



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

"INTERNALIZACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL COMO
PREDICTOR DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS ANOMALAS.
ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA
DETECTAR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (IDCAR)"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ALINA STEFANNY TABOADA LOZADA

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. ANGELINA ROMERO HERRERA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A la razón de mi vida, lo que me impulsa a ser mejor persona, mejor mujer, y mejor profesionalista. El niño más valiente, guapo e inteligente del universo, la persona que cambia mis días difíciles con una sola sonrisa, mi hijo DIEGO. Gracias. *Pd llegaste a mi vida en el momento justo.*

A mi esposo CARLOS, por la comprensión y apoyo en todo momento, durante la carrera y en nuestra vida juntos. Sé que tendremos muchos logros más que compartir, y tropiezos que superar. Gracias. *Pd. Mi táctica es hablarte y escucharte construir con palabras un puente indestructible.*

A esas personas que siempre han estado conmigo, que me han enseñado, apoyado, y comprendido. Que me han inculcado a cuidar lo que hay, a buscar lo que falta y a valorar lo que tengo. Mis padres ANTONIA y CESAR, porque gracias a sus sacrificios, empeño, consejos y paciencia, cumplo una meta más en mi vida. Gracias. *Pd. Les agradezco cada momento que me han dedicado porque de cada uno he aprendido algo.*

A mi hermano ALAN, mi amigo, mi compañero de juegos, mi cómplice. Sin ti y nuestras peleas mi infancia no hubiera sido divertida. Gracias por tu apoyo incondicional, por tus consejos y por cuidarme a pesar de ser el menor. *Pd. Si te caes te levanto, y si no, me acuesto contigo.*

Agradecimientos

A la maestra Angelina Romero Herrera por su apoyo, como maestra, directora de tesis y amiga. Gracias por su paciencia, tiempo, conocimientos, consejos y por impulsarme durante este gran reto.

Al maestro Fernando Reyes Baños, director de la facultad y maestro, por su apoyo y enseñanza en todo momento.

A la Universidad Americana de Acapulco por brindarme la oportunidad de conocer esta magnífica carrera.

A todos los docentes que me enseñaron con dedicación y entrega esta apasionante profesión.

Índice

Resumen	7
Introducción	8
CAPITULO 1: La internalización de la imagen corporal	11
1.1 Lev Vigotsky	11
1.1.1. Funciones psicológicas superiores	12
1.1.1.1. Localización de las funciones psicológicas superiores	14
1.1.2. Instrumentos de mediación de la internalización	16
1.1.2.1. Lenguaje	17
1.1.3. Internalización según Vigotsky	18
1.2 Imagen corporal	19
1.2.1. Desarrollo de la imagen corporal	21
1.2.2. Formación de la imagen corporal negativa	23
1.2.2.1. Factores predisponentes	24
1.2.2.2. Factores de mantenimiento	26
1.2.3 Consecuencias	27
1.3. Insatisfacción corporal	28
1.4. Efectos de la imagen corporal en los trastornos alimenticios	32

CAPITULO 2: Conductas alimentarias anómalas	35
2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria en el DSM-IV-TR	40
2.1.1. Anorexia Nerviosa	40
2.1.1.1. Características diagnosticas según el DSM-IV-TR	42
2.1.1.2. Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1)	44
2.1.2. Bulimia Nerviosa	45
2.1.2.1. Características diagnosticas según el DSM-IV-TR	46
2.1.2.2. Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa (307.51)	49
2.1.3. Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado	50
2.2. Trastornos alimenticios y estadísticas	51
CAPITULO 3: Predicción y medición de las conductas alimentarias anómalas, debido a la internalización de la imagen corporal	56
3.1. Psicometría y predicción	56
3.1.1. Psicometría	56
3.1.1.1. Medir	57

3.1.1.2. Test psicológicos	57
3.1.1.3. Estandarización	60
3.1.1.4. Confiabilidad	62
3.1.1.5. Validez	67
3.1.2. Predicción	69
3.2. Pruebas predictivas y trastornos alimenticios	70
3.2.1. Evaluación de la imagen corporal	71
3.2.2. Conductas alimentarias anómalas	74
3.2.3. Influencias socioculturales	75
CAPITULO 4: Método	77
Justificación	77
Objetivo general	78
Objetivos particulares	78
Población	78
Instrumento	81
Procedimiento	85
CAPITULO 5: Resultados e interpretación	88
5.1. Validación interjueces	88
5.2. Piloteo de la prueba	93
5.3. Confiabilidad y validez	94
CAPITULO 6: Discusión y conclusiones	104

6.1. Limitaciones	109
6.2. Sugerencias	109
Referencias	111
Anexos	
Anexo 1	120
Anexo 2	123
Anexo 3	125
Anexo 4	134

Resumen

La insatisfacción corporal es una condición común en la sociedad actual, pues se caracteriza por glorificar la salud, la belleza y la juventud (Salazar, 2007). El objetivo general de esta investigación fue elaborar, validar y obtener la confiabilidad de un instrumento que permita encontrar conductas alimentarias de riesgo, en relación con la interiorización de la imagen corporal. A partir de la teoría recabada, se elaboró el Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR) para el cual se realizó una validez interjueces, un piloteo y por último se corrió un análisis factorial de rotación ortogonal y el Alpha de Cronbach. Los resultados mostraron que tiene validez de constructo y una confiabilidad de 0.937, lo que es aceptable. Las conclusiones demuestran que la influencia del medio, interfiere en el desarrollo de los individuos.

Palabras clave: Internalización, imagen corporal, confiabilidad, validez, instrumento de medición, Trastornos de la Conducta Alimenticia.

Introducción

Las conductas relacionadas con la imagen corporal se encuentran fuertemente influidas por el aprendizaje y el medio sociocultural y a veces es difícil diferenciar lo que es moda, costumbre o patología, ya que esta última se construye en una historia singular y adquiere su perfil nosológico diferencial y específico en relación con el contexto de su producción.

Por otra parte, el grado de aprobación que una persona tiene respecto de sí misma o autoconcepto abarca una peculiar articulación entre factores internos y externos, es decir, a aquellos que provienen de la comparación de los ideales propios con los determinados por aspectos socio-culturales (como programas de televisión), entramados con los ideales impuestos por la sociedad. Cabría preguntarse entonces ¿cuáles son y cuáles serán los efectos de los ideales imperantes en la cultura actual, tanto en su versión adulta como infantil, sobre la frágil imagen corporal en desarrollo de los niños, niñas y adolescentes actuales? En este sentido, se torna importante intentar discernir cómo se constituye la imagen corporal en el vínculo sujeto-sociedad y qué factores puedan dar lugar a una cierta propensión a padecer un trastorno de la conducta alimentaria y, en relación a esto último, la relevancia que puede adquirir el entorno y su relación con la predicción.

En el presente estudio se buscó elaborar un instrumento válido y confiable para detectar las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mujeres, en la población del Estado de Guerrero. La cuestión principal de dicho instrumento se encamina a la internalización de la imagen corporal y los trastornos alimentarios.

En el primer capítulo se hizo una minuciosa descripción sobre la internalización, de tal forma que es inevitable no mencionas a su principal exponente Lev Vigotsky, describiendo

cada proceso de esta, la relación que tiene con la sociedad, y su influencia en el desarrollo de la imagen corporal; así mismo, se mencionan las definiciones más reconocidas de la imagen corporal, su evolución con la edad, como se da lugar a la insatisfacción y sus consecuencias, así como la relación de esta con la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En el segundo capítulo se hace una breve reseña de las conductas alimentarias anómalas y su aparición en los trastornos alimenticios, mencionando los trastornos más sobresalientes como la anorexia y la bulimia; y recabando datos estadísticos sobre el tema a nivel mundial, nacional y en el estado.

En el tercer capítulo se encuentra los temas más sobre salientes de la psicometría, y sobre como los test psicológicos son herramientas capaces de diagnosticar o predecir algunas conductas, mediante su confiabilidad y validez. Para reforzar el tema se nombran algunos instrumentos psicológicos para la evaluación de la imagen corporal, internalización y/o trastornos alimenticios.

En el cuarto capítulo se desarrolla el procedimiento metodológico donde se describen el objetivo general, los objetivos específicos, la justificación, la población a la cual se utilizó en el trabajo y la evolución del instrumento que se elaboró. Se explica el proceso que se siguió para llegar a cumplir los objetivos planteados.

En el quinto capítulo se presentan los resultados e interpretaciones obtenidos durante el proceso de la validación interjueces, el pilotaje, la aplicación general y; el análisis factorial de rotación octagonal para la validez y el análisis por medio del Alpha de Cronbach para la confiabilidad del instrumento propuesto.

En el sexto capítulo se encuentran las conclusiones y discusiones haciendo un resumen de la teoría estudiada para evidenciar y reforzar la relación entre esta y los resultados obtenidos.

Capítulo 1. La internalización de la imagen corporal

La familia como primer grupo social, tradicionalmente ha tenido influencia sobre las ideas relacionadas con el peso, la figura y la alimentación de los hijos. Se sabe que la identificación con el progenitor del mismo género y los hermanos mayores igualmente del mismo género desempeña un rol significativo en el desarrollo de la imagen corporal en los niños. Con lo cual los padres transmiten a sus hijos una visión no sólo de él mismo sino del mundo que la rodea. Las actitudes de los padres respecto de su propio cuerpo podrían influir de manera significativa no sólo sobre el sentimiento de identidad femenina o masculina, según sea el caso, sino también sobre las actitudes hacia la percepción de su cuerpo.

La interiorización de los ideales estéticos así como las relaciones entre las personas cercanas influyen directamente en la insatisfacción corporal, resaltando que el papel de la interiorización es intervenir en la relación entre el conocimiento y el descontento del cuerpo.

El descontento hacia la imagen corporal está relacionado con tres factores principales: el conocimiento, la internalización y las presiones recibidas como una meta hacia el ideal de delgadez.

El modelo tripartito de la influencia (TIM por sus siglas en inglés) analiza la insatisfacción corporal como mediadora entre la comparación social y la interiorización (Rodríguez, Oudhof, González y Unikel, 2010). Es decir, la comparación social, la presión familiar y la interiorización influyen en la insatisfacción corporal.

1.1 Lev Vigotsky

A fines de los años veinte formuló una teoría en la que planteaba que el desarrollo estructural de la psiquis (desarrollo ontogénico), es establecido por la adquisición de los fenómenos histórico-sociales de la cultura (Rodríguez, 2009). Es decir, las experiencias

sociales se ven afectadas por las influencias culturales e históricas, reflejándose en el desarrollo psicológico y genético de las personas.

La hipótesis principal de Vigotsky consistía en que el nacimiento de la sociedad humana y del hombre está determinado por la evolución del proceso de adaptación al medio y está conectado con el surgimiento de la actividad laboral e instrumental. Mediante el uso de instrumentos se modifica el proceso de adaptación, situando al hombre como el causante de la transformación de la naturaleza. Vigotsky presuponía que si el hombre con la ayuda de sus instrumentos de trabajo podía cambiar la naturaleza, entonces, existen en la cultura instrumentos especiales, como la lengua, o el trabajo, que ayudan al desarrollo de las funciones psicológicas superiores (Mendoza, 2010).

Para Vigotsky tanto el aprendizaje como el proceso de desarrollo están interconectados, menciona que para la adquisición de cualquier habilidad durante la infancia se requiere de la guía por parte de los adultos sea antes o durante la práctica escolar (Vigotsky, 1979). Sin embargo no se trata de trabajar en conjunto con alguien que sabe más por mera práctica, sino, trabajar con alguien que sabe más para desarrollar un nuevo concepto, que el niño adquiera e internalice.

En este proceso de aprendizaje son fundamentales la mediación de dos instrumentos: las herramientas y los signos. Las herramientas producen cambios en la realidad del individuo y los signos modifican el interior de la persona que ejecuta la acción. Los signos son instrumentos psicológicos resultado de la relación entre la cultura, la evolución y la sociedad, como es el cálculo, el lenguaje y la escritura (Papalia, 2009).

1.1.1 Funciones psicológicas superiores.

Vigotsky en su teoría del desarrollo parte de la idea de que todo ser es activo, desarrollando una constante relación entre la sociedad, que cambia continuamente y la base biológica del

comportamiento humano. El observo que en primer lugar están las funciones psicológicas elementales, aseguradas por el desarrollo. De estas funciones se derivan nuevas, que dependiendo de las experiencias sociales, se van haciendo cada vez más complicadas (Lucci, 2006).

La teoría histórico-social de Vigotsky también llamada socio-interaccionista, parte de las funciones psicológicas de los individuos, las cuales dividió en dos: elementales y superiores (Vigotsky, 1979).

Este autor hace una diferencia entre las funciones elementales que tiene origen biológico y natural como la percepción; y las funciones psicológicas superiores, que están dirigidas a un objetivo, mediante las herramientas socioculturales e internalizadas que se encuentran en el mundo exterior del individuo, mediadas por el lenguaje (Luria, 1983).

Vigotsky (1979) menciona que las funciones mentales elementales son innatas y determinadas genéticamente. La respuesta o acción derivada de las funciones primarias es limitada, es decir, el comportamiento está condicionado a acciones involuntarias, inmediatas y controladas por el exterior.

De acuerdo con este autor las funciones psicológicas superiores se obtienen y se desarrollan a través de la interacción social. Están determinadas por el perfil de cada sociedad, es decir, son mediadas culturalmente. Su comportamiento abarca más posibilidades, su conocimiento es una consecuencia de la interacción social. Durante esta relación se alcanza una conciencia individual, se aprende el uso de símbolos, lo cual desarrolla nuestro pensamiento y lo hace más complejo. Para Vigotsky a mayor interacción social, más conocimiento, más opciones de cómo actuar, mayor nivel de funciones.

Las funciones psicológicas superiores se caracterizan por su naturaleza consiente y específicamente humana por nombrar algunos ejemplos tenemos: las operaciones formales

de inducción, deducción y formulación de hipótesis; la resolución de problemas partiendo de esas operaciones formales; la capacidad de planificar; la conciencia; la elaboración de conceptos; la conducta selectiva; la atención voluntaria; la memoria mediata; la meta cognición y autorregulación; la intencionalidad; etcétera (Lucci, 2006).

Es así como indica que las funciones psicológicas superiores surgen y se desarrollan en dos fases. Primero se presentan en lo social, para después, manifestarse en lo individual. Así sucede con cada función psicológica primero es social, es decir, interpsicológica y después individual, es decir, intrapsicológica. El lenguaje, la atención y la memoria primero son procesos sociales, que se van desarrollando hasta ser procesos personales. Este paso de las habilidades interpsicológicas a las intrapsicológicas es lo que se conoce como interiorización.

Finalmente el individuo hace suyas estas habilidades y las interioriza adquiriendo la capacidad de aplicarlas en cualquier momento, es decir, lo interpsicológico se vuelve intrapsicológico.

Cabe mencionar que cada autor nombra a las funciones psicológicas superiores de diferente forma, dependiendo de la línea de estudio que sigan sin perder su carácter social. Así Luria (1983) las nombra funciones cognitivas humanas; Benton en 1971 (citado en Luria, 1983), al definir la neuropsicología las llamo funciones cerebrales. Debido a su relación con las neurociencias, en especial con la neuropsicología se ha investigado la ubicación de estas dentro del cerebro humano, para examinar su localización, su funcionamiento, sus posibles lesiones y las consecuencias de estas.

1.1.1.1 Localización de las funciones psicológicas superiores.

En base a sus diversas investigaciones Vigotsky planteo varias hipótesis acerca de la ubicación dinámica de las funciones psicológicas en el cerebro, es así como al cambio y modificación de las relaciones entre de las funciones entre sí lo llamó sistema psicológico y

formuló uno de los principios de la neuropsicología: el principio de la organización sistémica de las funciones psicológicas superiores. Un segundo principio fue: el principio de la génesis social de las funciones psicológicas superiores. Así se planteó otra cuestión: el estudio de los sistemas psicológicos y su destino y llega a la conclusión de que la base cerebral de los procesos psicológicos son los procesos complejos de todo el aparato cerebral, la colaboración compleja de diversas zonas (Vigotsky, 1996).

En su trabajo “La psicología y la teoría de la localización de las funciones psicológicas superiores”, formula tres teorías básicas de la neuropsicología (Luria, 1986):

- Primero, la funciones de lo general y de lo parcial en la actividad cerebral, es decir, cada relación diferente y jerárquica de la actividad integral de los centros del cerebro es representada por una función específica (figura-fondo).
- Segundo, el principio de la organización y la localización dinámica de las funciones.
- La tercera describe el “principio de la nueva localización de las funciones en el cerebro del hombre, en comparación con el cerebro de los animales”, las cuales se encuentran en áreas específicas del cerebro humano (lóbulos frontales y parietales, zonas temporo-parieto-occipital del cerebro).

Luria (1986) concluyó que existían regiones macroanatómicas cerebrales en varias áreas que se relacionan entre sí para el manejo de las funciones cognitivas humanas. De igual manera mencionaba que existían sistemas de estructuras complejos que se auxilian entre sí para el funcionamiento de los procesos cerebrales, estos no están estáticos ni son constantes pero se encuentran en un sistema más complejo.

En la actualidad, se destaca a la corteza cerebral como la ubicación de las más importantes funciones cerebrales. En la corteza cerebral se reúnen los principales cuerpos neuronales que

se encargan de las funciones simples (motoras, sensitivas, auditivas, visuales, etc.) y las superiores. Por lo tanto, las funciones superiores se encuentran integradas en grupos de interconexiones que forman redes de comunicaciones, al contrario de las funciones simples las cuales se encuentran en lugares específicos (Rodríguez, Toledo, Díaz y Viñas, 2006).

Desde un punto más exacto los lóbulos frontales representan un sistema de planeación, regulación y control de los procesos psicológicos (Luria, 1986); se les considera a estos como el centro regulador de cerebro debido a su capacidad de organización, coordinación, selección y supervisión de los procesos cerebrales complejos (Flores y Ostrosky-Solís, 2008).

1.1.2 Instrumentos de mediación de la internalización.

Las funciones psicológicas superiores son mediadas por la cultura, el material que compone la herencia social que rodea al ser humano desde que nace no solo desarrolla los procesos mentales, sino que los altera y modifica. Las funciones psicológicas son definidas por el contexto.

La mediación es uno de los conceptos principales en la teoría histórico-social de Vigotsky y se considera como el “proceso de intervención de un elemento intermediario en una relación” (Robinson, 2012).

El sujeto se relaciona con su entorno gracias a la mediación, ya que, por su simple conocimiento, no tiene acceso directo a los objetos sino, solo a los símbolos que los representan en la realidad (Del Rio y Álvarez, 2007).

Según González (2010), Vigotsky se interesó en elaborar una nueva teoría que explicara detalladamente el proceso cultural del ser humano usando instrumentos, principalmente en el lenguaje, considerado como instrumento del pensamiento. Tomando en cuenta esto, el principal mediador en la creación y en el progreso de las funciones psicológicas superiores es el lenguaje. Este se forma durante el curso de la historia social del sujeto transformando

los signos en estructuras complejas, este permite nombrar objetos, describirlos y relacionarlos.

Apropiándose de los signos de origen social para posteriormente internalizarlos el ser humano entra en contacto con la cultura a la que pertenece (Gutiérrez, Ball y Márquez, 2008).

Vigotsky (1996) indica “el signo siempre es inicialmente un medio de vinculación social, un medio de acción sobre los otros y solo luego se convierte en un medio de acción sobre sí mismo”.

El aprendizaje consiste en la internalización progresiva de los instrumentos mediadores y este va de lo externo a lo interno, de las interacciones sociales a las acciones internas (Luria 1986).

1.1.2.1 Lenguaje.

El lenguaje debido a su uso cumple dos funciones, es el instrumento central de la mediación para la interiorización de las funciones psicológicas superiores y a su vez ejemplifica estas (Mendoza, 2010).

Vigotsky (1979) mencionaba la unión entre el lenguaje y la actividad práctica como el momento cumbre en el desarrollo intelectual de los niños; le otorgaba el valor de “herramienta psicológica”. A continuación, el lenguaje se vuelve racional y el pensamiento verbal.

El lenguaje, se relaciona principalmente en la reorganización de la actividad psicológica; puede cumplir funciones diferentes, en principio una función comunicativa y, luego otra que tiene que ver a la regulación del comportamiento. También sirve como instrumento para provocar efectos en el ámbito social y a su vez volcarse sobre el propio sujeto (González, 2010).

El desarrollo cambia de biológico a socio-histórico, debido a que el lenguaje racional introduce en el sujeto los conceptos que ha elaborado a lo largo de su historia. El lenguaje comienza primero a nivel social, después se vuelve egocéntrico y evoluciona a interiorizado. La comunicación verbal primero sigue las acciones del niño, para después guiar el curso de la acción y ahí comenzar su función planificadora (Mendoza, 2010). De esta forma el lenguaje es primordial para el desarrollo cognoscitivo del niño.

Para Vigotsky es importante el sentido y significado en el desarrollo de la percepción de los niños y las niñas, el uso cognitivo de los signos, las herramientas, la escritura y el juego, ya que, son importantes para la interiorización y apropiación de medio durante los primeros años de vida (Gutiérrez y cols., 2008).

1.1.3 Internalización según Vigotsky.

Según Vigotsky el proceso mental está guiado por la internalización de las funciones psicológicas. La internalización va más allá de apropiarse de la información externa como un modo de modificar lo interno, es lo que lo construye (Vigotsky, 1979). Este proceso está en continuo cambio, no es universal ni independiente del desarrollo cultural. Lo que internalizamos son las formas históricas y la organización cultural con la cual se aplica la información del medio.

A la apropiación gradual y progresiva de una amplia variedad de operaciones de tipo socio-psicológico, formado por las interacciones sociales, se le conoce como internalización (Mendoza, 2010). Este proceso constante de internalización cultural y social cambia y reacomoda consecutivamente la función psicológica de los sujetos sociales.

Vigotsky describe la “ley de la doble formación o ley genética general del desarrollo cultural” como el principal fenómeno de internalización para la preservación, desarrollo y evolución de la sociedad. Esta ley hace referencia a las funciones sociales e individuales en

el desarrollo del infante, surgiendo en primera instancia las interpsicológicas (sociales) y después las intrapsicológicas (individuales) (Vigotsky, 1996).

Por medio de la interacción con las personas más cercanas a ellos, los niños internalizan su cuerpo y sus diferentes partes como aceptadas o rechazadas por medio del lenguaje no verbal, las palabras las actitudes, etc. Al mismo tiempo se internalizan los estereotipos e ideales impuestos por la sociedad (Facchini, 2006)

Los niños aprenden directamente y con ayuda de la gente que los rodea a dar más valor del que merece a su apariencia, es así como desarrollan la idea de que la percepción de los demás establece el trato que reciben y que eso tendrá una relación directa con su vida laboral y social (Larraín, Arrieta, Orellana y Zegers, 2013).

Actualmente los medios de comunicación transmiten ideas y valores que la sociedad internaliza, la delgadez y su sobrevaloración es uno de los ideales que más se inculca y pone a las personas en riesgo de insatisfacción corporal y también de trastornos (Jiménez y Silva, 2010).

1.2 Imagen corporal

De forma general las investigaciones coinciden en considerar que la imagen corporal es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive y se refiere a la configuración general formada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimiento y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Estévez, 2012) tomando en cuenta la percepción subjetiva de las partes del cuerpo, sus proporciones y el movimiento (Ramos, Rivera y Moreno, 2010).

El concepto de imagen hace referencia a la figura, representación, apariencia o semejanza de algo; el término también hace mención a la representación visual de un objeto mediante

técnicas de la fotografía, la pintura u otras disciplinas. Corporal, por otra parte, procede del latín *corporālis* y se refiere a lo perteneciente o relativo al cuerpo, está vinculada a aquello que tiene extensión limitada y que es perceptible a través de los sentidos o al conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo. La idea de imagen corporal suele asociarse a la representación simbólica que una persona hace de su propio cuerpo. Se trata, por lo tanto, de la manera en que cada sujeto se ve a sí mismo (Estévez, 2012).

Según Schilder en 1935, la imagen corporal es la representación mental del cuerpo que cada individuo construye consciente e inconscientemente de sí mismo, este concepto ha servido de base para las investigaciones durante muchos años (Rodríguez y cols., 2010).

En su obra “Imagem do Corpo: energia construtiva da Psique” se refiere a la imagen corporal como el concepto que nuestra mente hace sobre nuestro cuerpo, dividiéndose en tres áreas: la social, la biológica y la libidinosa (Silva, Rabelo, Menezes y Knackfuss, 2008).

Así mismo Le Boulch (en Estévez, 2012) lo definió como el conocimiento inmediato y continuo que tenemos de nuestro cuerpo, en reposo o en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean.

Recientemente la imagen corporal se definió como un constructo psicológico complejo, que se refiere a como la autopercepción del cuerpo genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, que incluye las creencias, emociones, pensamientos y conductas asociadas (Amaya, Álvarez y Mancilla, 2010).

Es un constructo multifactorial en el cual se toman en cuenta, la percepción de los individuos (todas las partes del cuerpo y accesorios), tanto de los propios como lo que se piensa que los demás perciben de uno; los procesos cognoscitivos (sentimientos, pensamientos, y actitudes) y conductas (evitación, camuflaje, comenzar dietas, etc.) (Vázquez, Galán, López, Alvarez, y Mancilla, 2011).

No existe una fecha determinada, ni es algo reciente que la imagen corporal se vea afectada por las suposiciones subjetivas de la mente, durante sus trabajos Charcot observó el comportamiento de una paciente quien utilizaba un lazo rosa en su cintura y ella le explicó que lo utilizaba para asegurarse de no estar ganado peso porque prefería la muerte a estar gorda (Salazar, 2007).

Los estudios acerca de la imagen corporal han ido cambiando; en la década de los setenta y ochenta las investigaciones se basaban en la percepción individual de la imagen corporal, ya en los años noventa el tema central fue la subjetividad que conlleva la evaluación propia y social de la imagen corporal, y las actitudes propias de estas personas (Salaberria, Rodríguez, y Cruz, 2007). Las discusiones entre las personas que se sienten insatisfechas y las que no han sido causa de polémica, es decir, si el bienestar personal depende del peso, o si es la actitud y no el físico lo que produce una ventaja en el medio social.

Las investigaciones en esta área han demostrado que las preocupaciones por la imagen corporal siguen un desarrollo que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia y que los orígenes de estas preocupaciones estarían influidas por actitudes y creencias familiares, experiencias adversas y factores socioculturales.

Las preocupaciones hacia la imagen corporal comienzan en la infancia y siguen desarrollándose en la adolescencia y los inicios de estas son influenciados por factores que proviene de ideales propios y de las personas significativas así como también, las experiencias y normas socialmente aceptados (Facchini, 2006).

1.2.1 Desarrollo de la imagen corporal.

Los bebés hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de

habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial (Murawski, Elizathe y Rutzstein, 2009).

La apariencia física es una de las primeras características por las cuales los niños se describen a sí mismos y a los demás, mientras que la imagen corporal es, posiblemente, la primera característica por la cual los niños perciben una parte de su autoconcepto (De García, Marco y Trujano, 2007).

Niños de entre 5 y 7 años que muestran insatisfacción corporal y una elevada preocupación por su peso, a los 9 años son más propensos a tener conductas restrictivas. En niños de 7 a 8 años el hecho de valorarse únicamente por su talla y apariencia y el tener una baja autoestima podrían ser indicadores de un futuro trastorno alimentario, siendo esta una etapa esencial para la prevención (Facchini, 2006).

Según Papalia (2009), la adolescencia se considera una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, la cual abarca desde los 11 o 12 años hasta los 19 o 20 años, y se caracteriza por cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, los cuales se correlacionan formando así las bases necesarias para una madurez individual.

En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de autoconcepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y la autocrítica, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desarrollo social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo (Salaberria y cols., 2007).

El organismo se encuentra en el mayor periodo de cambios y al mismo tiempo los adolescentes muestran más interés por agradar a los demás y tener una buena apariencia, entre sus amistades y con las personas del sexo contrario. Debido a la transición por la que

pasa su cuerpo y a la inseguridad que esto les provoca, los jóvenes comienzan a tener conductas peligrosas hacia sí mismos. Esto gracias a la comparación social, a la desaprobación y a las críticas que su entorno fomenta (Marrodán y cols., 2008).

Los trastornos o desórdenes alimentarios pueden afectar a personas de cualquier edad, pero son mucho más frecuentes en los adolescentes. Esto se explica porque la adolescencia es un momento de gran vulnerabilidad, donde los jóvenes empiezan a sufrir cambios en el cuerpo y en su vida social. Es el momento donde comienzan la maduración de los órganos sexuales y donde se abre camino a la elección de una pareja, saliendo de la exclusividad de la vida social familiar para introducirse en el mundo universitario, laboral y conyugal. A partir de la adolescencia los modelos sociales comienzan a agregarse a los familiares y aumenta la necesidad de pertenecer a un círculo social (Estevez, 2012).

Todas las fases del ciclo de la vida contribuyen en la imagen corporal, ya que, las actitudes y percepciones negativas son un proceso, no aparecen de un momento a otro, debido a esto y aunque la adolescencia es una etapa de muchos cambios, hay que tomar en cuenta el desarrollo de la insatisfacción corporal en las diferentes etapas (Amaya y cols., 2013).

En la tercera edad, se distinguen un proceso de cambios fisiológicos y perceptivos que afectan la imagen corporal y estética, como consecuencia de la pérdida funcional trayendo consigo transformaciones en la propia percepción de los adultos (Saüch y Castañer, 2013).

1.2.2 Formación de la imagen corporal negativa.

Cuando la imagen corporal está distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos. Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen, pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en este caso, de inexactitud, con que la persona estima sus dimensiones corporales. La segunda, denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las

cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción–insatisfacción con el mismo (Gómez, Sánchez y Mahedero, 2013).

En el concepto de Imagen Corporal no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos. Bruch fue en 1962 la primera autora en reconocer la importancia de la Imagen corporal en los trastornos alimenticios y otros de personalidad (Rodríguez y cols., 2010).

Bruch describió tres síntomas claves que para ella tenían una significación causal (Behar, 2010):

1. Alteración de proporciones con ideas falsas en la imagen y concepto corporal.
2. Alteración en la exactitud de la percepción (o de la interpretación cognitiva) de los estímulos que surgen del cuerpo.
3. Sentimiento paralizante de ineficiencia.

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento (Salaberria y cols., 2007). Estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

1.2.2.1 Factores predisponentes.

Sociales y culturales.

Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la mentira sobre la manipulación del peso y del cuerpo) (Facchini, 2006).

Toro señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente (Murawski y cols., 2009).

Hoy en día, una de las imposiciones culturales más dañinas es el mandato de satisfacer el ideal de delgadez extrema como vehículo de aceptación y popularidad social, lo que está impulsando a gente cada vez más joven al circuito de la restricción alimentaria. Muchos chicos/as entre los 12 y 26 años manifiestan su insatisfacción con su propio cuerpo y se sienten culpables de comer aun cuando lo hagan en porciones saludables (Trujano y cols., 2010).

Modelos familiares y amistades.

El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable (Escoto y Camacho, 2008).

La influencia de la madre refiere un factor predisponente de gran importancia; se observa que las mujeres con amigas o madres que siguen dietas son más propensas a sufrir trastornos alimentarios. Aunque no existen causas directas para los trastornos de la alimentación, se puede confirmar el papel de los estereotipos de género, considerando el hecho de que el 90% de los casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria se dan en mujeres. Al mismo tiempo, se ven reforzadas las conductas debido a las burlas por parte de otros niños (en ocasiones motivo de acoso escolar). La interacción e intercambio de opiniones e información de los niños y niñas con sus semejantes sobre temas de peso, dietas y alimentación. (Estévez, 2012)

Características personales.

Las situaciones y experiencias vividas que afectan la estima de las personas, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos (Facchini, 2006).

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos. (Salaberria y cols., 2007)

Desarrollo físico y feedback social.

Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad (Ramos y cols., 2010).

Otros factores.

La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc., sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física (Larrain y cols., 2013).

1.2.2.2 Factores de mantenimiento.

Se debe a la continua aparición de un suceso activante, por ejemplo, la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar (Amaya y cols., 2013)

La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las

preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno (Salvador, García-Gálves, y De la Fuente, 2010).

1.2.3 Consecuencias.

En las investigaciones sobre los problemas de la imagen corporal que van de la mano con los trastornos alimentarios en niños y jóvenes, destacan una serie de factores críticos y manipulables. Por un lado, los biológicos como la edad, el sexo, la etnia y el Índice de Masa Corporal (IMC). Por otro, los culturales y psicológicos, como el autoconcepto, la autoestima, y el papel predominante de los familiares y semejantes, que son los que delimitan el entorno de relaciones sociales del individuo (Trujano y cols., 2010).

En este contexto, destaca también la importancia de variables sociales como las normas de belleza de cada momento en una época, las exigencias de la moda, las presiones asociadas al rol de género, el grupo al que perteneces y/o la necesidad sobre todo en niños y adolescentes de formar parte a alguno (Jiménez y Silva, 2010). Para ellos es muy importante el cómo los ven los demás, y que los acepten, algunos harán cualquier cosa para lograrlo y no ser excluidos ya que esto les generara tristeza, desilusión y frustración.

En el siglo XXI a las mujeres se les sigue tomando en cuenta y valorando más por su físico que por sus capacidades intelectuales al grado de que son tomadas como instrumentos de seducción y acoso sexual. En los hombres no es diferente la necesidad de una buena imagen, ya que los estereotipos que se presentan en la televisión o en las revistas de hombres más estéticos ha hecho que entren en el mercado de depilaciones, compra de ropa, perfumería productos cosméticos y el tan indispensable gimnasio; la consecuencia en ambos es una distorsión de la imagen corporal y comenzará a pensar que el autoestima depende del aspecto físico externo (Salvador y cols., 2010).

Dichos sentimientos pueden manifestarse a diferentes niveles:

a) El malestar normativo con la imagen corporal se refiere a cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia algún rasgo de la apariencia física, pero no afecta la vida cotidiana del individuo, ya que se le considera una molestia normal.

b) La insatisfacción corporal se define como la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, o incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

1.3 Insatisfacción corporal

Según Salazar (2007), la insatisfacción corporal es una condición común en la sociedad actual, pues se caracteriza por glorificar la salud, la belleza y la juventud. El anhelo por conseguir un cuerpo delgado puede provocar un gran trastorno emocional e interferir en la vida diaria, especialmente, de mujeres y adolescentes; lo anterior, a causa en parte por los medios de comunicación, la publicidad, la presión social y la imitación.

Al mencionar que existe una alteración de la imagen corporal es necesario especificar, que aspecto de la imagen corporal estamos considerando alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo (Estévez, 2012)

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de desórdenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en adolescentes. Ya que para esta población la apariencia está más centrada en el autoconcepto y en la evaluación de los demás (Larrain y cols., 2013).

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal. Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir en un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres (Salaberria y cols., 2007).

Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica (Etkoff, Orbach, y Scott, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (2014) ha resaltado que la adolescencia es clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Ha manifestado su preocupación por que, recientemente, se ha encontrado que los cambios radicales en las condiciones sociales tienen profundos efectos en la salud de este grupo etario; uno de estos cambios está asociado con los hábitos alimenticios. Es así, como algunos trastornos de la adolescencia se empiezan a tratar como “fenómeno social”, resaltando la ascendencia de los aspectos sociales sobre el individuo, sin negar los enfoques médicos y psicológicos.

Alatriste en 2006 señala en *Perspectiva de género y trastorno de la imagen corporal* que tras la insistencia en la sociedad actual por una imagen corporal delgada, no sólo hay valores culturales, sino dimensiones económicas. El consumo se ha proyectado en el cuerpo humano, valorándose este, predominantemente, por la belleza. Una imagen física atractiva es una condición de la vida social moderna, forma parte del proceso de producción. Por consiguiente, lo bello ha sido utilizado para fomentar el mercado, convirtiéndose en una norma (Trujano y cols., 2010).

El concepto de belleza se ubica dentro de las corrientes socioculturales históricas, dentro de la producción capitalista y la cultura racionalista y analítica (maximización de los beneficios). Así, la belleza se define en virtud de una norma estética, un criterio ideal, como un ajuste a patrones abstractos y rígidos y no a una moral tradicional donde se percibe la belleza como lo auténtico y lo singular (Larrain y cols., 2013). Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado “tubular” (andrógino) (Salazar, 2008).

En los últimos decenios, el modelo estético corporal delgado se refleja constantemente en los medios de comunicación de masas. Se ha investigado ampliamente su influencia sobre ciertas enfermedades como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, entre estos la anorexia, de la cual uno de los síntomas principales es la alteración de la percepción de la forma y del peso corporal (Jiménez y Silva, 2010).

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR) el Trastorno Dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma (Salaberria y cols., 2007).

Toro y Vilardel citado por Salazar (2007), estudiaron la publicidad pro adelgazamiento incluida en 10 revistas femeninas españolas, las cuales constituían alrededor del 80% de todas las leídas por la población femenina durante los meses de mayo de 1984 y 1985. Analizaron todos los anuncios aparecidos en esas revistas y seleccionaron, los que de manera textual o

por imágenes de mujeres jóvenes delgadas, incitarán al uso o consumo de productos destinados a adelgazar o hicieran deseable el adelgazamiento. Los resultados obtenidos demostraron que casi uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público predominantemente femenino invitan directa o indirectamente a perder peso o a ser deseable un peso bajo. Asimismo, observaron como en los anuncios se presentaba un cambio significativo en las razones para invitar a la pérdida de peso: el 55% de los argumentos pro adelgazamiento eran estéticos y sólo el 19% estaban relacionados con la salud, es decir, vende más la motivación estética que la sanitaria.

El género femenino es más vulnerable a desarrollar Trastornos de la Imagen Corporal, la explicación más aceptable hacia esta teoría es el alto nivel de presión que se ejerce sobre la valoración de estética de ellas en comparación con la de los hombres (De García y cols., 2007).

En este sentido, diversos estudios indican que las chicas presentan una mayor insatisfacción con la imagen corporal, evalúan negativamente su apariencia y muestran mayor miedo a “estar gorda” o ganar peso. De igual forma, las mujeres tienen mayor preocupación por su cuerpo y su imagen, son más críticas con sus cuerpos y están más involucradas que los hombres en la apariencia física (Salazar, 2008).

En el 2004 la marca de cosméticos DOVE hizo un estudio publicitario llamado “La verdad sobre la Belleza”, en el cual fueron recaudadas las opiniones de mujeres acerca de su belleza, de lo que las hacía sentirse bien y como se sentían y se veían a sí mismas, la razón encontrar el significado de la belleza para las mujeres actuales. El estudio fue realizado en diez países diferentes, a 3,200 mujeres de diferentes edades. Se demostró que el concepto de imagen corporal que las mujeres tienen es poco frecuente que se reflejen en los medios de comunicación, que la palabra belleza se ha convertido en sinónimo de atractivo físico y que

es gracias a estos “inalcanzables” significados que las mujeres difícilmente se sienten hermosas, esto contribuye a la infelicidad y a la baja autoestima (Etcoff y cols., 2004).

En años recientes se ha incrementado el interés por medir las actitudes y conductas de estudiantes de primaria y secundaria con relación a su peso, su figura y su alimentación. Se considera que existen tres razones para ello (Gómez y cols., 2013):

- Primero, el surgimiento de la anorexia nerviosa (AN) y de la bulimia nerviosa (BN) se ubica en la preadolescencia.
- Segundo, existe evidencia de que la insatisfacción con la imagen corporal y la dieta son prevalentes entre estudiantes de secundaria y más aún, los niños de primaria pueden mostrar señales de alteraciones alimentarias.
- Tercero, documentar el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias alteradas en edades tempranas puede ayudar a identificar los casos en riesgo y a mejorar las estrategias de intervención. Por ejemplo, los niños de 5 años ya conocen las consecuencias negativas de tener una apariencia obesa.

También el origen y desarrollo de la autoestima en la preadolescencia parece estar relacionada con la causa de los trastornos de la imagen corporal (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010).

1.4 Efectos de la imagen corporal en los trastornos alimenticios

Investigaciones recientes han demostrado que a partir de los 7 años los niños ya comienzan a preocuparse por su imagen corporal y tiene problemas con sus conductas alimentarias. También se ha demostrado que conforme aumenta la edad y se acercan a la adolescencia se someten más a los estereotipos y su autoestima disminuye; asimismo, que el 39.85% de las

niñas y el 34.5% de los niños prefirieren una figura ideal más delgada que la que tienen en ese momento (De García y cols., 2007).

En México, se ha encontrado que 19% de niñas y 18% de niños de quinto y sexto grado de primaria (M = 10.8 años de edad) realizan dietas con la intención de perder peso (Escoto y Camacho, 2008).

Las niñas de entre 11 y 14 años se ven más influenciadas por la percepción de su imagen y con frecuencia cuidan lo que comen, descuidan sus comidas, controlan su peso y talla; y también dicen sentirse mal con su aspecto y tener miedo a engordar (De García y cols., 2007).

En un estudio realizado por Vázquez, López, Álvarez, Mancilla, y Ruiz en 2006 con varones de 10 años de edad, se encontró que el 20% de los participantes tenía un riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, ya que rebasaron el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT) (Escoto y Camacho, 2008).

En 2004 se hace una evaluación del Modelo de Influencia Tripartita (MIT), el cual propone que la imagen corporal y los problemas alimenticios son influidos por la presión de pares, padres y de medios de comunicación a través de los mecanismos de comparación e internalización. Para realizar la evaluación, cuentan con un grupo de 325 mujeres con edades entre los 11 y 15 años estudiantes de sexto, séptimo y octavo año en un colegio de Florida. Determinaron como el MIT es adecuado y útil para entender el proceso que predispone a las mujeres a desarrollar perturbaciones de la imagen corporal y desórdenes alimenticios (Salazar, 2007).

Siguiendo esta línea los estudios recientes han demostrado que la edad en que se presenta este problema es cada vez menor, por ejemplo, en España participaron niños y niñas de 8 a 12 años, para demostrar que existía una relación entre edad y autoestima, es decir, conforme aumentaba la edad, la autoestima corporal disminuía (De García y cols., 2007).

En estudios hechos sobre los hábitos alimentarios y físicos de personas que asisten a gimnasios y al mismo tiempo tiene alguna modificación en su alimentación, concluyen que estas modifican sus costumbres por estética y no por salud (Ramos y cols., 2010).

Capítulo 2. Conductas alimentarias anómalas

La teoría del desarrollo es el punto central en los estudios realizados por Vigotsky (1979), en la cual contrasta “el desarrollo normal” con el “desarrollo anormal”. El desarrollo normal es lo que se da comúnmente dentro de una sociedad, hablando de espacio, tiempo y cultura. El desarrollo anormal serían las características que impiden un desarrollo normal, y al no ser resueltas tienen como consecuencias trastornos que dificultan una interacción estable.

Para dicho autor el desarrollo sea normal o anormal es desarrollo y por lo tanto se concibe de la misma forma, es decir, por medio de dos características: la cultural y la natural. La línea de desarrollo natural está determinada por lo biológico y la de desarrollo cultural por la internalización de las conductas aprendidas de las interacciones con otros seres humanos dando origen a las funciones psicológicas superiores.

Hablando del desarrollo anormal y siguiendo la línea del desarrollo cultural es prudente mencionar el deseo de tener un cuerpo delgado o musculoso como producto de las creencias socialmente aceptadas, en donde la consciencia y la interiorización del ideal corporal son dos indicadores del efecto de los factores socioculturales.

En investigaciones que han evaluado al mismo tiempo la consciencia y la interiorización se resalta que esta última es el principal y mejor predictor de problemas con la imagen corporal y la conducta alimentaria; incluso se ha sugerido que la consciencia antecede a la interiorización (Amaya y cols., 2013).

Es por ello que la interiorización del ideal corporal ha recibido mayor atención en el estudio de la insatisfacción corporal y la conducta alimentaria anómala. Ejemplo de esto es el estudio de Knauss y colaboradores quienes evaluaron la importancia del ideal corporal en el desarrollo de la insatisfacción corporal en hombres (n=819) y mujeres (n=791)

adolescentes, hallando que la interiorización es un importante predictor de la insatisfacción en mujeres, pero no en hombres (Amaya y cols., 2013).

Mencionan también que las mujeres están expuestas en mayor medida al ideal de delgadez, a través de los medios de comunicación, en comparación con los hombres. Así como también que la interiorización puede ser intermediaria del efecto de las influencias socioculturales sobre la insatisfacción corporal o la sintomatología de bulimia nerviosa (Larrain y cols., 2013).

En el mismo año, se investigó la presencia de la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, en 48 mujeres de entre 34 y 46 años de edad; a manera de conclusión, los autores afirman que más de la mitad de la muestra había interiorizado el ideal de delgadez (Gómez y cols., 2013).

La exposición a las imágenes corporales que se transmiten en los medios de comunicación origina la consciencia del ideal corporal y en algunos casos la interiorización del ideal corporal. La diferencia entre estos dos conceptos es que algunas personas pueden reconocer las normas sociales sobre el ideal de belleza dominante en un determinado momento y no realizar alguna conducta para alcanzarlo, a lo cual se le ha denominado consciencia del ideal corporal; mientras que otras personas pueden no solo reconocer dicho ideal, sino además adoptarlo como propio y realizar conductas para alcanzarlo, a lo cual se le conoce como interiorización del ideal corporal (Jiménez y Silva, 2010).

Algunas investigaciones afirman que los medios de comunicación se consideran el principal transmisor y facilitador para alcanzar el estándar corporal socialmente aceptable, el cual es aceptado por las amistades y los padres (Álvarez, Nieto, Mancilla, Vázquez, y Ocampo, 2007).

En la actualidad, la generalización de la insatisfacción corporal ha desencadenado campañas que tienen la finalidad de vender o dar a conocer productos y métodos para modificar la apariencia física, de tal forma que hoy en día cualquier persona, independientemente de su edad o su sexo, utilice innumerables métodos para alterar su imagen corporal, siendo las conductas alimentarias anómalas la práctica más frecuente; ejemplo de ellas son: la restricción alimentaria, los ayunos, el uso de laxantes o diuréticos, entre otras, las cuales también han contribuido al desarrollo o mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Amaya y cols., 2013).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos psicológicos que se caracterizan por presentar anomalías en las actitudes y los comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, alteraciones psicológicas, distorsión en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad (DSM-IV-TR, 2000).

El constructo peso ha sido considerado como la base en el diagnóstico de los TCA. Estévez (2012), opina que el problema no es el peso en sí, sino las actitudes y creencias que se tengan sobre él, así como la necesidad de dominarlo y reducirlo. Establecer límites para la población clínica y la población no clínica, se entorpece debido a que se toman como principales criterios el peso y las conductas alimentarias. Otra característica que explica el desacuerdo en los criterios utilizados es la sobrevaloración del ideal de delgadez, ya que, en base a esta se evalúa la gravedad del trastorno, dejando a un lado la construcción mental de la imagen corporal y las consecuencias de una errónea formación.

La imagen corporal, que tiene un papel fundamental en los TCA, se ha definido como una representación mental del cuerpo, resultado de las actitudes, las conductas, los sentimientos y las valoraciones que se hacen del mismo (Amaya y cols., 2010).

Se entiende por trastornos de la imagen corporal básicamente a la existencia de una preocupación e insatisfacción con el cuerpo que no se ajusta a la realidad, ocupa la mente con intensidad y frecuencia, y produce un malestar que obstruye negativamente la vida (Salaberria y cols., 2007).

Aunque la mayoría de las personas están inconformes con alguna parte de su cuerpo, dicho descontento no afecta sus actividades cotidianas, a lo cual se le ha reconocido como malestar normativo. Sin embargo, para otras personas el malestar con su imagen corporal desencadena conductas nocivas para la salud con la finalidad de modificar su apariencia; esto se ha identificado como insatisfacción corporal (Behar, 2010).

La insatisfacción de la imagen corporal en los trastornos alimenticios aparecen de manera global, con preocupaciones centradas en el peso o el tamaño del cuerpo, y de manera específica, en las partes relacionadas con el aumento de grasa y con el interés social y sexual como la cintura, muslo, cadera y nalgas (Estévez, 2012).

La insatisfacción corporal se considera el principal precursor y sustentador de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La base de estos trastornos encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal, de un miedo intenso a la obesidad y de un interés excesivo por el control de la dieta (Escoto y Camacho, 2008).

Las personas que tienen como meta llegar a un ideal de delgadez se ayudan mediante conductas específicas como por ejemplo intenso ejercicio físico, el uso de laxantes y purgas, la evitación de situaciones que las pongan en evidencia, realización de dietas. Y mediante creencias por ejemplo, necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones. Cuando ya se habla de seguir un

programa para el tratamiento de TCA, se estabilizan primero las conductas alimentarias y el peso; la insatisfacción corporal es la característica que está más arraigada debido a que acompaña a la persona en todo momento y es de las causas principales para las recaídas y mal pronóstico (Salaberria y cols., 2007).

Existen dos sistemas de clasificación para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 2008), correspondiente a la versión en español de la ICD, por sus siglas (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el CIE-10 en el apartado de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, se encuentran: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia nerviosa, Anorexia nerviosa típica, Bulimia nerviosa, Bulimia nerviosa atípica, Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, Vómitos en otras alteraciones psicológicas, Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de la Conducta Alimentaria sin Especificación.

Otro sistema de clasificación es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR, 2000) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, o APA) en el cual se contempla el Trastorno de Conducta Alimentaria, dentro de los cuales se ubica: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

Para este trabajo se utilizara el sistema de clasificación DSM-IV-TR debido a que las categorías que se utilizan son más precisas y se encuentran datos empíricos y relacionados con el tema.

2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria en el DSM-IV-TR

Según el DSM-IV-TR (2000) los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa. En esta sección se incluye también la categoría de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

2.1.1 Anorexia Nerviosa.

Según la Real Academia Española (2001) el termino anorexia proviene del griego, *ἀνορεξία* que significa inapetencia, y se le llama a la falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave.

Se trata de un Trastorno de la Conducta Alimentaria que consiste en la pérdida de peso causada por el propio enfermo hasta inducirse a un estado de inanición. El termino real de anorexia es “pérdida de apetito” aunque este no describe a las personas diagnosticadas, ya que, ellas siguen sintiendo hambre pero rechazan la comida. Existe una alteración en la imagen corporal de estas personas, descrita como una desconexión entre la realidad de la forma, el estado de su cuerpo y de cómo ellas se ven, en conclusión una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo (Estévez, 2012).

Hay ciertos desacuerdos en cuanto a la aparición de la Anorexia nerviosa como tal, ya que algunos investigadores afirman que los Trastornos de las Conductas Alimentarias han existido desde la antigüedad, y otros, mencionan que debido al significado real de la palabra, no concuerda con el sentido actual de rechazo a la comida. Otra razón por la cual la anorexia

nerviosa no es la misma que en la antigüedad, es debido a que el ayuno antes tenía un sentido religioso y no por seguir los estándares sociales de belleza como en la actualidad (Diez, 2005)

Una definición que coincide con el sentido actual de la anorexia nerviosa sería: conducta en la cual se observa la evitación total o parcial de la comida, por pensar que se encuentra en un estado de obesidad extremo, aunque en realidad se encuentre en un peso menor al que corresponde (Jiménez, 2006).

Diez (2005) menciona que el origen de la anorexia está en la moda occidental de la cultura de la delgadez. Esta se refuerza a cada instante debido a los mensajes de los medios de comunicación, al aumento de las conductas consumistas de la sociedad relacionadas con los modelos estéticos, moda, belleza y al éxito social que estas reciben.

La dieta de las personas con anorexia es limitada y continuamente se va haciendo más hipocalórica, reducen los alimentos que consideran “que engordan”, como las grasas y los hidratos de carbono. Comienza a ocultar ante su familia su rechazo hacia la comida, usa pretextos para evitar comer, tira la comida, mal come o la esconde. Modifican también sus hábitos alimenticios en la mesa comen con las manos, lentamente, sacan la comida de la boca, para finalmente expresar que comieron gran cantidad de alimentos. La limitación en la alimentación provoca estreñimiento y con esto se presenta el uso de laxantes, que ayuda al organismo en el tratamiento de este, pero a su vez, lo vuelve dependiente y proporciona a los pacientes la idea de limpiar su cuerpo de los alimentos que llegaron a consumir (Jiménez, 2006)

Existe cierta inconsistencia en los estudios sobre imagen corporal, ya que se han encontrado que las personas que padecen anorexia presentan sobre-estimación del tamaño de su cuerpo, pero también, en esta misma población existen algunas que presentan sub-estimación. Esta última característica se ha encontrado en población normal, que sirve para

realizar comparaciones dentro de las investigaciones; y se ha observado una relación entre la edad y la sobre-estimación de la imagen corporal, es decir, a menor edad, mayor sobre-estimación (Estévez, 2012).

2.1.1.1 Características diagnósticas según el DSM-IV-TR.

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito).

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. Estos valores límite son sólo una ayuda para el psicólogo o psiquiatra, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el psicólogo o psiquiatra debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a

unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso per se.

Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

2.1.1.2 Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2.1.2 Bulimia Nerviosa.

El término bulimia proviene del griego βουλιμία, de βούλιμος, muy hambriento, y significa, ganas desmesuradas de comer, que difícilmente se satisface (RAE, 2001).

Los atracones han sido una costumbre desde hace miles de años, como muestra de festejos, logros o como ejemplo de gran opulencia dentro de la sociedad. En la antigüedad después de un gran periodo de cacería, se hacía uno o dos días de banquetes, en donde las personas podían comer y beber en abundancia, para acumular grasa que les sirviera en los días de carencia de alimentos (Estévez, 2012)

2.1.2.1 Características diagnósticas según el DSM-IV-TR.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del

malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo.

Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

2.1.2.2 Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa (307.51).

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

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

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

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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

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

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

Especificar tipo:

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

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

2.1.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

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

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

2.2 Trastornos alimenticios y estadísticas.

Estadísticas mundiales

Los trastornos mentales resultan un serio problema de salud pública, con un alto costo, afectan a personas de cualquier edad, sexo, nivel socio-económico y cultural. La salud mental en términos epidemiológicos afecta aproximadamente a 12% de la población mundial y hasta 28% de años vividos con discapacidad, así como también es una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio (OPS/OMS, 2011)

Aproximadamente en el planeta 7 de cada 1.000 mujeres y 1 de cada 1.000 hombres sufre algún trastorno alimenticio (BBC, 2011). La OMS calcula que en el mundo al menos 1% de los adolescentes y adultos jóvenes sufre anorexia y otro 4.1% de bulimia. Se estima que de la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria del 5 al 13% presenta algunas conductas parciales (Poy, 2010).

Dentro de la población del occidente del mundo un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal. Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres (Salaberria, 2007).

Los trastornos alimenticios con frecuencia no reciben tratamiento, se ha encontrado que menos del 13% de los adolescentes con trastornos alimenticios reciben tratamiento. Las

consecuencias a esta acción son graves, ya que, las investigaciones demuestran que los individuos con anorexia tienen una tasa de mortalidad 18 veces mayor que sus compañeros que no sufren un trastorno de la alimentación (Brownell y cols., 2011).

Estadísticas en México

Datos revelados por el informe sobre salud mental en México elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2011) mencionan que, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio. Señala que el 50% de los trastornos mentales comienza antes de los 21 años de edad.

Así mismo, resalta la poca atención en escuelas de nivel medio y superior, debido a que solo cuentan con psicólogos escolares que realizan actividades de promoción y prevención en salud mental, sin que tengan alguna capacitación adecuada.

En México más de cuatro millones de personas padecen bulimia o anorexia, según informes de la Fundación Ellen West, un centro para el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En el caso de las adolescentes, la anorexia es la tercera enfermedad más frecuente tras el asma y la obesidad. Y aunque la edad promedio en las personas empiezan a sufrir trastornos alimentarios es 17 años, entre los 6 y 9 años el 50% de las niñas y el 30% de los niños han modificado sus hábitos alimenticios para bajar de peso. El proceso de recuperación, tanto de la bulimia como de la anorexia, suele ser largo y lento, ejemplo de esto es que el 30% de los anoréxicos tienen una recaída tras aparentemente haberse recuperado y necesitan una nueva terapia. Se estima que un 50% se recuperan completamente y entre un 30% y 40% logran tener una vida normal (BBC, 2011).

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en su Guía de Trastornos Alimenticios (2008:), menciona:

“Aunque los trastornos alimenticios se padecen individualmente y tiene causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y los orígenes de los trastornos alimenticios; son, por lo tanto, multicausales. Además, su expansión social los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor. La prevalencia de la anorexia entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza 3%. La población más vulnerable son las mujeres adolescentes. Algunos datos del incremento de consulta por trastornos alimenticios de su distribución por sexo, son indicativos de su expansión en nuestro país.”

Cabe mencionar que la Guía de Trastornos Alimenticios emitida por la Secretaría de Salud está en su tercera edición, misma que fue emitida en el año 2008 y sigue manteniendo las cifras que se recolectaron entre 1992 y 2003. Esto evidencia la falta de registros y de datos actuales en las dependencias de gobierno encargadas de la salud, y aunque existen dependencias exclusivas para salud mental, estas no cuentan con la información que pueda ser consultada por los especialistas interesados en el tema, ni con cifras que evalúen el estado de este trastorno en el país.

En un artículo de Noticieros Televisa llamado “Trastornos alimenticios en México: estadísticas” (2014), señala que los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años, en 95% de los casos la anorexia y bulimia se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta.

Se estima que el 90% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres. Cada año se registran 20 mil casos de anorexia y

bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos oscila entre los 14 y los 17 años. En la población universitaria, entre el 19% y el 30% de las mujeres presenta algún tipo de trastorno con conductas de bulimia y anorexia por su obsesión sobre su imagen corporal, sin tener el resto de los síntomas. El 62% de las mujeres deportistas como gimnastas olímpicas, bailarinas de ballet o patinaje a nivel profesional padecen un desorden alimenticio. El 57% de los adolescentes enfermos pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; el 40% presenta una curación total, mientras que el 3% de los adolescentes fallecen antes de empezar algún tipo de tratamiento.

Mencionan también que en la última encuesta, realizada por la Secretaría de Educación Pública, los resultados arrojaron que el 25% de las mujeres encuestadas de entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar; uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso; el 28.8% de las mujeres encuestadas y el 18.6% en el caso de los varones, han tomado pastillas para bajar de peso y el 24% de los encuestados, lo ha hecho en los últimos 3 meses. Una de cada 10 personas encuestadas entre hombres y mujeres han vomitado para bajar de peso; así como, el 11.3% de las mujeres encuestadas y el 6.2% en varones, han tomado diuréticos para bajar de peso, mientras que el 13.5% en mujeres y el 7% en hombres, confesaron tener prácticas bulímicas para perder peso.

Estadísticas en el Estado de Guerrero

En el Estado de Guerrero no se cuenta con publicaciones ni cifras que den una idea de la población que sufre Trastornos de la Conducta Alimentaria, y aunque, en el Estado se tienen ciudades turísticas reconocidas internacionalmente, el hecho de que se encuentre entre los estados más pobres del país, genera una confusión entre las personas que deciden dejar de comer por cuenta propia y las que no tiene que comer; recordando cómo se mencionó

anteriormente, que la mayoría de los centros de atención están en las ciudades más grandes. En este sentido se piensa que la investigación y tratamiento de estos trastornos no son tan importantes como la atención de la población de escasos recursos, cayendo en un grave error ya que este tipo de padecimientos no discriminan estados socioeconómicos, género, edad ni creencias.

Tomando en cuenta que en Guerrero la mayoría de la población son adolescentes y que los medios de comunicación, por medio de la tecnología llegan a todos los lugares, es preciso hacer conciencia de las consecuencias de una mala internalización de los estereotipos sociales.

Capítulo 3. Predicción y medición de las conductas alimentarias anómalas, debido a la internalización de la imagen corporal

3.1 Psicometría y predicción

Entre el siglo XIX y el XX en su afán de ser reconocida como ciencia la psicología influenciada por la ideología positivista trata de cambiar las suposiciones, por la experimentación, el cálculo y la medición, para así poder prevenir y predecir hechos y acontecimientos por medio del método cuantitativo. En otras palabras intentaban darle a la psicología objetividad, comparabilidad, comunicabilidad y verificabilidad (Braunstein, Pasternac, Benedito y Saal, 1982)

Hablando de objetividad como una característica necesaria dentro de la psicología para emitir un juicio evitando las opiniones personales y, así, llegar a conclusiones sin arbitrariedad. Comparabilidad en las conclusiones obtenidas en distintos momentos. Comunicabilidad usando un lenguaje universal para que puedan ser comprendidos por cualquier persona. Y por último verificabilidad de las conclusiones.

3.1.1 Psicometría.

La psicometría es la disciplina que se encarga de medir los fenómenos psíquicos (RAE, 2013).

Por medio de la psicometría se trata de garantizar que los instrumentos de medición cuenten con las normas científicas para su uso. Abarca los métodos, técnicas y teorías relacionadas con el cálculo de las variables psicológicas, elaborar las bases para que las mediciones se realicen de manera apropiada, así como también, investigar los parámetros

necesarios para los procesos psicológicos. Su objetivo es aportar modelos para convertir los fenómenos psíquicos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos y poder evaluarlos dentro de una base de datos (Pasquali, 2009).

3.1.1.1 Medir.

Según Gloria Benedito (1982:161) medir es: “asignar números a objetos o acontecimientos de acuerdo con ciertas leyes. El proceso según el cual el hecho se vuelve número”.

Es por medio de reglas precisas y rigurosas que se pueden cotejar objetos con escalas o unidades de medidas, con la finalidad de saber cuántas veces el resultado se encuentra en la unidad de medida. El proceso de medición está caracterizado por: un instrumento o escala de medición, en la psicología serían los test mentales; una técnica de medición que contenga las instrucciones para el uso correcto del procedimiento; el sistema numérico; cumplimiento de la regla del isomorfismo, que nos habla de la correspondencia entre las características a medir y el significado del número dado para que la medición tenga validez. Y por último la interpretación de los datos obtenidos de la medición (Braunstein y cols., 1982).

3.1.1.2 Test psicológicos.

Como se mencionó anteriormente para el proceso de medición es necesario un instrumento que realice la comparación del objeto con la unidad de medida, en la psicología se utilizan los test o pruebas mentales. Y así por medio de ellos dejar a un lado las suposiciones y aproximaciones por evaluaciones exactas y objetivas de la conducta (Braunstein y cols., 1982).

Para Pierre Pichot test mental es una situación experimental estandarizada, que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística con la de otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado ya sea cuantitativa o tipológicamente. (Citado en Braunstein y cols., 1982: 180)

Los test psicológicos se utilizan para cuantificar las diferencias entre las personas y sus conductas en diferentes momentos. Son herramientas objetivas y estandarizadas, que miden las reacciones de los individuos a través de una muestra significativa de la población (Anastasi y Urbina, 1998).

Clasificación de pruebas.

Según Aiken (2003) existe una gran variedad de clasificaciones para las pruebas (véase Tabla 1) dependiendo de la forma de elaboración, según la forma de aplicación, su contenido, la forma en que se califican, su uso, etc.

Tabla 1

Clasificación de las pruebas psicológicas según Aiken.

Categoría	Clasificación	Características
Contenido o Proceso	Cognoscitivas	Miden el desempeño mental. Se les llama pruebas de habilidad y se dividen en pruebas de rendimiento (miden los conocimientos que ya tiene el individuo) y de aprovechamiento

		(miden los conocimientos que el individuo puede aprender a futuro).
	Afectivas	Se utilizan para medir rasgos, personalidad, estados de ánimo, etc. Utilizan la observación e imágenes proyectivas.
Administración	Individuales	Se aplican a una persona a la vez. Para mantener un control sobre la aplicación de la prueba, debido a la confidencialidad o al rapport.
	Colectivas	Se aplican en grupos de personas. Facilita la rápida aplicación, pero la forma de calificación tiene que ser igualmente estricta.
Tiempo limite	Velocidad	Tienen un tiempo límite de aplicación y los reactivos que contiene no son de gran dificultad
	Potencia	El tiempo de aplicación es más extenso y los reactivos son de mayor dificultad.
Tipo de material	Verbales	Los reactivos son verbales o lingüísticos.
	No verbales	Los reactivos utilizan material manipulable (rompecabezas, figuras, estructuras, etc.)
Tipo de respuesta	Verbales	Las respuestas son orales o escritas.
	De ejecución o no verbales	Las respuestas se basan en armar estructuras, manipular objetos etc.

Calificación de una prueba	Objetivas	Las normas de calificación son precisas y las mismas en cualquier momento de la aplicación de una prueba.
	No objetivas	No existen normas para calificarlas, son subjetivas y a criterio de la persona que califica.
Procedimiento de construcción.	Estandarizadas	Estas están hechas por expertos en la elaboración de pruebas que hacen investigaciones sobre los ítems y la población a la que se le aplicara; elabora normas de administración y calificación; y, analiza los datos obtenidos para interpretarlos de forma correcta.
	No estandarizadas	No existe ningún estudio ni investigación sobre la elaboración, aplicación, calificación o interpretación de dichas pruebas.

La Tabla 1 muestra una elaboración propia a partir de Aiken (2003). Las pruebas psicológicas pueden ser clasificadas dentro de una o varias categorías dependiendo del objetivo que se busca.

3.1.1.3 Estandarización.

Benedito (1982:180) “estándar es lo que se ajusta a un modelo o patrón único”. Es necesaria la estandarización de las distintas variables; las dependientes que se refieren al test mismo, es decir que los ítems deben ser los mismos para todos los sujetos a los que se les administra. La forma de aplicación, al instruir el método o explicación para resolverlo. La

forma de evaluar, reduciendo la interpretación subjetiva del evaluador. A su vez, es requerida para acotar y observar la variable(s) dependiente(s) que se busca medir con el test (Braunstein, 1982).

El proceso de estandarización supone un trabajo exhaustivo teniendo como objetivo la uniformidad en todos los procedimientos de una prueba. Se elaboran manuales con indicaciones constantes para cada aplicación los cuales incluyen: instrucciones claras y precisas sobre el objetivo de la prueba, el espacio adecuado, el tiempo suficiente y el material necesario; en las instrucciones orales se expone el motivo de la aplicación prueba, la confidencialidad, el uso de los resultados, controlando, el volumen de la voz, la velocidad, las pausas, los gestos corporales y la resolución de dudas.

La población a la que se le aplica es seleccionada cuidadosamente, controlando edad, sexo, posición socio-económica, religión, etc., dependiendo de las características necesarias para aplicación. Esta muestra tendrá que ser numerosa y significativa, debido a que representa toda la población que se pretende dirigir la prueba. A esta población se le llama muestra de estandarización y su función es establecer las normas con las cuales funcionara la prueba en futuras aplicaciones, de este paso se obtiene el promedio de las capacidades de las personas para ese tema y, la desviación de estas que están por encima o por debajo del promedio, llamadas superioridad e inferioridad, respectivamente.

A partir de esto, se elabora en los ya mencionados manuales que acompañan a las pruebas, formas exactas para calificar la prueba y por lo tanto el modo correcto de su interpretación. La calificación de la prueba por sí sola no da una respuesta clara a lo que se busca, las llamadas puntuaciones crudas son simplemente los aciertos o errores obtenidos, sea el caso y

dependiendo de lo que se desee saber será lo que se contabilice en las puntuaciones crudas, dejando en claro que no se buscan calificaciones aprobatorias o reprobatorias. Para que estas puntuaciones se ubiquen dentro de la norma, (es decir, el desempeño promedio o normal) se elaboran tablas que relacionan cierta puntuación cruda con un rango de norma a través de calificaciones convertidas correspondientes, como son, edad, de grado, rangos de percentiles y calificación estándar. Situando a la persona dentro de la norma apropiada se adquiere una noción de cómo está el individuo dentro de la prueba en comparación con otras personas de su misma edad, sexo, u otras características. Estas normas son útiles para colocar a los individuos dentro de la muestra de la conducta que mide una prueba, pero, siguen siendo cálculos estadísticos, que sirven de base para elaborar una interpretación correcta. Todo este proceso tiene como propósito la objetividad, evitando la interpretación personal y el sesgo dentro de la administración, calificación e interpretación de las pruebas.

3.1.1.4 Confiabilidad.

De acuerdo con Anastasi y Urbina (1998), para el desarrollo de una prueba estandarizada se necesitan análisis estadísticos que proporcionen veracidad a las calificaciones obtenidas. En el momento de la aplicación se espera que la prueba mida la misma conducta en cualquier momento y lugar, es decir, que sea confiable.

La confiabilidad es la consistencia en las calificaciones de una persona, en una misma prueba aplicada dos veces, en pruebas similares o en el análisis de sus características internas; aplicada en momentos y/o lugares distintos. Para evaluar el cálculo del error de medición, y así, indagar en las probables causas de este.

Una de las primeras cosas que será necesario determinar acerca de una prueba de elaboración reciente es si resulta lo suficientemente confiable como para medir lo que fue diseñada para medir. Si, en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona debido al crecimiento, al aprendizaje, a alguna enfermedad o lesión, las puntuaciones en una prueba varían con la ocasión o la situación, es probable que la prueba no sea lo suficientemente confiable como para ser usada en describir y evaluar a la gente y hacer predicciones sobre su conducta. Hablando en términos estrictos, más que ser una característica de una prueba, la confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo particular de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas. (Aiken, 2003: 85)

La varianza de error es una de las características principales que se pretende valorar por medio de la medición de la confiabilidad de una prueba. Que elementos en una aplicación de una prueba podrían interferir de manera negativa causando una varianza de error, que en otras, por lo contrario, ayudarían en la interpretación de la prueba, es el origen de este concepto (Anastasi y Urbina, 1998).

El coeficiente de correlación se entiende como la correspondencia entre dos conjuntos de puntuaciones, que fluctúan entre +1.00 y 0. En donde +1.00 sería la correlación perfecta y 0 la ausencia total de esta. Existen muchas formas de calcular el coeficiente de correlación, el más utilizado es el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, que ubica a la persona dentro del grupo, y al mismo tiempo, estima su desviación por encima o por debajo del promedio del grupo.

Tipos de confiabilidad.

Como se mencionó anteriormente existen diversas formas de calcular la confiabilidad de una prueba, a partir de estudiar las consecuencias de las variaciones en el medio durante la administración y el contenido de la prueba en las puntuaciones obtenidas.

Confiabilidad test-retest.

Es la aplicación de la misma prueba dos veces. Sirve para estimar la correlación que existe en ambas aplicaciones en las mismas personas y la varianza de error se encuentra en las diferencias situacionales entre ambas sesiones, provocadas por eventos externos o personales, como ruido, clima, ansiedad, cansancio, etc.

Ventajas. A mayor confiabilidad mostrada por un instrumento, menor influencia tendrán los factores de la varianza de error y poseerá la capacidad para ser utilizada en diversos momentos. La confiabilidad es mayor, si la aplicación entre la primera y la segunda sesión es menor a 6 meses.

Desventajas. La confiabilidad del instrumento disminuye al paso del tiempo. En contraste si se hacen aplicaciones en intervalos de tiempo cortos, se cuestionaría el efecto de la memoria o el aprendizaje de los reactivos, en el aumento de la confiabilidad.

Confiabilidad de formas alternas.

Se trata de la aplicación de dos instrumentos con reactivos equivalentes, en dos sesiones y puede ser a las mismas personas. La confiabilidad se mide en base a la relación de las puntuaciones entre las dos pruebas, y muestra la consistencia, entre intervalos de tiempo y las respuestas a los reactivos similares.

Ventajas. Reduce el riesgo de factores como la memoria, debido a que son reactivos similares no iguales. El tiempo es también un factor determinante en la consistencia. Son recomendados en los estudios de control.

Desventajas. Las pruebas utilizadas tienen que ser equivalentes en todas las cuestiones, el mismo número de reactivos, dificultad, contenido, tiempo de aplicación, instrucciones, etc., y por lo tanto su diseño necesita ser minucioso y dedicarle el tiempo suficiente. Si el intervalo de tiempo entre la aplicación de las pruebas es demasiado corto, los instrumentos solo medirán la consistencia de cada uno de ellos y no la consistencia entre ambos, que es lo deseado. Otra desventaja, es que la aplicación de una prueba similar no elimina por completo el efecto de memoria o aprendizaje entre un instrumento y otro.

Confiabilidad de división por mitades.

Consiste en la división de los reactivos de un instrumento en partes iguales, para obtener la confiabilidad de este. Es una única aplicación, y por lo tanto, solo muestra la confiabilidad del contenido de la prueba pero no la estabilidad temporal. A este tipo de confiabilidad se le conoce como coeficiente de consistencia interna.

Ventajas. Se aplica una única vez, la confiabilidad se obtiene por medio de fórmulas matemáticas.

Desventajas. No muestra la consistencia de la estabilidad temporal. No existe una forma precisa para dividir los reactivos de una prueba, y debido a que ambas partes deben ser equivalentes la revisión de los reactivos debe ser minuciosa, para obtener el correcto coeficiente de confiabilidad.

Confiabilidad de Kuder-Richardson.

Uno de los métodos más comunes para encontrar la consistencia entre reactivos es el de Kuder y Richardson (1937), el cual elabora un análisis del desempeño en cada reactivo.

Este método es útil cuando los reactivos consisten solamente en aciertos y errores, se trata de calcular el promedio de los coeficientes de confiabilidad obtenidos de todas las divisiones por mitades como el estimado global de confiabilidad. Para agilizar el trabajo modificaron el proceso a una abreviado el cual funciona bajo ciertas condiciones.

Coefficiente Alfa de Cronbach.

Para los reactivos que se resuelven mediante varias opciones existe otro método más adecuado, el coeficiente alfa de Cronbach (1951). La finalidad del método radica en encontrar la varianza de cada reactivo y sumar las varianzas de todos los reactivos.

Se trata de la consistencia en las puntuaciones de todos los reactivos de una prueba, se aplica en una única ocasión. La varianza de error se relaciona con dos conceptos, por un lado el muestreo de contenido; y por otro, la heterogeneidad del área de conducta muestreada, es decir, entre más homogénea sea el área de la muestra los reactivos mostraran más consistencia.

Ventajas. Se hace en una única ocasión, los reactivos no se dividen por mitades, se obtiene por medio de procedimientos y formulas estadísticas.

Desventajas. Solo se obtiene la confiabilidad interna. Se requiere que los reactivos de la muestra de la conducta, sean homogéneos para una mejor confiabilidad.

Confiabilidad entre calificadores.

Se refiere a la confiabilidad elaborada por el juicio del calificador, esta consiste en la calificación independiente de dos o más examinadores, las cuales se correlacionan para obtener la confiabilidad del calificador. Este procedimiento es usado en instrumentos de personalidad o de creatividad ya que suele en instrumentos de calificación subjetiva.

3.1.1.5 Validez.

De acuerdo con Aiken (2003), si la prueba mide lo que pretende medir quiere decir que tiene validez. En la validez a diferencia de la confiabilidad tanto los errores no frecuentes como los frecuentes afectan su cálculo. Debido a esto una prueba puede ser confiable y no ser válida, pero no puede ser válida sin ser confiable.

Validez de contenido.

Se refiere a si los reactivos de una prueba realmente abarcan el universo de la conducta o habilidad que se intenta medir. Una forma de elaborar un instrumento con validez de contenido es comparar los reactivos que se van haciendo con algunas especificaciones o criterios que detallen características sobre el tema. Un grupo de expertos analiza los ítems y evalúa si realmente la prueba mide lo que se supone debe de medir.

Validez con relación a criterio.

Consiste en la comparación de las puntuaciones de las personas de una prueba, con las clasificaciones o algún criterio, entre más se relacionen la validez será mayor. Cuando se cuenta con el criterio de comparación en el momento de aplicar la prueba, puede determinarse

la validez concurrente; pero si no se cuenta con el criterio, sino, hasta después de algún tiempo se determina la validez predictiva.

Validez concurrente.

La validez concurrente se determina cuando en una prueba se ha seleccionado cierto criterio o categoría para la población a quien se le aplicará, ya sea género, edad, población, etc. Para evaluar si los resultados de las personas que se encuentran dentro de una clasificación son muy diferentes a los de otras personas en una clasificación diferente, de ser así, la prueba podría tener otro tipo de objetivo: ubicar a las personas en esa categoría.

Validez predictiva.

Se refiere a la exactitud con que las puntuaciones obtenidas en una prueba predicen puntuaciones de criterio, esto en base, a la relación entre una prueba y un desempeño futuro.

Validez creciente.

El uso de entrevistas, observación es y recolección de datos suele no ser suficiente para la predicción o evaluación de las personas, la validez creciente se encarga de eso, de la exactitud que brinda la aplicación de alguna prueba en un procedimiento determinado.

Validez de constructo.

Consiste en determinar en qué grado una prueba mide el concepto (constructo) que dice medir. Para determinarlo en un instrumento se llevan a cabo diversos procesos como análisis de grupos de expertos, la obtención de la consistencia interna, análisis factorial, aplicación en grupos control y experimentales, así como, entrevistas a los participantes sobre las preguntas que se les hicieron y las respuestas que dieron.

Validez convergente.

Se refiere a si un instrumento que mide cierto constructo tiene correlación con otras medidas o métodos usados para medir ese mismo constructo.

Validez discriminante.

Se establece cuando un instrumento que mide un constructo determinado tiene correlaciones bajas con métodos o medidas de constructos diferentes.

3.1.2 Predicción.

Un instrumento de medición puede ser de diagnóstico o predictivo según el área de conducta que abarque. Es decir, si una prueba sirve para el diagnóstico de algún constructo su área comprenderá sólo lo que está pasando en la actualidad el individuo, pero si se usa para la predicción se espera una estimación de la conducta en un rango de tiempo mayor. Aunque los reactivos de las pruebas no sean perfectamente iguales a la conducta que se pretende predecir, debe existir una correlación entre ambos para abarcar cualquier tipo de conducta que se pueda relacionar con esta.

Cabe mencionar que un instrumento de diagnóstico no solo ubica a las personas dentro de una clasificación en el momento, sino también, nos da una idea de las conductas que las personas podrían tener en cierta situación (predicción).

Aunque se mencione la predicción de conductas como una característica de los instrumentos psicológicos, debe tomarse en cuenta que no se habla de predicción como una mera adivinación, sino, con el concepto de capacidad. La capacidad de medir un

comportamiento determinado y que esté sirva como indicador de otra conducta (Anastasi y Urbina, 1998).

Según Brown (1980) la etapa de construcción de la prueba define la finalidad de esta, ya que, como se menciona anteriormente, aunque una prueba representativa (de diagnóstico) pueda predecir hasta cierto grado un criterio los reactivos no son suficientes para lograr lo que se desea. Variará en función a lo que se pretende con el instrumento, si lo que se desea medir es lo que representan, se utilizarán reactivos que describan a la conducta elegida y a su vez dependerá de dos posibles formas de pruebas, los de signos y las de muestra. Las pruebas como signo consisten en reactivos que describen a la conducta cuando no se tiene un concepto preciso o una forma de medirla exacta, en cambio, las pruebas como muestra son reactivos elaborados sobre una conducta definida en la cual se tiene una noción de cuál es la manera para evaluarla.

Sin embargo, si lo que se intenta es predecir por medio del instrumento es importante mencionar que la finalidad de los reactivos no es que describan la conducta, sino, establecer una relación entre estos y el constructo que se desee medir. Para esto, no es necesario que los reactivos tengan una relación aparente con el constructo.

2.1 Pruebas predictivas y trastornos alimenticios

Realizar el diagnóstico de las patologías alimentarias es relativamente sencillo tomando como eje central que la sintomatología que presenta el paciente está por demás definida, es decir cuando el cuadro clínico en su mayoría está acentuado, caso contrario es cuando se pretende diagnosticar en los momentos iniciales de la enfermedad. Los criterios diagnósticos que se consultan más comúnmente son los estandarizados por el DSMIV y CIE-10 y que se

basan en signos y evidencias de comportamientos anormales que manifiesta el sujeto. Además se puede hacer uso de los llamados test de carácter psicométrico para puntualizar ciertos rasgos que pueden predecir futuras patologías. Lamentablemente y a pesar de su amplia difusión, presentan algunas limitaciones, ya que se enfocan en su mayoría a la detección de la anorexia y bulimia, que son solo un porcentaje menor dentro del gran abanico que representa a todos los TCA. Sumado a esto, no son aplicables en la primera fase de la enfermedad, es decir, cuando todavía no aparecen signos externos de padecerla (Marrodan y cols., 2008).

Siguiendo esta línea, los test de autopercepción de la imagen constituyen un instrumento complementario y/o sustituto de detección precoz de la distorsión e insatisfacción corporal, suceso que puede llegar a desembocar en algunos casos en una grave alteración de la conducta alimentaria. Además, es posible cotejar los resultados obtenidos por los métodos de percepción de imagen con la antropometría (medidas físicas del paciente) para en determinados casos, identificar de manera más eficaz aquellos individuos que presentan un cierto nivel de riesgo para desarrollar TCA y malnutrición. (Marrodan y cols., 2008)

Existe gran variedad de cuestionarios para evaluar los Trastornos Alimenticios, a continuación se agrupan los más utilizados en tres categorías.

2.1.2 Evaluación de la imagen corporal.

Existen diversas formas de evaluar la imagen corporal, estas se dividen en:

Alteraciones perceptivas. Para este tipo de técnicas se evalúa el grado de distorsión o percepción corporal, en esta se encuentran y se compara la figura ideal, la real y la que se

creo tener. Los materiales utilizados son básculas, cintas métricas, dibujos, fotografías y videos.

Alteraciones de aspectos subjetivos. En estas se encuentran los cuestionarios que tratan de detectar alteraciones en los pensamientos, actitudes y emociones sobre la propia imagen.

Actitudes. Engloba las que se refieren a las conductas, experiencias o el grado de influencia de los medios de comunicación.

Tomando en cuenta estos tipos de evaluaciones, se mencionan a continuación algunos ejemplos de pruebas psicológicas utilizadas para valorar la imagen corporal:

1) Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ). Este cuestionario sirve para evaluar la autopercepción de la imagen corporal e identificar la presencia de preocupación e insatisfacción relacionada a los trastornos de la conducta alimenticia. Fue creado y validado en población inglesa por Cooper y cols. en 1987 y validado en población mexicana por Vázquez y cols. en 2011. Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta y no posee factores, participaron 472 mujeres en un grupo control y 216 pacientes con TCA, con un rango de edad de 13 a 30 años. La consistencia interna fue de alfa de Cronbach =.98 y se encontraron 2 factores con una varianza total de 63.8%: Malestar corporal normativo ($\alpha = .95$) y Malestar corporal patológico ($\alpha = .94$) (Vázquez y cols. 2011)

2) Valoración de la Autoestima Corporal (Body Esteem Scale, BES). Elaborado por Mendelson y White en 1982 y validada en población mexicana por De Gracia y cols. en 2007. Es un instrumento formado por 24 ítems que valoran autoestima corporal en niños/as mayores de 7 años. Consta de 24 reactivos con respuestas de “si”

y “no” que recogen información sobre sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y de cómo creen que son valorados por los demás. La BES, tiene una confiabilidad de $r = 0.85$; con un alfa de Cronbach para población mexicana de $=.85$ (De García y cols., 2007)

3) Valoración de la Imagen Corporal (Body Image Assessment, BIA). Elaborado por Collins en 1991 y validado en población mexicana por De Gracia y cols. en 2007. Es una escala visual en la que aparecen por separado 7 figuras de niños/as y 7 de jóvenes de ambos géneros que representan las curvas estándar de percentiles para el IMC en niños que van desde la representación de una figura muy delgada hasta una figura con sobrepeso, con un rango de puntuaciones de 1 (delgadez) hasta 7 (obesidad) con incrementos de .5 puntos. El BIA indica las diferencias entre las percepciones subjetivas de la imagen corporal real (cómo se perciben), ideal (cómo quieren ser), social (cómo creen que los perciben los demás) y futura (cómo creen que serán). En población mexicana se obtuvo un alfa de Cronbach $= .65$ (De García y cols., 2007).

4) Cuestionario sobre la Evitación de la Imagen Corporal (Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ). Elaborado por Rosen, Srebrnik y Salzberg en 1990. Evalúa los aspectos conductuales asociados a una imagen corporal negativa. Está compuesto por 19 ítems que recogen los comportamientos llevados a cabo para controlar y disimular la apariencia. El objetivo es evaluar en qué medida las personas llevan a cabo estas conductas de evitación relacionadas con la imagen corporal. Los ítems se responden en una escala de frecuencia de 0 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más abundantes son las conductas de evitación. Presenta una consistencia

interna de $=.89$ y una confiabilidad test-retest a las dos semanas de $=.87$ (Jorquera, Baños, Perpiña y Botella, 2005).

2.1.3 Conductas alimentarias anómalas.

Algunos test para conductas alimentarias anómalas son:

1) Valoración de las Actitudes hacia la Alimentación (Children Eating Attitude Test, ChEAT). Elaborado por Maloney, McGuire y Daniels en 1988 y validado por De Gracia y cols. (2007). Instrumento que consta de 26 reactivos tipo Likert que evalúan actitudes alimentarias, conductas de dieta y preocupación por la comida en los niños/as. Se responde a una escala de 6 puntos, en donde nunca=1 y siempre=6. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indica la posible presencia de TCA. Presenta una buena confiabilidad test-retest y un coeficiente de confiabilidad interna de alfa de Cronbach= $.76$, para población mexicana.

2) Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT). Elaborada por Garner y Garfinkel en 1979, esta validada en población mexicana. Se trata de una prueba para distinguir entre participantes con alto y bajo riesgo de padecer trastornos alimentarios. Los reactivos de este instrumento constituyen un conjunto de actitudes y conductas autopercebidas que son características de los trastornos alimentarios, como el disgusto patológico del propio cuerpo y el deseo de cambiarlo por medio de la pérdida de peso, con conductas que pueden incluir restricción alimentaria o purgas. Con una confiabilidad de $=.79$ para las mujeres anoréxicas y de $=.94$ para la muestra total. Según su validación en población mexicana, un puntaje igual o mayor a 28 es apto para detectar alto riesgo o presencia de trastorno alimentario (Jiménez y Silva, 2010)

3) Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), de Unikel, Bojórquez y Carreño, con 64.7% de la varianza total y un alfa de Cronbach de $=.83$. Consta de 10 reactivos sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo en los tres meses previos a la aplicación del instrumento, con cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente o muy frecuentemente. A mayor puntaje en el cuestionario corresponde una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. Una puntuación de 11 o mayor indica que una persona se encuentra en el grupo de riesgo (con una calificación máxima de 30) (Rodríguez y cols., 2010).

2.1.4 Influencias socioculturales

Algunos ejemplos de pruebas psicológicas para evaluar la influencia sociocultural en la imagen corporal de los individuos:

1) Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia versión revisada (SATAQ-R). elaborado por Cusumano y Thompson en 1997. Este cuestionario sirve para estimar la interiorización y la consciencia del ideal corporal, consta de 21 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (completamente de acuerdo =1 a completamente en desacuerdo =5). Cuenta con dos factores, que son: consciencia del ideal corporal ($\alpha=.88$) con 11 reactivos e interiorización del ideal corporal ($\alpha=.92$) con 10 reactivos (Amaya y cols., 2013).

2) Escala de Impacto de las Imágenes Femeninas Presentadas por los Medios de Comunicación sobre Adolescentes Mujeres, (IMAMIF) Elaborado por Larrain y cols., (2009). Este cuestionario de 45 reactivos, mide el impacto de los

medios de comunicación sobre el ideal corporal femenino a través de tres dimensiones: Disconformidad Corporal (DC), Dieta Patológica (DP) y Objetivación del Cuerpo (OC). Los reactivos se responden en una escala Likert con cinco niveles, desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). El puntaje total fluctúa entre 45 y 225 puntos. A mayor puntaje mayor impacto de las imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación en cada una de las dimensiones. La validez fue de 84,1%, con una confiabilidad de alfa de Cronbach, = .97 (Larrain y cols., 2009).

Aunque existen gran variedad de instrumentos que detectan factores de riesgo en la internalización de la imagen corporal y sus consecuencias, como insatisfacción corporal o trastornos de la conducta alimentaria, no existen instrumentos específicos para la población acapulqueña, objetivo de esta investigación.

Capítulo 4. Método

Justificación

A lo largo de la investigación documental el lector se puede percatar que, la internalización de la imagen corporal genera muchos cambios en los individuos y que en la mayoría de los casos, estos cambios afectan de manera no tan positiva la salud mental de algunos de ellos. El percibirse distintos a los estándares estéticos propuestos o impuestos por los medios de comunicación y cómo afecta esto en las distintas conductas alimentarias, hace necesaria la búsqueda de una solución médica. Y aunque la internalización de los estándares sociales tienen consecuencias negativas en algunas personas y crea imágenes distorsionadas, también puede ser utilizada para prevención (Behar, 2010).

Por esta razón nace la necesidad de que los individuos en la etapa de la adolescencia, período de profunda autocrítica e introspección puedan auxiliarse de instrumentos psicométricos que les ayuden a detectar factores de riesgo en las conductas alimentarias.

Sin embargo, las pruebas psicométricas ya existentes no comprenden específicamente la población de Acapulco de Juárez, Gro., por lo cual, surge la necesidad de crear un test que marque un antecedente en la posible solución al aumento de conductas alimentarias anómalas. El instrumento de medición propuesto que se presentará más adelante está dirigido principalmente a población adolescente, siendo esta etapa de vida la que presenta más exposición a la crítica social.

La creación de un instrumento de medición enfocado a población acapulqueña y a la correlación de la internalización de la imagen corporal con las conductas alimentarias

anómalas supone un beneficio social y un paso adelante en la contención de uno de los principales problemas médicos que aquejan a nuestro país.

Objetivo general

- Elaborar, validar y obtener la confiabilidad de constructo de un instrumento que permita encontrar conductas alimentarias de riesgo, en relación con la interiorización de la imagen corporal.

Objetivos particulares

- Obtener la validación de constructo, por medio de interjueces del instrumento de medición.
- Pilotear el instrumento de medición.
- Obtener la validez de constructo, por medio de un análisis factorial con rotación ortogonal, del instrumento de medición.
- Obtener la confiabilidad interna del instrumento de medición por medio de Alfa de Cronbach.

Población

Primera parte.

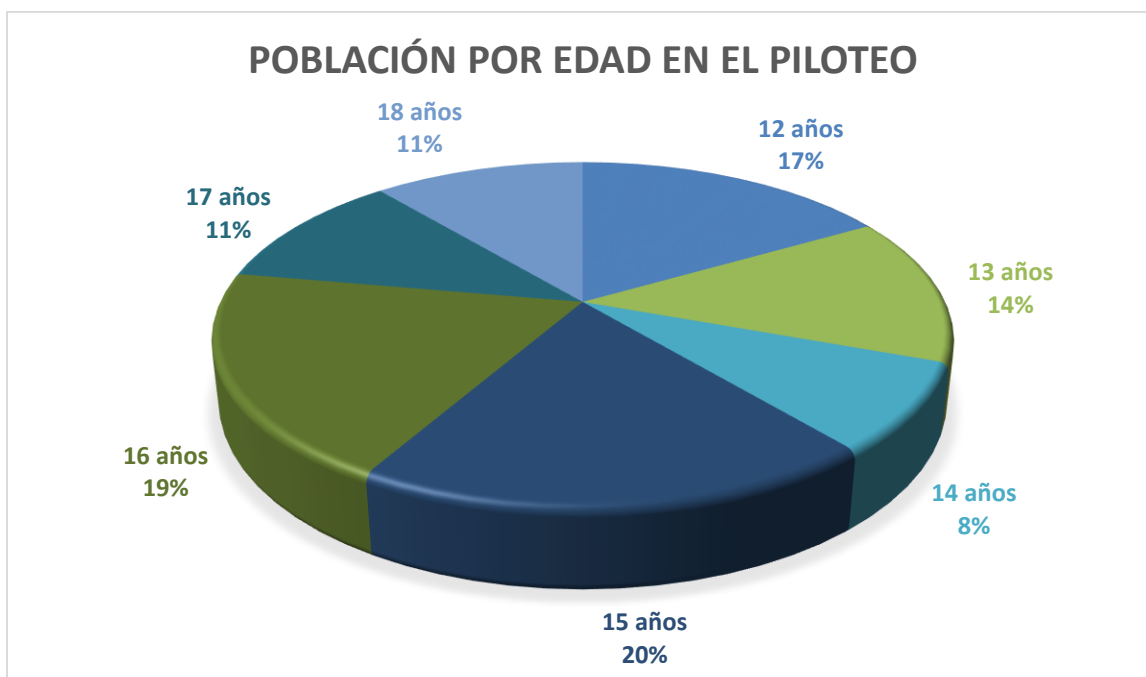
La muestra fue no probabilística de tipo intencional conformada por maestros de la Universidad Americana de Acapulco de la Facultad de Psicología, expertos en temas de pruebas psicométricas, internalización, imagen corporal y trastornos alimenticios.

Segunda parte.

Para el piloteo de la prueba, la muestra fue no probabilística de tipo intencional, conformada por adolescentes mujeres. Se utilizó una población de 36 adolescentes con un rango de edad entre 12 y 18 años con una media de 14.88 años. Distribuidos como se muestra a continuación:

Gráfica 1

Distribución de la población muestra para piloteo por edad:



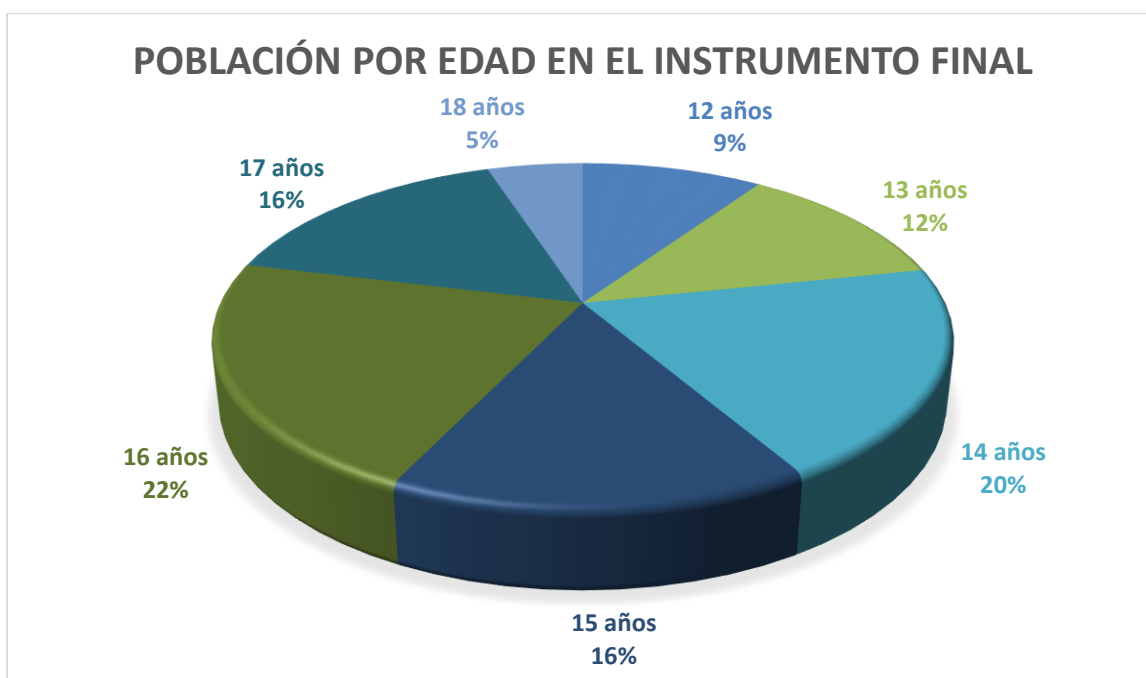
En la Gráfica 1 se muestra como estuvo conformada la población para la aplicación de la prueba piloto, se buscó homogeneizar los subgrupos, es decir, que hubiera igual número de personas por edad.

Tercera parte.

Para la aplicación de la prueba final, en la cual se calculó la validez y confiabilidad interna de la prueba, se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional de 387 adolescentes del sexo femenino, de entre 12 y 18 años con una media de 14.96.

Gráfica 2

Distribución de la población muestra para el instrumento final, por edad.



En la Gráfica 2 se muestra como estuvo conformada la población para la aplicación de la prueba final, se buscó homogeneizar los subgrupos, es decir, que hubiera igual número de personas por edad.

Instrumento

Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR). Diseñado para mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años. Se trata de una prueba auto-aplicable, cuya forma de respuesta es tipo Likert con seis formas de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre

Instrumento 1.

El primer instrumento fue elaborado a partir de las correcciones propuestas en la validación interjueces y el piloteo. Este constaba de 72 reactivos divididos en 3 dimensiones y 8 factores: (Ver anexo 1).

Tabla 2

Conceptualización de la dimensión 1 del instrumento Prueba final.

Dimensión	Factores
<p><i>1. Internalización</i></p> <p>Se le conoce como internalización al proceso de apropiación gradual y progresiva de las conductas de tipo socio-psicológico, formado por las interacciones sociales. Por medio de estas interacciones los individuos internalizan su cuerpo, su imagen, los estereotipos e ideales impuestos por la sociedad</p>	<p><i>1. Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos</i></p> <p>El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo presentando una excesiva atención hace que se aprendan esas actitudes (Escoto y Camacho, 2008).</p>
	<p><i>2. Presión social debido a los estándares de belleza</i></p> <p>Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la mentira sobre la manipulación del peso y del cuerpo) (Facchini, 2006).</p>
	<p><i>3. Influencia de los medios de comunicación</i></p> <p>Los medios de comunicación transmiten ideas y valores que la sociedad internaliza, la delgadez y su sobrevaloración es uno de los ideales que más se inculca y pone a las personas en riesgo de insatisfacción corporal y también trastornos (Jiménez y Silva, 2010).</p>

En la Tabla 2 se mencionan los conceptos de la dimensión 1 y sus factores correspondientes a la prueba final.

Tabla 3

Conceptualización de la dimensión 2 del instrumento Prueba final

Dimensión	Factores
<p><i>2. Imagen corporal</i></p> <p>Es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive y se refiere a la configuración general formada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimiento y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Estévez, 2012).</p>	<p><i>1. Sistema de creencias personales</i></p> <p>Las situaciones y experiencias vividas que afectan la estima de las personas, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos (Facchini, 2006).</p>
	<p><i>2. Insatisfacción de la imagen corporal</i></p> <p>Es la devaluación de la apariencia física respecto a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo (cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población) y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, o incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un Trastorno del Comportamiento Alimentario (Salvador y cols., 2010).</p>

En la Tabla 3 se describen los conceptos de la dimensión 2 y los factores que contiene en el instrumento de la Prueba final.

Tabla 4

Conceptualización de la dimensión 3 del instrumento Prueba final

Dimensión	Factores
<p><i>3. Conductas alimentarias anómalas</i></p> <p>Son los métodos utilizados por las personas independientemente de su edad o sexo para alterar su imagen corporal, debido a una insatisfacción con su imagen, las cuales también han contribuido al desarrollo o mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Amaya y cols., 2013).</p>	<p><i>1. Conductas compensatorias</i></p> <p>Son las conductas que los individuos llevan a cabo con la intención de perder peso, para compensar la ingesta de alimentos.</p>
	<p><i>2. Miedo a engordar</i></p> <p>Es la preocupación excesiva a aumentar de peso.</p>
	<p><i>3. Hábitos alimenticios</i></p> <p>Son las conductas realizadas por los individuos durante la ingesta de alimentos, que a percepción de ellos evitan que aumenten de peso.</p>

En la Tabla 4 se muestra la dimensión 3 y sus respectivos factores, así como el concepto que se utilizó para la elaboración de los reactivos de la prueba final

Instrumento 2.

El segundo instrumento se elabora a partir de los resultados obtenidos en aplicación de la prueba final, valorando estos mediante el análisis factorial de rotación ortogonal y el

análisis del Alpha de Cronbach. Este consta de 3 dimensiones, 6 factores y 31 reactivos y es, después de varias modificaciones, la prueba concluyente del trabajo (Ver anexo 2).

Tabla 5

Distribución de dimensiones y factores del instrumento 2 (IDCAR)

Dimensión	Factores
Internalización	1. Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos
	2. presión social
Imagen corporal	1. Insatisfacción corporal
	2. sistema de creencias
Conductas alimentarias anómalas	1. Miedo a engordar
	2. conductas compensatorias

En la Tabla 5 se muestran las dimensiones y los factores definitivos del IDCAR, las definiciones de estos fueron los mismos que en la prueba final, debido a esto, no se volvieron a mencionar.

Procedimiento

Para cumplir con los objetivos propuestos el desarrollo de esta investigación se dividió en cuatro fases, las cuales se describen a continuación.

Primera parte: Validación interjueces.

Para la validación de constructo por medio interjueces, se elaboró un formato especial en el cual se mencionan las dimensiones, los factores y todos los reactivos que fueron elaborados, un total de 72 (ver Anexo 3). El formato muestra cada dimensión junto con sus

respectivos factores y la pregunta: “¿Qué tanta relación tiene este factor con la dimensión correspondiente?”; seguido se muestra una tabla con los factores y los respectivos reactivos y en este caso la pregunta: ¿Qué tanta relación tiene este factor con el reactivo correspondiente? La forma de respuesta fue en escala tipo Likert con cuatro opciones: nada, solo un poco, algo y mucho.

Para el análisis se eligieron 5 expertos en el tema, que laboran dentro de la Universidad Americana de Acapulco. El análisis consistió en responder a las preguntas que se mencionaron anteriormente, para saber el nivel de correspondencia dimensión-factor o factor-reactivo, según el criterio de los jueces, eligiendo una de las cuatro opciones. En ambos casos se dio la oportunidad de que los jueces brindaran sus observaciones, y se hizo mención de que si los jueces elegían las opciones solo un poco o algo, dijeran qué le modificarían a ese ítem.

Segunda parte: Piloteo de la prueba.

Para el piloteo de la prueba se presentó el proyecto a los directivos de la Secundaria Técnica No. 1 “Juan de Dios Batiz”; así como, a los directivos del Colegio de Bachilleres Plantel No. 2. Se elaboró y firmó un formato de consentimiento informado para efectuar todos los procedimientos que la investigación necesitara para cumplir con los objetivos propuestos (ver Anexo 4). Una vez aceptado se llevó a cabo la aplicación del instrumento de forma grupal sólo a la población de sexo femenino, a seis personas por cada grado escolar. Para ello se les entregó el instrumento impreso de manera individual, el cual contenía 72 reactivos y debían marcar una de las 6 posibles opciones, en cada reactivo (ver Anexo 1). Las instrucciones y preguntas fueron previamente leídas al grupo, por si existía alguna duda

con el contenido de la pregunta o la forma de responder. El tiempo utilizado para contestar fue de 20 minutos aproximadamente por grupo. Posteriormente, se capturaron los resultados obtenidos en la base de datos del Programa SPSS versión 17.

Tercera parte: Aplicación de la prueba.

La última aplicación de la prueba se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Técnica No. 1 “Juan de Dios Batiz” y en el Colegio de Bachilleres Plantel No. 2 ambos ubicados en Acapulco, Gro. De forma grupal sólo a la población de sexo femenino, aproximadamente a 60 personas por grado escolar, en ambas instituciones. Para ello se les entregó el instrumento impreso de manera individual, el cual contenía 72 reactivos y debían marcar una de las seis posibles opciones, en cada reactivo (ver Anexo 1). Las instrucciones y preguntas fueron previamente leídas al grupo, por si existía alguna duda con el contenido de la pregunta o la forma de responder. El tiempo utilizado para contestar fue de 20 minutos aproximadamente por grupo. Al terminar la aplicación los resultados obtenidos fueron capturados en la base de datos del Programa SPSS versión 17.

Cuarta parte: análisis estadístico.

Una vez capturados los datos en el Programa SPSS versión 17, se procedió a realizar un análisis factorial de rotación ortogonal para obtener la validez de constructo del instrumento. Así como, el análisis estadístico mediante el Alpha de Cronbach para obtener la confiabilidad del mismo.

Capítulo 5. Resultados e interpretación

5.1 Validación Interjueces

Como parte de la confiabilidad y validación de constructo del instrumento de medición fue necesario realizar una validación interjueces. El grupo de expertos estuvo constituido por cinco profesionales en el campo de la psicología, cuatro de ellos con grado de maestría y uno con doctorado, quienes calificaron los reactivos en una escala de ordinal que iba de nada a mucho, considerando la pertinencia del ítem en función del factor; y éste en función de la dimensión estudiada.

Las dimensiones y factores del instrumento fueron estructuradas de esta manera (la estructura no fue modificada hasta la prueba final):

Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR). Diseñado para mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años. Se trata de una prueba auto-aplicable que consta de 72 ítems, divididos en 3 dimensiones y 8 factores (Tabla 6):

Tabla 6

Dimensiones y factores del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias Anómalas.

Dimensión	1. Internalización	2. Imagen corporal	3. Conductas alimentarias anómalas.
Factores	Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos	Autoestima y autopercepción	Conductas compensatorias
	Presión social debido a los estándares de belleza	Insatisfacción de la imagen corporal	Miedo a engordar
	Influencia de los medios de comunicación		Hábitos alimenticios.

En la Tabla 6 se muestra la conformación del instrumento para la validación interjueces. La dimensión 1 compuesta por los factores: influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos, presión social debido a los estándares de belleza e influencia de los medios de comunicación. En la dimensión 2 se encuentran los factores: autoestima y autopercepción e insatisfacción corporal. En la dimensión 3 se localizan los factores: conductas compensatorias, miedo a engordar y hábitos alimenticios.

Los resultados del interjueceo cada dimensión, factor y reactivos muestran a continuación:

Tabla 7.

Resultado del interjueceo de la dimensión “Internalización”

Dimensión	Factor	Reactivos	Relación factor-reactivo
Internalización	Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos	4, 8 y 9	5 expertos respondieron mucho
		1, 2, 3, 5, 7, 10, 11 y 12	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo
		6	3 expertos respondieron mucho 2 expertos respondieron algo
	Presión social debido a los estándares de belleza	1, 2, 5, 6, 7 y 8	5 expertos respondieron mucho
		3, 4 y 9	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo
	Influencia de los medios de comunicación	1, 3, 4, 5, 6 y 8	5 expertos respondieron mucho
		2 y 7	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo

En la Tabla 7 se muestran los resultados obtenidos en la validación interjueces correspondiente a la dimensión “Internalización”, se observan los factores incluidos en esta, así como, los reactivos agrupados según las respuestas de los expertos. Debido a que ningún ítem fue seleccionado en la opción “nada”, todos se incluyeron en la prueba piloto. Los ítems que fueron elegidos en las opciones “solo un poco” y “algo” fueron modificados haciéndolos más específicos, por ejemplo, en el reactivo: “Cuando era pequeña mis padres evitaban que comiera alimentos chatarra”, se le agrego: “para no engordar”.

Tabla 8

Resultado del interjueceo de la dimensión “Imagen corporal”.

Dimensión	Factor	Reactivos	Relación factor-reactivo
Imagen corporal	Sistema de creencias personales	1, 3, 5 y 9	5 expertos respondieron mucho
		2, 4, 6, 7 y 8	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo
	Insatisfacción de la imagen corporal	1, 3, 6, 7, 8 y 10	5 expertos respondieron mucho
		2, 4, 5 y 9	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo

En la Tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en la validación interjueces correspondiente a la dimensión “Imagen corporal”, se observan los factores incluidos en esta, así como, los reactivos agrupados según las respuestas de los expertos. Debido a que ningún ítem fue seleccionado en la opción “nada”, todos se incluyeron en la prueba piloto. Los ítems que fueron elegidos en las opciones “solo un poco” y “algo” fueron modificados haciéndolos más específicos, por ejemplo, “He dejado de usar ropa que me gusta”, se modificó a: “He dejado de usar ropa que marque mi figura”.

Tabla 9

Resultado del interjueceo de la dimensión “Conductas alimentarias anómalas”

Dimensión	Factor	Reactivos	Relación factor-reactivo
Conductas alimentarias anómalas	Conductas compensatorias	2, 3, 5, 6, 9 y 10	5 expertos respondieron mucho
		1, 4, 7 y 8	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo
	Miedo a engordar	1, 2, 3, 4, 5 y 6	5 expertos respondieron mucho
	Hábitos alimenticios	1 y 8	5 expertos respondieron mucho
		2, 3, 4, 5, 6 y 7	4 expertos respondieron mucho 1 experto respondió algo

En la Tabla 9 se muestran los resultados obtenidos en la validación interjueces correspondiente a la dimensión “Conductas alimentarias anómalas”, se observan los factores incluidos en esta, así como, los reactivos agrupados según las respuestas de los expertos. Debido a que ningún ítem fue seleccionado en la opción “nada”, todos se incluyeron en la prueba piloto. Los ítems que fueron elegidos en las opciones “solo un poco” y “algo” fueron modificados haciéndolos más específicos, por ejemplo, en el reactivo: “Me he provocado el vómito”, se le agrego: “para bajar de peso”.

Finalmente el cuestionario quedo conformado con 72 reactivos, cabe mencionar que las respuestas de los expertos fueron de manera aleatoria y no mostraron frecuencia en el modo de contestar, es decir, no siempre contesto “mucho” el mismo experto.

5.2 Piloteo de la prueba

Para obtener el resultado del análisis de la validez, en la aplicación de la prueba piloto, se observó la variabilidad en las respuestas entre las seis opciones disponibles, y después de hacer un análisis estadístico descriptivo para observar la variabilidad de las respuestas y otro inferencial a través del Análisis Factorial y Alfa de Cronbach, se tomó la decisión de aceptar todos los ítems en la prueba final. Así mismo este piloteo permitió evidenciar si algún reactivo requería adaptarse a la población de adolescentes (culturalización). En este sentido, ningún reactivo se modificó.

La prueba piloto se aplicó a una población total de 36 adolescentes mujeres, como se describe a continuación.

Tabla 10

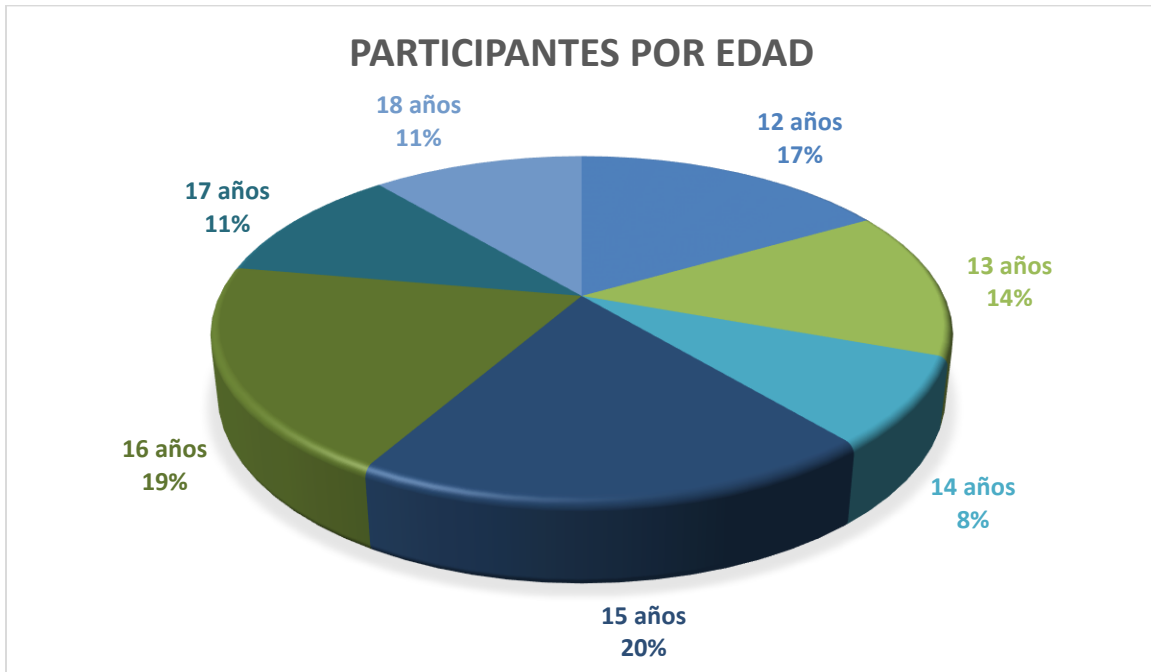
Distribución de la muestra de la población a la cual se le aplicó la prueba piloto.

Escuela	No. de participantes
Secundaria técnica No. 1	18
Colegio de Bachilleres plantel 2	18
Total	36

En la Tabla 10 se observa la aplicación de la prueba piloto en dos escuelas, una de nivel básico y la otra de nivel medio superior para abarcar la población con la edad deseada para el estudio. La población fue del mismo número de personas en ambas instituciones.

Grafica 3

Distribución por edad de la población para prueba piloto.



La Grafica 3 se muestra la distribución por edad de la muestra de la población a la que se le aplicó la prueba piloto. Se intentó que fueran el mismo número de participantes por edad. La prueba está diseñada para personas del sexo femenino de entre 12 y 18 años.

5.3 Confiabilidad y validez

Para obtener la validez de constructo se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal, al elaborarlo se procedió a eliminar los reactivos que redujeran el nivel de validez y confiabilidad de la prueba, para que estas fueran aceptables. Debido a la eliminación de ítems, el número y nombre de los factores fueron reajustados. Al final se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 11

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 1 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis factorial
44	Me gustaría ser más delgada.	.800
57	Desearía ser delgada	.767
60	Tengo miedo de engordar	.744
63	Me preocupa comer por miedo a subir de peso.	.679
10	Aunque los demás me dicen que estoy delgada yo pienso que estoy gorda.	.625
48	Pienso que es mi culpa cuando subo de peso	.609
53	He dejado de comer dulces, golosinas o cosas fritas debido a que puedo engordar	.549
46	He dejado de comer por propia voluntad para mantener/mejorar mi figura	.525
66	Me siento culpable después de comer	.455

La Tabla 11 corresponde al análisis de la validez de constructo se tomaron en cuenta solo los ítems que demostraban una validez mayor a .450 dentro de este factor, así como los ítems que teniendo puntuaciones dentro de este parámetro en más de un factor se eligió el factor con la puntuación más alta. Quedando al final, 9 reactivos en el Factor 1.

Tabla 12

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 2 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis Factorial
51	He tomado laxantes para bajar de peso.	.686
1	He hecho dietas que vi en televisión o revistas	.651
12	He hecho dieta para bajar de peso	.644
55	Me he provocado el vómito por miedo a perder mi figura	.636
70	Cuento las calorías que como	.624
17	Me preocupa tanto mi figura que he hecho dieta	.560

La Tabla 12 corresponde al análisis de la validez de constructo se tomaron en cuenta solo los ítems que demostraban una validez mayor a .450 dentro de este factor, así como los ítems que teniendo puntuaciones dentro de este parámetro en más de un factor se eligió el factor con la puntuación más alta. Quedando al final, 6 reactivos en el Factor 2.

Tabla 13

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 3 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis factorial
13	Se han burlado de como se ve mi cuerpo	.736
37	Alguien de mi familia ha hecho comentarios hirientes respecto a mi peso	.730
26	Me han puesto algún sobrenombre relacionado con mi peso	.668
18	Me han hecho comentarios negativos sobre mi aumento de peso	.656
47	Los demás creen que estoy gorda	.649

La Tabla 13 corresponde al análisis de la validez de constructo, considerando los criterios anteriormente descritos, el factor 3 quedo conformada por cinco reactivos.

Tabla 14

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 4 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis Factorial
56	Uso ropa holgada para disimular mi figura	.689
49	He rechazado invitaciones porque me apena mi figura	.658
69	Evito los lugares en donde tenga que mostrar mi cuerpo (albercas, danza, etc.)	.602
45	He dejado de usar ropa que marque mi figura	.599

La Tabla 14 corresponde al análisis de la validez de constructo, considerando los criterios anteriormente descritos, el factor 4 quedo conformada por cuatro reactivos.

Tabla 15

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 5 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis factorial
39	Pienso que no soy tan bonita como la mayoría de la gente	.698
40	Creo que la mayoría de la gente tiene un cuerpo mejor que el mío	.675
2	Cambiaría varias cosas de mi imagen si pudiera	.615
43	He comparado mi cuerpo con el de otras personas de forma negativa	.566

La Tabla 15 corresponde al análisis de la validez de constructo, considerando los criterios anteriormente descritos, el factor 5 quedó conformada por cuatro reactivos.

Tabla 16

Tabla de resultados del análisis factorial para obtener la validez de constructo en el Factor 6 del Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR).

No. de ítem	Reactivo	Análisis Factorial
21	Se le da más valor a la imagen corporal, que al conocimiento y forma de ser de las personas	.812
23	Las personas gordas/obesas son menos aceptadas	.749
19	Es necesario ser delgada para pertenecer a algún círculo social	.633

La Tabla 16 corresponde al análisis de la validez de constructo, considerando los criterios anteriormente descritos, el factor 6 quedo conformada por tres reactivos.

Los reactivos se agruparon en 6 factores diferentes, como resultado del análisis factorial, y solo 31 ítems de los 72 propuestos al realizar la prueba; a diferencia de lo que se había planteado en un principio agrupando los reactivos en 8 factores.

Tabla 17

Distribución de dimensiones factores y reactivos después del análisis factorial.

Dimensión	Factor	Reactivos
Internalización	3. Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos.	5, 7, 11, 12 y 19.
	6. Presión social	8, 9 y 10.
Imagen corporal	4. Insatisfacción corporal	17, 21, 25 y 30.
	5. Sistema de creencias	2, 13, 14 y 15.
Conductas alimentarias anómalas	1. Miedo a engordar	3, 16, 18, 20, 23, 26, 27, 28 y 29.
	2. Conductas compensatorias	1, 4, 6, 22, 24 y 31.

La Tabla 17 muestra las dimensiones, factores e ítems resultados del análisis factorial de rotación ortogonal. Estos fueron los 6 factores y 31 reactivos que permanecieron al final.

Los resultados que arrojó el análisis factorial muestran una validez de constructo aceptable ya que los factores están bien determinados. El factor con más ítems, contiene 9 reactivos y el menor contiene 3 reactivos.

Los nombres de los factores fueron reajustados según los ítems que contenía cada factor y respecto a los sentimientos, conductas o relaciones que describen. El factor 1 se nombró “miedo a engordar” debido a que cada reactivo demuestra algún sentimiento negativo hacia comer o subir de peso. Al factor 2 se le llamo “conductas compensatorias”, ya que, se

describen ciertos comportamientos que restringen el aumento de peso. El factor 3 se nombró “influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos”, porque los reactivos señalan conductas que pueden aparecer en personas cercanas. El factor 4 se llamó “insatisfacción corporal” debido a que, muestra conductas que son resultado del descontento hacia la imagen corporal. El factor 5 se nombró “sistema de creencia”, ya que, describe opiniones que se tienen respecto de si mismos. El factor 6 se llamó “Presión social” debido a que enuncia ideas subjetivas de la sociedad, respecto a la imagen corporal.

A continuación, se hizo el análisis estadístico para obtener la confiabilidad de los factores, y la confiabilidad de toda la prueba.

Tabla 18

Consistencia de los factores, utilizando el Alpha de Cronbrach.

Consistencia	
Factor	Alfa de Cronbach
1. Miedo a engordar	.910
2. Conductas compensatorias	.808
3. Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos	.806
4. Insatisfacción corporal	.813
5. Sistema de creencias	.824
6. Presión social	.699

En la Tabla 18 se muestra la consistencia de cada uno de los factores, utilización el Alpha de Cronbach.

Tabla 19

Consistencia general del instrumento, utilizando Alpha de Cronbach

Confiabilidad general del instrumento	.937
---------------------------------------	------

Como se observa en la Tabla 19 el resultado de la consistencia interna y la confiabilidad del instrumento obtuvo resultados favorables, teniendo como resultado un instrumento corto, de fácil aplicación, confiable y válido para medir lo que pretende medir.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

El objetivo del trabajo de elaborar, validar y obtener la confiabilidad de un instrumento que permita encontrar conductas alimentarias de riesgo, en relación con la interiorización de la imagen corporal; fue alcanzado de manera satisfactoria. De igual modo los objetivos particulares que en este caso fueron: obtener la validación de constructo por medio de interjueces, pilotear el instrumento de medición, obtener la validez de constructo por medio del análisis factorial con rotación ortogonal, y obtener la confiabilidad interna por medio de Alfa de Cronbach, se cumplieron según lo esperado.

La prueba propuesta permite detectar conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes (jóvenes de entre 12 y 18 años), la validez y confiabilidad del instrumento resultaron aceptables. El Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR), es la prueba propuesta en este trabajo, el tema principal a vincular con las conductas alimentarias anómalas fue la internalización de la imagen corporal (Facchini, 2006), debido a lo cual se utilizaron cuestiones referentes al miedo a engordar (Gómez, Sánchez y Mahedero, 2013), conductas compensatorias (Jiménez y Silva, 2010), influencia de las relaciones (Estévez, 2012), insatisfacción corporal (Salaberria y cols., 2007), sistema de creencias (Behar, 2010) y presión social (Trujano y cols., 2010).

Como punto de partida para este estudio se utilizó lo propuesto por Lev Vigotsky, principal exponente del tema de internalización. El planteaba que el desarrollo estructural de la psiquis, es establecido por la adquisición de los fenómenos histórico-sociales (Rodríguez, 2009). Para llegar a este momento cumbre, en el cual el desarrollo psicológico se modifica influenciado por el medio social, se necesitan ciertos instrumentos, como la lengua o el

trabajo, dando lugar a las funciones psicológicas superiores (Mendoza, 2010), las cuales van dirigidas a un objetivo, mediante herramientas socioculturales e internalizadas que están en el mundo exterior mediadas por el lenguaje (Luria, 1983). Como ejemplo de esto podemos encontrar en el instrumento, reactivos que hablan sobre los medios de comunicación, y la forma en que las personas se identifican con los personajes que aparecen en ellos.

Las funciones psicológicas superiores se obtienen y desarrollan a través de la interacción social y están mediadas culturalmente (Vigotsky, 1979). Por otra parte, Lucci (2006), menciona que las funciones superiores se desarrollan en dos fases, primero en lo social y posteriormente en lo individual, por ejemplo, el lenguaje, la memoria y la atención son primero funciones interpsicológicas y después intrapsicológicas; los individuos las interiorizan siendo capaces de aplicarlas en el momento que lo necesiten. Debido a lo cual en este estudio se insiste en ubicar las conductas anómalas del medio social, antes de que sean aprendidas y tomadas como propias.

Es así como, por medio de las interacciones con las personas más cercanas a ellos, que los niños internalizan su cuerpo y sus diferentes partes como aceptadas o rechazadas por medio del lenguaje verbal y no verbal (Facchini, 2006). Al igual, que los jóvenes aprenden directamente y con ayuda de la gente que los rodea a dar más valor del que merece su apariencia, desarrollando la idea de que la percepción de los demás establece el trato que reciben y que esto tendrá una relación directa con su vida social y laboral (Larraín y cols., 2013). Los medios de comunicación no se quedan atrás transmitiendo ideas sobrevaloradas sobre la delgadez, los estándares de belleza y los estereotipos (Jiménez y Silva, 2010).

Por otra parte, las investigaciones coinciden en que la imagen corporal es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive y se refiere a la configuración general formada por el conjunto de representaciones que el individuo ha elaborado respecto a su cuerpo a través de diversas experiencias (Estévez, 2012). Le Boulch lo definió como el conocimiento inmediato y continuo que tenemos de nuestro cuerpo, en relación con sus partes, con el espacio y los objetos que lo rodean. Actualmente se especifica cómo constructo multifactorial, por tal motivo el instrumento propuesto tenía contemplados ítems relacionados con la percepción de los individuos (todas las partes del cuerpo y accesorios), tanto de los propios como lo que se piensa que los demás perciben de uno; los procesos cognoscitivos (sentimientos, pensamientos, y actitudes) y conductas (evitación, camuflaje, comenzar dietas, etc.) (Vázquez y cols., 2011).

Debido a que la imagen corporal es un concepto que cada persona define dependiendo de sus experiencias, este puede estar distorsionada y así llegar a formar actitudes y pensamientos negativos, llegando a existir un trastorno de la imagen, que se caracteriza por dos formas de expresión, perceptual y/o afectiva-emocional (Gómez y cols., 2013). Como consecuencia a esto llega a existir un malestar normativo en el cual se encuentra cierta inconformidad con algún rasgo de la apariencia física pero no afecta la vida cotidiana, y, la insatisfacción corporal que se define como la devaluación de la apariencia física, el cual recurre a conductas nocivas para la salud o está en riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Salvador y cols., 2010). Por esta razón, uno de los factores propuestos toca el tema de insatisfacción corporal, debido a las múltiples consecuencias que un nulo o mal diagnóstico podría llegar.

La insatisfacción corporal ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con desordenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en adolescentes, ya que, para esta población la apariencia está más centrada en el autoconcepto y en la evaluación de los demás (Larrain y cols., 2003). En DSM-IV-TR, se menciona el Trastorno Dismorfo y se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o escaso, que interfiere en la vida cotidiana.

Ya que, la Organización Mundial de la Salud (2014) menciona que en la adolescencia se ha encontrado que los cambios intensos en las condiciones sociales de este grupo tiene efectos en la salud, uno de estos cambios esta en los habitos alimenticios, tomando a estos trastornos como “fenomeno social”, la investigación se centra en la atención a este grupo etario.

En años recientes ha aumentado el interés por medir las actitudes y conductas alimentarias, primero porque el surgimiento de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa se ubica mas tempranamente en la preadolescencia. Segundo existe evidencia que la insatisfacción con la imagen corporal y la dieta son prevalentes en estudiantes de secundaria; y tercero, documentar el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias alteradas en edades tempranas puede ayudar a identificar los casos en riesgo y a mejorar el tratamiento (Gómez y cols., 2013).

Durante la adolescencia los seres humanos se encuentran en constante interacción con personas ajenas a su familia, por lo que, es comun que realicen acciones de critica, comparación, imitación y camuflaje, volviendose victimas del bombardeo de publicidad

erronea sobre cuerpos perfectos ultradelgados, dietas restrictivas, conductas adelgazantes, productos milagroso, etc. (Salaberria y cols., 2007).

Los trastornos alimenticios pueden afectar a personas de cualquier edad pero son mas frecuentes en los adolescente, por lo cual, se encuentran en un momento de vulnerabilidad, debido a los cambios que sufre su cuerpo y al cambio de las relaciones mayormente familiares, a relaciones sociales y de pareja (Estévez, 2012). Tomando en cuenta esto, seria oportuno mencionar que aunque algunas conductas lleguen a aparecer en la niñez se ha observado que estas no desaparecen, sino por el contrario, aumentan pudiendo desarrollar un TCA en la adolescencia y ahí radica la idea de tener un instrumento que se pueda aplicar desde temprana edad.

En investigaciones anteriores se ha encontrado que los adolescentes cuidan lo que comen, controlan su peso y talla, y refieren sentirse mal con su aspecto y tener miedo a engordar (De García y cols., 2007). Otros mencionan la relación que tuvo la presión de sus padres y de los medios de comunicación a través de la comparación y la internalización con la construcción de su imagen corporal y los problemas alimenticios que presentaron.

De esta forma la teoría que se utilizó para reforzar la elaboración del instrumento toma en cuenta varios aspectos fundamentales en el desarrollo de las conductas alimentarias anómalas, para comprobar la legitimidad de los ítems que se incluyeron en él.

La evidencia empírica indica que el Instrumento para Detectar Conductas Alimentarias de Riesgo (IDCAR) es adecuado ya que cuenta con niveles aceptables de validez realizado por medio de un análisis factorial con rotación ortogonal y confiabilidad con un Alpha de Cronbach de .937 para detectar estas conductas en mujeres adolescentes, y posteriormente

utilizar los factores propuestos en la prueba como punto de partida para el tratamiento y/o diagnóstico.

Al hablar de una confiabilidad y validez aceptables para la población seleccionada este trabajo no solo brinda un instrumento más a la gran lista de los ya existentes, sino que, propone un instrumento a la población guerrerense, la cual sufre gran cantidad de carencias, entre las cuales está la salud mental. Por lo cual se buscó contribuir con una prueba, basada en teoría fundamentada y una investigación verídica.

Limitaciones

Con esta investigación se buscó dar un nuevo instrumento a los profesionistas que trabajan con personas que muestran alguna conducta alimentaria anómala, tomando en cuenta que fue elaborada con y para población guerrerense, y que el lenguaje, puede variar dependiendo el lugar.

Hay que resaltar que la prueba es solamente una herramienta, ya sea aplicada después de la entrevista como parte de una batería de pruebas; o antes de la entrevista cuando se tiene sospecha de la existencia de estas conductas; o como indicador, dado que los factores que contiene podría ser una forma de conocer el área del paciente a tratar. El instrumento no debe ser la única herramienta a utilizar en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Sugerencias

Para futuras investigaciones se sugiere

- Utilizar el instrumento en adolescentes varones y elaborar el análisis estadístico pertinente para obtener la validez y confiabilidad del instrumento, de este modo,

convertirlo en una herramienta más completa para así, poder ser aplicado a mayor población.

- Aplicarlo junto con instrumentos de mayor experiencia en el tema, haciendo un análisis en sus resultados, para conocer de manera detallada sus alcances.

Referencias

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México D. F., México: Prentice Hall.
- Álvarez, G., Nieto, M. L., Mancilla, J. M., Vázquez, R., y Ocampo, M. T. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Revista Psicología y Salud*, 17(2), 251-260. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/709/1247>
- Amaya, A., Álvarez G., y Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/8/17>
- Amaya, A., Mancilla, J. M., Álvarez, G. L., Ortega, M., Larios, M., y Martínez, J. I. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/28326/40807>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Barcelona, España: Masson
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México D. F., México: Prentice Hall.

- BBC Mundo. (16 de abril de 2011). *Trastornos alimentarios: cada vez más, una cosa de chicos*. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/07/101217_trastornos_alimentarios_bulimia_anorexia_jp
- 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. Recuperado de http://www.sonepsyn.cl/pdf/revista_chilena_neuro_psiquiatria_v48_n4_octubre_diciembre_2010.pdf
- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (2003). *Psicología: ideología y ciencia*. México D. F., México: Siglo Veintiuno Editores.
- Brown, F. (1980). *Medición en Psicología y educación*. México D. F., México: El Manual Moderno.
- Brownell, K., Hotelling, K., Lowe, M. y Royfield, G. (2011). *Eating Disorders*. Washington, DC. American Psychiatric Association. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2008). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México, D.F.
- De García, M., Marco, M., y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Revista Psicothema*, 19(4), 646-653. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3411.pdf>
- Del Rio, P., y Álvarez, A. (2007). *Escritos sobre el arte y educación creativa de Lev S. Vigotsky*. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=h35c->

- stjRi0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=pablo+del+R%C3%ADo,+y+amelia+alvarez.+(2007).+&ots=rbmCM6P8YD&sig=ovrIYyhxHF34wi35jxiAqif9f5k#v=onepage&q=pablo%20del%20R%C3%ADo%2C%20y%20amelia%20alvarez.%20(2007).&f=false
- Diez, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. *Revista Zainak*, 27, 141-147. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>
- DOVE. (2004). *La verdad sobre la belleza. Resultados del estudio global de DOVE sobre mujeres, belleza y bienestar*. Recuperado de <http://www.dove.com.mx/es/assets/others/pdf/estudiosmexico1.pdf>
- Escoto, M. C., y Camacho, E. J. (2008). Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 99-106. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016300007>
- Estévez, M. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/21453743.pdf>
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(4), 345-350. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n4a12.pdf>
- Flores, J. C., y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y*

- Neurociencias*, 8(1), 47-58. Recuperado de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_7.pdf
- Gasco, M., Briñol, P., y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Revista Psicothema*, 22(1), 71-76. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3698.pdf>
- Gómez, A., Sánchez, B. J., y Mahedero, M. P. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Revista Ágora Para la educación física y el deporte*, 15(1), 54-63. Recuperado de http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2013/07/agora_15_1d_gomez_et_al.pdf
- González, F. L. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9(1), 241-253. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/305/439>
- Gutiérrez, M., Ball, M., y Márquez, E. (2008). Signo, significado e intersubjetividad: una mirada cultural. *Revista EDUCERE*, 12(43), 689-695. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/dspace/bitstream/123456789/26691/1/articulo3.pdf>
- Jiménez, B. E., y Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Revista Anales de Psicología*, 26(1), 11-17. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/02-26_1.pdf

- Jiménez, D. (2006). La anorexia nerviosa y su relación con el actual ideal corporal. *Revista Tempus Vitalis*, 6(2), 28-37. Recuperado de http://tempusvitalis.es/TV_files/2006vol6num2/2anorexia62.pdf
- Jorquera, M., Baños, R., Perpiña, C. y Botella, C. (2005). La escala de estima corporal (BES): validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 10(3), 173-192. Recuperado de <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=293>
- Larrain, M. E., Arrieta, M. Orellana, Y., y Zegers, B. (2013). Impacto de imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación en adolescentes mujeres de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista PSYKHE*, 22(1), 29-41. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/634/pdf>
- Lucci, M. A. (2006). La propuesta de Vygotsky: La psicología socio-histórica. *Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado*, 10(2). Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2.pdf>
- Luria, A. R. (1983). *Las funciones psíquicas superiores y su organización cerebral*. Barcelona, España: Fontanella.
- Luria, A. R. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. México: Fontamara.
- Marrodán, M. D., Montero, V., Mesa, M. S., Pacheco, J. L., González, M., Bejarano, I.,...Carmenate, M. (2008). Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal. Condicionantes biológicos y socioculturales. *Revista Zainak*, 30, 5-28. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/30/30015028.pdf>

Mendoza, J. (2010). Vygotsky y la construcción del conocimiento. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 6(1), 159-164. Recuperado de http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/81_vygotsky_construccion_conocimiento.pdf

Murawski, B. M., Elizathe, L., y Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones UBA*, 16, 65-72. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a06.pdf>

Noticieros Televisa. (24 de junio de 2014). *Trastornos alimenticios en México; estadísticas*. Televisa. Recuperado de <http://noticieros.televisa.com/elige-estar-bien-contigotrastornos-alimenticios/1406/trastornos-alimenticios-mexico-estadisticas/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5395&Itemid=2560&lang=en

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*

- (*IESM-OMS*). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Papalia, D. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México, McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Pasquali, L. (2009). Psicometría. *Revista de la Escuela de Enfermería de USP*, 43, 992-999. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40416/43399>
- Poy, L. (25 de octubre de 2010). *En México aumentan los casos de anorexia y bulimia en hombres*. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/10/25/sociedad/045n1soc>
- Ramos, P., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Revista Psicothema*, 22(1), 77-83. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3699.pdf>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Robinson, F. J. (2012). Los procesos afectivos y la zona de desarrollo próximo: una nueva visión desde una perspectiva histórica cultural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32383>
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, N. I., y Unikel, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33(4), 325-332. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3304/sm3304325.pdf>

- Rodríguez, W. C. (2009). Número especial dedicado al pensamiento de Vigotsky y su influencia en la educación. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 9, 1-12. Recuperado de http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/co.pdf
- Rodríguez, R., Toledo, R., Díaz, M., y Viñas, M. M. (2006). Funciones cerebrales superiores: semiología y clínica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 7(2). Recuperado de http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revistafacultad/vol_7_n_2_2006/pag20-27.pdf
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Revista Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 11(116), 71-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/rcs.v0i116.11195>
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, 87(2), 67-80. Recuperado de http://www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/images/edicion_87_2_08/adolescenciaImagenCorporalEpocaDelgadez.pdf
- Salvador, M., García, C., y De la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 257-273. Recuperado de <http://www.ejep.es/index.php/journal/article/view/64/pdf>

- Silva, L., Rabelo, A. C., Menezes, R. L., y Knackfuss, M. I. (2008). Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 550-560. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a05>
- Saüch, G., y Castañer, M. (2013). La proyección de la imagen corporal en jóvenes adultos y en la tercera edad. Una aplicación específica de expresión de la corporalidad. *Revista Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 24, 113-116. Recuperado de http://www.retos.org/numero_24/113-116.pdf
- Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. L., y Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Revista Anales de Psicología*, 26(2), 279-287. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/109231/103881>
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., y Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 45-52. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/173/188>
- Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Editorial Crítica.
- Vigotsky, L. S. (1996). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona, España: Paidós.

Anexo 1

Prueba para piloteo y prueba para aplicación final

Instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo (IDCAR)

Escuela: _____ Edad: _____ Folio: _____

Instrucciones: este instrumento pretende conocer las conductas alimentarias de riesgo de en adolescentes mujeres. Lee atentamente cada oración, revisa todas las opciones y marca con una **x** la que elijas. No hay respuestas buenas ni malas. La información que se recabe es únicamente con fines estadísticos y son totalmente confidenciales.

Por ejemplo:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
a) Me siento contenta con mi cuerpo				X		

En el ejemplo anterior la respuesta elegida es FRECUENTEMENTE y la casilla con esta respuesta está marcada con una X.

Por último:

Trata de no saltarte ninguna pregunta. Por más personal que parezca, la información será totalmente confidencial. Responde con toda la honestidad posible lo que sea cierto para ti.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1 He hecho dietas que vi en televisión o revistas						
2 Cambiaría varias cosas de mi imagen si pudiera						
3 Me preocupa que mis padres tengan sobrepeso						
4 Pienso que mi abdomen se ve estético						
5 Cuando era más pequeña mis padres evitaban que comiera alimentos chatarra para no engordar.						
6 Me veo constantemente en el espejo para ver mi figura						
7 Como mucho hasta sentir que me ahogo						
8 He sentido que no puedo dejar de comer						
9 Me han felicitado por mi disminución de peso						
10 Aunque los demás me dicen que estoy delgada yo pienso que estoy gorda						
11 Me tardo mucho en comer						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
12 He hecho dieta para bajar de peso						
13 Se han burlado de como se ve mi cuerpo						
14 Las personas delgadas son más bonitas y/exitosas						
15 Me gusta sentir mi estómago vacío						
16 Hago ejercicio diario para mejorar mi figura						
17 Me preocupa tanto mi figura que he hecho dieta						
18 Me han hecho comentarios negativos sobre mi aumento de peso						
19 Es necesario ser delgada para pertenecer a algún círculo social						
20 Parto la comida en muchos pedazos						
21 Se le da más valor a la imagen corporal, que al conocimiento y forma de ser de las personas						
22 Me preocupa lo que los demás piensen de mi						
23 Las personas gordas/obesas son menos aceptadas						
24 Los actores y actrices serian igual de famosos si no fueran musculosos o delgadas						
25 Me gusta cómo me veo en las fotos						
26 Me han puesto algún sobrenombre relacionado con mi peso						
27 Quiero a mi cuerpo así como está						
28 Me gusta más comer sola						
29 Alguien cercano a mí hace dieta con el fin de bajar de peso o mejorar su figura						
30 Me gustaría ser como las actrices y/o modelos						
31 He llorado porque pienso que estoy subiendo de peso						
32 Mis padres han hecho comentarios positivos sobre otras personas debido a su cuerpo o peso						
33 Me veo tan bien como me gustaría						
34 Me gusta como es mi cuerpo						
35 Las revistas y televisión envían imágenes sobre ser delgadas y musculosos						
36 Haría dieta y ejercicio con tal de parecerme a mi actriz favorita						
37 Alguien de mi familia ha hecho comentarios hirientes respecto a mi peso						
38 Pienso que mi cintura es demasiado grande						
39 Pienso que no soy tan bonita como la mayoría de la gente						
40 Creo que la mayoría de la gente tiene un cuerpo mejor que el mío						
41 Las revistas dedican muchos artículos a temas sobre la imagen corporal y el peso de las personas						
42 Uso la ropa que me gusta						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
43 He comparado mi cuerpo con el de otras personas de forma negativa						
44 Me gustaría ser más delgada						
45 He dejado de usar ropa que marque mi figura						
46 He dejado de comer por propia voluntad para mantener/mejorar mi figura						
47 Los demás creen que estoy gorda						
48 Pienso que es mi culpa cuando subo de peso						
49 He rechazado invitaciones porque me apena mi figura						
50 Conozco a alguien que hace "algo" para bajar de peso con el fin de verse bien						
51 He tomado laxantes para bajar de peso						
52 Mis padres han hecho comentarios negativos sobre otras personas debido a su cuerpo o peso						
53 He dejado de comer dulces, golosinas o cosas fritas debido a que pueda engordar						
54 En mi casa evitan comer alimentos que engorden						
55 Me he provocado el vómito por miedo a perder mi figura						
56 Uso ropa holgada para disimular mi figura						
57 Desearía ser delgada						
58 He perdido más de 6 kilos en 3 meses						
59 Pensar en mi peso ha hecho que me distraiga de mis deberes						
60 Tengo miedo de engordar						
61 La ropa y los accesorios que uso se me ven bien						
62 Me peso constantemente						
63 Me preocupa comer por miedo a subir de peso						
64 Mis padres se han quejado de su cuerpo o su peso						
65 A los chicos(as) les gustan más las personas delgadas						
66 Me siento culpable después de comer						
67 Pienso que mis amigas (os) solo hablan sobre su cuerpo						
68 Me gustaría ver programas, series, películas o novelas en donde los actores no tuvieran una buena imagen o tuvieran sobrepeso						
69 Evito los lugares en donde tenga que mostrar mi cuerpo (albercas, danza, etc.)						
70 Cuento las calorías que como						
71 El éxito de las personas que trabajan en los medios de comunicación depende de su imagen						
72 Mi peso me hace sentir triste						

Anexo 2

Prueba definitiva validada y confiabilizada

Instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo (IDCAR)

Escuela: _____ Edad: _____

Instrucciones: este instrumento pretende conocer las conductas alimentarias de riesgo de en adolescentes mujeres. Lee atentamente cada oración, revisa todas las opciones y marca con una **x** la que elijas. No hay respuestas buenas ni malas. La información que se recabe es únicamente con fines estadísticos y son totalmente confidenciales.

Por ejemplo:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
a) Me siento contenta con mi cuerpo				X		

En el ejemplo anterior la respuesta elegida es FRECUENTEMENTE y la casilla con esta respuesta está marcada con una X.

Por último:

Trata de no saltarte ninguna pregunta. Por más personal que parezca, la información será totalmente confidencial. Responde con toda la honestidad posible lo que sea cierto para ti.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1 He hecho dietas que vi en televisión o revistas						
2 Cambiaria varias cosas de mi imagen si pudiera						
3 Aunque los demás me dicen que estoy delgada yo pienso que estoy gorda						
4 He hecho dieta para bajar de peso						
5 Se han burlado de como se ve mi cuerpo						
6 Me preocupa tanto mi figura que he hecho dieta						
7 Me han hecho comentarios negativos sobre mi aumento de peso						
8 Es necesario ser delgada para pertenecer a algún círculo social						
9 Se le da más valor a la imagen corporal, que al conocimiento y forma de ser de las personas						
10 Las personas gordas/obesas son menos aceptadas						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
11 Me han puesto algún sobrenombre relacionado con mi peso						
12 Alguien de mi familia ha hecho comentarios hirientes respecto a mi peso						
13 Pienso que no soy tan bonita como la mayoría de la gente						
14 Creo que la mayoría de la gente tiene un cuerpo mejor que el mío						
15 He comparado mi cuerpo con el de otras personas de forma negativa						
16 Me gustaría ser más delgada						
17 He dejado de usar ropa que marque mi figura						
18 He dejado de comer por propia voluntad para mantener/mejorar mi figura						
19 Los demás creen que estoy gorda						
20 Pienso que es mi culpa cuando subo de peso						
21 He rechazado invitaciones porque me apena mi figura						
22 He tomado laxantes para bajar de peso						
23 He dejado de comer dulces, golosinas o cosas fritas debido a que pueda engordar						
24 Me he provocado el vómito por miedo a perder mi figura						
25 Uso ropa holgada para disimular mi figura						
26 Desearía ser delgada						
27 Tengo miedo de engordar						
28 Me preocupa comer por miedo a subir de peso						
29 Me siento culpable después de comer						
30 Evito los lugares en donde tenga que mostrar mi cuerpo (albercas, danza, etc.)						
31 Cuento las calorías que como						

Anexo 3

Formato interjueces

Tema

Internalización de la imagen corporal como predictor de conductas alimentarias anómalas. Elaboración y validación del instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo.

Justificación.

La internalización de la imagen corporal genera muchos cambios en los individuos y que en la mayoría de los casos, estos cambios afectan de manera no tan positiva la salud mental de algunos de ellos. El percibirse distintos a los estándares estéticos propuestos o impuestos por los medios de comunicación y cómo afecta esto en las distintas conductas alimentarias, hace necesaria la búsqueda de una solución médica. Y aunque la internalización de los estándares sociales tienen consecuencias negativas en algunas personas y crea imágenes distorsionadas, también puede ser utilizada para prevención (Behar, 2010).

Las pruebas psicométricas ya existentes no comprenden específicamente la población de Acapulco de Juárez, Gro., por lo cual surge la necesidad de crear un test que marque un antecedente en la posible solución al aumento de conductas alimentarias anómalas. El instrumento de medición propuesto está dirigido principalmente a población adolescente, siendo esta etapa de vida la que presenta más exposición a la crítica social.

Objetivo general

- Elaborar, validar y obtener la confiabilidad un instrumento que permita encontrar conductas alimentarias de riesgo, en relación con la interiorización de la imagen corporal.

Objetivos particulares

- Obtener la validación de constructo, por medio de interjueces del instrumento de medición.

- Pilotear el instrumento de medición.
- Obtener la validez de constructo, por medio del análisis factorial del instrumento de medición.
- Obtener la confiabilidad interna del instrumento de medición por medio de Alfa de Cronbach.

Validación interjueces

El presente formato se elaboró con la finalidad de analizar las dimensiones, factores e indicadores, por medio del conocimiento y juicio de profesionales.

Instrucciones. Elija la opción que crea adecuada y escriba las observaciones de los ítems que crea necesarios y una observación general al final. De ser necesario utilice la parte de atrás de la hoja.

Dimensión 1	Factor	¿Qué tanta relación tienen este factor con la dimensión correspondiente?				Observaciones
		Nada	Sol o un poco	Algo	Mucho	
<p><i>Internalización</i></p> <p>Se le conoce como internalización al proceso de apropiación gradual y progresiva de las conductas de tipo socio-psicológico, formado por las interacciones sociales. Por medio de estas interacciones los individuos internalizan su cuerpo, su imagen, los estereotipos e ideales impuestos por la sociedad.</p>	<p><i>Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos</i></p> <p>El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo presentando una excesiva atención hace que se aprendan esas actitudes (Escoto y Camacho, 2008).</p>					
	<p><i>Presión social debido a los estándares de belleza</i></p> <p>Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la mentira sobre la manipulación del peso y del cuerpo) (Facchini, 2006).</p>					
	<p><i>Influencia de los medios de comunicación</i></p> <p>Los medios de comunicación transmiten ideas y valores que la sociedad internaliza, la delgadez y su sobrevaloración es uno de los ideales que más se inculca y pone a las personas en riesgo de insatisfacción corporal y también trastornos (Jiménez y Silva, 2010)</p>					

Observaciones:

Factor	Reactivo	¿Qué tanta relación tiene este reactivo con el factor correspondiente?				Si elige la opción “solo un poco” o “algo”, ¿Qué cambiaría del reactivo?
		Nada	Sol o un poco	Algo	Mucho	
<p><i>Influencia de las relaciones de parentesco y/o de amigos</i></p> <p>El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo presentando una excesiva atención hace que se aprendan esas actitudes (Escoto y Camacho, 2008).</p>	1 Alguien cercano a mí que hace dieta.					
	2 Conozco a alguien que hace “algo” para bajar de peso.					
	3 Uno o mis dos padres tiene sobrepeso.					
	4 Alguien de mi familia me ha hecho comentarios hirientes respecto a mi peso					
	5 Cuando eras más pequeña mis padres evitaban que comiera alimentos chatarra debido a que fuera a engordar.					
	6 En mi casa evitan comer alimentos que engorden					
	7 Pienso que mis amigos solo hablan sobre su cuerpo					
	8 Mi familia me ha hecho comentarios negativos sobre mi aumento de peso					
	9 Me han felicitado por mi disminución de peso					
	10 Mi mamá se ha quejado de su cuerpo o su peso					
	11 Mi mamá ha hecho comentarios negativos sobre otras personas debido a su cuerpo o peso					
	12 Ha hecho comentarios positivos					
<p><i>Presión social debido a los estándares de belleza</i></p> <p>Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización</p>	1 Se han burlado de cómo me veo					
	2 Las personas delgadas son más bonitas y/exitosas					
	3 Me han puesto algún sobrenombre relacionado con mi apariencia					
	4 Me preocupa lo que los demás piensen de mí					
	5 Los de más creen que estoy gorda					
	6 Las personas delgadas consiguen más fácil lo que desean					
	7 Es necesario ser delgada para pertenecer a algún círculo social					
	8 A los chicos(as) les gustan más las personas delgadas					

de la gordura, la mentira sobre la manipulación del peso y del cuerpo) (Facchini, 2006).	9 Se le da más valor a la imagen corporal que al conocimiento de las personas					
<i>Influencia de los medios de comunicación</i> Los medios de comunicación transmiten ideas y valores que la sociedad internaliza, la delgadez y su sobrevaloración es uno de los ideales que más se inculca y pone a las personas en riesgo de insatisfacción corporal y también trastornos (Jiménez y Silva, 2010).	1 Me gustaría ser como las actrices y/o modelos					
	2 Las personas que trabajan en los medios de comunicación son más exitosos debido a su imagen					
	3 Los actores y actrices serian igual de famosos si no fueran musculosos o delgadas					
	4 Haría dieta y ejercicio con tal de parecerme a mi actriz favorita					
	5 Las revistas y tv envían imágenes sobre ser delgadas y musculosos					
	6 Las revistas dedican muchos artículos a temas sobre la imagen corporal y el peso de las personas					
	7 Me gustaría ver programas, series, películas o novelas en donde los actores no tuvieran una buena imagen o tuvieran sobrepeso					
	8 He hecho dietas que vi en televisión o revistas					

Observaciones:

Dimensión 2	Factor	¿Qué tanta relación tienen este factor con la dimensión correspondiente?				Observaciones
		Nada	Solo un poco	Algo	Mucho	
<i>Imagen corporal</i> Es un esquema construido a partir de la historia personal y el momento histórico-social en el que se vive y se refiere a la configuración general formada por el conjunto	<i>Sistema de creencias personales</i> Las situaciones y experiencias vividas que afectan la estima de las personas, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos (Facchini, 2006).					

de representaciones, percepciones, sentimiento y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Estévez, 2012).	<i>Insatisfacción de la imagen corporal</i> Es la devaluación de la apariencia física respecto a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo (cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población) y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, o incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un Trastorno del Comportamiento Alimentario (Salvador y cols., 2010)					
--	---	--	--	--	--	--

Observaciones:

Factor	Reactivo	¿Qué tanta relación tiene este reactivo con el factor correspondiente?				Si elige la opción “solo un poco” o “algo”, ¿Qué cambiaría del reactivo?
		Nada	Sol o un poco	Alg o	Muc ho	
<i>Sistema de creencias personales</i> Las situaciones y experiencias vividas que afectan la estima de las personas, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos (Facchini, 2006).	1 Me gusta como es mi cuerpo					
	2 Me gusta cómo me veo en las fotos					
	3 Mi peso me hace sentir triste					
	4 Me veo tan bien como me gustaría					
	5 Pienso que no soy tan bonita como la mayoría de la gente					
	6 Uso la ropa que me gusta					
	7 La ropa y los accesorios que uso se me ven bien					
	8 Quiero a mi cuerpo así como esta					
	9 Pienso que mi cintura es demasiado grande					
	1 Desearía ser delgada					

<p><i>Insatisfacción de la imagen corporal</i></p> <p>Es la devaluación de la apariencia física respecto a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo (cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población) y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud, o incluso puede estar en riesgo de llegar a desarrollar un Trastorno del Comportamiento Alimentario (Salvador y cols., 2010)</p>	2 Creo que la mayoría de la gente tiene un cuerpo mejor que el mío					
	3 Me gustaría ser más delgada					
	4 Cambiaría varias cosas de mi si pudiera					
	5 Me he comparado alguna vez con otras personas de forma negativa					
	6 He rechazado invitaciones porque me apena mi figura					
	7 He dejado de usar ropa que marque mi figura					
	8 Pensar en mi peso ha hecho que me distraiga de mis deberes					
	9 Pienso que mi abdomen se ve estético					
	10 Pienso que es mi culpa cuando subo de peso					

Observaciones:

Dimensión 3	Factor	¿Qué tanta relación tienen este factor con la dimensión correspondiente?				Observaciones
		Nada	Solo un poco	Algo	Mucho	
<p>Conductas alimentarias anómalas</p> <p>Son los métodos utilizados por las personas independientemente de su edad o sexo para</p>	<p>Conductas compensatorias</p> <p>Son las conductas que los individuos llevan a cabo con la intención de perder peso, para compensar la ingesta de alimentos.</p>					
	<p>Miedo a engordar</p> <p>Es la preocupación excesiva a aumentar de peso.</p>					

<p>alterar su imagen corporal, debido a una insatisfacción con su imagen, las cuales también han contribuido al desarrollo o mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Amaya y cols., 2013).</p>	<p>Hábitos alimenticios</p> <p>Son las conductas realizadas por los individuos durante la ingesta de alimentos, que a percepción de ellos evitan que aumenten de peso.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

Observaciones:

Factor	Reactivo	¿Qué tanta relación tiene este reactivo con el factor correspondiente?				Si elige la opción “solo un poco” o “algo”, ¿Qué cambiaría del reactivo?
		Nada	Solo un poco	Algo	Mucho	
<p>Conductas compensatorias</p> <p>Son las conductas que los individuos llevan a cabo con la intención de perder peso, para compensar la ingesta de alimentos.</p>	1 He hecho dieta					
	2 Me he provocado el vómito para bajar de peso					
	3 He tomado laxantes para bajar de peso					
	4 Hago ejercicio diario					
	5 He dejado de comer por propia voluntad					
	6 Me veo constantemente en el espejo para ver mi figura					
	7 Me peso constantemente					
	8 Uso ropa holgada					
	9 Evito los lugares en donde tenga que mostrar mi cuerpo (albercas, danza, etc.)					
	10 He perdido más de 6 kilos en 3 meses					
<p>Miedo a engordar</p> <p>Es la preocupación excesiva a</p>	1 Me preocupa tanto mi figura que he hecho dieta					
	2 Tengo miedo de engordar					
	3 He llorado porque pienso que estoy subiendo de peso					

aumentar de peso.	4 Me siento culpable después de comer					
	5 Me preocupa comer					
	6 Aunque los demás me dicen que estoy delgada yo pienso que estoy gorda					
Hábitos alimenticios Son las conductas realizadas por los individuos durante la ingesta de alimentos, que a percepción de ellos evitan que aumenten de peso.	1 He dejado de comer dulces, golosinas o cosas fritas debido a que pueda engordar					
	2 Parto la comida en muchos pedazos					
	3 Me tardo mucho en comer					
	4 Me gusta más comer sola					
	5 Como mucho hasta sentir que me ahogas					
	6 Cuento las calorías que como					
	7 Me gusta sentir mi estómago vacío					
	8 He sentido que no puedo dejar de comer					

Observaciones:

Anexo 4

Consentimiento informado (Colegio de Bachilleres plantel 2)

Acapulco, Guerrero, 16 de febrero de 2015

Lic. Ileri Guadalupe Castro Maya
Subdirectora académica. Turno matutino
Colegio de Bachilleres Plantel 2, Acapulco
P R E S E N T E:

Mi nombre es Alina Stefanny Taboada Lozada, egresada de la carrera de psicología, de la Universidad Americana de Acapulco con matrícula 080904966, incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estoy realizando una investigación totalmente confidencial, honesta y profesional, que lleva por título: “Internalización de la imagen corporal como predictor de conductas alimentarias anómalas. Elaboración y validación del instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo”.

Me dirijo a usted de la manera más respetuosa solicitando su apoyo para con mi proyecto de titulación, mejor conocido como tesis. Pidiendo su consentimiento para la aplicación de un instrumento debidamente elaborado y analizado por expertos.

El instrumento no solicita ningún dato personal, a excepción de la edad, se aplicara en adolescentes del sexo femenino, consta de 72 reactivos con un tiempo de aplicación de 10 minutos aproximadamente.

Los datos que se recaben son para fines estadísticos, no se evaluara ni diagnosticara a ninguna persona, así como tampoco se pretende dar seguimiento a casos específicos.

Agradeciendo de antemano su colaboración y tiempo.

A T E N T A M E N T E

Alina Stefanny Taboada Lozada

TEMA

Internalización de la imagen corporal como predictor de conductas alimentarias anómalas.

Elaboración y validación del instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo.

Justificación.

La internalización de la imagen corporal genera muchos cambios en los individuos y que en la mayoría de los casos, estos cambios afectan de manera no tan positiva la salud mental de algunos de ellos. El percibirse distintos a los estándares estéticos propuestos o impuestos por los medios de comunicación y cómo afecta esto en las distintas conductas alimentarias, hace necesaria la búsqueda de una solución médica. Y aunque la internalización de los estándares sociales tienen consecuencias negativas en algunas personas y crea imágenes distorsionadas, también puede ser utilizada para prevención (Behar, 2010).

Las pruebas psicométricas ya existentes no comprenden específicamente la población de Acapulco de Juárez, Gro., por lo cual surge la necesidad de crear un test que marque un antecedente en la posible solución al aumento de conductas alimentarias anómalas. El instrumento de medición propuesto está dirigido principalmente a población adolescente, siendo esta etapa de vida la que presenta más exposición a la crítica social.

Objetivo general

- Elaborar, validar y obtener la confiabilidad un instrumento que permita encontrar conductas alimentarias de riesgo, en relación con la interiorización de la imagen corporal.

Objetivos particulares

- Obtener la validación de constructo, por medio de interjueces del instrumento de medición.
- Pilotear el instrumento de medición.

- Obtener la validez de constructo, por medio del análisis factorial del instrumento de medición.
- Obtener la confiabilidad interna del instrumento de medición por medio de Alfa de Cronbach.