 10% de los casos femeninos, dicho incremento de casos de estos trastornos en hombres ha contribuido a un incremento en el estudio de esta población en la última década. Sin embargo, no existe acuerdo con lo que respecta a su prevalencia ya que la distribución de los casos clínicos pueden variar de un hombre por cada 8 o 20 mujeres (Andersen y Woodside citado en Vázquez-Arévalo, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz y Oliva-Ruiz, 2006).

Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) han propuesto que las mujeres muestran una mayor predisposición genética, así como también una mayor exposición a factores socioculturales para desencadenar un TCA. Por otra parte, se han planteado algunas dificultades en el descubrimiento de estos trastornos en población masculina, lo cual podría ser consecuencia de que los hombres no manifiestan de forma explícita el deseo de estar más delgado.

Particularmente las mujeres, tienden a modelarse a sí mismas basándose en el patrón de belleza actual, más que los hombres, es decir, parecen estar más influenciadas por el ideal de delgadez que sus contrapartes masculinas, se encuentran más insatisfechas con su peso y se perciben considerablemente más pesadas de lo que son en realidad; este tipo de insatisfacción con el peso corporal, así como la excesiva preocupación y atención proporcionada a la

imagen corporal, especialmente al peso se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Behar, 2010).

El estudio realizado por Franco-Paredes, Martínez-Moreno, Díaz-Reséndiz, López-Espinoza, Aguilera-Cervantes y Valdéz-Miramonte (2010) tenía como objetivo estimar la ocurrencia de conductas de riesgo y sintomatología de TCA en mujeres y varones del Sur del Estado de Jalisco en la Ciudad de México. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 252 estudiantes (143 mujeres y 109 varones), seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional en donde la participación era de carácter voluntario.

Se obtuvo que un porcentaje significativamente mayor de mujeres manifestaron que realizan dietas restrictivas ($X^2 = 5.40$; $p < .05$) y empleaban productos para adelgazar ($X^2 = 8.95$; $p < .05$) en comparación con los varones, quienes realizan ejercicio con el objetivo de quemar calorías en mayor proporción que las mujeres ($X^2 = 4.68$; $p < .05$). Con respecto al atracón y las conductas compensatorias, no se encontraron diferencias significativas entre los géneros. Asimismo, se encontró que un porcentaje significativamente mayor de mujeres (11.9%) presentaron sintomatología de TCA en comparación con los varones (4.6%; $X^2 = 4.14$; $p < .05$).

Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo identificar aquellos casos que presentaban TCA en 454 adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales 283 eran mujeres y 171 varones, con edades comprendidas entre 13 y 18 años de edad.

A partir del análisis realizado, se encontró que en la primera fase del estudio hubo una proporción mayor de mujeres con riesgo de TCA, en comparación con los varones, con un porcentaje de 20.8% y 5.8% respectivamente ($z = 4.2$; $p = .001$). Después, en la segunda fase se encontró que también existía una proporción significativamente mayor de mujeres con algún tipo de TCA (14.1% de mujeres, 2.9% de varones; $z = 3.7$; $p < .001$). Asimismo, se destaca que de la muestra total de mujeres el 13.1% presenta Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TANE), 0.7% BN y 0.4% AN, mientras que todos los TCA detectados en los varones presentaban TANE, es decir, no se

encontró BN ni AN, por lo cual, se concluye que los varones presentan una prevalencia menor de TCA, y a su vez, menores puntuaciones en características asociadas a estos cuadros.

Asimismo, Maganto y Cruz (2000) plantearon una investigación con el objetivo de confirmar si hay o no mayor riesgo de padecer trastornos de alimentación en mujeres que en hombres, en una muestra de 200 chicos y chicas con edades comprendidas entre 13 años 6 meses y 17 años 11 meses.

Según los resultados de la investigación, utilizando como punto de corte 20 en el EAT – 40, punto de corte que muestra el riesgo de padecer trastornos alimentarios; en el presente estudio se confirma que la probabilidad de que las mujeres tengan un trastorno de alimentación es casi 6 veces superior al de los hombres (15.2% y 84.8% respectivamente), siendo el nivel de significancia alto ($X^2 = 316$; $p = p < .001$).

De igual manera, Daroca-Oller y Velasco-Arce (2004) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo detectar la prevalencia y la población en riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, tomando en cuenta las variables sexo, asistencia a determinado tipo de establecimiento educativo, y lugar de residencia; la muestra estuvo compuesta por 2.880 adolescentes entre 13 y 20 años de edad, provenientes de tres ciudades de Bolivia. Los resultados evidencian que la prevalencia de los TCA en general es mucho mayor en mujeres, que en hombres (8.54% y 0.35% respectivamente); a su vez, se encontró que las mujeres sin riesgos de presentar un TCA es de 16.1% mientras que para los hombres es de 17.35, así mismo las mujeres presentan mayor porcentaje de alto riesgo de padecer un TCA, en comparación de los hombres (34.2% mujeres y 17.5% en hombres).

Con base a lo anteriormente expuesto, se evidencia que el género es un factor relevante e influye en el riesgo de desarrollar un TCA, es decir, existe una diferencia en cuanto a género con lo que respecta a la presencia de sintomatología asociada a los TCA, y el riesgo de padecerlo, demostrándose que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno, a comparación con los hombres que tienen un menor riesgo de padecerlos.

Otra variable sociodemográfica que resulta de interés para esta investigación es la edad. En cuanto a esta variable y el riesgo de desarrollar un TCA se puede plantear que los TCA se han convertido en un problema de salud prioritario que afecta a la población más joven, presentándose en edades cada vez más tempranas, descendiendo en 12 meses la edad de aparición en la última década, manteniéndose hasta edades más avanzadas.

Los adolescentes son la parte de la población más vulnerable, ya que aún no han desarrollado los criterios y valores suficientes que les permiten enfrentarse a la presión de los modelos estéticos vigentes, es decir, aquellos que se encuentran asociados a la importancia de tener un cuerpo cada vez más delgado (Peláez-Fernández, Labrador-Encinas y Raich-Escursell, 2004).

Según Portela-Santana, Da Costa-Ribeiro, Mora-Giral y Raich (2012) la aparición de AN y BN, especialmente los síndromes parciales se encuentran en mayor medida en la adolescencia debido a la magnitud de los cambios tanto biológicos, psicológicos como de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, relacionada con la preocupación por el culto que se le adjudica a la belleza. Asimismo, las adolescentes y adultas jóvenes se encuentran entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA, sin embargo, no se descarta la incidencia entre los adolescentes varones ni entre los niños en edad escolar.

Adicionalmente, la revisión teórica realizada por López-Guimerá (citado en Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerá, Portell y Fauquet, 2007) describe la gran cantidad de programas preventivos de TCA que se han realizado últimamente. Sin embargo, manifiesta la existencia de ciertas discrepancias en las características que lo conforman.

Por ello Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerá, Portell y Fauquet (2007) plantearon tres razones por la cual ocurre esta discrepancia: (a) los modelos etiológicos del trastorno no están bien definidos, lo que dificulta la creación de programas dirigidos a su prevención; (b) es necesaria una mayor investigación acerca de los factores de riesgo y los factores protectores de los TCA; y (c) el carácter relativamente joven de este campo de investigación implica que todavía no se disponga de bases teóricas y epistemológicas sólidas sobre las que fundamentar los programas.

Dichos autores, realizaron un estudio en donde se elaboró un instrumento de prevención para los TCA, el cual fue aplicado a una población de chicos y chicas de 12 y 13 años, ya que estos autores mencionaron que es en esta etapa cuando comienzan a aparecer las actitudes y las conductas alimentarias anormales.

Asimismo, Stewart (citado en Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guaimera, Portell y Fauquet, 2007) menciona que en esta etapa ya se han desarrollado las habilidades cognitivas y las conductas que permiten realizar cambios, y por ello, es posible ejercer una influencia potencial en las actitudes antes de que éstas se arraiguen más profundamente en la adolescencia tardía.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, Morales (citado en Gómez-Peresmitré, León-Hernández, Platas-Acevedo, Lechuga-Hernández, Cruz, y Hernández-Alcántara, 2013) planteó como significativo destacar que la identificación de los factores de riesgo a temprana edad, han favorecido al desarrollo del área de prevención, estos factores no tienden a operar en forma aislada o lineal, sino que se trata de un proceso dinámico en el cual las causas deben adquirir tanto las condiciones necesarias como las suficientes.

Asimismo, en México se cuenta con estudios que documentan la presencia de factores de riesgo asociados con los TCA; algunas de las cifras más relevantes indican que en muestras no probabilísticas de distintos grupos de edad (adolescentes, pre-adolescentes y pre púberes) se reportan altos porcentajes de insatisfacción corporal (de 44% a 77%), deseo de siluetas delgadas (94%), preocupación por el peso y la comida (40%), y dieta restrictiva (23%) Gómez-Peresmitré, Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (citado en Gómez-Peresmitre, Leon-Hernandez, Platas-Acevedo, Lechuga-Hernández, Cruz, y Hernandez-Alcantara, 2013).

De igual manera, se conoce que la AN comienza entre los 10 y 25 años, ubicándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años, mientras que en la primera década de vida o pasado los treinta años de edad resulta poco común la presencia de este tipo de trastorno (Guerrero-Prado, Barjau-Romero y Chinchilla-Moreno, 2001).

No obstante, en el quehacer clínico se ha encontrado con relativa frecuencia casos en prepúberes o en mujeres adultas, destacando diferentes causas dependiendo del caso, mientras que en los prepúberes las conductas alimentarias anómalas responden más al mimetismo familiar o ambiental, en las mujeres adultas es relativamente frecuente que estos cuadros se presenten en comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos (Guerrero-Prado, Barjau-Romero y Chinchilla-Moreno, 2001).

Carrillo-Durán (2001) plantea que la anorexia y bulimia surgen en la edad puberal cuando el cuerpo comienza a cambiar, ocasionándoles dificultades a los adolescentes que no pueden dejar de lado el modelo vigente, el cual le adjudica gran importancia a la delgadez, hasta el punto en donde los estereotipos se enfrentan contra el propio cuerpo. Asimismo, la autoimagen, el miedo a que el cuerpo se parezca al de la madre o padre, una pubertad precoz, entre otras situaciones influyen en todas las áreas del desarrollo afectivo, personal, conductual y de relaciones humanas que puede ser la causa del adelgazamiento.

De igual manera, propone que los TCA son propios de los adolescentes por lo que si se presenta en edades adultas se debe llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial para evitar así confusiones con otras patologías. Por otra parte, plantea que no existe ninguna razón de origen biológico para que la anorexia y bulimia se presenten en la adolescencia, pero sí existen causas psicológicas debido que en la edad de la metamorfosis, los adolescentes usan su cuerpo como herramienta para autoafirmarse en sus propios intereses, y comienzan a manifestarse los rasgos diferenciadores que en muchos casos se niegan a aceptar buscando la uniformidad.

Con relación a lo anteriormente planteado, Aláez-Fernández, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) realizaron un estudio el cual tenía como objetivo establecer las tasas de prevalencia diagnóstica en una población comprendida por sujetos de entre 0 y 18 años atendidos en la unidad de Psicología del CIS de Hortaleza, centro público dependiente del Ayuntamiento de Madrid, así como también se tenía como finalidad descubrir la relación entre las categorías diagnósticas asignadas y las variables edad y género de los sujetos.

El estudio estuvo conformado por 404 sujetos menores de 19 años, de los cuales 265 eran varones (65.6%) y 139 mujeres (34.4%). Según el análisis de los resultados, el porcentaje de TCA presentados entre los 14 y 18 años es de 39%, así como también, se puede observar en los siguientes porcentajes que la prevalencia de los TCA en 0-5 años es de 5.8%, 6-9 años es de 0.7%, 10-13 años es de 0.8% y por último, de 14-18 años se ve un aumento con un porcentaje de 2.6%.

A su vez, se pudo observar que la anorexia no puede ser diagnosticada en edades comprendidas entre los 10 y 13 años. La vinculación de edad y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 76.33$; $p = .001$) y un coeficiente de contingencia de .41 ($Xc^2 = .41$). Por ende, se puede concluir que en este estudio se evidenció un aumento de riesgo de desarrollar un TCA, a medida que aumentaba la edad, ubicándose el mayor riesgo en el período comprendido entre los 14 y 18 años de edad.

Adicionalmente, Paniagua-Repetto y García-Calatayud (2003) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la presencia de signos de alerta de TCA, depresivos, del aprendizaje, y de conductas violentas entre los adolescentes, y su relación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas no legales, así como con sus hábitos de vida y entorno. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 2.178 adolescentes, entre los cuales 50.1% eran varones y 49.9% eran mujeres con edades comprendidas entre 12 y 16 años. En el análisis de los resultados, se muestra la prevalencia de TCA en porcentajes según la edad, siendo estos: (a) 13 años (varones: 0.87% y mujeres: 3.48), (b) 14 años (varones: 0.38% y mujeres: 4.17%), (c) 15 años (varones: 0.41 y mujeres: 4.16%), y (d) 16 años (varones: 0.36% y mujeres (5.48%), es decir, a medida que aumenta la edad se incrementa la presencia de TCA, observándose una mayor prevalencia en las edades mencionadas anteriormente, específicamente se encontró que a los 15 años se triplica la presencia de dicho trastorno.

De igual manera, en un estudio realizado por Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Velasco-Ariza, Platas-Acevedo, Áramburo-Vizcarra (2014) el cual tenía como objetivo conocer si el riesgo de anorexia y bulimia depende del sexo (mujer u hombre), nivel de ansiedad (normal, leve, moderada o grave), y la edad de la pubertad (9 - 11, 12 - 14, 15 - 17 ó 18 - 20 años) en una muestra de 420 estudiantes en donde 59% eran mujeres y 41% hombres. A partir del análisis, se pudo observar que el riesgo de padecer bulimia se incrementó si la edad de la pubertad se manifiesta entre los 18 y 20 años, y el grado de ansiedad es alto, mientras que si la edad de inicio de la pubertad está entre los 9 y 11 años y la ansiedad es alta, reflejando así que el inicio de la pubertad y el grado de ansiedad influyen de manera conjunta en el comportamiento bulímico.

Asimismo, Jáuregui-Lobera, Estébanez-Humanes, Santiago-Fernández (2008) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo determinar la influencia del ejercicio físico en el desencadenamiento de los trastornos alimentarios y verificar la existencia de diferencias en la práctica de ejercicio en función de los distintos tipos de trastornos y en relación con la edad de los pacientes. La investigación se llevó a cabo en una muestra conformada por 745 pacientes atendidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con diagnósticos de AN (subtipos restrictivo y purgativo), BN (subtipos purgativo y no purgativo) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado según criterios DSM IV, al inicio del trastorno. Se encontró que existen diferencias significativas en cuanto a la edad en asociación al diagnóstico, evidenciándose que en las edades comprendidas entre 12 - 16 años existe mayor número de pacientes diagnosticadas con Anorexia ($n = 108$); entre 17 - 21 años de edad pacientes con Bulimia ($n = 92$) y TCANE ($n = 48$).

Por su parte Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleón y Soriano (2000), tenían como objetivo determinar la prevalencia de comportamientos alimentarios anómalos, anorexia y bulimia nerviosa en una población de 14 a 18 años escolarizada. La muestra estuvo conformada por 512 sujetos, calculándose 30 alumnos cursantes de tercero y cuarto año de ESO y Bachillerato de la zona 2 y 3 de Valencia.

En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados; la media obtenida por las mujeres en el cuestionario EAT fue significativamente más elevada que la de los hombres ($p < .001$), en donde las mujeres de 16 años puntuaron significativamente más alto que las mujeres de 17 y 18 años ($p < .001$). Observándose así, en la proporción de mujeres de 16 años un mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario. Asimismo en esta edad se obtuvo un 34.69%, lo cual se duplica o triplica con respecto a los otros grupos de edad.

Adicionalmente, González-Juárez, Pérez-Pérez, Martín-Cabrera, Mitja-Pau, Roy-Pablo, Torre-Escalera (2007) analizaron qué factores se asocian con el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) e identificaron preguntas útiles para su detección precoz en atención primaria. La muestra estuvo conformada por 8.754 jóvenes con edades entre 12 y 18 años escolarizados de seis centros de enseñanza en Madrid, institutos públicos y centros concertados.

Se encontró que el 8.8% de los adolescentes está en riesgo de presentar un TCA (un 4.6% de varones y un 11.8% de mujeres); se destaca la relación del riesgo de TCA con la edad de los varones ($OR = .76$) y el hecho de haber ayunado 24 horas para perder peso (OR varones = 7.44; OR mujeres = 3.09). En las mujeres se relaciona con la menarquia temprana ($OR = 1.69$), haber hecho dieta bajo la influencia de factores socioambientales y autoprovocarse el vómito ($OR = 5.71$). Por lo cual, se encontró que resulta pertinente indagar respecto a los vómitos autoprovocados y al ayuno de 24 horas para detectar TCA. Además, se evidenció que la edad protege del riesgo de presentar TCA, más claramente en varones. Por su parte, en mujeres la menarquia temprana es un factor de riesgo. El hecho de interrogar acerca de los vómitos autoprovocados y el ayuno de 24 horas permite descartar el TCA en mujeres.

Además, Menéndez-Osorio y Pedreira-Massa (1999) realizaron un estudio de los pacientes atendidos por TCA en las unidades de Salud Mental infanto-juvenil de Avilés y La Coruña. En el estudio realizado se recabaron los casos de TCA desde el año 1990 a 1997 que habían sido atendidos en el servicio y remitidos por los equipos de Atención Primaria, especialistas o bien por el servicio de pediatría del hospital en interconsulta y enlace.

Los resultados arrojaron que el número total de casos atendidos a lo largo del período de tiempo estudiado, remitidos con un TCA fue de 34, representando una tasa de prevalencia atendida del 1% aproximadamente. La edad máxima de los casos fue 15 años, mientras que los de 13 (9 casos) y 12 años (7 casos) representaron las edades de mayor frecuencia en la consulta y que mayoritariamente presentan dichos trastornos.

Por lo anterior, se puede decir que la población que resulta más vulnerable a desarrollar un TCA corresponde a la población adolescentes, observándose un aumento de la presencia de este trastorno en relación con el incremento de la edad. Razón por la cual, la presente investigación se realizará en adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años de edad. En este sentido, en las edades mencionadas los adolescentes empiezan a desarrollar actitudes y conductas alimentarias anormales, es en esta etapa cuando empiezan a preocuparse más por su apariencia física.

Asimismo, es una fase según lo planteado por los autores donde se comienza a desarrollar las habilidades cognitivas y donde además ocurren más cambios a nivel conductual, pudiéndose convertir en una población con mayor posibilidad de cambio si se detecta los factores de riesgo de manera temprana, es decir, antes de la adolescencia tardía teniendo así como objetivo la prevención del riesgo de padecer trastornos alimentarios en esta población, por esta razón se decide controlar la edad.

Otra variable sociodemográfica que resulta de interés para esta investigación ya que puede desempeñar un papel importante en el riesgo de desarrollar un TCA, son los estresores sociales tales como los derivados del nivel socioeconómico. Con respecto a esto, Malik et al. (citado en Ocampo-Téllez, 2014) plantea que el aumento mundial de la obesidad y de las enfermedades crónicas han sido impulsado por la liberalización del comercio mundial, el crecimiento económico y la rápida urbanización.

Asimismo, Behar (2010) propone que se estima que un mayor grado de urbanización parece elevar la probabilidad de desarrollar una afección alimentaria, debido que llevaría a una mayor exposición al ideal de delgadez a través de los medios que propician cambios en los hábitos alimentarios, sedentarismo y un mayor número de personas con sobrepeso y obesidad. A su vez, los estereotipos tienden a extenderse en las sociedades complejas en sentido descendientes, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas.

De igual manera, según lo mencionado por el Manual de Referencia del Curso Máster en Psicología, especialidad Psicología Clínica y de la salud (ALBORT-COHS) (2012) se considera con más frecuencia los TCA en estratos socioeconómicos medio y medio-alto.

Sin embargo, aunque tradicionalmente se acreditaba que los trastornos alimentarios se limitaban a un grupo constituido por mujeres jóvenes, blancas, pertenecientes a una clase social alta, este fenómeno ha sido desmentido por el creciente número de relatos de la presencia de este trastorno en países en vía de desarrollo (Behar, 2010).

En relación a lo anteriormente propuesto, Martínez, Zusman, Hartley, Morote, Calderón (2003) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo analizar la prevalencia de los TCA, así como también los factores asociados a los mismos, y determinar la población en riesgo de desarrollar un TCA. La muestra estuvo compuesta por 2.141 mujeres entre los 13 y 19 años de edad, con un promedio de edad de 15.3 años, estudiantes de 3ero a 5to año de secundaria de Lima Metropolitana, las cuales fueron seleccionadas a través de un muestreo probabilístico bietápico por conglomerados y estratificado según régimen de gestión del colegio público o privado, observándose un total de 26 colegios de los cuales 18 eran públicos y 8 privados, con un 69.2% y 30.8% de sujetos muestrales respectivamente.

Para el análisis de los resultados, se planteó un análisis de cuadros diagnósticos en función al tipo de colegio (de gestión privada o pública), en donde se encontró que el 15.4% del grupo de colegio públicos presentaron uno o más trastornos alimentarios, mientras que en los colegios privados el porcentaje resultó de 18.9% del total.

Resultando que el 3.1% de colegios públicos y el 4.3% de colegios privados presenta más de un trastorno, observándose en primer lugar una alta incidencia de TCA en el grupo de colegios públicos, lo cual evidencia un incremento de estos trastornos también en niveles socioeconómicos bajos, aunque se mantiene una proporción mayor en las alumnas de colegios privados; asimismo, el nivel de riesgo también fue explorado de acuerdo al tipo de colegio, evidenciándose que las alumnas de colegios privados presentan mayor proporción de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en general (16%; $n = 94$) que las adolescentes de colegios públicos (14.7%; $n = 229$).

De igual manera, Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2013) realizaron un estudio que tenía como finalidad estimar la prevalencia de riesgo de desarrollar un TCA, así como también estudiar las diferencias entre los adolescentes de alto y bajo riesgo en diferentes variables, entre las cuales se encontraban: variables sociodemográficas, antropométricas, percepción de la imagen corporal, sobrevaloración de la delgadez, consumo de sustancias, alexitimia y ansiedad.

La muestra estuvo compuesta por 767 mujeres, con edades comprendidas entre 16 y 20 años, con una edad promedio de 17.54 años procedentes de 13 Institutos de Educación Secundaria y 5 centros universitarios de Guipúzcoa y Navarra.

En cuanto a la variable sociodemográfica estudiada, se evidenció diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de bajo y el grupo de alto riesgo de TCA en la variable ocupación del padre con un X^2 de 16.96 ($\chi^2 = 16.96$; $p < .001$) aunque la magnitud de la diferencia resultó muy pequeña ($V = .16$). Por lo tanto, un porcentaje mayor de adolescentes de alto riesgo tenían padres profesionales, mientras que en el grupo de bajo riesgo un mayor porcentaje de padres se hallaban en las categorías de técnicos y mandos intermedios o empleados y obreros, es decir, una proporción superior de adolescentes de alto riesgo de TCA tienen padres con profesiones liberales, lo que denota su pertenencia a una clase social media o media-alta.

Por el contrario, en el estudio realizado por Vivero-Palacios (2014) el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de riesgo de desarrollar un TCA, y la asociación con variables sociodemográficas, el uso de prácticas no saludables para el control de peso, IMC, e insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. Para este estudio, la muestra estuvo compuesta por 193 sujetos, de los cuales 41.45% eran hombres y 58.55% eran mujeres ($n = 80$ y $n = 113$ respectivamente), con edades comprendidas entre 17 y 43 con una edad promedio de 22 años, estudiantes de la Universidad Internacional del Ecuador. Con respecto a los resultados de la variable nivel socioeconómico, el 8.29% de los estudiantes asistió a un Colegio Público ($n = 16$), y el 91.71% asistió a un Colegio Privado ($n = 177$), se evidenció que los estudiantes que asistieron a un Colegio Público presentaron más riesgo de desarrollar un TCA, con un 37.5% ($n = 6$); mientras que los que asistieron a un Colegio Privado, presentaron un 16.94% de riesgo de tener un TCA ($n = 30$). Se demuestra que existe asociación estadísticamente significativa entre tipo de Colegio y el riesgo de presentar un TCA ($X^2 = 4.0842$; $p = .0432$).

Asimismo, Correa, Zubarew, Silva y Romero (2006) llevaron a cabo un estudio que tenía como objetivo cuantificar la prevalencia de riesgo de TCA, y evidenciar si existen diferencias de prevalencia por grupos de edad y nivel socioeconómico (NSE). La muestra estuvo compuesta por 1.050 adolescentes mujeres de la Región Metropolitana de la Ciudad de Santiago, con edades comprendidas entre 11 y 19 años con una edad promedio de 15 años; la muestra fue no probabilística, y se extrajo de 9 establecimientos educacionales pertenecientes a comunas de distintos NSE elegidos por conveniencia, en donde el 28.30% corresponde al NSE alto ($n = 297$), 41.4% al NSE medio ($n = 434$), y el 30.30% corresponde al NSE bajo ($n = 319$).

Respecto de la distribución por nivel socioeconómico (NSE), se evidenció que el grupo que presenta una mayor población en riesgo es el NSE bajo con un 11.3%, seguido del NSE medio con un 8.3%, y por último, el NSE alto muestra el menor nivel de riesgo relativo de TCA con un 5.1%, lo que es estadísticamente significativo ($p < .02$).

Por lo cual, se puede concluir que el riesgo de TCA se presentó en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo, la distribución de este riesgo observado en el estudio difiere de las cifras clásicamente referidas, debido que se evidenció que la probabilidad de una presencia de TCA fue mayor en los colegios pertenecientes a comunas de NSE bajo.

Con base a esto, a partir de los hallazgos se puede decir que el nivel socioeconómico funciona como una variable o estresor social que influye en el riesgo de desarrollar un TCA. No obstante, no es posible afirmar que los TCA sean privativos de las clases sociales más acomodadas, o con un NSE alto, sino que más bien se distribuyen a lo largo de todos los niveles socioeconómicos, y que lo que muestra es la presencia de un fenómeno ampliamente distribuido, que también ejerce un efecto en países en vía de desarrollo.

Después de la revisión de la literatura, se plantea que los TCA son multicausales, por ende, intervienen factores tanto biológicos, psicológicos como sociales en su desarrollo y mantenimiento.

Por otro lado, es importante destacar según los estudios mencionados en esta investigación que se han encontrado relaciones entre diversas variables y el riesgo en desarrollar un TCA; entre las cuales se encuentran: el género, observándose un mayor riesgo por parte de las mujeres en presentar sintomatología o el trastorno propiamente dicho, en comparación con los hombres.

De igual manera, con respecto a la edad se encontraron estudios que evidenciaban que la adolescencia es la etapa del ciclo de vida en donde se presenta mayor riesgo de presentar un TCA. Con respecto a los factores más de índole psicológico, se puede decir que el estudio de la imagen corporal, aunado al de la insatisfacción que los individuos tienen con la misma, ha tenido gran relevancia en la explicación del surgimiento de los TCA, en donde mientras un sujeto tenga un mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal mayor será el riesgo de desarrollar un TCA.

Asimismo, otra de las variables de las cuales se encontró relaciones con los TCA, fue el modelo estético corporal, en donde se hace mayor énfasis en la influencia sociocultural, entendido como publicidad, revistas de moda, modelos, actrices, situaciones sociales, entre otras, observándose que mientras mayor sea la influencia de este modelo, mayor será el riesgo de presentar un TCA.

De este modo, se promueve actualmente una sociedad delgadofílica, en donde las personas cada vez, se enfocan más en lo estético o el deseo de estar delgado, promovido por los medios de comunicación, publicidad y modelos sociales. Donde la belleza es básicamente estar delgado y sinónimo de salud, obviando la vulnerabilidad que puede despertar en las personas preocupándose más por su físico y a presentando conductas alimenticias anormales.

En esta investigación se pretende determinar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes.

Método

Problema

¿Cómo es la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, el modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de bachillerato de ambos sexos, con edades comprendidas entre 13 y 17 años?

Hipótesis

General

El riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria se ve influenciado por la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, el modelo estético corporal y el sexo de estudiantes de bachillerato de ambos sexos, con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Específicas

- La insatisfacción con la imagen corporal tiene un efecto positivo sobre el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, de forma que un mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal obtenida en el Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria; mientras que un menor grado de insatisfacción con la imagen corporal en el Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) se asocia con un menor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.
- El índice de masa corporal (IMC) tiene un efecto positivo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, de forma que cuanto mayor es el IMC, mayor es el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria; mientras que cuanto menor es el IMC menor es el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

- El modelo estético corporal tiene un efecto positivo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, de forma que un mayor grado de influencia de los modelos estéticos corporales obtenido en el Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria; mientras que un menor grado de influencia de los modelos estéticos corporales obtenido en el Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC) se asocia con un menor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.
- El sexo tiene un efecto sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, de forma que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria; mientras que los hombres tienen menor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Definición de Variables

Variable Dependiente

Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria

Definición Constitutiva: probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia o bulimia) éste se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida, acompañado de rasgos psicológicos reforzadores tanto personales (perfeccionismo, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad) como interpersonales (ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social) (Correa, Zubarew, Silva y Romero, 2006).

Definición Operacional: puntaje total obtenido de la suma de las respuestas dadas a las 40 preguntas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40) creado por Garner y Garfinkel (1979) adaptado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Las preguntas se califican mediante una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta que van desde Nunca (0) hasta Siempre (3), en donde las tres primeras opciones: Nunca, Casi Nunca, y Algunas Veces se puntúan con 0, mientras que Bastantes Veces, Casi Siempre y Siempre se puntúa con 1, 2 y 3

respectivamente; la escala total tiene un rango de variación de 0 - 120. Donde puntajes iguales o mayores a 20 tienen más riesgo de padecer un TCA y puntajes menores a 20 tienen un menor riesgo de padecer un TCA (Ver Anexo A).

Variables Independientes

Sexo

Definición Constitutiva: características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los hombres y a las mujeres (Campillo-Pedron, Álvarez-Arellano y López-Díaz, 2004).

Definición Operacional: autorreporte de los sujetos derivado de la respuesta proporcionada en la hoja de identificación del instrumento acerca de su sexo, expresado en Femenino (F) y Masculino (M), siendo mujer codificado con el número 0, y hombre con el número 1 (Ver Anexo B).

Índice de Masa Corporal

Definición Constitutiva: medida que relaciona el peso con la talla, se debe tener en cuenta que el peso afecta en mayor medida a la talla por el estado nutricional y por la composición corporal. Dicho índice se calcula a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$ (Martínez, Liceága-Reyes y Taboada-Aranza, 2014). Donde IMC corresponde al índice de masa corporal, peso corresponde a los kilogramos (Kg) corporales del individuo, y talla hace referencia a la estatura en metros (m) del individuo.

Definición Operacional: resultado numérico calculado a partir de la fórmula $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$. El peso se obtiene pesando a los sujetos con una báscula electrónica marca FitScan modelo HD - 389F con capacidad de 150 Kg y con una precisión de 0.1 Kg; mientras que la talla se obtiene midiendo a los sujetos con una cinta métrica inextensible de 5 metros. Se observan seis tipos diferentes de categorías de IMC, siendo estos: (a) tipo A, es bajo peso (< 18.5); (b) tipo B, es normal (18.5 - 24.9); (c) tipo C, es sobrepeso (25 - 29.9); (d) tipo D, es Obesidad G I (30 - 34.9); (e) tipo E, es obesidad G II (35 - 39.9); y (f) tipo F, es obesidad G III (> 40) (Ver Anexo B).

Insatisfacción con la Imagen Corporal

Definición Constitutiva: imagen corporal se refiere a la representación mental que se crea del tamaño, la figura y las partes del cuerpo, así como a la percepción que los demás tienen de ella (García, 2004); cuando ésta representación no coincide con la apariencia física real se considera que existe insatisfacción con la imagen corporal, entendida como un conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y la forma del cuerpo (Moreno-González y Ortiz-Viveros, 2009).

Definición Operacional: suma de las respuestas dadas a las 20 preguntas del Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairbum (1987) y adaptado en población mexicana por Vázquez-Arévalo, Galán, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz, Caballero-Romo y Unikel-Santoncini (2011). Las preguntas se califican mediante una escala tipo Likert de cinco puntos con seis opciones de respuesta, que van desde Nunca (0), hasta Siempre (5); la escala total tiene un rango de variación entre 0 y 100 puntos. Donde un mayor puntaje obtenido en el BSQ corresponde a mayor insatisfacción con la propia imagen corporal, y un menor puntaje en el BSQ corresponde a menor insatisfacción con la propia imagen corporal (Ver Anexo C).

Modelo Estético Corporal

Definición Constitutiva: caracterizado por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea, la cual es reforzada por los medios de comunicación, mensajes de la familia, amigos y la cultura en general teniendo como consecuencia la manifestación de conductas y actitudes anómalas con respecto a la comida y el peso. Este modelo se encuentra conformado por cuatro factores: (a) Influencia de la Publicidad, entendido como el interés que despiertan los medios de comunicación en relación con la alimentación, peso y figura; (b) Malestar por la Imagen Corporal, definido como ansiedad en situaciones de autopercepción; (c) Influencia de los Modelos Sociales, hace referencia al interés por los cuerpos de actrices y modelos; e (d) Influencia de las Relaciones Sociales, entendida como la presión social subjetiva y aceptación de la delgadez (Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Villarreal-Caballero y Unikel-Santocini, 2010).

Definición Operacional: suma de las respuestas dadas a las 24 preguntas del Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) modificado por Escobar – Arévalo, et al. (2014) para medir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético actual. La escala de este instrumento es de cuatro puntos y, a su vez, presenta cuatro opciones de respuesta que van desde Nunca (1) hasta Siempre (4), evidenciando un rango de variación de 24 - 96 puntos. En esta escala, una mayor puntuación denota una mayor influencia de los modelos estéticos corporales en cada uno de los factores (Ver Anexo D).

Variables a Controlar

Edad

Mecanismo de Control: Homogenización. Existe evidencia de que la adolescencia es la etapa del ciclo de vida en donde se presenta mayor riesgo de presentar un TCA, razón por la cual, en la presente investigación se seleccionó como parte de la muestra únicamente a sujetos con un rango de edad comprendido entre 13 y 17 años.

Nivel socioeconómico

Mecanismo de control: Homogenización. Existe evidencia de que el nivel socioeconómico (NSE) funciona como una variable o estresor social que influye en el riesgo de desarrollar un TCA. Sin embargo, no es posible afirmar que los TCA sean privativos de las clases sociales más acomodadas, o con un NSE alto, sino que más bien se distribuyen a lo largo de todos los niveles socioeconómicos, razón por la cual, en la presente investigación se seleccionó como parte de la muestra únicamente a sujetos con un nivel socioeconómico medio y medio-alto, determinado por el tipo de institución educativa, en este caso la muestra estuvo compuesta por sujetos pertenecientes únicamente a colegios privados de la Zona Metropolitana de Caracas, siendo éstos: Unidad Educativa Colegio Santa Rosa de Lima y Unidad Educativa Colegio María Auxiliadora.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación realizado se fundamenta en la clasificación planteada por Kerlinger y Lee (2002). Según el grado de control de las variables, la presente investigación se ubicó en las investigaciones no experimentales, debido que las variables propuestas (insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo), no fueron manipuladas, ya que son inherentes a los sujetos.

Asimismo, fue una investigación transversal debido que se analizó la relación existente entre un conjunto de variables en un punto específico del tiempo, incluyendo uno o varios grupos de personas, objetos o indicadores de forma simultánea (Kerlinger y Lee, 2002).

Siguiendo esta línea, según el objetivo de la investigación, el mismo fue de tipo explicativo, ya que tuvo como finalidad explicar por qué ocurrió un fenómeno y en qué condiciones se dio, o la razón de por qué dos o más variables estuvieron relacionadas, es decir, explicar cómo la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo, influyen sobre el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2006).

Asimismo, según el lugar en donde se llevó a cabo la investigación, ésta se clasificó como un estudio de campo debido que buscó relaciones de manera sistemática y puso a prueba hipótesis no experimentales en situaciones de la vida, es decir, en un contexto natural no controlado que en este caso fueron instituciones educativas de la zona metropolitana de la Ciudad de Caracas (Kerlinger y Lee, 2002).

Diseño de Investigación

Se propuso para esta investigación un diseño no experimental transversal ex post facto prospectivo de grupo único, debido que se analizó cómo el conjunto de las variables independientes predijeron las variaciones en la variable dependiente (León y Montero, 2003).

Por ello, en esta investigación se evaluó la relación entre insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo, constituyéndose como variables predictoras o independientes sobre el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria como variable predicha o dependiente, durante el transcurso del período académico 2015 – 2016.

Con respecto a las variables insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal, sexo (variables independientes) y el riesgo de desarrollar un TCA (variable dependiente) no se realizó ningún tipo de manipulación. Por el contrario, las variables edad y nivel socioeconómico fueron consideradas como variables a controlar en esta investigación, empleando como técnica de control la homogenización, por ende, se tomó en cuenta como sujetos muestrales solo aquellos individuos con edades comprendidas entre 13 y 17 años de edad y que fueran estudiantes de secundaria de dos instituciones privadas de la zona metropolitana de Caracas.

Las variables TCA, insatisfacción con la imagen corporal, influencia de los modelos estéticos corporales e IMC, fueron medidas en un momento único a través instrumentos estandarizados (EAT - 40, BSQ, CIMEC, peso electrónico y cinta métrica inextensible, respectivamente). Mientras que la información referente a edad, sexo, institución educativa, año, sección y número de lista fueron obtenidas a través de la hoja de identificación, es decir, del autoreporte de los sujetos del estudio.

Con estas medidas, se procedió a realizar un procesamiento de los datos a través de un análisis de regresión múltiple, con el objetivo de conocer los efectos y magnitudes de la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar un TCA, para lo cual se utilizó los principios de correlación y de regresión; además de haber obtenido la proporción de la varianza del riesgo de desarrollar un TCA, explicada por la combinación lineal de las variables ya mencionadas. Previamente, se verificó el cumplimiento de los supuestos (multicolinealidad, normalidad, supuestos de los residuos (media, normalidad e independencia de los errores) y linealidad).

Diseño Muestral

Población

Estuvo compuesta por estudiantes de secundaria, tanto hombres como mujeres de instituciones educativas de la zona metropolitana de la Ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Muestra

Según Santalla-Banderali et al. (2011), al determinar el tamaño muestral en una investigación se debe contar con muestras grandes, es decir, mayor a 100 sujetos, de esta manera la estimación que se realice de la varianza de la población será más exacta y más real, y por lo tanto, resultará un estudio más significativo y con mayor validez empírica.

Asimismo, Kerlinger y Lee (2002) plantea que los análisis estadísticos llevados a cabo con muestras de gran tamaño tienden a ser más precisos que si fueran realizados con muestras pequeñas, además habrá menor probabilidad de escoger una muestra sesgada ya que las diferencias individuales se distribuirán de mejor manera en un tamaño muestral de mayor tamaño. Además, se plantea un criterio de 20 a 30 personas mínimo por cada variable del estudio (Peña, 2009). Por lo cual, debido que en este estudio se contó con 5 variables (riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal, y sexo) se estableció el tamaño muestral de 200 sujetos.

Muestra piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto de tipo cualitativo, con el objetivo de evaluar la pertinencia de los ítems en cuanto a redacción, vocabulario, e instrucciones de cada uno de los instrumentos empleados en el presente trabajo de investigación, es decir, para conocer si el instrumento definitivo era comprendido adecuadamente por los adolescentes. La muestra piloto estuvo compuesta por 20 sujetos, 55% del sexo femenino ($n = 11$), y 45% del sexo masculino ($n = 9$), con una edad media de 15 años ($M = 15.3$) estudiantes de educación secundaria del Colegio Santa Rosa de Lima, los cuales fueron

seleccionados a través de un muestreo no probabilístico propositivo; se tomó en cuenta como criterio de selección: (a) edad, estudiantes con edades comprendidas entre 13 y 17 años de edad; y (b) nivel socioeconómico medio y medio-alto, el cual se determinó a través del tipo de institución educativa, siendo parte de la muestra solamente un colegio privado mencionado anteriormente.

Muestra definitiva

La recolección de los datos se llevó a cabo en instituciones educativa de tipo privada de la zona metropolitana de Caracas, las cuales fueron seleccionadas por su accesibilidad y conveniencia. Se solicitó autorización a los directores de las instituciones para administrar los instrumentos dentro de las instalaciones de la institución.

En la presente investigación, se trabajó con una muestra de 200 estudiantes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, de sexo masculino y femenino estudiantes de educación secundaria de las siguientes instituciones: Unidad Educativa Colegio Santa Rosa de Lima y Unidad Educativa Colegio María Auxiliadora; se contó con la participación de un total de 71 estudiantes del Colegio Santa Rosa de Lima ($n = 71$), y 129 estudiantes del Colegio María Auxiliadora ($n = 129$); con respecto al tipo de muestreo, se empleó un muestreo no probabilístico propositivo, debido que no existió un procedimiento de aleatorización, y según Kerlinger y Lee (2002), se caracterizó por el uso de intenciones deliberadas o criterios de inclusión y exclusión para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos de la población, y que además concuerdan con las variables de importancia para el estudio, es decir, la muestra se seleccionó con base al cumplimiento de ciertas características relevantes de la población de interés para la investigación, siendo estas: (a) edad, sujetos con edades comprendidas entre 13 y 17 años de edad; y (b) nivel socioeconómico, colegios privados mencionados anteriormente. Se les aplicó los instrumentos a las personas que aceptaron voluntariamente responderlos, así como también pesarse y medirse.

Instrumentos de Medición

- Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40) creado por Garner y Garfinkel (1979) adaptado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) (Ver Anexo A):

El test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40), fue diseñado por Garner y Garfinkel (1989), traducido y adaptado en población española por Castro et al. (1991). Este test fue desarrollado para detectar personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario, así como evaluar el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos, resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas (Garner y Garfinkel, 1989).

Este instrumento consta de 40 ítems, en donde el puntaje total se obtiene de las respuestas de los participantes a dichos ítems, las cuales son evaluadas a través de una escala tipo Likert de tres puntos, con seis opciones de respuestas directas que van desde Nunca (0) hasta Siempre (3), en donde las tres primeras opciones: Nunca, Casi Nunca, y Algunas Veces se puntúan con 0, mientras que Bastantes Veces, Casi Siempre y Siempre se puntúa con 1, 2 y 3 respectivamente. Se encuentra compuesto por tres sub-escalas: (a) Dieta y Preocupación por la Comida, evaluada a través de los ítems 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 14 - 15 - 16 - 17 - 20 - 21 - 22 - 25 - 27 - 29 - 30 - 31 - 32 - 34 - 36 - 37 - 38 - 39; (b) Presión Social Percibida y Malestar con los Alimentos, medida a través de los ítems 3 - 8 - 12 - 24 - 26 - 33 - 34 - 35; y (c) Trastornos Psicobiológicos evaluados a través de los ítems 13 - 19 - 28 - 29 - 35 - 40; los ítems indirectos (1 - 18 - 19 - 23 - 27 - 39) se puntúan de forma inversa a los directos. El punto de corte propuesto en la versión original es de 30 puntos para determinar los sujetos con riesgo de TCA y los sujetos sin riesgo de TCA, en donde los sujetos que se encuentren por encima del punto de corte (30 puntos) corresponden a los sujetos con riesgo de presentar un TCA; mientras que los sujetos que se encuentren por debajo del punto de corte corresponden a los sujetos sin riesgo de TCA. La versión original del instrumento realizado con una muestra constituida por un grupo de mujeres diagnosticadas con anorexia y un grupo control, es decir, sin dicho trastorno presenta una confiabilidad moderada alta para el grupo de anorexia ($\alpha = .79$) y una confiabilidad alta para el grupo control ($\alpha = .94$).

En la investigación de Garner y Garfinkel (citado en Franco-Paredes, Álvarez-Rayón, Ramírez-Ruelas, 2011) se utilizó dos sub - muestras de mujeres diagnosticadas con anorexia ($n = 32$; $n = 33$), de acuerdo a los criterios de Feighner et al. (1972), y en dos sub - muestras control ($n = 34$; $n = 59$) la consistencia interna del EAT - 40 fue alta ($\alpha = .94$). La puntuación total del instrumento diferenció entre las mujeres con anorexia y las mujeres del grupo control, donde el grupo de los sujetos diagnosticado con anorexia obtuvo una confiabilidad moderada alta ($\alpha = .79$) y alta para el grupo control ($\alpha = .94$), resultando una validez predictiva alta de $.87(\alpha = .87)$; además, al analizar la predicción diagnóstica se determinó que 30 era un punto de corte adecuado.

En otro estudio realizado por Garner, Olmstead, Bohry y Garfinkel (1982) se analizó la estructura factorial del EAT - 40 con una muestra de 160 mujeres canadienses con diagnóstico de anorexia, dando como resultado tres factores que agruparon 26 ítems y explicaron 40.2% de la varianza total, los factores resultantes son los siguientes: (a) Dieta, (b) Bulimia y Preocupación por la Comida, y (c) Control Oral; factores que mostraron consistencia interna adecuada en la muestra clínica ($\alpha = .90$; $\alpha = .84$; $\alpha = .83$ respectivamente), pero no así en mujeres control ($\alpha = .86$; $\alpha = .61$; $\alpha = .46$ respectivamente), dado que en los dos últimos factores fue deficiente.

La versión española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (2001) discriminó acertadamente entre el grupo de mujeres españolas con anorexia y el grupo control, con una sensibilidad del 91% y especificidad del 69%. En la adaptación española se recomienda utilizar 20 puntos como punto de corte. Con respecto a la consistencia interna, esta fue de alta para el total ($\alpha = .93$), así como también alta para el grupo con anoréxica ($\alpha = .92$).

Con base a lo anteriormente planteado, el EAT - 40 es un instrumento adecuado para detectar personas con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Sin embargo, no se encontró una adaptación de dicho instrumento en población venezolana, por lo cual, luego de llevar a cabo una validación por jueces expertos se planteó la realización de un estudio piloto cualitativo, con la finalidad de evaluar si el instrumento era comprendido adecuadamente.

Con base a los resultados obtenidos en el estudio piloto, el instrumento quedó constituido por 39 ítems debido que se procedió a eliminar el ítem número 23, ya que se observó que únicamente podía ser respondido por una muestra femenina. Asimismo, se modificaron los ítems número 28 siendo ahora el ítem 27, y el 35 siendo ahora el ítem 34, debido que las palabras que pertenecían a dichos ítems no quedaron totalmente comprendidas, por lo cual se planteó agregar una pequeña definición para su mejor comprensión.

- Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) (Vázquez-Arévalo et al., 2011) (Ver Anexo C):

El Cuestionario de la Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire [BSQ]) fue diseñado por los autores Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), adaptado en población mexicana por Vázquez-Arévalo et al. (2011).

Este cuestionario fue desarrollado para valorar la insatisfacción corporal, entendida como un conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y la forma del cuerpo (Moreno-González y Ortiz-Viveros, 2009).

El BSQ es una escala tipo likert compuesta por 34 preguntas que evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones de la misma problemática, siendo estas: (a) insatisfacción corporal, y (b) preocupación por el peso. El cuestionario es auto-administrado, y las respuestas son evaluadas en una escala de seis puntos que va desde Nunca (0) hasta Siempre (5).

Este cuestionario fue validado en población mexicana por Vázquez-Arévalo et al. (2011) utilizando una muestra compuesta por 472 personas del sexo femenino previamente definidas con presencia o ausencia de TCA, en donde el grupo control estuvo constituido por 256 mujeres con edades comprendidas entre 13 y 26 años de edad, mientras que el grupo clínico estuvo compuesto por 216 mujeres procedentes del Instituto Nacional de Psiquiatría con un rango de edad entre los 13 y 30 años, incluyendo jóvenes que presentaron TCA y TCANE.

El análisis psicométrico del cuestionario evidenció una consistencia interna alta ($\alpha = .98$) medida a través del Alpha de Cronbach, lo cual indica un excelente grado de consistencia interna para el BSQ. Además, se encontró que todos los ítems correlacionaron de manera positiva y significativa ($p \leq .001$).

Una vez realizado el Análisis de Componentes Principales y haber empleado el método de Rotación Varimax de los factores, se reflejaron 2 factores, en donde el primero explica el 34.3% de la variabilidad total con un coeficiente alfa alto ($\alpha = .95$) compuesto por 10 ítems (2 - 4 - 5 - 6 - 9 - 12 - 17 - 22 - 24 - 34) que hacen alusión al malestar con la imagen corporal, miedo a engordar y aspectos comunes encontrados en mujeres de población general, por lo que fue denominado Malestar Corporal Normativo, mientras que el segundo factor explicó el 29.6% de la variabilidad total y se obtuvo un alfa alto ($\alpha = .94$) incluyendo 8 reactivos (7 - 11 - 13 - 18 - 19 - 27 - 15 - 16) que hacen referencia a conductas estrechamente relacionadas con la insatisfacción corporal, y dos de ellos en específico (26 y 32) examinan acerca de conductas de riesgo para un TCA, como son el vómito y uso de laxantes, dicho factor fue denominado Malestar Corporal Patológico.

Asimismo, en una investigación realizada por Castrillón-Moreno, Montaña, Avendaño-Prieto y Pérez-Acosta (2007), en una muestra compuesta por un grupo de 1939 niñas, preadolescentes y adolescentes escolarizadas en siete colegios (4 públicos y 3 privados) con edades comprendidas entre los 9 y los 19 años de edad, elegidas de manera aleatoria en la ciudad de Popayán (Cauca). La confiabilidad de éste estudio se obtuvo a través de la medida de consistencia interna utilizando el Alfa de Cronbach, dando como resultado una confiabilidad alta ($\alpha = .96$), tal y como se reporta en los estudios iniciales (Cooper et al., 1987), la prueba fue diseñada para evaluar un constructo que se podría traducir como insatisfacción corporal, lo cual es corroborado en otros estudios (Castrillón-Moreno, Montaña, Avendaño-Prieto y Pérez-Acosta, 2007).

Por esta razón, se considera el BSQ como un cuestionario válido para ser utilizado en esta investigación; sin embargo, se realizó un estudio piloto cualitativo a sugerencia de los jueces expertos que realizaron la validación de contenido de dicho instrumento con el objetivo de evaluar si el instrumento definitivo era comprendido adecuadamente por los adolescentes; a través del cual, se comprobó la comprensión y pertinencia del instrumento para una muestra de estudiantes de sexo masculino y femenino de instituciones educativa de la Ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

- Cuestionario de la Influencia de Modelo Estético Corporal (CIMEC) creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) modificado por Escobar–Arévalo et al. (2014) (Ver Anexo D):

El cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales de Toro, Salamero y Martínez (1994) (citado en Vázquez-Arévalo, Velázquez-Arriaga, Aguilar-Xóchitl, Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz y Franco-Paredes, 2010). Este modelo se caracteriza por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea, reforzada tanto por medios de comunicación, mensajes de familiares, amigos y la cultura en general teniendo como la expresión de conductas y actitudes desviadas con respecto a la comida y el peso (Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villarreal-Caballero y Unikel-Santoncini, 2010).

El CIMEC es una escala tipo Likert, en donde las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos, con tres opciones de respuestas, siendo estas: Siempre (2), A Veces (1) y Nunca (0). Está constituido por 40 preguntas directas que evalúan los siguientes factores: (a) Influencia de la Publicidad, se mide a través de los ítems 6 - 8 - 9 - 14 - 15 - 19 - 21 - 23 - 26 - 28 - 32 - 33 - 35 - 38; (b) Malestar por la Imagen Corporal y Conductas para Reducción de Peso, medido mediante los ítems 5 - 10 - 11 - 13 - 16 - 17 - 22 - 25 - 29 - 31; (c) Influencia de Modelos Estéticos Corporales, se mide a través de los ítems 1 - 3 - 4 - 12 - 37 - 39; y (d) Influencia de las Relaciones Sociales, medida mediante de los ítems 2 - 18 - 27 - 30 - 36.

Este instrumento se evaluó en la investigación de Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000). Se administró a una muestra en la población mexicana de 1001 mujeres estudiantes de bachillerato, así como también de universidades en públicas y privadas; obteniéndose una consistencia interna alta ($\alpha = .94$).

Escobar–Arévalo et al. (2014) realizaron una adaptación del cuestionario en la población venezolana, en donde se llevaron a cabo modificaciones con respecto al vocabulario empleado cambiándose ciertas palabras y eliminando algunos ítems, teniendo como resultado un total de 25 ítems.

Los factores que se tomaron en cuenta en el estudio antes mencionado realizado en Venezuela son: (a) factor 1, Influencia de la Publicidad lo cual integra los ítems 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14; (b) factor 2, Influencia de los Modelos Sociales, que incluye a los ítems 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20; y (c) factor 3, Influencia de las Situaciones Sociales, cuyos ítems son el 21 - 22 - 23 - 24 - 25.

La escala de este instrumento es de cuatro puntos, calificados según el siguiente esquema: Totalmente en Desacuerdo (4), Algo en Desacuerdo (3), Algo De Acuerdo (2), y Totalmente De Acuerdo (1).

El instrumento fue sometido a validación por cinco jueces expertos en diversas áreas (Metodología, Psicología del Deporte y Psicología Clínica). Los jueces opinaron sobre el instrumento en cuanto a la pertenencia de los ítems, redacción, formato de la escala y observaciones generales. Por medio de las opiniones se eliminó el ítem 9 y se cambió la redacción de algunos, adaptándolo a la población de estudio, quedando la escala con 24 ítems.

El instrumento se administró a una muestra piloto de 93 sujetos, de los cuales 59.5% eran mujeres ($n = 55$) y 40.9% eran hombres ($n = 38$), la edad promedio fue de 29 años, y se obtuvo una media de 65.59 ($M = 65.59$; $SD = 12.279$); la confiabilidad resultó ser alta ($\alpha = .86$).

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax para obtener la estructura factorial de la escala y se observó la presencia de tres factores, obtenidos a través del gráfico de sedimentación de Cattell, así como también al utilizar un criterio de corte de los autovalores mayores a 2. Se encontró que los ítems que cargaban en cada factor (criterio de carga factorial mayor a .35) eran congruentes con la estructura factorial encontrada por Vásquez, Álvarez y Mancilla (2000), por lo que se mantuvo la escala modificada de 24 ítems en la muestra definitiva.

El análisis psicométrico de la versión final del instrumento con la muestra definitiva, proporciona una confiabilidad alta ($\alpha = .85$). Los ítems que componen la escala cargan positivamente y por encima de .30, a excepción de los ítems 13 - 20 - 21 los cuales presentan una correlación por debajo de este punto.

Así mismo, se cumplen los supuestos del análisis factorial, adecuación de la muestra ($KMO = .772$) como el de no esfericidad ($X^2 = 1493.81$; $p < ,001$).

De esta manera, en cuanto al análisis de componentes principales, a partir de un criterio de autovalor de 1.5, se obtuvieron cuatro factores que explican el 52.44% de la varianza del instrumento (Escobar–Arévalo et al., 2014).

El primer factor llamado Influencia de la Búsqueda de Información en distintas fuentes, agrupó 8 ítems (4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 10 - 11 - 13) que explican el 16.5% de la varianza total, y hacen referencia a la influencia de la publicidad de distintos medios de comunicación en las personas que realizan actividad física. El segundo factor, denominado Influencia de las Relaciones Sociales consta de 6 ítems (9 - 12 - 21 - 22 - 23 - 24) que explican el 13.03% de la varianza total, y hacen referencia al impacto de la Influencia Social por parte de las personas del círculo social de los sujetos. En cuanto al factor 3 nombrado Influencia de los Mensajes Publicitarios, incluye 4 ítems (1 - 2 - 3 - 15) que explican el 11.92% de la varianza total y, se refiere al modo cómo influyen los mensajes publicitarios y sociales. Por último, el factor 4 designado como Influencia de los Modelos Estéticos Corporales, se compone de 6 ítems (14 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20) que explican el 10.98% de la varianza total, y reflejan la influencia de la imagen y actitudes de las otras personas en el sujeto (Escobar–Arévalo et al., 2014).

Con base a lo anteriormente planteado, el CIMEC modificado por Escobar – Arévalo et al. (2014) es válido y confiable para ser administrado en este estudio. Sin embargo, se realizó un estudio piloto cualitativo a sugerencia de los jueces expertos que realizaron la validación de contenido con el objetivo de evaluar si el instrumento definitivo era comprendido adecuadamente por los adolescentes; a través del cual, se comprobó la comprensión y pertenencia del instrumento para una muestra de estudiantes de sexo masculino y femenino de instituciones educativa de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Procedimiento

Para garantizar que los resultados obtenidos por las escalas y cuestionarios empleados fueran válidos y confiables, en primer lugar se realizó un proceso de validación mediante jueces expertos del Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), y el Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal, dicho proceso tuvo como objetivo que los jueces validaran la pertinencia de las escalas mencionadas anteriormente; entre los aspectos que fueron evaluados, se encontraron: la pertinencia de los ítems en cuanto a redacción, vocabulario de cada uno de los instrumentos, así como también instrucciones, y orden de presentación de las escalas.

Para esta validación, el primer paso consistió en la selección de los profesores que formaron parte de los jueces expertos, dicha selección se llevó a cabo tomando en consideración a aquellos profesionales expertos en diversa áreas como: Psicología Clínica, Metodología y Psicometría, así como también considerando la accesibilidad de contactar con dichos profesores, dando como resultado la escogencia de cinco docentes de la UCAB.

Posteriormente, se redactó una carta para cada uno de los profesores seleccionados en donde se le solicitó su colaboración para que evaluaran la pertinencia de las escalas que formaron parte del instrumento; una vez se recibió de parte de cada uno de los jueces expertos las sugerencias acerca de los cambios que consideraron apropiados realizar a las escalas, se procedió a ejecutar un cuadro en el cual se plasmó tanto las recomendaciones generales, como las recomendaciones y correcciones por parte de los cinco jueces expertos para cada una de las tres escalas.

El siguiente paso consistió en implementar las modificaciones sugeridas por los jueces, las cuales consistieron en realizar cambios de palabras que se adecuaban al léxico venezolano, así como también se realizó cambios de tiempos verbales, y se llevó a cabo un estudio piloto de tipo cualitativo debido a las sugerencias realizadas por los jueces expertos.

Con lo que respecta al estudio piloto cualitativo, el cual tenía como objetivo evaluar la pertinencia de los ítems en cuanto a redacción, vocabulario, e instrucciones de cada uno de los instrumentos que fueron utilizados en el Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Psicología en la UCAB, es decir, para conocer si el instrumento definitivo era comprendido adecuadamente por los adolescentes.

El primer paso de la realización del estudio piloto cualitativo, consistió en entregar la carta firmada tanto por las autoras del proyecto como por la directora de la escuela de Psicología al colegio respectivo, es decir, al Santa Rosa de Lima, para confirmar la colaboración por parte de dicha institución a formar parte de la muestra del estudio piloto.

Una vez completada la formalidad de la petición, se prosiguió a establecer el día de la aplicación de los instrumentos, siendo este el día 23 de Febrero de 2016; la aplicación consistió en la selección de los estudiantes en colaboración con la psicóloga de la institución, en donde posteriormente se pasó a un salón de clases en donde se llevó a cabo la administración de los instrumentos, dicho salón contó con las condiciones ambientales adecuadas, es decir, una iluminación y ventilado adecuado, pupitres y escritorio a disposición de los estudiantes y las investigadoras.

En cuanto a la administración, en primer lugar se realizó la presentación por parte de las investigadoras, dando los nombres de cada una de ellas, además se explicó brevemente el objetivo del estudio, seguidamente se prosiguió a dar las instrucciones en donde se pidió respetuosamente que respondieran a todas las preguntas de los instrumentos que se les entregaron, en donde se hizo énfasis en responder a los cuadros de “observaciones” y “sugerencias”; se destacó que estaban en la libertad de abandonar cuando quisieran, así como de preguntar si llegaban a tener alguna duda.

Una vez finalizada la aplicación de los instrumentos, se prosiguió a dar las gracias a todos los participantes, así como asegurarse de que cada uno de ellos regresara a sus respectivas actividades y/o salón de clase.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis cualitativo de los instrumentos, es decir, se tomó en cuenta las observaciones que proporcionaron los estudiantes a cada uno de los ítems de las 3 escalas, así como también se realizó un análisis de las sugerencias que plantearon los sujetos muestrales, con el objetivo de comprobar la pertinencia y comprensión de los ítems por parte de los adolescentes.

Con base a los resultados obtenidos, se realizaron las modificaciones correspondientes, es decir, se eliminó un ítem (23) de la escala del EAT – 40 ya que únicamente podía ser respondido por mujeres, así como dos palabras que no quedan totalmente comprendidas, por lo cual se planteó agregar una pequeña definición para su mejor comprensión (ítem 28 y 35). De esta manera, los resultados del estudio piloto comprobaron que los instrumentos fueron adecuadamente entendidos por los adolescentes, por ende, resultó válido su utilización en el presente proyecto de investigación. A continuación, como se muestra en la tabla 1, se presenta las modificaciones de los instrumentos.

Tabla 1.

Modificaciones de los instrumentos.

	Original	Modificaciones
EAT-40	Ítem 23: "Tengo la menstruación regular". Ítem 28: "Tomo laxantes (purgantes)". Ítem 35: "Tengo estreñimiento".	Ítem 23: fue eliminado porque sólo puede ser respondido por mujeres. Ítem 28: "Tomo laxantes (purgantes que tienen como finalidad provocar la defecación)". Ítem 35: "Tengo estreñimiento (defecación infrecuente, o con esfuerzo)".
BSQ	Sin modificaciones	Sin modificaciones.
CIMEC	Sin modificaciones.	Sin modificaciones.

Análisis cualitativo de los resultados obtenidos de la prueba piloto, específicamente los ítems en su versión original, y la versión modificada realizadas según las observaciones de los sujetos muestrales.

Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, se prosiguió a la aplicación del instrumento definitivo; en primer lugar se obtuvo el permiso de las personas responsables de las instituciones educativas seleccionadas para el estudio mediante una carta emitida por la Escuela de Psicología para administrar las pruebas en dichas instituciones.

Tras garantizar la total confidencialidad y anonimato de la información provista, se procedió a la administración la cual se realizó de forma colectiva a estudiantes de los colegios anteriormente mencionados; la psicóloga de la institución proporcionó el espacio el cual contaba con las condiciones óptimas (mesa grande, sillas, iluminación y ventilación adecuada), y los estudiantes fueron en grupo de 15 personas a dicho salón para la administración de los cuestionarios; antes de comenzar, se les explicó de qué trataba el estudio, sin revelar el objetivo específico de la investigación a los estudiantes, se manifestó que la presente investigación tenía como finalidad evaluar una serie de variables como la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo en relación al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria

Posteriormente, se hizo entrega de los cuestionarios autoaplicables, dando la siguiente instrucción: “El instrumento debe ser contestado de forma individual, con la posibilidad de acudir a las examinadoras ante cualquier duda que pudiera presentarse; la participación es voluntaria, y deben estar de acuerdo con tener que pesarse y medirse antes de iniciar la actividad de contestar el instrumento, los que no estén de acuerdo pueden retirarse sin ningún problema”.

Una vez culminada la fase de administración de los cuestionarios se procedió a generar la base de datos en el programa estadístico denominado Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]) versión 22, en donde se ordenaron los datos y se llevó a cabo los cálculos pertinente con el objetivo de realizar la verificación de las hipótesis inicialmente planteadas.

Análisis de Datos

En la presente investigación, para realizar el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (*Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS]) versión 22.

Previamente a realizar la verificación de las hipótesis planteadas, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad de todas las escalas de cada una de las variables estudiadas [Test de Actitudes Alimentarias creado por Garner y Garfinkel (1979) adaptado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991), Cuestionario de la Imagen Corporal creado por Vázquez-Arévalo et al., 2011, y Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) modificado por Escobar-Arévalo et al. (2014)], mediante la estimación de la consistencia interna de los cuestionarios a través del método estadístico Alfa de Cronbach.

Asimismo, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales para las escalas del estudio, con el objetivo de identificar los factores correspondientes para cada una de las escalas en esta muestra en particular, fijando un autovalor como criterio para determinar la cantidad de factores presentes, respaldado por lo que se obtuvo en el gráfico de sedimentación de las variables. Luego, a través de la matriz rotada mediante el método Varimax se obtuvo las cargas factoriales en la matriz resultante, identificando los ítems que componen cada factor obtenido.

Para cada una de las variables del estudio se realizó un análisis estadístico descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de la distribución de los resultados. Posteriormente, se llevó a cabo la verificación de los supuestos requeridos para la realización del análisis de regresión múltiple, el cual fue empleado con la finalidad de conocer los efectos y magnitudes de las variables predictoras (insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo) sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria (TCA), para lo cual se utilizó los principios de correlación y de regresión.

Análisis Psicométrico de los Instrumentos

Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria

El Test de Actitudes Alimentarias, estuvo compuesto por 39 ítems, obteniendo una confiabilidad moderada alta de .77, a partir del coeficiente de Alpha de Cronbach ($\alpha = .77$); se obtuvo que la mayoría de los ítems correlacionaron con la prueba de modo positivo, menos el ítem 18; siendo el ítem 36 el que correlacionaba más alto ($r = .54$), y el ítem 38 el que correlacionaba más bajo ($r = .03$); lo que indica que la escala tiene poder discriminativo. Tras estos cálculos se decide eliminar los siguientes reactivos: 1 ($r = .05$) - 3 ($r = .08$) - 11 ($r = .11$) - 18 ($r = -.19$) - 19 ($r = .11$) - 20 ($r = .03$) - 27 ($r = .07$) por su bajo aporte a la confiabilidad y a la estructura de validez del test. De igual manera, son cercanos a 0 y uno de ellos resultó negativo, por lo cual, la escala quedó conformada por 32 ítems, obteniendo una confiabilidad alta de .82 ($\alpha = .82$).

Al realizar el análisis de componentes principales, utilizando la rotación Varimax, y tomando como criterio un autovalor de 1.5, resultaron 4 factores. El primer factor explica el 10.96%, el segundo factor 9.85%, el tercer factor 9.35%, y por último, el cuarto factor 7.26% de la varianza total. Esto demuestra que un 36.57% de la varianza de la variable Riesgo de Desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria se ve explicada por estos factores.

Además, se verificó el supuesto de alta correlación entre las variables incluidas en el análisis factorial a través del Test de Esfericidad de Bartlett, el cual resultó significativo al 5% ($X^2 = 1904.33$; $p < .001$), por ende la matriz de correlaciones no se ajusta a la matriz de identidad, es decir, que sí existen correlaciones entre las variables; además, el Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) resultó alto ($KMO = .71$). Por ende, existe una interrelación adecuada entre las variables, así como también la matriz resulta idónea para llevar a cabo dicho análisis para poder explicar los datos.

Una vez rotada la matriz factorial utilizando un criterio mayor a .30 en la carga de cada ítem, se obtuvo que el factor 1 posee una confiabilidad de .82, indicando que posee una consistencia interna alta ($\alpha = .82$); este factor está compuesto por los ítems: 8 - 9 - 10 - 16 - 28 - 29 - 31 - 36, los cuales enfatizan en la preocupación por las propiedades nutritivas de los alimentos y el estar más delgado(a), por esta razón, se denominaron en conjunto como Dieta y Preocupación por la Comida. El factor 2 posee una confiabilidad de .68, indicando que posee una consistencia interna moderada alta ($\alpha = .68$); en este factor cargaron los siguientes ítems: 5 - 6 - 13 - 17 - 30 - 33 - 35, los cuales hacen referencia a las evaluaciones que hacen las personas de la comida, por lo que se denominó Actitud Ante la Comida. El factor 3 posee una confiabilidad de .71, indicando que posee una consistencia interna moderada ($\alpha = .71$), se encuentra conformado por los ítems: 4 - 14 - 15 - 21 - 22 - 24 - 26 - 34 - 37, los cuales enfatizan en el autocontrol que realizan las personas a la hora de ingerir los alimentos, por lo cual se denominó Control Oral. Por último, el factor 4 posee una confiabilidad de .60, indicando que tiene una consistencia interna moderada ($\alpha = .60$); factor compuesto por los ítems: 2 - 12 - 23 - 25 - 32 - 38, haciendo referencia a la presión sobre la cual se encuentran sometidos los sujetos para que ingieran una mayor cantidad de alimentos, por lo cual, se denominó Presión Social Percibida (Ver anexo E).

Insatisfacción con la Imagen Corporal

El cuestionario de la imagen corporal, compuesto por 20 ítems, obtuvo una confiabilidad alta de .94, a partir del coeficiente de Alpha de Cronbach ($\alpha = .94$). De igual manera, se obtuvo que todos los ítems correlacionaron con la prueba de modo positivo, siendo el ítem 1 el que correlacionaba más alto con ésta ($r = .78$), y el ítem 19 el que correlacionaba más bajo ($r = .28$); lo que indica que la escala tiene poder discriminativo.

Al realizar el análisis de componentes principales, utilizando la rotación Varimax, y tomando como criterio un autovalor de 1.5, se encontró que el primer componente explica el 32.27% de la varianza total de las variables, mientras que el segundo componente explica el 25.04% de la varianza total. Esto demuestra que un 52.31% de la varianza de la variable insatisfacción con la imagen corporal se ve explicada por ambos factores.

Además, se verificó el supuesto de la alta correlación entre las variables incluidas en el análisis factorial, observándose una alta correlación entre las variables involucradas en el modelo, a través del Test de Esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2453.89$; $p < .001$) debido que la matriz de correlaciones no se ajusta a la matriz de identidad, y a través del KMO, el cual resultó alto ($KMO = .93$), indicando una correcta adecuación a la muestra. Por lo cual, existe una interrelación adecuada entre las variables, y es idónea la matriz para llevar a cabo dicho análisis para poder explicar los datos.

Una vez rotada la matriz factorial utilizando un criterio mayor a .30 en la carga de cada ítem, se eliminó el ítem 14 por no discriminar entre los factores resultantes, obteniendo una nueva confiabilidad sin tomar en cuenta dicho ítem, la cual fue de .93 ($\alpha = .93$). Se obtuvo que el factor 1, posee una confiabilidad de .94 indicando que tiene una consistencia interna alta ($\alpha = .94$), en donde cargaron los siguientes ítems: 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 8 - 12 - 15 - 16 - 20, los cuales enfatizan en la preocupación de las personas por la imagen corporal como el miedo a engordar, por esta razón, se denominan en conjunto como Malestar Corporal Normativo; mientras que el factor 2, posee una confiabilidad de .84, indicando que posee una consistencia interna alta ($\alpha = .84$), y dicho factor se encuentra compuesto por los ítems: 5 - 7 - 9 - 10 - 11 - 13 - 17 - 18 - 19, los cuales hacen referencia a la preocupación en un nivel más patológico, ya que implica conductas de riesgo como el vómito y el uso de laxantes, por lo que se denominó Malestar Corporal Patológico (Ver anexo F).

Influencia de Modelo Estético Corporal

El cuestionario de Influencia de Modelos Estéticos Corporales, estuvo compuesta por 24 ítems, obtuvo una confiabilidad alta de .91, a partir del coeficiente de Alpha de Cronbach ($\alpha = .91$). De igual manera, se obtuvo que todos los ítems correlacionaron con la prueba de modo positivo, siendo el ítem 1 el que correlacionaba más alto con ésta ($r = .70$), y el ítem 18 el que correlacionaba más bajo ($r = .23$); lo que indica que la escala tiene poder discriminativo.

Al realizar el análisis de componentes principales, utilizando la rotación Varimax, y tomando como criterio un autovalor de 1.5, resultaron 3 factores en donde el primer factor explica el 24.80%, mientras que el segundo factor explica 15.63% y el tercer factor explica 9.55% de la varianza total. Esto demuestra que un 50.00% de la varianza de la variable Modelo Estético Corporal se ve explicada por estos factores.

Además, se verificó el supuesto de la alta correlación entre las variables incluidas en el análisis factorial a través del Test de Esfericidad de Bartlett y el KMO. Observando una alta correlación entre las variables involucradas en el modelo, a través del Test de Bartlett ($X^2 = 2312.00$; $p < .001$) ya que la matriz de correlaciones no se ajusta a la matriz de identidad y el índice alto de KMO ($KMO = .88$) por lo cual el modelo factorial es adecuado para explicar los datos; además, existe una interrelación adecuada entre las variables, y es idónea la matriz para llevar a cabo dicho análisis para poder explicar los datos.

Una vez rotada la matriz factorial utilizando un criterio mayor a .30 en la carga de cada ítem, se obtuvo que el factor 1 posee una confiabilidad de .90 indicando que tiene una consistencia interna alta ($\alpha = .90$); cargando los siguientes ítems: 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 16 - 17, los cuales enfatizan en el efecto que posee los anuncios publicitarios en las personas, por esta razón, se denominan en conjunto como Influencia de la Publicidad; mientras que el factor 2, posee una confiabilidad de .81 indicando que tiene una consistencia interna alta ($\alpha = .81$), en donde este factor se encuentra conformado por los siguientes ítems: 14 - 15 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 19, los cuales hacen referencia a la influencia del entorno social con respecto al cuerpo; por lo cual, se denominó

Influencia de las Situaciones Sociales; el factor 3, posee una confiabilidad de .33 indicando que posee una consistencia interna baja ($\alpha = .33$), se encuentra compuesto por los ítems: 5 - 12 - 13 - 18, los cuales se refieren a la preocupación que poseen las personas por la delgadez a través de los anuncios publicitarios, denominado Influencia de los Modelos Sociales a través de la Publicidad (Ver anexo G).

Análisis descriptivo

En cuanto a la variable *Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria*, la cual es medida a través de las 39 preguntas del EAT – 40, mediante una escala tipo Likert de tres puntos con seis opciones de respuesta, y con un rango de variación de 0 a 120 puntos, en el análisis descriptivo se obtuvo un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 69; en donde el promedio de los datos fue 15.22 ($M = 15.22$), el valor central en dicho conjunto fue 13 ($Mdn = 13$), y la desviación estándar fue de 10.47 ($SD = 10.47$), lo cual indica, que los sujetos presentan niveles bajos de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria (Ver anexo H).

Además, al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable se obtuvo una asimetría positiva ($As = 1.67$), a partir de la cual se indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos tienden a agruparse en la parte izquierda de la media, sesgando la distribución hacia la derecha; en relación a la naturaleza de la distribución, la curva es leptocúrtica ($K = 4.16$), y por ende, existe un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores centrales de la variable; destacando que los datos se encuentran distribuidos de forma muy heterogénea ($CV = 0.69$). A continuación, en la Figura 2 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.

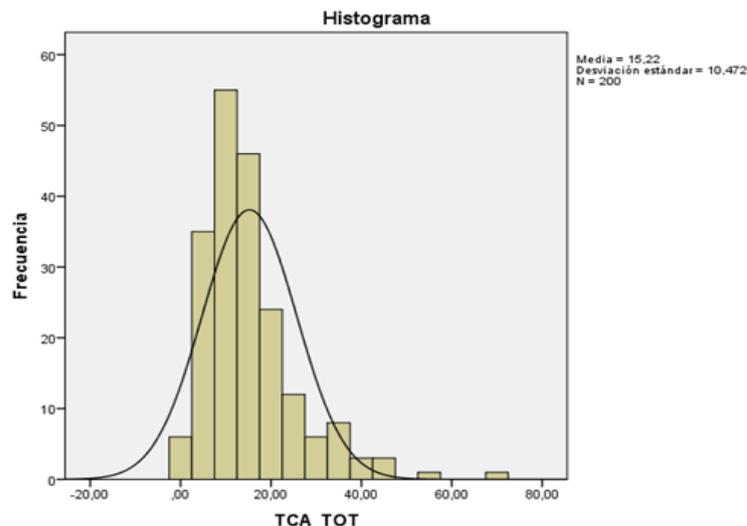


Figura 2. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Para la variable *Insatisfacción con la Imagen Corporal*, la cual es medida a través de las 20 preguntas del BSQ, mediante una escala tipo Likert de cinco puntos con seis opciones de respuesta, y con un rango de variación de 0 a 100 puntos, en el análisis descriptivo se obtuvo un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 87; en donde el promedio de los datos fue 19.87 ($M = 19.87$), el valor central en dicho conjunto fue 14 ($Mdn = 14$), y la desviación estándar fue de 18.96 ($SD = 18.96$), indicando que en general los sujetos presentan niveles bajos de insatisfacción con la imagen corporal (Ver anexo H).

Además, al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable se obtuvo una asimetría positiva ($As = 1.40$), a partir de la cual se indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos tienden a agruparse en la parte izquierda de la media, sesgando la distribución hacia la derecha; en relación a la naturaleza de la distribución, la curva es leptocúrtica ($K = 1.78$), y por ende, existe un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores centrales de la variable; destacando que los datos se encuentran distribuidos de forma muy heterogénea ($CV = 0.95$). A continuación, en la Figura 3 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.

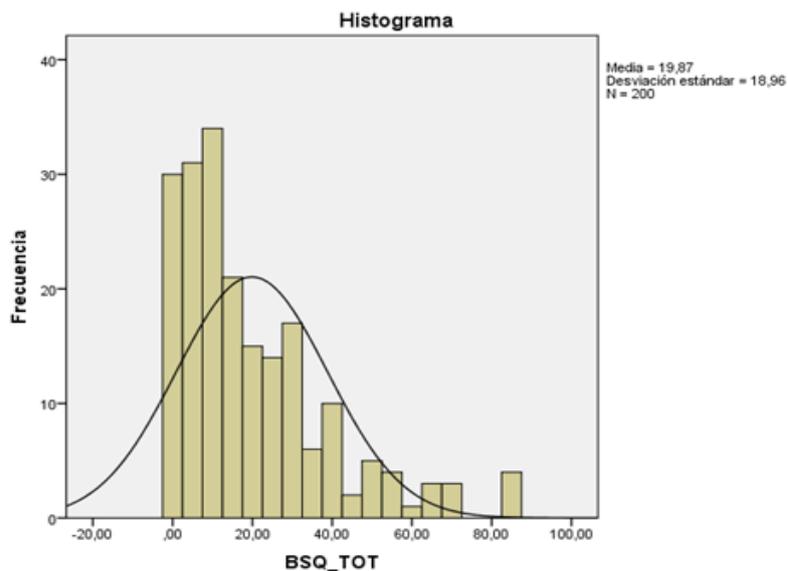


Figura 3. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Insatisfacción con la Imagen Corporal

Con respecto a la variable *Modelo Estético Corporal*, la cual es medida a través de las 24 preguntas del CIMEC, mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos con cuatro opciones de respuesta, y con un rango de variación de 24 a 96 puntos, en el análisis descriptivo se obtuvo un puntaje mínimo de 24 y un puntaje máximo de 76; en donde el promedio de los datos fue 39.26 ($M = 39.26$), el valor central en dicho conjunto fue 37 ($Mdn = 37$), y la desviación estándar fue de 11.86 ($SD = 11.83$), lo cual indica, que los sujetos presentan niveles bajos de influencia de los modelos estéticos corporales (Ver Anexo H).

Además, al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable se obtuvo una asimetría positiva ($As = 1.20$), a partir de la cual se indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos tienden a agruparse en la parte izquierda de la media, sesgando la distribución hacia la derecha; en relación a la naturaleza de la distribución, la curva es leptocúrtica ($K = 1.02$), y por ende, existe un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores centrales de la variable; destacando que los datos se encuentran distribuidos de forma muy dispersa ($CV = 0.30$). A continuación, en la Figura 4 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.

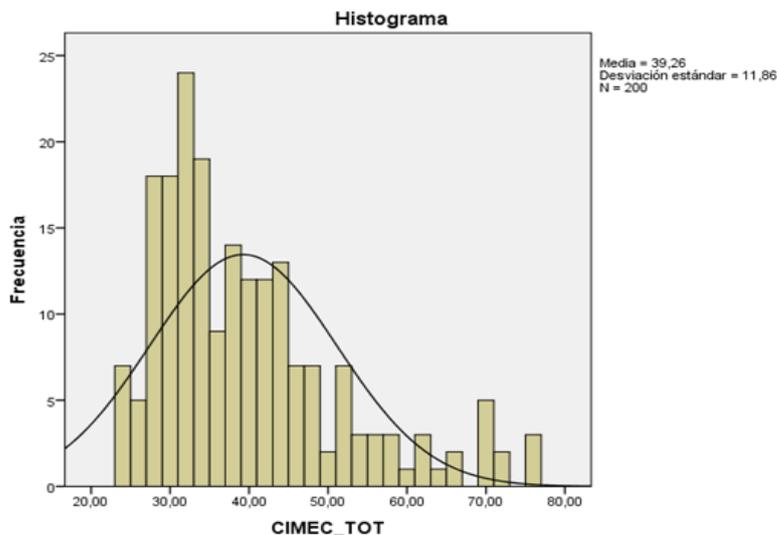


Figura 4. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Modelo Estético Corporal

En cuanto a la variable *Índice de Masa Corporal*, el cual presenta seis tipos diferentes de categorías, siendo estos: (a) tipo A, es bajo peso (< 18.5); (b) tipo B, es normal ($18.5 - 24.9$); (c) tipo C, es sobrepeso ($25 - 29.9$); (d) tipo D, es Obesidad G I ($30 - 34.9$); (e) tipo E, es obesidad G II ($35 - 39.9$); y (f) tipo F, es obesidad G III (> 40); en el análisis descriptivo se obtuvo un puntaje mínimo de 16 y un puntaje máximo de 37; en donde el promedio de los datos fue 21.86 ($M = 21.86$), el valor central en dicho conjunto fue 21 ($Mdn = 21.17$), y la desviación estándar fue de 3.53 ($SD = 3.53$), lo cual indica que en general los sujetos que conforman la muestra presentan un índice de masa corporal dentro de los valores normales (Ver Anexo H).

Además, al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable se obtuvo una asimetría positiva ($As = 1.12$), a partir de la cual se indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos se encuentran sesgando la distribución con tendencia hacia la derecha; en relación a la naturaleza de la distribución, la curva es leptocúrtica ($K = 2.15$), y por ende, existe un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores centrales de la variable; destacando que los datos se encuentran distribuidos de forma heterogénea ($CV = 0.16$). A continuación, en la Figura 5 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.

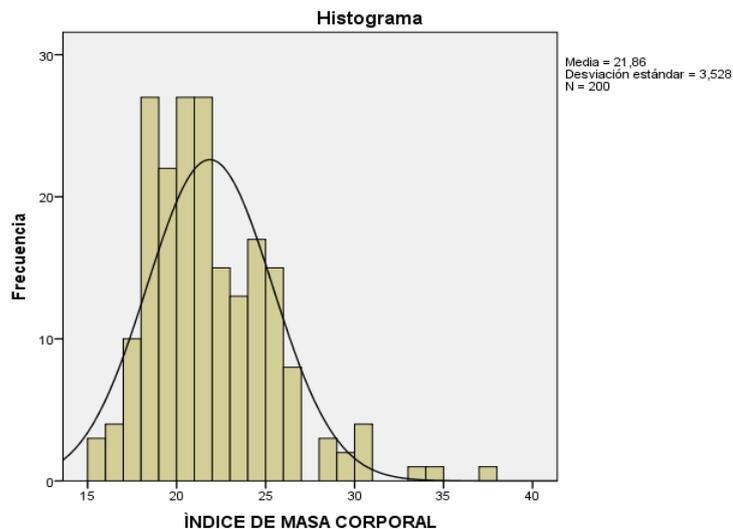


Figura 5. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Índice de Masa Corporal

Para la variable *Edad*, se obtuvo un puntaje mínimo de 13 y un puntaje máximo de 17; en donde el promedio de edad fue 14.95 ($M = 14.95$), el valor central en dicho conjunto fue 15 ($Mdn = 15$), y la desviación estándar fue de 1.28 ($SD = 1.28$) (Ver Anexo H).

Además, al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable se obtuvo una asimetría negativa ($As = -0.241$), a partir de la cual se indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos se encuentran sesgando la distribución con tendencia hacia la izquierda; en relación a la naturaleza de la distribución, la curva es platicúrtica ($K = -1.09$); destacando que los datos se encuentran distribuidos de forma homogénea ($CV = 0.08$), lo que indica que los datos se encuentran distribuidos de forma homogénea. Sugiriendo que la mayoría de los sujetos de la muestra está conformada por jóvenes en su mayoría entre edades de 13, 15 y 16 años. A continuación, en la Figura 6 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.

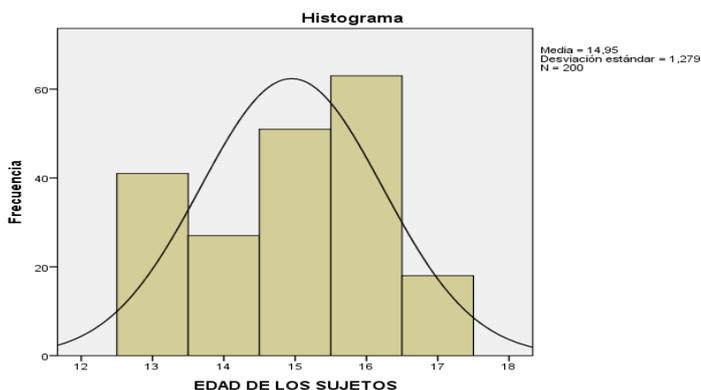


Figura 6. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Edad

Para la variable Sexo, la muestra estuvo compuesta por un total de 200 sujetos, el 57% pertenecientes al sexo femenino ($n = 114$), mientras que el 43% eran participantes pertenecientes al sexo masculino ($n = 86$). A continuación, en la Figura 7 se observa la distribución de los sujetos de la muestra en esta variable.



Figura 7. Distribución de los sujetos de la muestra para la variable Sexo

Verificación de los Supuestos Para el Análisis de Regresión

Antes de los análisis de regresión, se evaluaron ciertos criterios necesarios para que el análisis resulte adecuado; a continuación, se presentan la verificación de los supuestos requeridos para la realización de dicho análisis. Estos supuestos son: (a) multicolinealidad, en donde se espera ausencia de relación entre las variables independientes o predictoras; (b) normalidad, en donde se asume que la distribución de las puntuaciones obtenidas, en relación a la variable dependiente deben ajustarse a una distribución normal; y (c) supuestos de los residuos (media, normalidad e independencia de los errores).

En primer lugar, se calculó la matriz de correlaciones para todas las variables consideradas en el modelo, a partir de ésta se demostró que existe una correlación moderada entre dos de las variables predictoras (insatisfacción con la imagen corporal y modelo estético corporal), puesto que se obtuvo una correlación de .79 ($r = .79$). Sin embargo, se tomaron en cuenta los estadísticos específicos de colinealidad (Tolerancia [T] y Factor de Inflación de la Varianza [FIV]), en donde se espera que los valores de tolerancia estén entre .2 y .9 (Menard, 1995), y que el valor de FIV este entre 1 o más, pero no mayor a 10, y si es cercano a 1 mejor (Myers, 1990); en este caso, los valores obtenidos para la tolerancia de todas las variables se ubicaron dentro de los parámetros establecidos, siendo el valor más bajo .35 y el valor más alto .86 ($T = .35$; $T = .86$ respectivamente); asimismo, los valores del FIV se ubicaron dentro de los parámetros propuestos por los autores, siendo el valor más bajo 1.2, y el valor más alto 2.9 ($FIV = 1.2$; $FIV = 1.9$ respectivamente); por lo cual, se plantea que se cumple con el supuesto de ausencia de multicolinealidad, es decir, que no existe correlación entre las variables predictoras (Ver Anexo I).

Por otro lado, en cuanto al ajuste de las variables del modelo a una distribución normal, con base a la prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov dicho supuesto fue rechazado debido que ninguna de las variables sometidas a estudio se ajusta a una distribución normal obteniéndose una significancia menor a .05, es decir, que existe diferencias en cuanto a la distribución normal; por lo cual, se recomendaría el uso de pruebas no paramétricas para asumir el error, ya que el uso de pruebas paramétricas disminuye el valor predictivo del estudio; sin embargo, para la presente investigación se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple, considerando a la hora de interpretar los resultados el incumplimiento de este supuesto (Ver Anexo I).

Con respecto a los supuestos de los errores, se evaluaron las medias, la normalidad y las correlaciones entre los mismos; observando que la media de los errores es igual a cero ($\mu = .00000$), se ajustan a una distribución normal, y no existe correlación entre estos, dado que los coeficientes de la prueba Durbin - Watson se encuentran cercanos a 2, por lo cual se puede decir que se cumple con el supuesto de independencia de errores ($DW = 1.857$) (Ver Anexo I).

Verificación de hipótesis

Se obtuvo una correlación positiva moderada entre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria y la mejor combinación lineal de las variables insatisfacción con la imagen corporal, modelo estético corporal, índice de masa corporal y sexo ($R = .62$), en donde dicha combinación explica el 37.1% de la varianza total del riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria ($R^2 = .37$), y resultando dicha explicación estadísticamente significativa con un nivel de significancia de .05, es decir, que las variables se encuentran linealmente relacionadas ($F = 30.28$; $p < .001$). Éstos resultados se encuentran resumidos en la tabla 2, expuesta a continuación.

Tabla 2.

Efectos del Sexo, Índice de Masa Corporal, Insatisfacción con la Imagen Corporal y Modelo Estético Corporal sobre el Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria

R	R²	R² Ajustado	Error Estándar de Estimación	F	P	Durwin- Watson
.62	.38	.37	8.30	30.28	.000	1.86

En cuanto a la magnitud del efecto, de cada una de las variables independientes sobre el riesgo de desarrollar TCA, la única variable que resultó ser significativa para la predicción del riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria fue la insatisfacción con la imagen corporal ($\beta = .58$; $p < .001$); esto significa que a mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria de riesgo.

Por otra parte, en cuanto al sexo de los sujetos y la influencia de los modelos estéticos corporales, se halló que dichas variables correlacionan de forma directa y positiva con el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Sin embargo, dicha correlación no resultó significativa ($p = .104$; $p = .303$ respectivamente), lo que quiere decir que existe una ligera tendencia a presentar riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria cuando se es mujer, y cuando existe mayor influencia de los modelos estéticos corporales.

Asimismo, se encontró que el índice de masa corporal correlaciona de forma inversa, pero no significativa con el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, lo cual quiere decir que, si bien estos efectos no tienen significancia estadística, existe una ligera tendencia a presentar mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria cuando existe un menor índice de masa corporal. Dichos resultados se encuentran resumidos en la tabla 3, expuesta a continuación.

Tabla 3.

Coefficientes B, β estandarizados, y su Significancia para la Variable Riesgo de Desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria

Variables	B	Error Típico	B Estandarizado	T	P
Constante	8.52	4.71		1.81	.072
Sexo	2.14	1.31	.10	1.63	.104
IMC	-.18	.18	-.06	-1.01	.314
BSQ	.32	.05	.58	6.03	.000
CIMEC	.09	.08	.10	1.03	.303

En síntesis, los resultados indican que los estudiantes mostraron bajos niveles de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, así como también presentaron bajos niveles de insatisfacción con la imagen corporal, e influencia de los modelos estéticos corporales.

Además, hubo mayor cantidad de mujeres que hombres que formaron parte de la investigación; a su vez, gran parte de la muestra eran estudiantes que tenían una edad alrededor de los 14 años, caracterizándose por tener un índice de masa corporal dentro de lo normal (18.5 – 24.9).

De igual manera, los resultados evidenciaron que el papel que jugaron las variables insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, parece seguir un curso en donde a medida que aumenta el riesgo las variables índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo perdieron relevancia en el desarrollo del trastorno, persistiendo la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, la cual se constituye en la variable que mejor predice el riesgo de desarrollar dicha patología.

Discusión de Resultados

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de evaluar a través de un análisis de regresión múltiple las posibles relaciones entre la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, el modelo estético corporal y sexo con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Con respecto al riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria medido a través del Test de Actitudes Alimentarias (EAT – 40), se encontró que la mayoría de los adolescentes de la muestra tienden a presentar bajos niveles de riesgo de desarrollar dicha patología. Estos hallazgos, son congruentes con los datos de prevalencia de TCA en Venezuela, los cuales según los resultados obtenidos en los estudios de Quintero-Párraga et al (2003) y Rodríguez, Viera, Yáñez, Weininger y Suárez (2014) reflejan una baja prevalencia de este trastorno, específicamente de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) en este grupo etario en el país.

Asimismo, la baja frecuencia de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria pudiera ser explicada debido al hecho de que no se controló que los estudiantes presentaran antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria, así como tampoco que presentaran algún historial de problemas con la alimentación. Por lo cual, se asumió que los sujetos que participaron en la muestra no pertenecían a una población clínica, es decir, la muestra estudiada fue población general y estuvo compuesta principalmente por sujetos sanos.

El bajo nivel de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria en esta muestra también puede ser explicado por el efecto de deseabilidad social, el cual según Lemos (2006) es una tendencia psicológica que demuestran los individuos al ser evaluados, en donde se atribuyen a sí mismos características de personalidad socialmente deseables, y tienden a rechazar aquellas que son consideradas socialmente indeseables. En este sentido, se puede considerar la posibilidad de que exista un sentimiento de rechazo hacia los trastornos de la conducta alimentaria, debido que existe temor con relación a desarrollar o padecer dicha patología.

Además, la escala de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, fue aplicada en forma de cuestionario autoadministrable, y la misma se encuentra compuesta por ítems con preguntas directas con respecto a esta variable, lo cual pudo llevar a los adolescentes a responder influenciados por la deseabilidad social (Ejemplo: "Vomito después de haber comido").

Por tanto, dado que la prevalencia del trastorno de la conducta alimentaria en nuestro país es baja; aunado a la tendencia por parte de los sujetos de responder con deseabilidad social a los instrumentos utilizados, interpretándose esto como un intento de negar u ocultar sus problemas, se encontró que los adolescentes en general, específicamente los participantes de esta muestra en particular presentaron una baja frecuencia de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Por otra parte, en cuanto a la variable insatisfacción con la imagen corporal medida a través del Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ), los resultados mostraron que los adolescentes presentaron bajos niveles de insatisfacción con la imagen corporal. Estos hallazgos, pueden ser explicados con base a los resultados obtenidos en la investigación realizada por Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleón y Soriano (2000) y Cruz-Sáez y Maganto-Mateo (2002) quienes encontraron que existen diferencias significativas entre los sujetos con riesgo de TCA y los sujetos sin riesgo de TCA, lo cual quiere decir, que el grupo considerado de riesgo presentó mayor insatisfacción, deseando estar más delgados, sumado al hecho de que se percibieron más gruesas de lo que realmente son; siendo esto similar a lo encontrado en la presente investigación, en donde la muestra empleada presentó un bajo nivel de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria y en consecuencia, los niveles de insatisfacción con la imagen corporal también resultaron bajos.

De igual manera, se debe tomar en cuenta nuevamente la influencia de la deseabilidad social, es decir, existe la posibilidad de que las respuestas proporcionadas por los adolescentes al cuestionario no reflejaron con autenticidad sus niveles de insatisfacción con la imagen corporal, debido al intento por su parte de atribuirse a sí mismos características de personalidad socialmente deseables.

Asimismo, resulta importante destacar que el cuestionario se encuentra compuesto por ítems con preguntas directas con respecto a esta variable, lo cual pudo llevar a los adolescentes a responder influenciados por la deseabilidad social (Ejemplo: “¿Te imaginas cortando partes gruesas de tu cuerpo?”).

Por su parte, los resultados del presente estudio evidenciaron la relevancia que adquiere la insatisfacción con la imagen corporal como determinante del riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, debido que se demostró una correlación positiva y significativa con el riesgo de desarrollar un TCA. En este sentido, el efecto de la variable insatisfacción con la imagen corporal demostró que, en total concordancia con lo hallado por Cruz-Sáez y Maganto-Mateo (2002), Moreno-González, Ortiz-Viveros (2009), Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleón y Soriano (2000) y Soto-Uruñuela (2014) cuanto más insatisfecho con su imagen corporal está un sujeto presenta mayor riesgo de padecer un TCA, por lo tanto, este es un factor que incrementa la posibilidad de desarrollar un TCA. Esto corrobora la hipótesis específica previamente establecida que establece que un mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Los resultados mencionados anteriormente, son consistentes con los postulados de las Teorías Socioculturales, en donde Lazo-Montoya, Quenaya y Mayta-Tristán (2015) proponen que la insatisfacción con la imagen corporal es resultado de la brecha que existe entre la imagen corporal actual/real y la imagen corporal ideal, que es causada por la internalización del ideal corporal propuesto culturalmente a las adolescentes por los medios de comunicación y los estándares sociales como la popularidad, moda, atractivo sexual y el rechazo a la gordura. Esto es lo que lleva a los adolescentes a focalizarse en la apariencia externa, y el resultado de esta figura en el éxito social.

De igual manera, concuerda con lo planteado en la Teoría de la Discrepancia, en donde Ballester y Guirado (citado en Esnaloa-Etxaniz, 2005) plantearon que existe una discrepancia entre el Yo real y el Yo ideal, en donde se postula que la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso, conduciendo esto a un buen número de mujeres a

compararse con el ideal socialmente aceptado; generando dicha discrepancia insatisfacción corporal al tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza homogeneizados en el entorno social produciendo un estado de evaluación corporal continuo que tiene un efecto tremendamente negativo, generando una gran angustia, ansiedad y tristeza.

Por otra parte, y con lo que respecta al efecto del modelo estético corporal, medido a través del Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), se encontró una correlación positiva y directa, pero no significativa con el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria. Esto contradice lo encontrado por Montoya-Salazar (2012) quien demostró que el factor social (medios de publicidad y moda) se encontró asociado significativamente al riesgo de padecer TCA; así como también, es contradictorio con lo esperado en este estudio, ya que se había predicho que un mayor grado de influencia de los modelos estéticos corporales se asociaría con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Estos hallazgos, pueden deberse a que el cuestionario aplicado para medir la influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), incluye originalmente cuatro factores: (a) Preocupación por la Imagen Corporal, (b) Influencia de la Publicidad, (c) Influencia de los Modelos Sociales, e (d) Influencia de las Situaciones Sociales, los cuales son considerados como fuentes o medios de comunicación convencionales (publicidad en televisión, revistas, anuncios publicitarios), los cuales a pesar de generar un impacto sobre el ideal de delgadez y la patología de la alimentación, no generan tanto impacto en los adolescentes como el que pudiera generar otro tipo de medio de comunicación como lo son las redes sociales y el uso del internet, factor de gran relevancia en la actualidad debido que las páginas web pro – anorexia y pro - bulimia han surgido como una nueva manera de comunicación de masas con claros efectos sobre la imagen corporal de la mujer, actitudes y conductas hacia la alimentación, generando que la influencia de este tipo de páginas cree polémica en el desarrollo de la enfermedad entre los jóvenes que consultan las páginas web (Bermejo, Saul y Jenaro, 2011).

En este sentido, Bermejo, Saul y Jenaro (2011) plantean que en la actualidad se ha incrementado la accesibilidad al internet, así como también las redes sociales han aumentado sus niveles de influencia; a su vez, destaca que desde el inicio del uso de internet los trastornos de la conducta alimentaria han despertado gran interés en dicho medio de comunicación, lo que puede estar asociado a que los adolescentes estén expuestos de manera más directa al riesgo de desarrollar dichos trastornos, aumentando el riesgo cuando los individuos tienen fácil acceso a páginas o foros denominados pro - anorexia y pro - bulimia.

Diversos autores han realizado estudios al respecto, concordando en sus conclusiones sobre las consecuencias negativas que tiene la divulgación de trucos y métodos para adelgazar en las redes sociales, así como también la promoción de una obsesión por los kilos entre los jóvenes y adolescentes que las consultan, aumentando la probabilidad de riesgo de padecer dichos trastornos (Bardone-Cone y Cass, citado en Bermejo, Saul y Jenaro, 2011).

En concordancia con esto, Lozano-Sánchez (2012) reporta que cuanto mayor es la exposición a estos contenidos mayor es el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, así como también cuanto más tiempo pasan los adolescentes en las redes sociales, más probabilidad tiene de manifestar una imagen negativa de su propio cuerpo, así como varios trastornos de alimentación como la anorexia y bulimia. Estos autores, mencionan que en la actualidad las redes sociales juegan un papel determinante en el aumento de la anorexia y la bulimia nerviosa de los jóvenes; cabe destacar que los adolescentes son más propensos a ser influenciados por cosas que leen o ven por internet debido que a su edad son muy vulnerables.

Por ende, se infiere que las páginas de internet es un tema más activo en cuanto a que el adolescente está expuesto de manera dominante al internet, redes sociales y no a las revistas, anuncios, libros como los explorados en el CIMEC.

Esto concuerda con los resultados hallados por Prepo (2015), donde en población de adolescentes venezolanos, el CIMEC no resultó significativo para explicar las actitudes hacia la obesidad, ya que los estudiantes de dicho estudio no tendieron a comparar su peso con figuras de televisión o revistas, así como tampoco se sintieron presionados por parte de su entorno social (familiares y amigos) en cuanto a temas relacionados con la ingesta de comida, el peso y la figura.

Referente al índice de masa corporal (IMC), se pudo observar que dicha variable no ejerció un efecto significativo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria. En este sentido, los resultados coincidieron con lo observado por Riffo, Pérez, González y Aranda (2003) quienes encontraron que en estudiantes chilenas no se evidenciaron diferencias significativas con respecto al riesgo de desarrollar trastornos alimentarios entre los grupos infrapeso, normopeso y sobrepeso.

Por su parte, los resultados de la presente investigación evidenciaron que existe una ligera tendencia de presentar mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno cuando existe un menor índice de masa corporal. Esto contradice los hallazgos de Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez, y Arija (2009) y Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002) quienes observaron una tendencia a presentar un mayor porcentaje de indicadores de TCA, a medida que se incrementa el IMC, es decir, que el número de indicadores clínicos se incrementa a medida que aumenta el peso corporal con diferencias estadísticamente significativas; así como también, contradice lo hipotetizado en la presente investigación, debido que se había propuesto que cuanto mayor es el IMC, mayor es el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

La distribución del índice de masa corporal, demostró que en general, los sujetos que conforman la muestra presentaron un índice de masa corporal dentro de los valores considerados normales, es decir, se encontraron dentro de la categoría de peso normal postulado por la OMS (18.5 - 24.9) (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa, 2007).

Estos hallazgos pueden ser explicados principalmente por tratarse de población general. Sin embargo, con base al hecho de que en la realización de esta investigación no se controló el historial de alimentación de los adolescentes que participaron en el estudio, bien sea antecedentes de problemas con la alimentación, así como hábitos de alimentación, calidad y cantidad de los alimentos consumidos, razón por la cual, si hubiese TCA instaurados en algunos sujetos de la muestra, ya estos pudieran ser antecedentes de comportamientos de reducción de peso, y dietas restrictivas establecido desde antes de la investigación y tener su efecto en el IMC.

Con respecto a esto, se destaca la presencia de un rechazo manifestado por parte de ciertos sujetos para participar en la investigación, y por ende ser parte de la muestra del estudio, haciendo uso de la opción de retirarse o desistir de contestar en el momento en que lo desearon, cumpliendo así con el principio ético de libre coacción. Este rechazo, fue consecuencia de un sentimiento de incomodidad y vergüenza expresado por los mismos ante la petición de tener que obtener una medida de su talla y peso una vez finalizada la aplicación del cuestionario; es importante resaltar que la totalidad de los sujetos que se negaron a participar en el estudio se presumió tenían un índice de masa corporal por encima de lo considerado normal, lo cual se asumió como una posible explicación de la baja frecuencia de sujetos con un IMC por encima de lo normal. De este modo, la baja frecuencia de sujetos con sobrepeso y los distintos tipos de obesidad en la muestra utilizada, redujo las posibilidades de obtener una relación entre un IMC elevado y riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Finalmente, en el presente estudio el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria no se modificó significativamente en función del sexo de los participantes, es decir, el hecho de ser hombre o mujer no tuvo efecto significativo sobre los niveles de desarrollar dicha patología. Estos resultados, contradicen lo planteado por Maganto y Cruz (2000) quien confirmó que la probabilidad de que las mujeres tengan un trastorno de alimentación es casi 6 veces superior al de los hombres; así mismo, contradice lo planteado en este estudio ya que se había predicho que las mujeres tenían mayor riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria.

Estos hallazgos pueden ser explicados, por el hecho de que en la actualidad ambos sexos se ven expuestos a padecer cambios en los patrones alimentarios; aunado a que resulta complicado identificar la presencia de esta patología en hombres, como consecuencia del efecto de la deseabilidad social, la cual resulta más notoria en el sexo masculino. Esto concuerda con lo hallado por Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010), en donde se evidenciaron algunas dificultades en el descubrimiento de estos trastornos en población masculina, debido que los hombres no manifestaron o se le dificultó en mayor medida expresar de forma explícita el deseo de estar más delgado.

Otra de las explicaciones de por qué la variable sexo no resultó significativa, se debe a que la diferencia entre ambos sexos se establece principalmente cuando se estudia la sintomatología de TCA, y no cuando es estudiado como un factor de riesgo como fue planteado en el presente estudio. Esto se corrobora con lo planteado por Franco-Paredes, Martínez-Moreno, Díaz-Reséndiz, López-Espinoza, Aguilera-Cervantes y Valdéz-Miramonte (2010) quienes tenían como objetivo estimar la ocurrencia de conductas de riesgo y sintomatología de TCA en mujeres y varones, evidenciándose que el género es un factor relevante e influye en el riesgo de desarrollar un TCA, es decir, existe una diferencia en cuanto a género con lo que respecta a la presencia de sintomatología asociada a los TCA, y el riesgo de desarrollarlo, demostrándose que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno, a comparación con los hombres que tienen un menor riesgo de padecerlos cuando está presente una sintomatología.

Asimismo, las diferencias por sexo considerado un componente biológico de ser hombre o mujer, resultan sensibles al tema de género, considerado el componente sociocultural de lo que implica para los demás ser hombre o mujer, donde como consecuencia de una construcción social la mujer es vista como más vulnerable, más preocupadas por el ideal de belleza; mientras que los hombres son vistos como más fuertes e independiente a la preocupación con respecto a su peso.

Esta construcción social, hace que no sea el sexo en sí lo que influya sobre el riesgo de desarrollar TCA, sino más bien el género o rol sexual que posee los individuos dentro de la sociedad lo que determine el riesgo de padecer dichos trastornos, lo cual se confirma con lo planteado por Behar, Barrera y Michelotti (2001) quienes plantean que existe diferencias de género respecto al riesgo de desarrollar un TCA, observándose una creciente relación entre el rol de género y la disfunción alimentaria, cuya etiopatogenia es complicada y necesita conceptualizaciones multidimensionales; se sugiere que la orientaciones del rol genérico, y específicamente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, posiciona a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de la adolescencia, y adultez joven.

De igual manera, Behar (2010) plantea que los clínicos e investigadores afirman que existe una asociación entre la condición de feminidad como una orientación específica de rol sexual y los trastornos de la conducta alimentaria, en donde el perfil estereotípico de rol genérico femenino en la mujer, aunado a un cuadro alimentario surgiría como dependiente, inmaduro, complaciente, y con una necesidad de aceptación de terceros, lo cual llevaría a una baja autovalía, escasa autoconfianza en sí misma, y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica.

A partir de los hallazgos expuestos y considerando que esta investigación incluyo variables de tres dimensiones: biológicas, psicológica y sociocultural, es claro que la dimensión psicológica es la que mejor predice el riesgo de desarrollo de TCA en adolescentes, a través de la variable insatisfacción corporal. Dado que no se confirmaron las predicciones de la dimensión biológica (sexo e IMC) y sociocultural del estudio (modelo estético corporal), es necesario replantearse el uso que se le debe dar a estos hallazgos desde la psicología de la salud, teniendo claro que si bien hay que mantener el alerta en la detección de este riesgo en adolescentes, pareciera evidente que hay nuevos factores que pueden estar caracterizando la conducta alimentaria de los adolescentes venezolanos, que puedan ser disímiles a lo que se ha reportado en la literatura y hay que tenerlos identificados.

La importancia de estudiar el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria contribuye a la identificación temprana de dicha patología. Otro dato relevante es que estas patologías aparecen con mucha más frecuencia en la cultura occidental, como lo es la de la presente investigación, razón por la cual resulta pertinente realizar este tipo de investigaciones, debido que es cada vez mayor el número de personas que presentan riesgo, así como también la edad de inicio cada vez es más temprana.

Sin embargo, es importante destacar que a pesar de los hallazgos encontrados en esta investigación, queda mucho por explicar respecto al riesgo de desarrollar un TCA, ya que dicho trastorno es un fenómeno complejo que tiende a iniciarse en una etapa crítica del desarrollo evolutivo como lo es la adolescencia, y que además se contextualiza en un entorno académico, social y familiar en los cuales se encuentran involucrados diversos factores inherentes a los mismos, los cuales pueden influir en el desarrollo de dicha patología.

Conclusiones y Recomendaciones

En el presente estudio se abordó el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, entendido como la probabilidad de padecer una patología alimentaria, específicamente anorexia o bulimia evaluado a través de la presencia de un excesivo miedo a engordar, insatisfacción con el cuerpo, tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida, acompañado tanto de factores biológicos, psicológicos y socioculturales entre los cuales se destacan: índice de masa corporal, sexo, insatisfacción con la imagen corporal y modelo estético corporal respectivamente, los cuales fueron abordados en esta investigación con la finalidad de verificar su influencia sobre el riesgo de desarrollar dicha patología.

La investigación contó con una muestra conformada por 200 estudiantes de educación secundaria de dos instituciones de la zona metropolitana de Caracas, de ambos sexos con edades comprendidas entre 13 y 17 años, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: (a) Test de Actitudes Alimentarias (EAT – 40), (b) Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ), y (c) Cuestionario de la Influencia de Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), y por último, se tomó una medida de talla y peso para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Además, se propuso para esta investigación un diseño no experimental transversal ex post facto prospectivo de grupo único, empleando un análisis de regresión múltiple como estrategia para evaluar la relación entre las variables mencionadas anteriormente.

Con respecto a los resultados, en primer lugar se encontró que los adolescentes presentaron bajos niveles de riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, tanto de anorexia como de bulimia, lo cual resulta congruente con la baja prevalencia de este trastorno en el país. Con base a los hallazgos, se encontró que la dimensión psicológica es la que mejor predijo el riesgo de desarrollo de TCA en adolescentes, a través de la variable insatisfacción corporal, la cual se constituye en la variable que mejor predijo el riesgo de desarrollar dicha patología. Dado que no se confirmaron las predicciones de la dimensión biológica (sexo e IMC) y sociocultural del estudio (modelo estético corporal).

Por su parte, se evidenció que la muestra estudiada presentó bajos niveles de insatisfacción con la imagen corporal, lo cual pudo ser resultado de la suma de trabajar con una muestra no clínica, así como también la influencia que pudo haber ejercido la deseabilidad social en las respuestas proporcionadas por los sujetos al cuestionario de dicha variable. Sin embargo, se encontró que cuanto más insatisfecho con su imagen corporal está un sujeto presenta mayor riesgo de padecer un TCA; por lo tanto, este es un factor que incrementa la posibilidad de desarrollar un TCA, comprobando la hipótesis planteada inicialmente en esta investigación.

Otro hallazgo del presente estudio, es el que se refiere a la variable índice de masa corporal, en donde se observó que los adolescentes se encontraron en la categoría de peso normal establecida por la OMS. Además, se encontró que dicha variable no ejerció un efecto significativo sobre el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados demostraron que contrario a lo planteado en la presente investigación, existe una ligera tendencia de presentar mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno cuando existe un menor índice de masa corporal, lo cual pudo ser consecuencia de antecedentes de comportamientos de reducción de peso, y dietas restrictivas por parte de los adolescentes previo a la realización de la investigación, siendo esto un indicio de que se debe tomar en cuenta el historial de alimentación de los adolescentes, entre lo que se destaca los hábitos de alimentación, calidad y cantidad de los alimentos consumidos.

En cuanto a la variable modelo estético corporal, la misma no resultó significativa como predictora del riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria, es decir, no ejerció un efecto significativo sobre el riesgo de desarrollar dicha patología. En este sentido, los adolescentes del presente estudio no son influenciados por el estereotipo de delgadez; así como tampoco, se ven influenciados por los medios de comunicación de masas como los personajes considerados de referencia (cantantes, actrices y modelos) que juegan un rol de gran importancia con lo que respecta a la difusión de los ideales corporales de los modelos estéticos presentes en la sociedad actual.

Se plantea que no generan tanto impacto en los adolescentes como el que pudiera generar otro tipo de medio de comunicación como lo son las redes sociales y el uso del internet, factor de gran relevancia en la actualidad ya que se ha incrementado la accesibilidad al internet, así como también las redes sociales han aumentado sus niveles de influencia, lo que puede estar asociado a que los adolescentes estén expuestos de manera más directa al riesgo de desarrollar dichos trastornos, aumentando el riesgo cuando los individuos tienen fácil acceso a páginas o foros denominados pro - anorexia y pro - bulimia.

En cuanto al sexo, en el presente estudio el riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria no se modificó significativamente en función de dicha variable, es decir, el hecho de ser hombre o mujer no tuvo efectos significativos sobre los niveles de desarrollar dicha patología.

Los hallazgos de esta investigación demostraron que solo una de las variables planteadas explica un porcentaje de que los estudiantes desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria, siendo esta la insatisfacción con la imagen corporal. Mientras que la variable índice de masa corporal, modelo estético corporal y sexo no resultaron variables predictoras del riesgo de desarrollar dicha patología. Por ende, queda un porcentaje sin ser explicado razón por la cual se recomienda ampliar el modelo con factores psicológicos y sociales relevantes.

Este estudio representa un aporte científico para la disciplina de la psicología de la salud, debido que proporciona un mayor conocimiento sobre las variables que pueden influir en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, el cual en la actualidad se encuentra en pleno auge. Con base a que el indicador que predominó como predictora del riesgo de desarrollar un TCA, fue la dimensión psicológica, específicamente la insatisfacción con la imagen corporal, se plantea reorientar las intervenciones que se asocian a este tema, enfocándose mayormente en fomentar la autoestima, y la percepción que tienen los sujetos sobre su figura corporal, así como también instalar cogniciones positivas con respecto a la imagen corporal y las medidas de talla y peso. Además, valdría la pena promover la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en Venezuela, para poder así conocer la prevalencia real de dicha patología en el país.

En este sentido, Anido (2015) plantea que una de las dificultades que enfrenta el consumidor venezolano sobre la alimentación y nutrición se basan en los desequilibrios en los mercados de alimento, siendo esto consecuencia de las políticas del Estado y control de precio, el tipo de cambio, altas tasas de inflación, y muchos alimentos regulados lo cual resulta insuficientes para los productores nacionales, generando así que la escasez de alimentos limiten el acceso a los consumidores venezolanos a una ingesta adecuada y segura de energía alimentaria y de nutrientes, afectando así la seguridad alimentaria evidenciándose mayor cantidad de casos de desnutrición.

Por ende, la actual situación país referente a la alimentación y la adquisición de los alimentos, tiene como consecuencia que se reoriente el foco de atención y pase de enfocarse en las conductas de reducción de peso, a la adquisición de los alimentos debido que dicha problemática se encuentra comprometida por una situación generalizada de escasez y la reducción de peso se ha convertido en una situación naturalizada en la cotidianidad de los venezolanos.

Por otra parte, en la presente investigación, se encontraron algunas limitaciones que son importantes mencionar para que sean consideradas en futuras investigaciones sobre el tema. Una de estas se refiere a que los instrumentos fueron autoadministrados, por lo cual se asume que existió un sesgo debido a la deseabilidad social, de manera que los estudiantes intentaron responder atribuyéndose a sí mismos características de personalidad socialmente deseables, tendiendo a rechazar aquellas que son consideradas socialmente indeseables. De igual manera, la aplicación se realizó de manera colectiva, lo cual pudo llevar a obtener resultados sesgados como consecuencia de la influencia de los demás participantes, es decir, respondiendo con base a lo que sus compañeros respondieran, recomendando que para futuras investigación la aplicación de los instrumentos y recolección de los datos se realice de manera individual.

Otra de las limitaciones encontradas, es que los individuos de la muestra formaron parte de un contexto escolar con edades comprendidas entre 13 y 17 años, en donde se infirió que representaban a un nivel socioeconómico medio-alto tomando en cuenta el estatus de la institución (privadas), lo que tiene como consecuencia que estos resultados no se puedan generalizar a otros contextos o poblaciones. Por lo cual, se recomienda que para próximos estudios se empleen variables similares, pero tomando en cuenta otros factores socioculturales que permitan la comparación de resultados y poder así obtener una visión más general de este fenómeno.

Otra de las limitaciones del estudio fue que a pesar de que los instrumentos resultaron válidos y confiables para la predicción de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, las puntuaciones de los instrumentos de las variables trabajadas en el estudio se manejaron unidimensionalmente debido que se quería conocer la influencia general de las variables sobre el riesgo de padecer trastornos alimentarios.

De igual manera, se trabajó con una medida total debido que no se identificó suficiente evidencia empírica de la relación entre los factores de las variables predictoras (insatisfacción con la imagen corporal y modelo estético corporal), y los factores de la variable predicha (riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria); por lo cual, se recomienda que para próximas investigaciones se trabaje con los factores de cada variable, para lograr así una mejor predicción y mayor conocimiento de los fenómenos, así como también obtener mayor información sobre los mismos.

Para futuras investigaciones, resulta importante tomar en cuenta como se mencionó en el párrafo anterior que las variables sean trabajadas por factores, además de que la muestra escogida sean adolescentes y que se pueda indagar acerca de la influencia del internet (redes sociales, foros, blogs, páginas pro-anorexia y bulimia, entre otras) en el adolescente, además que esto pudiese ser un factor predictor importante para determinar el riesgo de padecer trastornos alimentarios.

Asimismo, se recomienda estudiar variables como hábitos alimentarios, calidad y cantidad de los alimentos consumidos, así como también que la variable sexo sea estudiada como rol de género, ya que si se estudia de esta manera, pareciera tener una influencia significativa para la predicción del riesgo de TCA.

Para finalizar, a nivel metodológico, se destaca que no se cumplió con el supuesto de la normalidad, el cual es un requisito del análisis de regresión múltiple, lo cual es una limitación para el uso que se le pueda dar a las conclusiones de este estudio, debido que la ausencia de normalidad de las variables le resta poder a los análisis estadísticos de la regresión, ya que cuando se viola este supuesto lo más recomendable es correr estadísticos no paramétricos. A su vez, se recomienda plantear un nuevo diseño donde exista interacciones entre las variables, como por ejemplo un modelo de ruta, además, se recomienda la no utilización del instrumento CIMEC, ya que en población Venezolana adolescente no pareciera ser sensible a los factores que determinan la construcción de modelos estéticos corporales significativos para este grupo etario.

Referencias

- Agras, W. S. (Ed.). (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press.
- Aláez-Fernández, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Altamirano-Martínez, M.B., Vizmanos-Lamotte, B., & Unikel-Santoncini, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- Alvarez-Rayón, G., Nieto-García, M.L., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., & Ocampo-Téllez, M.T. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*, 17(2), 251-260.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publications.
- American Psychological Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, Estados Unidos: Autor.
- Anido, J.D. (2015). Demanda de energía alimentaria, abastecimiento, e ingesta de nutrientes en Venezuela: Principales cambios e implicaciones nutricionales. *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros*, (240), 109-158.
- Arrufat-Nebot, F.J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona* (Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona, Barcelona, España). Recuperada de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2704/FJAN_TESIS.pdf?sequenc=1
- Atencio, P. L., Prado, J. R., Montilla, M., Viana, Z. M., Da Silva, G., & Arteaga, E. F. (2008). Departamento de Nutrición y Alimentación, Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Departamento de Biopatología Facultad de Odontología. *Revista MHSalud®* 5(1), 1659-9710.

- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S. & Arijá V. (2009). A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 485-91.
- Bayle, J., Molina, N., Ochoa, S., & Villarreal, L. (2013). Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 4, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200715232011000100005&script=sci_arttext
- Bearman, S.K., Martínez, E., Stice, E., & Presnell, K. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229. <http://doi.org/10.1007/s10964-005-9010-9>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Behar, R., Alviña, M., González, T., Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (3), Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182007000300008
- Behar, R., de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Chile*, 129(9), 1003-1011.
- Bermejo, B.G., Saul, L.A., & Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y mía dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Acción Psicológica*, 8 (1), 71-84.
- Berrocal, C., Rivas, T., Bersabé, R., & Castro, S. (2003). Análisis de las diferencias clínicas entre la bulimia nerviosa y la bulimia por debajo del umbral. *Psicología conductual*, 33(2), 239-259.
- Bolaños-Ríos, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastorno de la Conducta Alimentaria*, 10, 1069-1086.

- Borrego-Hernando, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.
- Bruch, H. (1965). The psychiatric differential diagnosis of anorexia nervosa. Anorexia nervosa-symposium (Proceedings). Göttingen: Federal Republic of Germany.
- Cabrera, W.I. (2009). *Riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la consulta de adolescentes del hospital pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" de Barquisimeto 2008* (Trabajo de Grado de Especialidad, Universidad Centroccidental, Barquisimeto, Venezuela). Recuperada de http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bm UCLA/textocompleto/TWS460DV4C32r2009.pdf.
- Campillo-Pedrón, M.C, Álvarez-Arellano, L., & López-Díaz, C.J. (2004). *Cómo ser adolescente y ser feliz en el intento*. Recuperado de [http://books.google.co.ve/books?id=389_itvHGIC&pg=PA73&dq=definicion+sexo+\(hombre+mujer\)&hl=en&sa=X&ei=akZUpzoKcefkQfCsICABw&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q=definicion%20sexo%20\(hombre%20mujer\)&f=false](http://books.google.co.ve/books?id=389_itvHGIC&pg=PA73&dq=definicion+sexo+(hombre+mujer)&hl=en&sa=X&ei=akZUpzoKcefkQfCsICABw&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q=definicion%20sexo%20(hombre%20mujer)&f=false)
- Carrillo-Durán, M.V. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25151.pdf>.
- Carrillo-Durán, V & Moral-Agúnduez, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Revista para la Salud de Sao Paulo* 22(2), 468-484.
- Carrillo-Durán, V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (2), 120-141.
- Castrillón-Moreno, D., Luna-Montaño, I., & Avendaño-Pietro, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23.

- Cestaro, O.A. (s.f.). *Trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia*. Recuperado de http://www.drwebsa-arg.com.ar/drw/prof_mes/articulos/art_011.pdf.
- Correa V, María Loreto, Zubarew G, Tamara, Silva M, Patricia, & Romero S, María Inés. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 77(2), 153-160. Recuperado en 29 de marzo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062006000200005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062006000200005
- Cruz-Bojórquez, R.M., Ávila-Escalante, M.L., Velázquez-López, H.J., & Estrella-Castillo, D.F. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (4), 37-44.
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de psicología*, 29(3), 724-733.
- Cruz-Sáez, S., & Maganto-Mateo, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23(1), 65-72.
- Doro-ca-Oller, C.S., & Velasco-Arce, C. (2004). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de las ciudades de la Paz, Santa Cruz y Tarija. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 2(1), 67-76.
- Escobar-Arévalo, C.A., Forgione-Ciarrocchi, O.R., González-Bustamante, D.S., Marín, S., Pace-Casal, S., Parada-Farías, E.M., & Servitad-Sánchez, D.A. (2014). *Creencias hacia la actividad física, satisfacción con la imagen corporal, modelos estéticos corporales, índice de masa corporal, la edad y el sexo como determinantes de la actividad física* (Proyecto de investigación no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Escuela de Psicología. (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología* (1era ed). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

- Esnalao-Etxaniz, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31 (135).
- Espina, A., Ortego, M.A., Ocho-Alda, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. P., & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351.
- Fernández-Lameiras, M., Calado-Otero, M., Rodríguez-Castro, Y., & Fernández-Pietro, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Figueroa-Rodríguez, A., García-Rocha, O., Villarreal-Caballero, L., & Unikel-Santocini, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38.
- Franco, K., Díaz, F. D. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. D. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31(2), 219-225.
- Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G. L., & Ramirez-Ruelas, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* (2), 148-164.
- Gandarillas-Grande, A., & Febrel, C. (2002). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337. Doi: 10.1111/j.2044-8295.1996.tb02593.x

- Garner & Garfinkel. *Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT)* (Universidad Complutense Madrid). Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>
- Gómez Péresmitré, G., León Hernández, R., Platas Acevedo, S., Lechuga Hernández, M., Cruz, D., & Hernández Alcántara, A. (2013). Realidad Virtual y Psicoeducación: Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 23-30.
- González-Soltero, R., Blanco, M.J., Biscaia, J.M., Mohedano, R.B., Grille-Mariscal, M., & Blanco, M.A. (2015). Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (3), 1394-1402.
- Gordon, S.J. (1998). Concepts of eating disorders: A historical reflection. En H. Wijbrand, J.L. Treasure & M.A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 5-25). West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Grilo, C.M. (2006). *Eating and weight disorders*. New York, Estados Unidos: Psychology Press.
- Guerrero-Prado, D., Barjau-Romero, J.M., & Chinchilla-Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Guerro-Prado, D., Romero, B., & Chinchilla-Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- 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, N., Alves, D., Arroyo, M., & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez. *Revista De Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155.

- Hernández-Cortés, L. M., & Londoño-Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). D.F., México: McGraw- Hill.
- Hogg, M., & Vaughan, G. (2005). *Psicología social* (5ta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Jáuregui, L. I., Estébanez, H. S., & Santiago, F. M. (2008). [Physical activity, eating behavior, and pathology]. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 280-285.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ta ed.). México, D.F: McGraw-Hill.
- Labiano, M. (2004) Introducción a la Psicología de la Salud. En L.A. Oblitas (Comp.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson Learning. Recuperado de http://psicoberto.weebly.com/uploads/4/5/4/1/45414721/lectura_2.pdf
- Lazo-Motoya, Y., Quenaya, A., & Mayta-Tristan, P. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en lima, Perú. *Arch Argent Pediatr*, 113(6), 519-525.
- Leon, O.G., & Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación* (tercera ed.). España: McGraw-Hill.
- Lima-Serrano, M., Lima-Rodríguez, J.S., & Sáez-Bueno, A. (2012). Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actitud física durante la adolescencia. *Rev Esp Salud Pública*, 86 (3), 253-268.
- Lobera, I. J., Humanes, S. E., & Fernández, M. J. (2008). Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3).
- López-Herrero, L.S. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 599-608.

- Lora-Cortez, C., & 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), 60-67.
- Losada, A. V., Leonardelli, E., & Magliola, M. (2015). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art19.pdf>
- Lozano-Sánchez, Z.B. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista Científica In Crescendo*, 3 (2), 299-311.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48.
- Mancilla-Díaz, J.M., Lameiras-Fernandez, M., Vazquez-arevalo, R., Alvarez-Rayon, G., Franco-Paredes, K., Lopez-Aguilar, X., & Tellez-Giron, M.T. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47.
- Mancilla-Medina, A., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Amaya Hernández, A., & Álvarez Rayón, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 62-79.
- Manual de Referencia del Curso Master en Psicología, especialidad Psicología Clínica y de la salud. (2012). Madrid-Bilbao: Grupo ALBOR-COHS.
- March, J.C., Suess, A., Prieto, M.A., Escudero, M.J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-14.

- Martínez, P., Lillyana, Z., Hartley-Joan, Morote-Roxanna, & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 233-269.
- Martínez, E.B., Licéaga-Reyes, R., & Taboada-Aranza, O. (2014). Grado de desnutrición e índice de masa corporal en pacientes sometidos a cirugía ortognática en el Hospital Juárez de México. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 10(1), 29-36.
- Martínez-González, M.A., & Irala, J.D (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?. *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 347-350.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *medigraphic*, 65.
- Menéndez Osorio, F., & Pedreira Massa, J. L. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(69), 007-022.
- Merino, H., Godas, A., & Pombo, G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
- Merino-Madrid, H., Pombo, M., & Otero-Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Montoya-Salazar, M. (2012). *Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la Institución Educativa Nacional Túpac Amaru II-Villa María del Triunfo*. (Trabajo de grado de licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Morales, J.F. (1999). *Psicología Social* (2da ed.). Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Moreno-González, M. A., & Ortiz-Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.

- Muñoz-Sánchez, R., & Martínez-Moreno, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria?. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 457-482.
- Najam, N. & Ashfaq, H. (2012). Gender differences in physical fitness, body shape satisfaction, and body figure preferences. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27(2), 187-200.
- Negrete-Castellanos, M.A. (2015). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México* (Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España) Recuperada de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/297568/manc1de1.pdf?sequence=1>
- Ocampo- Téllez, M.T., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., & Mancilla-Díaz, J.M. Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica*, 9.
- Ocampo-Téllez, P. R. *Patrones alimentarios y su relación con el exceso de peso en Colombia: Estudio a profundidad a partir de la ENSIN 2010* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).
- Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182002000300002.
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J.C., & Salmeron, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: La precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48, 94-103.
- Paniagua-Repetto, H., & García-Calatayud, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de cantabria. *Revista Española Salud Pública*, 77, 411-422.
- Pardo-Merino, A., & Ruiz-Díaz, M. (2005). *SPSS11: Guía para el análisis de datos*. Madrid: S.A. MCGRAW-HILL.

- Paredes, K.F., Martínez-Moreno, A.G., Díaz-Reséndiz, F.J., López-Espinoza, A., Cervantes, V.A., & Váldez-Miramontes, E. (2010). Conductas de riesgos y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 102-111.
- Peláez-Fernández, M.A., Labrador-Encinas, F.J., & Raich-Escursell, R.M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71, 33-41.
- Peláez-Fernández, M.A., Raich-Escursell, R.M., & Labrador-Encinas, F.J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (1), 62-75.
- Pina-Sánchez, A. (2015). *Relación entre el trastorno de pica, la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo* (Trabajo de Grado en Licenciatura, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España) Recuperada de <http://ws.psicoactiva.com/wp-content/uploads/2015/06/TFG-Almudena-final.pdf>.
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Velasco Ariza, V., Platas Acevedo, S., & Áramburo Vizcarra, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 80-90.
- Portela-Santana, M.L., Da Costa-Ribeiro., Mora-Giral, M., & Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-40.
- Prepo, M.G. (2015). *Influencia de las creencias sobre las causas de la obesidad, modelos estéticos corporales, facultad y sexo sobre las actitudes hacia la obesidad en estudiantes universitarios*. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Priess, H. A., Lindberg, S. M., & Hyde, J. S. (2009). Adolescent Gender-Role Identity and Mental Health: Gender Intensification Revisited. *Child Development*, 80(5), 1531–1544. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01349.x>

- Quintero-Párraga, E., Pérez-Montiel, A.C., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M.F., & Pineda, N (2003). Trastorno de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. *Investigación clínica*, 44(3), 179-193.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López Guimerà, G., Portell, M., & Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *C Med Psicossom*, 81, 47-71.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide.
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid, España: Pirámide.
- Raich, R.M., Torras, J. Y Mora, M. (1997). "Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria". *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista Psicodidáctica* 16, 65-74.
- Rava, M.F & Silber, T.J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia, definición, epidemiología, cuadro clínica y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 353-363.
- Rivarola, M.F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 2(8), 149-161.
- Rodríguez, S., & Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rodríguez-Fernández, A., González-Fernández, O., & Goñi-Grandmontagne, A. (2013). Fuentes de la presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico. *Psicothema*, 25(2), 192-199.

- Rosado-Torres, S. (2013). *Influencia de los medios de comunicación y de los grupos sociales en la percepción de la imagen corporal en pacientes con anorexia nerviosa*. (Trabajo de Grado en Licenciatura, Escuela Superior de Enfermería del Mar, Barcelona, España) Recuperado de http://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20956/Rosado_2013.pdf?sequence=1
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., & Trujillo-Chi Vacuan, E. M. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos de comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimnetarios*, (1), 48-61.
- Salazar-Montaña, M. (2012). *Factores asociados a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia en adolescentes de la institución educativa nacional Túpac amaru II-villa maría del triunfo*. (Trabajo de Grado de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú). Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/282/1/Montoya_m.pdf
- Salazar-Mora, Z. (2010). Adolescencia y trastornos alimenticios: Influencia de los modelos televisivos (2010).
- Sanchez, A., Hurtado, F., Colomer, J., Saravia, S., Monleon, J., & Soriano, A. (2000). Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 191-206.
- Santalla-Banderali, Z., Pérez-Antelo, A.G., Colmenares, C., DAubeterre-López, M.G., González, M., Pocaterra, M., & Uribe, S. (Eds.). (2011). *Introducción a la metodología de investigación en psicología*. Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

- Sanz, M. (2011). *Diadas madre-hijo afectadas por el VIH/Sida: una aproximación a las actitudes maternas en el desarrollo del vínculo* (Trabajo de Grado de Licenciatura, Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina). Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/189/tesis-1265-diadas.pdf
- Saucedo-Molina, T., & Unikel, C. (2010). Conducta alimentaria de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una universidad privada. *Salud Mental, 33*, 11-19.
- Saucedo-Molina, T.J., Escamilla-Talón, T.A., Portillo-Noriega, I.E., Peña-Irecta, A., & Calderón-Ramos, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, 0de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica, 60* (3), 231-240.
- Schilder, P. (2013). *The image Appearance of the human body*. Estados Unidos: International Universities Press, Inc., New York.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., & León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema, 13*(1), 7-16.
- Soto-Uruñuela, M. (2014). *La imagen corporal y su relación con el estado de ánimo y la conducta alimentaria* (Trabajo fin de grado en Psicología). Universidad Pontificia de Salamanca. Thompson, J.K., Heinberg, L.J. (1999). The medias influence on body image disturbance and eating disorders: weve reviled them, now can we rehabilitate them?. *Journal of Social Issues, 55*(2), 339-353. Doi: 10.1111/0022-45377.00119
- Torbay Peña, G. (2009). *Estadística inferencial. una introducción para las ciencias del comportamiento* (1era ed.). Caracas: Texto, C.A.
- Trujano-Ruiz, P., Blanco, M. d., Nava-Quiroz, C., Marcó-Arbonés, M., & Limón-Arce, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema, 22*(4), 581-586.
- Turón-Gil, V.J., & Turón-Viñas, L. "¿Qué son los Trastornos de la alimentación?". Recuperado de: http://www.psiquiatria.com.es/aeetca/doc/Manual_TCA.pdf

- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25*(2), 49-57.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J.M., & López-Miñarro, P.A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28*(1), 27-35.
- Vázquez, R., Álvarez, G., & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental, 23*(6), 18-24.
- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G.L., Mancilla-Díaz, J.M. & Olivia-Ruiz, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(1), 185-197.
- Vazquez-Arevalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., Mateo-Gonzalez, C., Lopez-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., Martinez-Ruiz, A. O., & Paredes-Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 22*(1), 53-63.
- Vivero-Palacios, L. C. (2014). *Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador en el período académico Marzo-Julio 2013*. (Trabajo de Grado de Licenciatura, Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador). Recuperado de <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/452/1/T-UIDE-0430.pdf>.

ANEXOS

ANEXO A: Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40) de Garner y Garfinkel (1989) traducido y adaptado en población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991)

A continuación se te presentan una serie de preguntas, coloque una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta. Para ello contarás con seis (6) opciones de respuesta: **A:** Nunca **B:** Casi nunca **C:** Algunas veces **D:** Bastantes veces **E:** Casi siempre **F:** Siempre.

	A	B	C	D	E	F
1.Me gusta comer con otras personas.						
2.Preparo comida para otros, pero yo no la como.						
3.Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.Pensar demasiado en comida me da mucho miedo.						
5.Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7.Me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.Corto alimentos en trozos pequeños para comerlos.						
9.Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que me como.						
10.Evito comer alimentos altos en carbohidratos (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc).						
11.Me siento lleno/a después de las comidas.						
12.Percibo que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.Vomito después de haber comido.						

14.Me siento muy culpable después de comer.						
15.El deseo de estar delgado/a me preocupa.						
16.Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17.Me peso varias veces al día.						
18.Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20.Me levanto rápido por las mañanas.						
21.Cada día como los mismos alimentos.						
22.Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23.Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
24.Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
25.Tardo en comer más que las otras personas.						
26.Disfruto comiendo en restaurantes.						
27.Tomo laxantes (purgantes que tienen como finalidad provocar la defecación).						
28.Procuro no comer alimentos con azúcar.						
29.Como alimentos de dieta.						
30.Siento que los alimentos controlan mi vida.						
31.Me controlo en las comidas.						
32.Noto que los demás me presionan para que coma.						

33.Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
34.Tengo estreñimiento (defecación infrecuente, o con esfuerzo).						
35.Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
36.Me comprometo a hacer dieta.						
37.Me gusta sentir el estómago vacío.						
38.Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
39.Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

ANEXO B: Hoja de consentimiento informado e identificación de los estudiantes de secundaria

Estimado lector, se le invita a participar en este proyecto de investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello. Previo a tomar la decisión de participar o no, debe conocer y entender el objetivo de dicho estudio, el cual se plantea en el siguiente apartado. Tiene la oportunidad de realizar cualquier pregunta sobre cualquier aspecto que le permita aclarar sus dudas o inquietudes con respecto a lo planteado. Una vez comprendido el propósito del estudio, y si decide participar, es necesario que firme esta forma de consentimiento.

El estudio tiene como objetivo principal determinar la influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal (IMC), el modelo estético corporal y el sexo sobre el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de sexo masculino y femenino con edades comprendidas entre 13 y 17 años. Es importante destacar que su participación en este estudio es voluntaria, tiene la libertad de retirarse del procedimiento de aplicación de la prueba si usted así lo desea; la información que usted suministre es confidencial, anónima y sólo se empleará con fines de investigación.

Firma

A continuación, se le solicita que complete el siguiente cuadro con el objetivo de obtener datos generales sobre su persona. Responda en donde corresponde. En las casillas en donde haya más de una opción marque con una X la opción más adecuada. Si tiene alguna pregunta, siéntase en la libertad de realizarla a cualquiera de las investigadoras.

Colegio: _____ Año: _____ Sección: _____ Número de lista: _____

Sexo: F___ M___ Edad: _____

DATOS PARA LLENAR POR LAS INVESTIGADORAS:

Estatura (m²): _____ Peso (Kg): _____. Hora Inicio: _____. Hora Final: _____.

ANEXO C: Body Shape Questionnaire (BSQ) diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) adaptado por Vázquez-Arévalo, Galán, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz, Caballero-Romo y Unikel-Santoncini (2011).

A continuación se te presentan una serie de preguntas con las cuales deseamos conocer cómo te sientes respecto a tu apariencia física en las últimas cuatro semanas.

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.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:	N U N C A	R A R A M E N T E	A L G U N A S V E C E S	A M E N U D O	M U Y A M E N U D O	S I E M P R E
1. ¿Te preocupas tanto por tu figura que pensaste que tienes que ponerte a dieta?						
2. ¿Tienes miedo de engordar?						
3. ¿Te preocupa que tu piel no sea lo suficientemente firme?						
4. Sentirte llena/o (después de una gran comida) ¿te hace fijarte en tu figura?						
5. ¿Te sientes tan mal con tu figura que llegas a llorar?						
6. ¿Estar con chicas/os delgadas/os te hace fijarte en tu figura?						
7. El hecho de comer poca comida, ¿te hace sentir gorda/o?						
8. Al fijarte en la figura de otras/os chicas/os ¿la comparas con la tuya desfavorablemente?						

9. Pensar en tu figura ¿interfiere en tu capacidad de concentración (cuando ves la TV, lees, o mantienes una conversación)					
10. ¿Evitas llevar ropa que marque tu figura?					
11. ¿Te imaginas cortando partes gruesas de tu cuerpo?					
12. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te hace sentir gorda/o?					
13. ¿Evitas ir a eventos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te sientes mal con tu figura?					
14. ¿Te sientes excesivamente gorda/o?					
15. ¿Te sientes más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo por la mañana)?					
16. ¿Te preocupa que otra gente vea cauchitos alrededor de tu cintura o estómago?					
17. ¿Vomitas para sentirte más delgada/o?					
18. Cuando estas con otra persona ¿te preocupa ocupar demasiado espacio (por ejemplo al sentarte en un sofá o en el autobús)?					
19. ¿Tomas laxantes para sentirte más delgada/o?					
20. La preocupación por tu figura ¿te hace pensar que debes hacer ejercicio?					

**ANEXO D: Cuestionario de la Influencia de Modelos
Estéticos Corporales (CIMEC) creado por Toro, Salamero y
Martínez (1994) modificado por Escobar–Arévalo et al.
(2014)**

A continuación se te presentan una serie de preguntas, coloque una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta. Para ello contarás con cuatro (4) opciones de respuesta: Nunca, Algunas veces, A menudo, y Siempre.

	NU NC A	ALGUN AS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Me llaman la atención los productos adelgazantes que aparecen en farmacias, publicidad en televisión o revistas.				
2. Deseo usar un producto adelgazante luego de haberlo visto u oído en un anuncio publicitario.				
3. Deseo seguir una dieta adelgazante luego de haberla visto u oído en algún anuncio.				
4. Me interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de conteo de calorías.				
5. Me llaman la atención los anuncios de productos laxantes.				
6. Me preocupan los anuncios que invitan a adelgazar.				
7. Me interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad.				
8. Cuando escucho o veo un anuncio acerca de bebidas bajas en calorías, deseo consumirlas.				
9. Hablo con mis amigos/as y/o compañeros/as acerca de productos o actividades adelgazantes.				

10. Me atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la figura.				
11. Me llama la atención los anuncios, artículos o conversaciones sobre dietas.				
12. Mis amigos/as y compañeros/as comentan acerca de la publicidad y productos destinados a adelgazar.				
13. Recuerdo más fácilmente frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos para adelgazar.				
14. Cuando veo una película, miro a los actores o a las actrices fijándome si son gordos/as o delgados/as.				
15. Envidio el cuerpo de gimnastas y atletas.				
16. Cuando voy por la calle, me fijo en el cuerpo de las personas para ver si están gordos/as o flacos/os.				
17. Me gusta ver fotografías o anuncios de personas de mí mismo sexo en traje de baño o ropa interior.				
18. Me resultan más simpáticas y atractivas las personas que son delgados/as o musculosos/as.				
19. Cuando como con otra persona, me fijo en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas.				
20. Estoy rodeado/a por personas que están preocupadas por su peso o por la forma de su cuerpo.				

21. Las personas de mi círculo social realizan ejercicio físico con intención de adelgazar o estar en forma.				
22. Tengo algún compañero/a que haya seguido alguna dieta adelgazante recientemente.				
23. Mis amigos están preocupados por el exceso de grasa en alguna parte de su cuerpo.				
24. Mis amigo/as y compañeros/as están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho o abdomen.				

ANEXO E: Confiabilidad y Análisis Factorial del EAT – 40

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,687
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado gl Sig.	2211,693 741 ,000

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,771	,808	39

Estadísticas de total de elemento

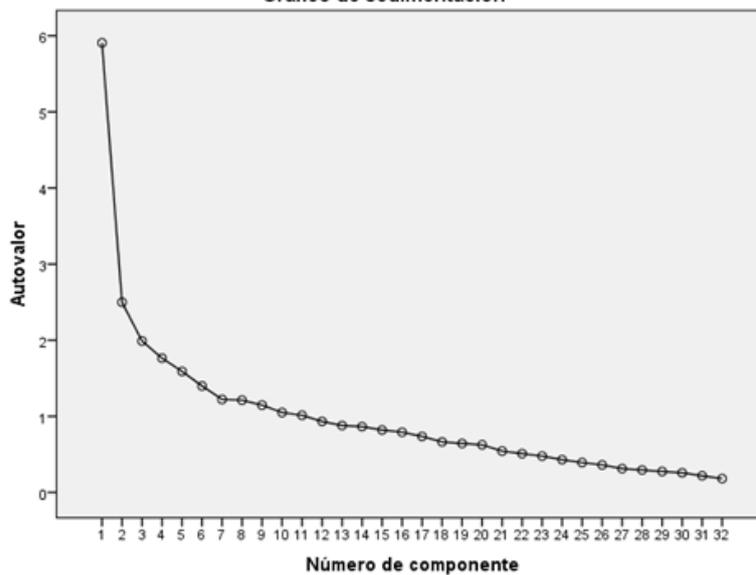
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ÍTEM 1 (TCA)	14,65	107,023	,055	.	,778
ÍTEM 2 (TCA)	15,09	108,032	,118	.	,770
ÍTEM 3 (TCA)	15,20	109,233	,087	.	,771
ÍTEM 4 (TCA)	15,18	108,075	,210	.	,769
ÍTEM 5 (TCA)	15,16	107,924	,288	.	,768
ÍTEM 6 (TCA)	14,81	102,409	,354	.	,761
ÍTEM 7 (TCA)	15,01	106,889	,167	.	,769
ÍTEM 8 (TCA)	14,61	101,667	,327	.	,762
ÍTEM 9 (TCA)	14,83	101,619	,401	.	,759
ÍTEM 10 (TCA)	14,98	103,155	,402	.	,761
ÍTEM 11 (TCA)	13,88	105,366	,111	.	,776
ÍTEM 12 (TCA)	14,80	103,960	,247	.	,766
ÍTEM 13 (TCA)	15,19	108,413	,207	.	,769
ÍTEM 14 (TCA)	15,06	103,805	,492	.	,760
ÍTEM 15 (TCA)	14,78	101,381	,400	.	,759
ÍTEM 16 (TCA)	14,30	101,307	,285	.	,765
ÍTEM 17 (TCA)	15,11	103,702	,504	.	,760
ÍTEM 18 (TCA)	14,11	112,963	-,188	.	,791
ÍTEM 19 (TCA)	14,71	105,998	,119	.	,773
ÍTEM 20 (TCA)	14,49	107,598	,037	.	,778
ÍTEM 21 (TCA)	14,87	104,013	,304	.	,764
ÍTEM 22 (TCA)	14,34	97,440	,443	.	,755
ÍTEM 23 (TCA)	14,62	104,156	,204	.	,769
ÍTEM 24 (TCA)	14,58	99,933	,417	.	,758
ÍTEM 25 (TCA)	14,46	104,259	,161	.	,772
ÍTEM 26 (TCA)	14,98	106,211	,204	.	,768
ÍTEM 27 (TCA)	15,18	109,033	,075	.	,771
ÍTEM 28 (TCA)	15,04	103,893	,455	.	,761
ÍTEM 29 (TCA)	14,89	102,695	,395	.	,760
ÍTEM 30 (TCA)	14,95	103,620	,367	.	,762
ÍTEM 31 (TCA)	14,60	100,372	,392	.	,759
ÍTEM 32 (TCA)	14,91	104,112	,290	.	,764
ÍTEM 33 (TCA)	14,97	103,185	,437	.	,760
ÍTEM 34 (TCA)	15,09	105,706	,346	.	,764
ÍTEM 35 (TCA)	15,07	103,814	,507	.	,760
ÍTEM 36 (TCA)	14,85	99,937	,536	.	,754
ÍTEM 37 (TCA)	15,05	105,445	,297	.	,765
ÍTEM 38 (TCA)	14,87	108,268	,031	.	,776
ÍTEM 39 (TCA)	15,18	108,098	,224	.	,769

Varianza total explicada

Componente	Autovalores Iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,002	15,391	15,391	6,002	15,391	15,391	3,486	8,939	8,939
2	2,599	6,663	22,054	2,599	6,663	22,054	3,237	8,301	17,240
3	2,061	5,285	27,339	2,061	5,285	27,339	2,892	7,417	24,656
4	1,854	4,754	32,093	1,854	4,754	32,093	2,425	6,218	30,874
5	1,737	4,454	36,548	1,737	4,454	36,548	2,160	5,538	36,412
6	1,567	4,017	40,565	1,567	4,017	40,565	1,620	4,153	40,565
7	1,489	3,817	44,382						
8	1,378	3,534	47,916						
9	1,325	3,397	51,313						
10	1,246	3,194	54,507						
11	1,146	2,937	57,444						
12	1,111	2,850	60,294						
13	1,050	2,693	62,987						
14	,987	2,530	65,517						
15	,962	2,466	67,983						
16	,924	2,369	70,352						
17	,899	2,306	72,658						
18	,885	2,270	74,928						
19	,825	2,116	77,044						
20	,753	1,930	78,975						
21	,729	1,868	80,843						
22	,700	1,794	82,637						
23	,677	1,737	84,374						
24	,625	1,602	85,976						
25	,616	1,578	87,555						
26	,557	1,429	88,984						
27	,519	1,331	90,315						
28	,469	1,204	91,518						
29	,453	1,162	92,681						
30	,427	1,096	93,776						
31	,365	,937	94,713						
32	,339	,868	95,581						
33	,323	,829	96,410						
34	,293	,751	97,161						
35	,267	,684	97,845						
36	,250	,640	98,485						
37	,227	,582	99,067						
38	,193	,496	99,563						
39	,170	,437	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Gráfico de sedimentación



Matriz de componente rotado^a

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
ÍTEM 1 (TCA)			,277	,237	-,304	,219
ÍTEM 2 (TCA)	,177			,290	-,170	,341
ÍTEM 3 (TCA)			,381			
ÍTEM 4 (TCA)			,595		,236	-,191
ÍTEM 5 (TCA)		,533		,151		,436
ÍTEM 6 (TCA)		,360			,498	
ÍTEM 7 (TCA)				,205	,536	
ÍTEM 8 (TCA)	,481		,172			
ÍTEM 9 (TCA)	,543	,236			,334	
ÍTEM 10 (TCA)	,531	,289				
ÍTEM 11 (TCA)	,424	-,262				-,427
ÍTEM 12 (TCA)				,786		
ÍTEM 13 (TCA)		,687				
ÍTEM 14 (TCA)	,156	,503	,511			
ÍTEM 15 (TCA)			,509		,512	
ÍTEM 16 (TCA)	,501			-,181	,164	
ÍTEM 17 (TCA)	,228	,613	,232			
ÍTEM 18 (TCA)			-,289		-,234	-,296
ÍTEM 19 (TCA)						,549
ÍTEM 20 (TCA)	,236					-,246
ÍTEM 21 (TCA)			,386		,184	
ÍTEM 22 (TCA)	,437		,413	-,217	,288	
ÍTEM 23 (TCA)				,686	,171	
ÍTEM 24 (TCA)	,239	,266	,543	-,194	,241	
ÍTEM 25 (TCA)		,330		,449		-,386
ÍTEM 26 (TCA)	,160		,375			,166
ÍTEM 27 (TCA)						
ÍTEM 28 (TCA)	,608	,315	,165		-,235	
ÍTEM 29 (TCA)	,696					,225
ÍTEM 30 (TCA)		,445			,493	,221
ÍTEM 31 (TCA)	,635			,190		
ÍTEM 32 (TCA)				,679	,302	
ÍTEM 33 (TCA)		,585	,167		,325	
ÍTEM 34 (TCA)		,281	,431	,231	-,205	-,421
ÍTEM 35 (TCA)	,296	,472	,443			,245
ÍTEM 36 (TCA)	,515	,518	,209			
ÍTEM 37 (TCA)			,515			
ÍTEM 38 (TCA)	-,174			,268		
ÍTEM 39 (TCA)			,170		,396	

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Análisis de confiabilidad de Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40) eliminando los ítems: 1 – 3 – 11 – 18 – 19 – 20 - 27

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,816	32

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ÍTEM 2 (TCA)	10,75	97,093	,093	,817
ÍTEM 4 (TCA)	10,83	96,782	,224	,814
ÍTEM 5 (TCA)	10,82	96,671	,299	,813
ÍTEM 6 (TCA)	10,46	90,773	,397	,807
ÍTEM 7 (TCA)	10,66	95,520	,183	,815
ÍTEM 8 (TCA)	10,26	90,869	,322	,811
ÍTEM 9 (TCA)	10,49	90,563	,411	,807
ÍTEM 10 (TCA)	10,64	92,111	,408	,808
ÍTEM 12 (TCA)	10,46	93,204	,232	,814
ÍTEM 13 (TCA)	10,84	97,076	,229	,814
ÍTEM 14 (TCA)	10,72	92,524	,521	,806
ÍTEM 15 (TCA)	10,43	90,167	,420	,806
ÍTEM 16 (TCA)	9,96	90,290	,290	,814
ÍTEM 17 (TCA)	10,76	92,613	,515	,806
ÍTEM 21 (TCA)	10,53	93,074	,299	,811
ÍTEM 22 (TCA)	9,99	86,548	,453	,805
ÍTEM 23 (TCA)	10,28	92,876	,215	,816
ÍTEM 24 (TCA)	10,24	88,244	,465	,804
ÍTEM 25 (TCA)	10,11	93,399	,152	,821
ÍTEM 26 (TCA)	10,64	95,186	,196	,814
ÍTEM 28 (TCA)	10,69	92,957	,450	,808
ÍTEM 29 (TCA)	10,54	92,058	,375	,808
ÍTEM 30 (TCA)	10,60	92,210	,398	,808
ÍTEM 31 (TCA)	10,26	90,203	,357	,809
ÍTEM 32 (TCA)	10,57	92,558	,325	,810
ÍTEM 33 (TCA)	10,63	91,993	,455	,806
ÍTEM 34 (TCA)	10,74	94,874	,321	,811
ÍTEM 35 (TCA)	10,73	92,871	,504	,807
ÍTEM 36 (TCA)	10,51	89,065	,542	,802
ÍTEM 37 (TCA)	10,71	94,056	,323	,811
ÍTEM 38 (TCA)	10,52	96,673	,050	,821
ÍTEM 39 (TCA)	10,84	96,879	,226	,814

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,719
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1904,332
	gl	496
	Sig.	,000

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,908	18,461	18,461	5,908	18,461	18,461	3,231	10,096	10,096
2	2,499	7,808	26,270	2,499	7,808	26,270	3,153	9,852	19,949
3	1,990	6,217	32,487	1,990	6,217	32,487	2,994	9,356	29,305
4	1,764	5,513	38,000	1,764	5,513	38,000	2,325	7,265	36,570
5	1,591	4,972	42,972	1,591	4,972	42,972	2,049	6,402	42,972
6	1,399	4,372	47,344						
7	1,222	3,820	51,164						
8	1,212	3,788	54,952						
9	1,146	3,583	58,534						
10	1,050	3,282	61,817						
11	1,013	3,166	64,983						
12	,932	2,913	67,896						
13	,879	2,747	70,643						
14	,864	2,701	73,344						
15	,820	2,562	75,906						
16	,791	2,473	78,378						
17	,735	2,298	80,676						
18	,664	2,074	82,751						
19	,643	2,010	84,761						
20	,625	1,955	86,715						
21	,543	1,697	88,413						
22	,510	1,593	90,006						
23	,477	1,492	91,498						
24	,430	1,344	92,842						
25	,392	1,224	94,066						
26	,361	1,127	95,193						
27	,312	,976	96,170						
28	,294	,920	97,090						
29	,275	,859	97,948						
30	,257	,804	98,752						
31	,218	,682	99,434						
32	,181	,566	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Matriz de componente rotado^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
ÍTEM 2 (TCA)	,197			,286	
ÍTEM 4 (TCA)	-,242	,158	,549		,230
ÍTEM 5 (TCA)	,175	,507		,179	
ÍTEM 6 (TCA)		,377			,511
ÍTEM 7 (TCA)				,183	,566
ÍTEM 8 (TCA)	,462		,197		
ÍTEM 9 (TCA)	,562	,217		-,163	,335
ÍTEM 10 (TCA)	,554	,260	,153		
ÍTEM 12 (TCA)				,770	
ÍTEM 13 (TCA)		,682		-,173	
ÍTEM 14 (TCA)		,464	,565		
ÍTEM 15 (TCA)			,594		,458
ÍTEM 16 (TCA)	,516			-,193	
ÍTEM 17 (TCA)	,193	,655	,223		
ÍTEM 21 (TCA)			,469		,167
ÍTEM 22 (TCA)	,391		,506	-,212	,217
ÍTEM 23 (TCA)				,703	,186
ÍTEM 24 (TCA)	,219	,223	,608	-,172	,153
ÍTEM 25 (TCA)	-,200	,366		,406	
ÍTEM 26 (TCA)	,172		,388		
ÍTEM 28 (TCA)	,581	,305	,231		-,280
ÍTEM 29 (TCA)	,729				
ÍTEM 30 (TCA)		,489			,567
ÍTEM 31 (TCA)	,603			,165	
ÍTEM 32 (TCA)				,669	,330
ÍTEM 33 (TCA)		,606	,225		,335
ÍTEM 34 (TCA)		,285	,473	,214	-,256
ÍTEM 35 (TCA)	,312	,488	,374		
ÍTEM 36 (TCA)	,495	,495	,288		
ÍTEM 37 (TCA)			,492	,152	
ÍTEM 38 (TCA)				,324	
ÍTEM 39 (TCA)			,237		,399

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Análisis de confiabilidad de Test de Actitudes Alimentarias (EAT - 40) por factores.

FACTOR 1: Dieta y Preocupación por la Comida

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,748	8

FACTOR 2: Actitud ante la Comida

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,681	9

FACTOR 3: Control Oral**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,712	9

FACTOR 4: Presión Social Percibida**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,597	6

ANEXO F: Confiabilidad y Análisis Factorial del BSQ

Prueba de KMO y Bartlett

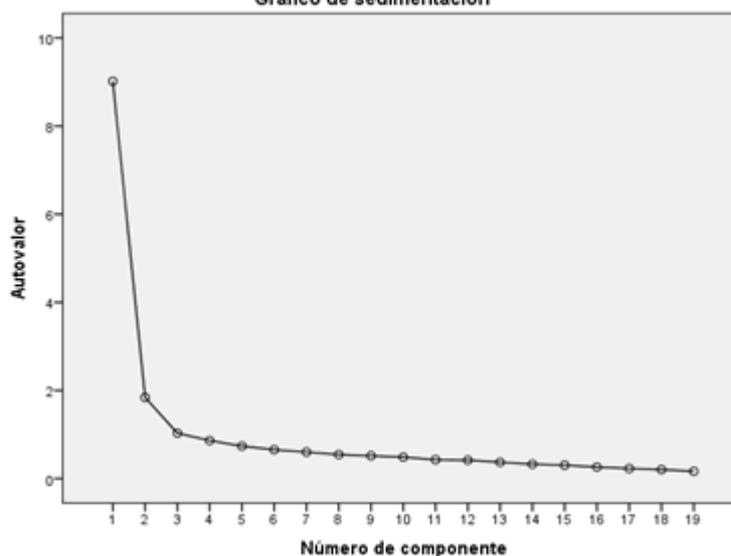
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,939
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2453,890
	gl	190
	Sig.	,000

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	9,610	48,050	48,050	9,610	48,050	48,050	6,454	32,270	32,270
2	1,853	9,263	57,312	1,853	9,263	57,312	5,008	25,042	57,312
3	1,062	5,311	62,623						
4	,881	4,407	67,030						
5	,737	3,685	70,715						
6	,656	3,280	73,994						
7	,602	3,011	77,005						
8	,581	2,906	79,911						
9	,517	2,583	82,493						
10	,487	2,434	84,927						
11	,448	2,242	87,169						
12	,418	2,091	89,260						
13	,370	1,852	91,112						
14	,334	1,671	92,783						
15	,327	1,635	94,418						
16	,279	1,395	95,812						
17	,261	1,304	97,116						
18	,215	1,077	98,193						
19	,199	,997	99,189						
20	,162	,811	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Gráfico de sedimentación



Matriz de componente rotado^a

	Componente	
	1	2
ITEM 1 (BSQ)	,834	,238
ITEM 2 (BSQ)	,869	,123
ITEM 3 (BSQ)	,678	,209
ITEM 4 (BSQ)	,759	,280
ITEM 5 (BSQ)	,447	,669
ITEM 6 (BSQ)	,705	,318
ITEM 7 (BSQ)	,234	,750
ITEM 8 (BSQ)	,619	,492
ITEM 9 (BSQ)	,251	,645
ITEM 10 (BSQ)	,273	,528
ITEM 11 (BSQ)	,349	,605
ITEM 12 (BSQ)	,627	,473
ITEM 13 (BSQ)	,182	,717
ITEM 14 (BSQ)	,531	,593
ITEM 15 (BSQ)	,694	,335
ITEM 16 (BSQ)	,808	,274
ITEM 17 (BSQ)	,086	,672
ITEM 18 (BSQ)	,326	,677
ITEM 19 (BSQ)	,067	,431
ITEM 20 (BSQ)	,784	,164

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,938	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 1 (BSQ)	18,01	310,146	,783	,932
ITEM 2 (BSQ)	17,74	311,020	,740	,933
ITEM 3 (BSQ)	18,08	316,426	,625	,936
ITEM 4 (BSQ)	18,44	312,238	,745	,933
ITEM 5 (BSQ)	19,29	325,264	,712	,934
ITEM 6 (BSQ)	18,71	317,875	,718	,934
ITEM 7 (BSQ)	19,61	341,797	,590	,937
ITEM 8 (BSQ)	18,58	316,525	,759	,933
ITEM 9 (BSQ)	19,44	339,153	,541	,937
ITEM 10 (BSQ)	18,83	332,715	,487	,938
ITEM 11 (BSQ)	19,42	334,406	,595	,936
ITEM 12 (BSQ)	18,91	316,786	,746	,933
ITEM 13 (BSQ)	19,54	342,511	,530	,937
ITEM 14 (BSQ)	19,28	324,924	,744	,934
ITEM 15 (BSQ)	18,59	311,057	,719	,934
ITEM 16 (BSQ)	18,31	305,278	,783	,932
ITEM 17 (BSQ)	19,78	352,849	,428	,939
ITEM 18 (BSQ)	19,40	331,798	,618	,936
ITEM 19 (BSQ)	19,81	355,984	,282	,940
ITEM 20 (BSQ)	17,67	311,209	,691	,935

Confiabilidad eliminando el ítem 14

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,934	19

Análisis de confiabilidad de Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) por factores.

FACTOR 1: Malestar Corporal Normativo

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,935	10

FACTOR 2: Malestar Corporal Patológico

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,840	9

ANEXO G: Confiabilidad y Análisis Factorial del CIMEC

Prueba de KMO y Bartlett

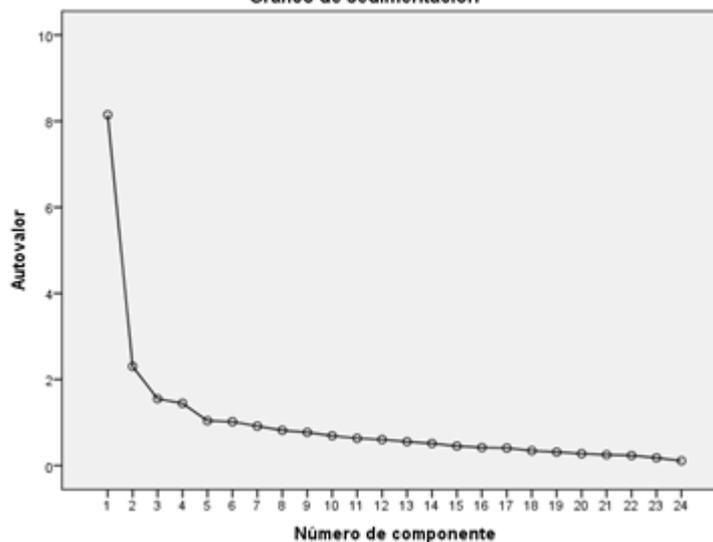
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.880
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2312.003
	gl	276
	Sig.	.000

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8.148	33.949	33.949	8.148	33.949	33.949	5.954	24.807	24.807
2	2.302	9.593	43.542	2.302	9.593	43.542	3.753	15.637	40.444
3	1.550	6.460	50.002	1.550	6.460	50.002	2.294	9.559	50.002
4	1.445	6.023	56.025						
5	1.041	4.337	60.362						
6	1.019	4.244	64.606						
7	.916	3.815	68.421						
8	.819	3.412	71.833						
9	.770	3.208	75.041						
10	.693	2.888	77.929						
11	.633	2.636	80.565						
12	.605	2.521	83.085						
13	.555	2.314	85.399						
14	.515	2.144	87.543						
15	.452	1.884	89.427						
16	.419	1.747	91.174						
17	.407	1.695	92.870						
18	.346	1.440	94.310						
19	.313	1.306	95.616						
20	.277	1.156	96.772						
21	.251	1.045	97.817						
22	.235	.977	98.794						
23	.179	.748	99.542						
24	.110	.458	100.000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Gráfico de sedimentación



Matriz de componente rotado^a

	Componente		
	1	2	3
ITEM 1 (CIMEC)	.783		.296
ITEM 2 (CIMEC)	.727		.378
ITEM 3 (CIMEC)	.814		
ITEM 4 (CIMEC)	.715		.270
ITEM 5 (CIMEC)	.156		.775
ITEM 6 (CIMEC)	.440		.419
ITEM 7 (CIMEC)	.794	.151	
ITEM 8 (CIMEC)	.563		.372
ITEM 9 (CIMEC)	.507	.289	.318
ITEM 10 (CIMEC)	.623	.374	
ITEM 11 (CIMEC)	.786		
ITEM 12 (CIMEC)		.256	.574
ITEM 13 (CIMEC)	.344		.583
ITEM 14 (CIMEC)	.400	.512	.197
ITEM 15 (CIMEC)	.457	.464	
ITEM 16 (CIMEC)	.473	.389	
ITEM 17 (CIMEC)	.448	.363	-.233
ITEM 18 (CIMEC)	.294	.212	-.308
ITEM 19 (CIMEC)	.336		.154
ITEM 20 (CIMEC)		.732	
ITEM 21 (CIMEC)		.617	
ITEM 22 (CIMEC)	.189	.632	
ITEM 23 (CIMEC)		.830	
ITEM 24 (CIMEC)		.712	.210

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

FACTOR 1: Influencia de la Publicidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.903	12

FACTOR 2: Influencia de las Situaciones Sociales

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.805	8

FACTOR 3: Influencia de Modelos Sociales a través de la Publicidad**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,327	4

**ANEXO H: Análisis de los estadísticos descriptivos de las
variables de estudio**

Análisis estadístico descriptivo del riesgo de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria

Estadísticos

TCA_TOT

N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		15,2200
Mediana		13,0000
Desviación estándar		10,47186
Varianza		109,660
Asimetría		1,669
Error estándar de asimetría		,172
Curtosis		4,157
Error estándar de curtosis		,342
Mínimo		,00
Máximo		69,00

TCA_TOT

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	2	1,0	1,0
	1,00	1	,5	1,5
	2,00	3	1,5	3,0
	3,00	6	3,0	6,0
	4,00	7	3,5	9,5
	5,00	3	1,5	11,0
	6,00	11	5,5	16,5
	7,00	8	4,0	20,5
	8,00	15	7,5	28,0
	9,00	11	5,5	33,5
	10,00	6	3,0	36,5
	11,00	10	5,0	41,5
	12,00	13	6,5	48,0
	13,00	12	6,0	54,0
	14,00	7	3,5	57,5
	15,00	5	2,5	60,0
	16,00	11	5,5	65,5
	17,00	11	5,5	71,0
	18,00	8	4,0	75,0
	19,00	5	2,5	77,5
	20,00	3	1,5	79,0
	21,00	3	1,5	80,5
	22,00	5	2,5	83,0
	24,00	3	1,5	84,5
	25,00	4	2,0	86,5
	26,00	5	2,5	89,0
	28,00	2	1,0	90,0
	31,00	1	,5	90,5
	32,00	3	1,5	92,0
	34,00	2	1,0	93,0
	35,00	1	,5	93,5
	36,00	4	2,0	95,5
	37,00	1	,5	96,0
	38,00	1	,5	96,5
	39,00	1	,5	97,0
	41,00	1	,5	97,5
	44,00	1	,5	98,0
	45,00	2	1,0	99,0
	55,00	1	,5	99,5
	69,00	1	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Análisis estadístico descriptivo de la insatisfacción con la imagen corporal

Estadísticos

BSQ_TOT

N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		19,8650
Mediana		13,5000
Desviación estándar		18,96033
Varianza		359,494
Asimetría		1,398
Error estándar de asimetría		,172
Curtosis		1,777
Error estándar de curtosis		,342
Mínimo		,00
Máximo		87,00

BSQ_TOT

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
,00	12	6,0	6,0	6,0
1,00	9	4,5	4,5	10,5
2,00	9	4,5	4,5	15,0
3,00	1	,5	,5	15,5
4,00	10	5,0	5,0	20,5
5,00	14	7,0	7,0	27,5
6,00	3	1,5	1,5	29,0
7,00	3	1,5	1,5	30,5
8,00	3	1,5	1,5	32,0
9,00	9	4,5	4,5	36,5
10,00	10	5,0	5,0	41,5
11,00	3	1,5	1,5	43,0
12,00	9	4,5	4,5	47,5
13,00	5	2,5	2,5	50,0
14,00	3	1,5	1,5	51,5
15,00	5	2,5	2,5	54,0
16,00	5	2,5	2,5	56,5
17,00	3	1,5	1,5	58,0
18,00	4	2,0	2,0	60,0
19,00	2	1,0	1,0	61,0
20,00	5	2,5	2,5	63,5
21,00	3	1,5	1,5	65,0
22,00	1	,5	,5	65,5
23,00	4	2,0	2,0	67,5
25,00	2	1,0	1,0	68,5
26,00	2	1,0	1,0	69,5
27,00	6	3,0	3,0	72,5
28,00	4	2,0	2,0	74,5
29,00	2	1,0	1,0	75,5
30,00	2	1,0	1,0	76,5
31,00	2	1,0	1,0	77,5
32,00	7	3,5	3,5	81,0
34,00	1	,5	,5	81,5
35,00	2	1,0	1,0	82,5
36,00	2	1,0	1,0	83,5
37,00	1	,5	,5	84,0
38,00	1	,5	,5	84,5
39,00	2	1,0	1,0	85,5
40,00	1	,5	,5	86,0
41,00	5	2,5	2,5	88,5
42,00	1	,5	,5	89,0
43,00	1	,5	,5	89,5
44,00	1	,5	,5	90,0
48,00	1	,5	,5	90,5
50,00	2	1,0	1,0	91,5
51,00	1	,5	,5	92,0
52,00	1	,5	,5	92,5
53,00	1	,5	,5	93,0
54,00	2	1,0	1,0	94,0
57,00	1	,5	,5	94,5
59,00	1	,5	,5	95,0
63,00	1	,5	,5	95,5
64,00	1	,5	,5	96,0
65,00	1	,5	,5	96,5
68,00	1	,5	,5	97,0
69,00	1	,5	,5	97,5
70,00	1	,5	,5	98,0
83,00	2	1,0	1,0	99,0
85,00	1	,5	,5	99,5
87,00	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Análisis estadístico descriptivo del modelo estético corporal**Estadísticos**

CIMEC_TOT

N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		39,2600
Mediana		36,5000
Desviación estándar		11,86026
Varianza		140,666
Asimetría		1,204
Error estándar de asimetría		,172
Curtosis		1,023
Error estándar de curtosis		,342
Mínimo		24,00
Máximo		76,00

CIMEC_TOT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	24,00	7	3,5	3,5	3,5
	25,00	3	1,5	1,5	5,0
	26,00	2	1,0	1,0	6,0
	27,00	8	4,0	4,0	10,0
	28,00	10	5,0	5,0	15,0
	29,00	6	3,0	3,0	18,0
	30,00	12	6,0	6,0	24,0
	31,00	14	7,0	7,0	31,0
	32,00	10	5,0	5,0	36,0
	33,00	10	5,0	5,0	41,0
	34,00	9	4,5	4,5	45,5
	35,00	4	2,0	2,0	47,5
	36,00	5	2,5	2,5	50,0
	37,00	8	4,0	4,0	54,0
	38,00	6	3,0	3,0	57,0
	39,00	7	3,5	3,5	60,5
	40,00	5	2,5	2,5	63,0
	41,00	8	4,0	4,0	67,0
	42,00	4	2,0	2,0	69,0
	43,00	9	4,5	4,5	73,5
	44,00	4	2,0	2,0	75,5
	45,00	3	1,5	1,5	77,0
	46,00	4	2,0	2,0	79,0
	47,00	6	3,0	3,0	82,0
	48,00	1	,5	,5	82,5
	49,00	2	1,0	1,0	83,5
	51,00	3	1,5	1,5	85,0
	52,00	4	2,0	2,0	87,0
	53,00	2	1,0	1,0	88,0
	54,00	1	,5	,5	88,5
	55,00	1	,5	,5	89,0
	56,00	2	1,0	1,0	90,0
	57,00	1	,5	,5	90,5
	58,00	2	1,0	1,0	91,5
	59,00	1	,5	,5	92,0
	61,00	2	1,0	1,0	93,0
	62,00	1	,5	,5	93,5
	64,00	1	,5	,5	94,0
	65,00	1	,5	,5	94,5
	66,00	1	,5	,5	95,0
	69,00	4	2,0	2,0	97,0
	70,00	1	,5	,5	97,5
	71,00	1	,5	,5	98,0
	72,00	1	,5	,5	98,5
	75,00	2	1,0	1,0	99,5
	76,00	1	,5	,5	100,0
Total		200	100,0	100,0	

Análisis estadístico descriptivo de la edad

Estadísticos

EDAD DE LOS SUJETOS

N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		14,95
Mediana		15,00
Desviación estándar		1,279
Varianza		1,636
Asimetría		-,241
Error estándar de asimetría		,172
Curtosis		-1,092
Error estándar de curtosis		,342
Mínimo		13
Máximo		17

EDAD DE LOS SUJETOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 13	41	20,5	20,5	20,5
14	27	13,5	13,5	34,0
15	51	25,5	25,5	59,5
16	63	31,5	31,5	91,0
17	18	9,0	9,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Análisis estadístico descriptivo del sexo

Estadísticos

SEXO DE LOS SUJETOS

N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		,43
Mediana		,00
Desviación estándar		,496
Varianza		,246
Asimetría		,285
Error estándar de asimetría		,172
Curtosis		-1,938
Error estándar de curtosis		,342
Mínimo		0
Máximo		1

SEXO DE LOS SUJETOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mujer	114	57,0	57,0	57,0
Hombre	86	43,0	43,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

ANEXO I: Prueba de los supuestos de regresión múltiple

Multicolinealidad

Correlaciones

		SEXO DE LOS SUJETOS	ÍNDICE DE MASA CORPORA L	BSQ_T OT	CIMEC_T OT
SEXO DE LOS SUJETOS	Correlación de Pearson	1	.127	-.315**	-.366**
	Sig. (bilateral)		.073	.000	.000
	N	200	200	200	200
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Correlación de Pearson	.127	1	.291**	.160*
	Sig. (bilateral)	.073		.000	.023
	N	200	200	200	200
BSQ_TOT	Correlación de Pearson	-.315**	.291**	1	.793**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	200	200	200	200
CIMEC_TOT	Correlación de Pearson	-.366**	.160*	.793**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.023	.000	
	N	200	200	200	200

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Estadísticas de colinealidad	
Tolerancia	VIF
.822	1.217
.858	1.166
.340	2.941
.354	2.822

Normalidad

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
TCA	.145	200	.000	.873	200	.000
SEXO DE LOS SUJETOS	.377	200	.000	.629	200	.000
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	.099	200	.000	.937	200	.000
BSQ_TOT	.147	200	.000	.860	200	.000
CIMEC_TOT	.126	200	.000	.890	200	.000

Supuestos de los errores

Medias

Estadísticas de residuos^a

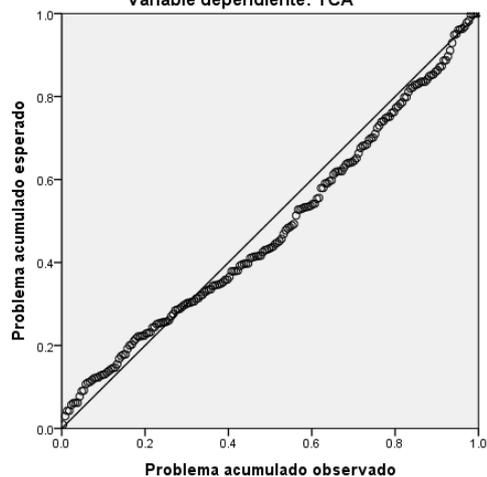
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor pronosticado	7.0074	37.5499	15.2200	6.48250	200
Residuo	-19.65756	38.63019	.00000	8.22417	200
Valor pronosticado estándar	-1.267	3.445	.000	1.000	200
Residuo estándar	-2.366	4.650	.000	.990	200

a. Variable dependiente: TCA

Distribución normal

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado

Variable dependiente: TCA



Independencia de errores

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.619 ^a	.383	.371	8.30810	1.857

a. Predictores: (Constante), CIMEC_TOT, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, SEXO DE LOS SUJETOS, BSQ_TOT

b. Variable dependiente: TCA

**ANEXO J: Resumen y significancia del modelo de regresión
múltiple**

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.619 ^a	.383	.371	8.30810	1.857

a. Predictores: (Constante), CIMEC_TOT, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, SEXO DE LOS SUJETOS, BSQ_TOT

b. Variable dependiente: TCA

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	8362.550	4	2090.637	30.288	.000 ^b
Residuo	13459.770	195	69.024		
Total	21822.320	199			

a. Variable dependiente: TCA

b. Predictores: (Constante), CIMEC_TOT, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, SEXO DE LOS SUJETOS, BSQ_TOT

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	8.520	4.708		1.810	.072
SEXO DE LOS SUJETOS	2.135	1.309	.101	1.631	.104
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	-.182	.180	-.061	-1.010	.314
BSQ_TOT	.321	.053	.582	6.030	.000
CIMEC_TOT	.086	.083	.098	1.032	.303

a. Variable dependiente: TCA