



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO
DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN PATINADORAS PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SÁNCHEZ GACHÚS JESSICA ALEJANDRA

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PERESMITRÉ

REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. La salud.....	5
1.1 Historia del concepto de la salud.....	5
1.2. Salud y enfermedad.....	7
1.3. Epidemiología y salud	9
1.4. El sistema sanitario y su relación con la salud.....	10
1.5. Promoción de la salud	12
1.6. Conductas saludables y conductas no saludables.....	14
1.7. Salud pública	16
1.8. Psicología de la salud	18
1.9. Modelos utilizados por la psicología de la salud	19
1.9.1. Modelos conductuales.	19
1.9.2. Modelos cognitivo-conductuales.....	20
1.9.3. Modelo biopsicosocial.....	21
1.10. Políticas de salud	21
Capítulo 2. Imagen corporal.....	24
2.1. Definición de imagen corporal.....	24
2.1.2. Teoría del desajuste adaptativo de la imagen corporal.	25
2.2. Trastorno de la imagen corporal.....	26
2.3. Diferencia entre los conceptos de distorsión de la imagen corporal, insatisfacción corporal y alteración de la imagen corporal.....	28
2.4. Causas de la insatisfacción corporal	31
2.4.1. Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal.	31
2.4.2. Los medios de comunicación, la familia y los amigos como factores de riesgo de la insatisfacción de la imagen corporal.....	35
2.5. Consecuencias de la insatisfacción corporal	36
2.6. Adolescencia e insatisfacción con la imagen corporal.....	38
2.7. Técnicas para evaluar la imagen corporal y sus alteraciones	42
2.7.1. Medición de la distorsión corporal.	43
2.7.2. Realidad virtual.	43
Capítulo 3. Trastornos alimentarios y su relación con el deporte.....	45

3.1. La alimentación.....	45
3.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	46
3.2.1. Anorexia nervosa.....	48
3.2.2. Bulimia.....	50
3.2.3. Comida compulsiva o atracón.....	53
3.2.4. Trastorno alimentario no especificado.....	54
3.3. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria	54
3.3.1. La dieta como factor de riesgo de los TCA.....	57
3.4. Deporte	60
3.4.1. El deporte como factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.....	61
3.4.2. Patinaje artístico.....	65
Capítulo 4. Método.....	68
Objetivo general:	68
Objetivos específicos:.....	68
Hipótesis de trabajo.....	68
Definición de variables	69
Variables independientes:	69
Variables dependientes:	70
Muestra:	73
Instrumentos.....	74
Materiales	75
Procedimiento:	75
Capítulo 5. Resultados	77
5.1. Descripción de la muestra	77
5.2. Distribución de las variables de estudio	84
5.3. Prueba de hipótesis de trabajo	100
Capítulo 6. Discusión y conclusiones	103
6.1. Limitaciones y sugerencias	108
Referencias.....	110
Anexos.....	124

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existen diferencias respecto a los factores de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación entre mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico. **Participantes.** La muestra estuvo formada por un total de N=44 patinadoras subdividida en n1=21 mujeres preadolescentes y por n2=23 mujeres adolescentes que practicaban patinaje artístico. La investigación fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. **Instrumento.** Se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) y el cuestionario de Body Shape Questionnaire (BSQ); así mismo, se tomaron medidas antropométricas (peso y estatura). **Procedimiento.** Se solicitó a los entrenadores de los equipos representativos del Centro Deportivo Plan Sexenal y del Centro Deportivo Benito Juárez, permiso para el desarrollo de la investigación, de igual manera, se solicitó a las patinadoras el consentimiento informado, en el caso de las menores, firmado por los padres o tutores. La aplicación fue realizada de forma individual en un sitio asignado por los entrenadores por una psicóloga capacitada previamente. **Resultados.** Se encontraron diferencias en la variable conducta alimentaria normal que, aunque no fue significativa, señaló una tendencia, las medias indicaron que son las preadolescentes quienes mostraron una mejor alimentación en comparación con las adolescentes. Para las variables dieta crónica y restrictiva, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal no se mostraron diferencias significativas, sin embargo, las medias mostraron que son las preadolescentes quienes presentan este tipo de conductas.

Palabras clave: factores de riesgo de la conducta alimentaria, trastornos alimentarios, imagen corporal

Introducción

Se debe entender a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2006); y que al mismo tiempo, puede ser un estado y un proceso dinámico cambiante debido a que constantemente existen alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, lo que trae como consecuencia permanentes reestructuraciones de los esquemas internos de las personas (Labiano, 2006). Sin embargo, la enfermedad, no es lo contrario de la salud, sino parte del transcurso vital, debido a que es un proceso autoorganizativo destructivo que cambia de la salud a la enfermedad (Ponte, 2008). La psicología de la salud trabaja con los problemas de salud de una determinada sociedad incorporando acciones médicas e intervenciones como la planificación, la información sanitaria, la promoción y la protección de la salud, comprendiendo a la salud como un derecho esencial de cada persona (Gómez, Lumbreras y Aguado, 2011).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal que se vuelven desordenados y generan consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos (Kirszman y Salgueiro, 2002). De acuerdo con Penna y Sánchez (2009), en la actualidad, se sabe que los trastornos alimentarios son causados por más de un factor, así se puede afirmar que hay factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que facilitan la aparición de alguno de los trastornos alimentarios de la conducta. Por otra parte, Raich (2000), menciona que el trastorno de la imagen corporal se ha descrito como una fobia al propio cuerpo debido a que la sociedad ha impuesto diferentes modelos de ideal de belleza y las mujeres han tratado siempre de ajustarse a estos modelos.

El deporte es considerado como una actividad sana, aunque se sabe que cuando es practicado en exceso puede ser perjudicial para la salud (Weineck, 2001). De acuerdo a Alfonseca (2006), la práctica de deporte es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA debido a que a los deportistas se les exige tener una complexión delgada y más del 60% de las mujeres deportistas profesionales experimentan un TCA porque se toman el ejercicio o la alimentación como una obsesión. El patinaje artístico es un deporte de deslizamiento que combina elementos técnicos con aspectos artísticos sobre patines de ejes. El patinador acompaña su rutina de elementos tanto técnicos, como de figuras y de aspectos artísticos con música por lo que debe sensibilizarse a la música de la rutina para adecuar sus movimientos a ella (Patinaje Artístico, 2010). Este deporte se caracteriza por requerir fuerza, flexibilidad, precisión, coordinación y seguridad. La preparación física de un patinador debe de enfocarse en ganar fuerza, en tener un buen funcionamiento del sistema cardíaco y respiratorio, al igual que en tener una buena alimentación (Patinando sobre hielo, 2007).

En los últimos años, los trastornos alimentarios se han convertido en un tema central de la salud pública debido a que estos trastornos han ido en aumento. El objetivo de esta investigación fue dirigido hacia el área deportiva para determinar si existían diferencias respecto a los factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación entre mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico. Entre los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de los trastornos alimentarios se encuentran: el deseo de una figura ideal delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la alteración de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación), la actitud negativa hacia la obesidad y la dieta restringida (Gómez-Peresmitré, León y Platas, 2012).

En el primer capítulo de esta investigación, se abordará el tema del proceso salud-enfermedad, en el cual, a través de conocer la historia de la salud, se conocerán los conceptos de salud y enfermedad, así como la función de la epidemiología, el sistema sanitario, la promoción a la salud y la salud pública dentro de la población. Así mismo, se describen cuáles son las políticas de salud, qué es la psicología de la salud y cuáles son sus modelos utilizados.

En el segundo capítulo se expondrá el tema de la imagen corporal y las técnicas para evaluarla, así como su respectivo trastorno; del mismo modo, se explicará la diferencia entre distorsión de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal e insatisfacción corporal. Dentro del subtema de insatisfacción corporal se describe la influencia de los medios de comunicación, la familia y los amigos como factores de riesgo para el desarrollo de la insatisfacción de la imagen corporal, así como las consecuencias de desarrollarla en la adolescencia. En el tercer capítulo se desarrollará el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, se explicarán qué son y los factores de riesgo que los producen. Así mismo, se analizará al deporte como factor de riesgo de los TCA.

En el cuarto capítulo se explicará el método que se llevó a cabo en esta investigación, como también, se describen los objetivos y las variables que se estudiaron, así mismo, se especifica el tipo de muestra con la que se trabajó, los instrumentos que fueron utilizados y el procedimiento que se llevó a cabo.

En el quinto capítulo se expondrán los resultados obtenidos para los cuales se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SSPS, se realiza la descripción de la muestra, variables de interés en el estudio, así como la prueba de hipótesis. Por último, en el sexto capítulo se expondrán la discusión y la conclusión de la presente investigación, como también las sugerencias y las limitaciones a las que se enfrentó.

Capítulo 1. La salud

1.1 Historia del concepto de la salud

De acuerdo a Casarim (2006), antiguamente los exorcismos, las confesiones, las brujerías, las oraciones, los sacrificios y otro tipo de ceremonias eran ritos que se utilizaban para curar enfermedades. Los sacerdotes eran los principales mediadores entre los dioses y la humanidad para tratar las enfermedades por medio de curas como aguas minerales y termales. Posteriormente, Hipócrates y Galeno realizaron más investigaciones en el tema de la medicina que eran más racionales pero la iglesia católica hizo restricciones en la práctica de la investigación en medicina. Cabe mencionar que en esa época las decisiones de la iglesia eran tomadas demasiado en serio por la mayoría de las personas debido a que sus decisiones las consideraban como la palabra de Dios.

El surgimiento de la Edad Moderna provocó que el nuevo mediador entre la iglesia, las corporaciones de oficio y las personas fuera el convencimiento racional, este mediador comenzó a tener un mayor peso en la credibilidad de las personas debido a que ya no expresó más la voluntad de los dioses griegos o de los cristianos. Por último, en la época del Renacimiento empezaron a surgir la policía médica, la higiene pública y al final, la salud pública. En esa época el objetivo de la medicina estaba de acuerdo con los ideales del pensamiento iluminista que era el control racional de las enfermedades y de la salud de grupo como una manera de salud pública (Casarim, 2006).

En el siglo XX existió un mejor desarrollo socioeconómico en la mayoría de los países del mundo que tuvo consecuencias significativas en la calidad de vida de la población y esto, también contribuyó a la modificación de la manera en que la gente se enfermaba y moría. De tal forma, que de las enfermedades infecciosas con cortos periodos de latencia se pasó a enfermedades crónico

degenerativas de periodos largos de latencia asociadas con diversos factores de riesgo (Vioque, 2011).

García, Navarrete y Vioque (2011), refieren que este nuevo cambio de patrón epidemiológico se le conoce como transición epidemiológica, y esta transición ha llevado a un aumento importante de la esperanza de vida en países desarrollados. Barrio, Gil y Jiménez (2011), señalan que una transición epidemiológica es causada por:

1. Una disminución en la fecundidad, en este caso, la población pasa de tener una pirámide de edad con predominio de niños y jóvenes a una población con mayor predominio de adultos y mayores, esto trae como consecuencia un aumento de individuos expuestos a enfermedades no transmisibles y a un aumento de su morbimortalidad.

2. Cambios en los factores de riesgo, esto cambia la incidencia de las enfermedades debido a que algunos cambios reducen la incidencia de algunas enfermedades infecciosas y otros cambios, por el contrario, contribuyen a que aumenten las enfermedades no transmisibles y de lesiones.

3. La mejora en los servicios sanitarios, este punto se refiere a que la calidad de estos servicios mejora tanto en sus servicios como en su tecnología; lo anterior favorece a que exista una disminución de la probabilidad de morir en las personas que ya se encuentran enfermas.

Los tres cambios anteriores tienen tanto efectos en el aumento de la población como en los efectos de la mejora de la economía debido a un aumento de la productividad en el trabajo, al aumento de los costes de atención sanitaria, al aumento en la demanda de servicios médicos, entre otros. Una transición en la atención sanitaria es una transformación en la respuesta de una población ante un problema de salud (Barrio *et al.*, 2011). En consecuencia, a lo anterior Vioque (2011), refiere que el concepto de epidemia tuvo que ser ampliado tanto para enfermedades

infecciosas como para enfermedades crónicas, pero también se tuvo que hacer una integración de conceptos y técnicas de diversas disciplinas como la estadística.

Casarim (2006), señala que el comienzo de la estadística permitió utilizar los números para obtener datos de masas, también permitió la determinación, la previsibilidad y la observación del comportamiento social, esto último, permitió ver la individualidad como norma. De tal manera que cuando las revoluciones francesas ocasionaron un gran número de soldados heridos dieron oportunidad a los médicos para dar comienzo a los diagnósticos y a su posible tratamiento.

De igual forma, las epidemias de cólera inglesas dieron lugar a que el gobierno de ese país interviniera en la vida privada del individuo: haciendo demoliciones, limpieza de calles, desinfección de viviendas, así como la separación de las personas infectadas a hospitales aislados, esto provocó que la propaganda de la salud se expandiera, y a su vez, contribuyó a que la higiene se convirtiera en una disciplina dentro de la medicina. Así mismo, el uso del microscopio hizo que el foco de atención se desviara de la persona y se mantuviera en la enfermedad (Casarim, 2006).

1.2. Salud y enfermedad

De acuerdo a la OMS (2006), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no abarca únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud al mismo tiempo puede ser un estado y un proceso dinámico cambiante debido a que constantemente existen alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, lo que trae como consecuencia permanentes reestructuraciones de los esquemas internos de las personas (Labiano, 2006). La salud mental para la OMS (2018), es un estado de bienestar en donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede enfrentar las demandas de la vida cotidiana, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud es la ausencia de enfermedad y se divide en tres tipos de salud: la salud física, la salud mental y la salud social. Cuando estos tres factores se encuentran en equilibrio se habla de un estado de bienestar que caracteriza al concepto de salud (Atienza y Gámiz, 2012). Así mismo, la salud abarca una dimensión subjetiva, individual, psicamental y social (Weineck, 2001).

La enfermedad, no es lo contrario de la salud, sino parte del transcurso vital debido a que es un proceso autoorganizativo destructivo que cambia al ser humano de estar sano a estar enfermo (Ponte, 2008). De acuerdo a Martín (2003), la enfermedad tiene una historia natural de evolución. Tiene un período de prepatogénesis que en términos de prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, en este periodo existe un anfitrión humano y factores medio ambientales que facilitan el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos. Después, se da un umbral donde termina el período de prepatogénesis e inicia uno de patogénesis, en este periodo, comienza el desarrollo de la enfermedad con evolución de síntomas tipificables. El panorama clínico muestra una patogénesis temprana. Posteriormente, se tiene ya una enfermedad temprana perceptible, que en dependencia de la intervención se convierte en enfermedad avanzada, que puede a su vez desencadenarse en estado crónico, incapacidad o llevar a la muerte, o de lo contrario, si hay intervención adecuada se puede lograr la rehabilitación en cualquiera de sus estadios.

Una enfermedad transmisible se caracteriza por ser causada por un agente causal vivo que a la vez da lugar a una respuesta orgánica que se puede reproducir (Gil, Gil y González-Escalada, 2011). Existen diferencias individuales que hacen propensa a una persona hacia determinada enfermedad, estas diferencias individuales pueden interferir en la respuesta de la enfermedad y en la posibilidad de recuperación de la misma. Tales diferencias individuales pueden deberse a la genética de la persona, aunque esto no es determinante para desarrollar la enfermedad debido a

que también cobra importancia la personalidad del individuo tanto en la predisposición y en el posterior desarrollo del trastorno como en su evolución y la forma en que lo afronta (Fusté, 2006).

La semejanza que existe entre la salud y la enfermedad es que ambas son características que están relacionadas con los individuos. Ambas contienen una dimensión subjetiva y una dimensión objetiva; la dimensión subjetiva se refiere a que tanto la enfermedad como la salud son percibidas por personas que se sienten sanas o enfermas; la dimensión objetiva se refiere a las pruebas analíticas de la salud y de la enfermedad (Segura, 2011).

1.3. Epidemiología y salud

La epidemiología es la ciencia que se dedica al estudio de las epidemias que son enfermedades que afectan a una determinada población durante un tiempo limitado. De igual forma, la epidemiología estudia su incidencia y su distribución, así como los factores que afectan a su distribución (Atienza y Gámiz, 2012).

Los estudios epidemiológicos pueden ser divididos en dos tipos: descriptivos o analíticos. Los estudios descriptivos se refieren a los que se basan en datos que ya fueron publicados, pueden ser datos secundarios y pueden ayudar a generar hipótesis, en cambio, los estudios analíticos pueden ser observacionales como los casos, controles y/o cohortes o pueden ser de tipo experimental que se refieren cuando el investigador determina una intervención a evaluar (Atienza y Gámiz, 2012).

Vioque (2011), menciona que existen diversos tipos de epidemiología debido a que su concepto fue evolucionando con el tiempo y así, fueron surgiendo nuevos métodos y conocimientos por la aplicación de la epidemiología en diversas áreas pero teniendo como base siempre a la epidemiología original, algunos ejemplos son la epidemiología genética, la epidemiología social, la epidemiología clínica, la epidemiología ambiental, entre otras; el objetivo de que existan

diferentes tipos de epidemiología es que se tenga disponible el conocimiento apropiado para la solución y el control de los problemas específicos de salud de una población a través del trabajo de la salud pública y de la medicina preventiva.

Vioque (2011), indica que la epidemiología tiene tres componentes: el primer componente se refiere a la utilidad de medir la frecuencia de enfermedades, y que, al mismo tiempo, produce conceptos y determinadas medidas como la prevalencia y la incidencia; el segundo componente se vincula con la distribución de la enfermedad, esto se refiere a las personas que desarrollan la enfermedad, al lugar donde se desarrolla la enfermedad y al momento en el que ocurre. Es en este punto donde se pueden hacer comparaciones entre diferentes grupos o en uno solo para poder explicar diferentes tipos de enfermedades e inferir sus posibles hipótesis, y el tercer componente se refiere a los factores de riesgo de cada enfermedad.

La epidemiología permite conocer por datos estadísticos el grado de riesgo de los factores que propician determinada enfermedad y permite que el grado de riesgo pueda ser modificado por medio de intervenciones (Vioque, 2011). Por último, cabe destacar que la epidemiología trabaja para crear una sociedad sana para que las enfermedades no sean un problema grave y para que no existan muertes prematuras o secuelas incapacitantes (Atienza y Gámiz, 2012).

1.4. El sistema sanitario y su relación con la salud

El sistema sanitario es el conjunto de instituciones y funciones sociales enfocadas a la salud. Las metas del sistema sanitario son la universalidad, la atención integral, la equidad, la eficiencia, la flexibilidad organizativa, la participación en la gestión, así como la detección y el ajuste de las necesidades de cada población (Aibar, Aranaz y García, 2011).

El objetivo de los sistemas sanitarios es que tanto la promoción como la protección a la salud se puedan sostener económicamente, sean efectivos para la población y puedan abarcar a la mayoría de esta. Existen tres modelos organizativos para financiar estos sistemas: los seguros sociales, la financiación pública y los basados en el mercado, estos modelos varían de acuerdo al país y dependen del sistema social (Aibar *et al.*, 2011):

- Modelo de seguros sociales. Su financiación pública se hace a través de las cotizaciones de los trabajadores y empresarios. El suministro de los servicios puede ser tanto público como privado, su cobertura comprende a los trabajadores y a sus familias. Las elecciones son en general por parte de los usuarios, pero existen problemas de equidad y costes. Este modelo predomina en Francia, Bélgica, Alemania, Austria, Holanda, Luxemburgo y Suiza.
- Modelo de servicio nacional de salud. Su financiación es pública al igual que sus servicios. En este modelo, la participación del usuario es más restringida y existe un problema de accesibilidad, pero a diferencia del primer modelo, este modelo tiene mayor equidad y tiene sus gastos controlados. Este modelo existe en Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, España, Italia y Portugal.
- Modelo de libre mercado sanitario. Este modelo es dependiente de los seguros privados voluntarios, por tanto, tiene una menor regulación estatal. El estado se limita a facilitar cuidados de salud a ciertos grupos de la población que los necesitan; llegan a existir redes de beneficencia de seguros voluntarios privados para financiarlo. Este tipo de modelos produce tanto desigualdades como malestares sociales. Se utiliza en Estados Unidos.

El sistema sanitario ofrece modelos y tecnología suficiente para afrontar los problemas que habían perjudicado a la especie humana como las enfermedades infecciosas, pero en nuestros días ya no es útil debido a que se ha vuelto necesario incorporar aquellos modelos y tecnologías que se han comprobado que son más eficaces para enfrentar las patologías actuales, que principalmente se deben a los hábitos perjudiciales de la población. Debido a esto, ahora se debe de promover la buena salud a través del cambio de conductas saludables, de igual forma, se deben de prevenir las enfermedades (Becoña y Oblitas, 2006).

1.5. Promoción de la salud

Fiorentino (2006), destaca que existen diferencias entre las palabras promoción y prevención, mientras que la prevención de la enfermedad se considera exitosa en tanto que los individuos estén exentos de la enfermedad, la promoción a la salud además, lleva a los individuos a progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional y mayores sensaciones subjetivas de bienestar, es decir, el objetivo de la promoción a la salud es que se alcance el nivel óptimo en la salud. De tal forma, que la prevención, enfoca a la salud con una visión negativa, y la promoción, se refiere a la salud en su sentido positivo debido a que se dirige hacia la vida, hacia el desarrollo y la realización del ser humano. Por lo tanto, la prevención es de ámbitos clínicos dirigida con el propósito de evitar una enfermedad específica; por el contrario, la promoción de la salud está más conectada con los ámbitos sociales y se dirige hacia el bienestar comunitario debido a que fomenta los factores protectores de la salud y estimula la adopción de estilos de vida saludables.

La promoción de la salud se define como toda acción orientada a llevar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, a una mejor calidad de vida, a su plena expresión de

su desarrollo humano y/o al más alto nivel de salud posible. Para ello es necesario controlar los factores externos del bienestar que satisfacen las necesidades básicas de los individuos: empleo, alimentación, vivienda, entre otros; y los factores internos: creencias, convicciones, emociones entre otras. Por tanto, la promoción a la salud es una acción educativa, persuasiva y motivacional enfocada a estimular el conocimiento y los comportamientos saludables (Fiorentino, 2006).

La promoción a la salud se desarrolla en cinco áreas: la primera área, se dedica a la elaboración de políticas saludables; la segunda área, crea ambientes que puedan mejorar la salud; la tercera área, se dedica a mantener y/o mejorar las acciones comunitarias; la cuarta área, permite que las personas desarrollen habilidades para mejorar su salud, y la quinta área, reorienta los servicios de salud. Estas áreas son interdependientes pero la primera área favorece el ambiente a las otras cuatro (Martínez y Toledo, 2011). De acuerdo a Labiano (2006), en los últimos años la prevención de las enfermedades ha cobrado gran importancia, principalmente por razones económicas. La prevención tiene las siguientes etapas (Atienza y Gámiz, 2012):

- Prevención primaria: La intervención se hace con anterioridad a la enfermedad, impidiendo o retrasando su desarrollo.
- Prevención secundaria: Detecta y aplica tratamientos a las enfermedades en sus primeros estadios. La intervención tiene lugar al comienzo de la enfermedad y trata de impedir o retrasar su desarrollo. Hernández-Aguado y Lumbreras (2011), mencionan que un ejemplo de prueba de prevención secundaria es el cribado que sirve para identificar sujetos sanos en fases subclínicas de la enfermedad.
- Prevención terciaria: Tiene lugar cuando ya se ha instaurado la enfermedad. En este punto se intenta evitar su avance y sus complicaciones.

- Prevención cuaternaria: Pretende evitar intervenciones médicas innecesarias.

La promoción a la salud trabaja por encontrar las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen factores positivos para la salud, como la práctica regular de ejercicios físicos, las prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumo de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, las prácticas adecuadas de higiene, la participación en programas promocionales y preventivos, el aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, el uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros (Martín, 2003). La participación de la comunidad en la promoción a la salud es a veces más importante que las acciones que se llevan a cabo en los servicios de salud (Equipo Vértice, 2010).

1.6. Conductas saludables y conductas no saludables

Labiano (2006), menciona que las conductas saludables se refieren a las acciones cognitivo-emocionales dirigidas a manejar el estrés cotidiano, algunos ejemplos de estas conductas saludables son: tener una alimentación basada en nutrientes naturales y balanceada en sus nutrientes; hacer ejercicio físico regular; dormir de 7 a 8 horas diarias, entre otras. El propósito de las conductas saludables es favorecer el funcionamiento psicobiológico y, al mismo tiempo, retrasar el envejecimiento biológico.

Varias enfermedades crónicas se deben a que el individuo mantiene en acción conductas no saludables y está continuamente en condiciones ambientales perjudiciales. Por lo tanto, el mantenimiento de las conductas saludables puede evitar enfermedades (Labiano, 2006). Fiorentino (2006), define que las conductas de promoción a la salud son los comportamientos que hace una persona con el objetivo de alcanzar un nivel óptimo de bienestar físico, así como un estilo de vida saludable mediante la prevención de la enfermedad.

Becoña y Oblitas (2006), indican que una de las causas por las que las personas aceptan practicar conductas nocivas se debe al carácter placentero, también conocido como reforzante de casi todas las estimulaciones de estas conductas nocivas, así como la rapidez de sus efectos. También destacan que las personas generalmente perciben un extenso periodo que separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de determinada enfermedad, así como su diagnóstico. Esta situación hace que la persona no pueda apreciar una relación de causa entre sus conductas nocivas y su posterior problema de salud. Aun cuando el malestar o la disonancia cognitiva se presenta, pocos harán cambios de conducta para tratar de mejorar su salud. Así mismo, Becoña y Oblitas (2006), también señalan tres factores más por los cuales las personas no cumplen con lo que debieran de hacer ante conductas nocivas:

1. El primer factor, se debe a que las personas tienen el convencimiento de que la medicina y su tecnología pueden solucionar cualquier problema que se pudiera padecer.
2. El segundo factor, explica que existen barreras culturales que no permiten el cambio hacia los hábitos saludables.
3. El tercer factor, sugiere que el cambio se debe ver como un proceso cíclico y lento más que un proceso cíclico y lineal.

Becoña y Oblitas (2006), señalan que mejorar los estilos de vida cambiando los comportamientos perjudiciales para la salud depende de cada país, de sus programas existentes, de su política sanitaria y de su nivel de industrialización, independientemente de los conocimientos y de la tecnología que tiene en cuanto a la ciencia del comportamiento y la psicología de la salud; esto se debe a que con la tecnología disponible actual de la psicología de la salud, es posible cambiar conductas nocivas para la salud por conductas saludables pero existen algunos obstáculos

que detienen la aplicación de esta, como el predominio del modelo médico, los intereses económicos en el campo de la salud, la necesidad de aplicar los programas a toda la población, entre otros factores.

1.7. Salud pública

Gómez *et al.* (2011), definen a la salud pública como la ciencia que perfecciona la salud de determinada población mediante la organización de una sociedad. Un problema de salud pública es una situación que afecta la salud y la calidad de vida de determinada población. Gómez y Robles (2011), refieren que una herramienta básica de la salud pública es la demografía debido a que construye indicadores que identifican a cada población que ayudan a su vez a la salud pública para que esta pueda intervenir tanto en la elaboración de programas de salud como en el establecimiento de políticas públicas adaptadas de acuerdo a los datos obtenidos de la demografía a las necesidades de cada tipo de población.

Gómez *et al.* (2011), mencionan que la salud pública es multiinstitucional debido a que promueve instituciones estatales, autonómicas y locales; así mismo, es multisectorial debido a la participación de sectores sanitarios, educativos industriales y de los medios de comunicación; también se caracteriza por ser multiprofesional debido a la participación de diferentes expertos en el tema como biólogos, farmacéuticos, médicos, sociólogos, entre otros, y además, la salud pública es multidisciplinaria porque complementa su ciencia con otras, como la sociología, la estadística, la genética, entre otras. Las funciones de salud pública son:

- Vigilancia y determinación del estado de salud de la población. Esta función la realiza para poder identificar cualquier problema de salud en una determinada comunidad y así poder darle una solución a esos problemas. Así mismo, puede detectar nuevos

problemas sanitarios y vigilar la frecuencia de las enfermedades. Además, puede evaluar las estrategias y sus intervenciones sanitarias y sus resultados ante la sociedad.

- Búsqueda de políticas efectivas. Cuando ya se identificó el problema de salud pública, se buscan las mejores intervenciones y estrategias para solucionarlo.

- Promoción a la salud. En esta función, la salud pública promueve la salud de la población desde distintas instituciones como sanitarias, educativas y de los medios de comunicación.

- Prevención de enfermedades. Existen dos formas para empezar la prevención de las enfermedades: la primera se le conoce de alto riesgo, dirigido a individuos predispuestos a determinada enfermedad, la prevención en este caso se les da de manera individual, y la segunda forma de prevención se le conoce como poblacional, se caracteriza porque intenta controlar todos los factores de riesgo de una población.

- Desarrollo de programas y servicios sanitarios para proteger la salud. Esta función se realiza siempre y cuando los programas y servicios sanitarios sean de carácter científico, es decir, que la eficacia de sus resultados sean comprobables y que también puedan mejorar la calidad de vida de la población.

- Evaluación de políticas, estrategias y servicios de salud pública. Una vez que estas políticas, estrategias y servicios se ponen en marcha en una comunidad es necesario que sus resultados sean evaluados para poder ver los resultados de la población ante estos.

La salud comunitaria es la intervención dentro de una comunidad para planificar, gestionar y controlar acciones con respecto a la salud. Cabe mencionar que la salud pública es una acción del

gobierno a comparación de la salud comunitaria ya que en esta sí interviene el gobierno, pero la participación de la comunidad es más importante que la del gobierno. Cabe resaltar que la comunidad realiza diversas actividades que tienen un impacto sobre la salud pública (Equipo Vértice, 2010). Para Álvarez, Gil y Vives (2011), la participación comunitaria hace que la sociedad se incorpore en las actividades encaminadas a mejorar la calidad de la salud.

1.8. Psicología de la salud

La psicología de la salud trata los problemas de salud de una determinada sociedad incorporando acciones médicas e intervenciones en planificación, información sanitaria, promoción y protección de la salud, comprendiendo a la salud como un derecho esencial de cada persona (Gómez *et al.*, 2011).

La psicología de la salud se encarga del estudio de los factores psicológicos de la salud y de la enfermedad desde el punto de vista de su evaluación, prevención e intervención (Oblitas, 2006). De acuerdo a Labiano (2006), los tipos de intervenciones que realiza son para:

1. Modificar actitudes, a través de la promoción y la mejora de la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, a través de la prevención y la trata de la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación para la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario mediante el establecimiento de políticas sanitarias.

La psicología de la salud, se encarga más de la prevención mientras que la medicina conductual se enfoca más a la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad (Labiano, 2006). Debido a esto, Martín (2003), refiere que a la psicología le corresponde un papel importante en la resolución de

los problemas relacionados con los estilos de vida, en la búsqueda de medios eficaces para promover la salud y en la adopción de conductas preventivas. Sin embargo, la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas está relacionada con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales.

1.9. Modelos utilizados por la psicología de la salud

Fiorentino (2006), menciona que desde el ámbito de la psicología de la salud se han propuesto varios modelos cognitivo-conductuales para comprender el comportamiento de salud de las personas. Estos modelos parten de las teorías conductuales y consideran que las personas son agentes activos, procesadores de información que se distinguen por tomar en cuenta que:

1. Los trastornos emocionales y conductuales son en parte una función de los trastornos de los procesos cognitivos.
2. Hay una relación de colaboración entre terapeuta y paciente.
3. Se deben de cambiar cogniciones para producir cambios deseados en el afecto y la conducta.
4. Las formas de intervención son de tiempo limitado y las intervenciones educativas se enfocan en problemas-meta específicos.

1.9.1. Modelos conductuales.

La base de estos modelos son las técnicas operantes cuyo objetivo es reforzar conductas deseadas; otro de los propósitos de estas técnicas es que se puedan desarrollar habilidades

específicas para lograr una buena salud, también estas técnicas permiten controlar estímulos y las contingencias ambientales que las mantienen. Estos modelos utilizan programas de condicionamiento operante cuyo objetivo es moldear conductas saludables y están dirigidos a la extinción o a la disminución de hábitos nocivos (Fiorentino, 2006).

Se considera que los hábitos nocivos se deben a una multiplicidad de factores lo que conduce a generar programas multidisciplinarios con el fin de modificarlos. Este tipo de modelos no explora las motivaciones psicológicas causantes de ese tipo de hábitos nocivos sino explora la forma de modificar estos comportamientos desadaptativos debido a que estos modelos consideran que estos comportamientos son el resultado de experiencias aprendidas, por lo que pueden ser modificadas por nuevos aprendizajes que den como resultado conductas o hábitos apropiados. En este tipo de modelos se identifican los reforzadores que hacen posible ese tipo de conductas para así reconocer y eliminar las fuentes que los mantienen y poder reforzar conductas apropiadas (Fiorentino, 2006).

1.9.2. Modelos cognitivo-conductuales.

Las terapias cognitivas hacen énfasis en la identificación y modificación de pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. En el caso de pacientes que mantienen conductas nocivas para su salud primero se les enseña a reconceptualizar el problema desde un punto de vista cognitivo y a entender cómo el mismo paciente mantiene esas conductas por determinadas creencias que se identificarán en el proceso; después, se les enseña determinadas habilidades de automanejo para que logre un mayor control sobre su situación; y por último, el paciente tiene que experimentar el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para que logre un mayor control efectivo de las conductas saludables (Fiorentino, 2006).

1.9.3. Modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial indica que tanto la salud como la enfermedad están multideterminadas, esto es, que los factores que interactúan en los procesos saludables y patológicos tienen diversas causas debido a que pueden intervenir factores de macroprocesos, como el contexto social; o también, factores de microprocesos, como los cambios bioquímicos o de pensamiento. Lo anterior es una red de procesos interconectados. Este modelo se enfoca en los aspectos preventivos, en la promoción de la salud, en las variables del ambiente tanto físico como social y fomenta estrategias para una vida más saludable, tomando en cuenta la elección personal con la responsabilidad social (Labiano, 2006).

1.10. Políticas de salud

Las políticas de salud tienen acciones sobre las sociedades y las organizaciones que tendrán a su vez consecuencias sobre las decisiones sobre la salud. Hay tres tipos de políticas: directas, indirectas y no intencionadas. Las políticas directas de salud, se basan en normas sanitarias cuyo objetivo es la mejora de la salud, un ejemplo de este caso, es la política de prevención de enfermedades por vacunación; las políticas indirectas de la salud, no tienen su base en la salud pero tienen consecuencias en la salud, por ejemplo, las políticas de tráfico de automóviles; y las políticas de salud no intencionadas no tienen su base en lo sanitario ni se relacionan con las políticas de salud, algunos ejemplos de ellas, son las políticas redistributivas del estado de bienestar (Álvarez y Ruiz, 2011).

La OMS (2006), es una organización internacional de la estructura de las Naciones Unidas cuyo objetivo se centra en la salud. Esta organización se encarga de diseñar normas sanitarias y también colabora con otros países para ayudarlos con temas de salud pública. Así mismo, la OMS también

promueve investigaciones sanitarias. Una de las ventajas de esta organización es que funciona como mediadora de los gobiernos de países para resolver problemas sanitarios mundiales y ayuda a perfeccionar el bienestar de las personas.

La declaración de Alma-Ata tiene dos objetivos, el primer objetivo es la prevención y el segundo objetivo es la promoción; para lograr estos objetivos se centra en la atención primaria integral que es la prestación de servicios para la salud de toda la gente, con la participación de la comunidad y la relación cooperativa de otros sectores sociales. La Carta de Ottawa trata de la promoción de la salud y define que sus actividades son la elaboración de estrategias públicas saludables; la formación de entornos saludables; el fomento de la participación de la población y el apoyo de acciones colectivas; así como la capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y ayuda mutua; y, por último, la actividad de dirigir los servicios de salud hacia la comunidad (Ponte, 2008).

El nivel de sanidad en diferentes países a partir de la declaración del Alma-Ata ha sido mejorado. La equidad en la salud es uno de los objetivos de los sistemas de salud, así como la prestación de los servicios de atención sanitaria. En los países desarrollados y también de ingresos medios donde la mayoría de la población puede acceder a los servicios de salud, la atención primaria da los servicios correspondientes para cada nivel a diferencia de los países que tienen ingresos bajos donde la atención primaria con frecuencia se utiliza para aumentar los servicios y para mejorar su acceso (OMS, 2003).

Por último, cabe mencionar que los expertos del área de salud utilizan un lenguaje muy cerrado que dificulta que otras personas no expertas en el tema no comprendan fácilmente su literatura. Es importante saber que es un derecho de las personas estar informado sobre temas de la salud; por

este motivo, es necesario que los profesionales expertos en el tema utilicen un lenguaje apropiado para que su información sea accesible para cualquier persona, de esta manera, las personas podrán tener una participación activa en las decisiones que son para asegurar su salud, autocuidado y autonomía de la misma (Casarim, 2006).

Capítulo 2. Imagen corporal

2.1. Definición de imagen corporal

Bruchon (1992), define la imagen corporal como la conformación total de representaciones perceptuales, sentimientos y actitudes a menudo de naturaleza autoevaluativa que la persona ha construido a lo largo de su vida. De igual manera, Baile (2003), define la imagen corporal como un constructo psicológico que engloba la autopercepción del cuerpo o apariencia que, a su vez, genera una representación mental y se compone por un esquema corporal perceptivo, así como de emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Para Raich (2000), la imagen corporal es la representación del cuerpo que tiene cada individuo construida en su mente. Ayela (2010), menciona que el concepto de imagen corporal engloba las siguientes características:

1. La imagen corporal engloba un concepto que tiene muchas facetas.
2. Existe una relación entre la imagen corporal y los sentimientos de autoconciencia, es decir, existe una relación en cómo la persona siente su cuerpo y cómo se siente él mismo.
3. Las influencias sociales determinan la percepción de la imagen corporal.
4. La imagen corporal es dinámica, es decir, cambia a lo largo de la vida de una persona de acuerdo a sus experiencias e influencias sociales.
5. La manera en que la persona siente y piensa acerca de su cuerpo influye en su procesamiento de información.
6. El comportamiento inconsciente y consciente de una persona está determinado por

el concepto que tenga de su imagen corporal.

Gómez Peresmitré (1995), indica que el concepto de imagen corporal pertenece a una categoría subjetiva debido a que sugiere una representación psicosocial y es como un tipo de fotografía dinámica resultado de un desarrollo cuya conclusión no tiene nada que ver con el objeto de la realidad que le dio origen. De acuerdo a Raich (2000), las creencias e interpretaciones que tiene cada persona sobre su imagen corporal tienen un efecto importante sobre esta. Estas interpretaciones finales pueden desembocar en que se tengan conclusiones erróneas de las situaciones por las que atraviesa la persona.

2.1.2. Teoría del desajuste adaptativo de la imagen corporal.

Esta teoría establece que la imagen corporal presenta una determinada estabilidad para la persona, es decir que los cambios que se presenten en el cuerpo de la persona se ajustarán después de un determinado tiempo y mientras tanto, la representación mental anterior seguirá permaneciendo (Raich, 2000). Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), también mencionan que la imagen corporal de una persona cambia a lo largo de las diferentes etapas su vida y así, poco a poco la persona va interiorizando la vivencia de su propio cuerpo, por tanto, la imagen corporal se va diseñando evolutivamente.

García y Garita (2007), realizaron un estudio con una muestra de 99 mujeres que tenían un rango de edad de entre los 15 y los 18 años de edad obteniendo como resultado que en el grupo de adolescentes satisfechas con su imagen corporal tuvieron un puntaje alto en apariencia física pero menor en el autoconcepto físico en comparación con las insatisfechas; también se encontró una relación significativamente negativa entre el índice de masa corporal (IMC) y la apariencia física. El matemático Lambert Adolphe Quetelet determinó la fórmula para valorar el índice de masa

corporal también conocido como índice de Quetelet que se basa en la relación que existe entre el peso y la altura de cada persona: $IMC = PESO / TALLA^2$ (Kg/m²) (Quetelet, 1835).

Gracias al concepto de imagen corporal se comprenden mejor ciertas características importantes de la personalidad, tales como la autoestima o el autoconcepto y también ha ayudado a explicar mejor los trastornos de la conducta alimentaria (Ayela, 2010).

2.2. Trastorno de la imagen corporal

Raich (2000), menciona que el trastorno de la imagen corporal se ha descrito como una fobia al propio cuerpo de la persona. Cabe mencionar que el concepto de fobia se entiende como el miedo exagerado ante un determinado contexto pero que no produce los mismos síntomas de malestar para todas las personas. Cuando se habla del trastorno de la imagen corporal se usan diversos conceptos para referirse a este, como distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación, insatisfacción, entre otros. Los anteriores conceptos no engloban por completo el concepto de trastorno de la imagen corporal, es decir, únicamente abarcan una parte de las manifestaciones que presentan los pacientes que tienen este trastorno.

Las características clínicas que abarca el trastorno de la imagen corporal de acuerdo a Raich (2000) son de tipo perceptual, cognitivo y conductual. A continuación, se describe a qué se refiere cada aspecto:

1. Aspecto perceptivo.

Se refiere al tipo de representación mental que cada persona tiene sobre su cuerpo o de partes de este (Raich, 2000). Así mismo, Gómez Peresmitré (1995), define el concepto de peso

imaginario como una serie de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos cuando se trata de observar y de estimar al propio cuerpo.

2. Aspecto cognitivo-afectivo.

Este aspecto analiza los pensamientos y valoraciones que tiene la persona sobre su cuerpo. En este aspecto la educación que se les ha dado a las mujeres tiene un papel importante sobre qué tanto valoren su cuerpo debido a que la educación ha conducido a que se valoren más por su atractivo físico que por otras cualidades que no pueden notar que también tienen. Esta situación puede llegar al grado en que lleguen a generalizar una visión negativa de su cuerpo a otros aspectos de su personalidad, por ejemplo, pueden llegar a sentir sentimientos de minusvalía hacia ellas mismas por sentir que no cumplen con el modelo ideal que les marca la sociedad.

Kirszman y Salgueiro (2002), señalan que los factores cognitivos conforman un conjunto de ideas acerca del propio cuerpo y el control del peso corporal. Este conjunto de ideas se convierten en determinados pensamientos y actitudes. Las preocupaciones por el peso y la apariencia corporal se reflejan en los pensamientos e imágenes asociadas que llevan algún juicio crítico hacia su cuerpo, por lo general, estos pensamientos no son un síntoma de patología, principalmente cuando comienzan a generarse porque pueden llegar a surgir ocasionalmente entre las personas pero comienzan a ser patológicos cuando empiezan a ser más frecuentes ocasionando una preocupación con características obsesivas asociándose con la ansiedad hasta llegar al punto de convertirse en distorsiones perceptivas. Cabe mencionar que dentro del grupo de las alteraciones cognitivas se encuentran también las alteraciones de la imagen corporal; por último, el

3. Aspecto conductual.

Se refiere a los comportamientos que tiene la persona de acuerdo a sus pensamientos y valoraciones que tenga sobre su cuerpo, es decir, si la persona tiene una imagen corporal negativa sobre su cuerpo puede verse reflejado ese sentimiento sobre algunas de sus conductas, por ejemplo, puede verse en el tipo de ropa que utiliza al querer tapar su cuerpo o algunas partes de este; también puede evitar relacionarse socialmente; puede llegar a hacer dietas o ejercicio excesivo y/o la persona puede desear evitar pasar por situaciones en las que su cuerpo sea observado por el miedo a ser criticada, lo cual esto no es la solución para su problema al contrario, puede agravarlo porque no superará nunca su miedo.

2.3. Diferencia entre los conceptos de distorsión de la imagen corporal, insatisfacción corporal y alteración de la imagen corporal

Rimoldi (2002), menciona que la distorsión de la imagen corporal es una discrepancia significativa entre la percepción que se tiene del propio cuerpo acerca de su tamaño y forma real. Raich (2000), indica que también se le conoce como distorsión perceptual y menciona que este concepto se refiere cuando una persona percibe sus defectos con más énfasis de lo que son en realidad. Esta percepción suele darse a cualquier hora del día, pero es más intensa ante las situaciones sociales debido a que la persona se siente autoconsciente y siente que es observada detalladamente por la gente. Así mismo, esta autora destaca que las personas que desarrollan un trastorno alimentario tienden a exagerar sus medidas de su cuerpo.

Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001), indican que la alteración corporal es aquella que se refiere al efecto de sobrestimación o subestimación del peso corporal que existe en poblaciones abiertas que puede ser un posible indicador de que exista un factor de riesgo mientras que la

distorsión corporal se distingue de la alteración corporal debido a que esta tiene un concepto patológico que incluye una ruptura con la realidad.

La satisfacción o la insatisfacción corporal es la relación que existe en el grado de discrepancia entre la figura corporal real y la figura corporal ideal o imaginaria (Gómez Peresmitré, 1995). El concepto de insatisfacción corporal, se refiere a la forma negativa en que la persona experimenta su cuerpo, es decir, existe una disfuncionalidad cuando la persona siente cierto rechazo y desagrado hacia su cuerpo. La insatisfacción corporal y la distorsión de la imagen corporal pueden darse al mismo tiempo, o la persona puede presentar una de ellas, ya sea que presente únicamente distorsión de la imagen corporal o insatisfacción corporal (Rimoldi, 2002).

Raich (2000), menciona que también en individuos que no presentan trastornos alimentarios pueden llegar a tener alteraciones de la imagen corporal con insatisfacción corporal y/o con imprecisión perceptual. La insatisfacción corporal se puede dar con algunos aspectos del cuerpo o con toda la forma del cuerpo y en la imprecisión perceptual se da generalmente una sobreestimación.

Gómez-Peresmitré (1997), describe las relaciones entre las variables y los conceptos asociados con la imagen corporal a partir de la existencia de una representación del propio cuerpo como consecuencia de las experiencias cotidianas acompañadas de los cambios de la pubertad y de la preadolescencia:

**Variables
antecedentes**

Concepto

**Factores
teoréticos**

Variables

Género

Edad

Clase social

**Imagen
corporal**

Sentimientos,
actitudes,
percepciones,
evaluaciones y
experiencias que
conforman la
representación
del propio
cuerpo.



Actitud:

**Hacia la
delgadez**

**Hacia la
obesidad**

**Estereotipos
sobre belleza
(atractividad,
amor, éxito)**

Socialización:

Padres

Pares

**Medios de
comunicación**

Figura ideal

**Satisfacción:
insatisfacción:
Autopercepción
de peso, tamaño
y forma corporal**

**Autoevaluación
de atributos
personales**

**Percepción de
los otros**

Peso deseado

Figura actual

Peso

Talla

Forma

Tamaño

**Índice de Masa
Corporal**

Alteraciones:

Sobreestimación

Subestimación

Distorsión

**(Alejamiento de
la realidad)**

Fuente: Gómez-Peresmitré (1997). Esquema de la estructura hipotética del concepto de imagen corporal.

2.4. Causas de la insatisfacción corporal

2.4.1. Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal.

Una de las causas para que se desarrolle este trastorno se debe al concepto de belleza que cada cultura tiene. En la cultura occidental existe cierta presión para que se tenga un nivel de esbeltez mientras que la obesidad suele ser mal vista por la sociedad, esto trae como consecuencia que las personas en su mayoría mujeres, se preocupen por su peso y comparen su cuerpo con el modelo predeterminado por su sociedad, y si este no concuerda con el modelo, les genera insatisfacción corporal, esto es a lo que se le conoce como la teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal (Raich, 2000).

La sociedad ha impuesto diferentes modelos de ideal de belleza y las mujeres han tratado siempre de ajustarse a estos modelos. Actualmente, el problema con el modelo ideal de belleza que establece la sociedad es que cae dentro del rango de infrapeso, esto se refiere a que el peso de la persona se encuentra por debajo del peso considerado como normal lo que lo convierte en un factor de riesgo para la salud debido a que cuando las mujeres intentan alcanzar este modelo se someten a algún tipo de restricción alimentaria. Además, las normas que ha impuesto la sociedad para tener un determinado atractivo físico han tenido un papel importante en el desarrollo de la insatisfacción corporal debido a que han sido internalizadas por la mayoría de las mujeres lo que les ha ocasionado insatisfacción con su peso (Raich, 2000).

Gómez Peresmitré (1997), obtuvo como resultado en uno de sus estudios que las niñas tienen una figura corporal que coincide con la idea que tienen sobre una figura ideal atractiva, aunque el

deseo de tener una figura ideal persiste porque para ellas debiera ser aún más delgado y esto provoca la sensación de que el ideal sea imposible de alcanzar.

Gómez-Peresmitré (1999), realizó un estudio en donde un 74% de su muestra total de las niñas les preocupaba llegar a estar gorda. De las tres cuartas partes de las niñas que mostraban esta preocupación por su peso corporal resultaron ser niñas cuyo peso era normal y más de la mitad de estas niñas se encontraban satisfechas con su imagen corporal. Además, para las niñas de mayor edad de esta muestra (13 años), consideraron que a menor peso más atractiva es una persona, a diferencia de las niñas más jóvenes (9 años) que consideraron atractivas a las personas con relativamente mayor peso. Las niñas más delgadas y más obesas son las más insatisfechas con su imagen corporal y las niñas que tenían un peso normal fueron las que presentaron menor insatisfacción. Para las niñas de 11 años la figura ideal era la más delgada a comparación de otras edades y de 11 a 13 años las niñas consideraron que una persona atractiva era más delgada.

En cuanto a la elección de la figura ideal, el 94% de las niñas eligió una figura delgada de las cuales el 4% eligió una figura muy delgada y el 90% eligió una figura delgada, mientras que un 4% de la muestra eligió una figura de tamaño medio y menos de un 2% de la muestra eligió figuras más gruesas. Por último, en este estudio se confirmó que las personas delgadas y muy delgadas sobreestiman su imagen corporal y que a los 11 años de edad surgen respuestas que indican insatisfacción y alteración con la imagen corporal. De tal manera, que la insatisfacción de la imagen corporal se relaciona significativamente con una conducta alimentaria que tiene el objetivo de controlar el peso corporal (Gómez-Peresmitré, 1999).

García y Garita (2007), encontraron una relación entre la satisfacción de su imagen corporal de las mujeres con indicadores corporales como el peso, aunado a que a menor peso más satisfechas están con su apariencia física e imagen corporal.

Raich (2000), menciona que es la mujer profesional y ambiciosa y no la mujer tradicional que se dedica a los quehaceres del hogar la que se preocupa por su peso y su atractivo físico, esto se debe a que se aleja del rol tradicional de la mujer. En el caso de estas mujeres, perder peso y tener un cierto control con su alimentación, les produce un nivel de autocontrol, poder y confianza.

Kirszman y Salgueiro (2002), mencionan que el punto de vista feminista señala que las mujeres se ven limitadas al poder porque no ven más allá del poder que les da la figura de su cuerpo ante la sociedad. Sin embargo, este punto de vista no va más allá de la cultura occidental y no toma en cuenta otros puntos de vista transculturales.

En otras culturas que no son occidentales las mujeres no están expuestas a desarrollar trastornos alimentarios que son considerados de las sociedades ricas, esto se debe a que se preocupan por otras situaciones como la igualdad de género o problemas económicos. Tampoco tienen la presión de las mujeres occidentales en cuanto a las exigencias de la competencia y el logro, sino son más tradicionales y tienen roles genéricos más limitados. Así mismo, tienen otros ideales de belleza más tradicionales de los atributos de la fertilidad y femineidad (Kirszman y Salgueiro, 2002).

A pesar de lo anterior, la imagen corporal y sus alteraciones pueden llegar a ser diferentes dentro de culturas similares, por ejemplo, Acosta y Gómez Peresmitré (2000), realizaron un estudio transcultural en una muestra de mujeres dividida en dos subgrupos, el primer subgrupo fue de estudiantes mexicanas y el segundo subgrupo fue de estudiantes españolas con una edad comprendida entre los 15 y los 25 años, donde se encontró insatisfacción corporal en ambas

muestras pero cabe destacar que la muestra mexicana presentó más insatisfacción corporal (72%) que la muestra española (68%). Así mismo, un alto porcentaje de la muestra de las mujeres mexicanas mostró que estas no alteraban su imagen corporal a diferencia de la muestra de las mujeres españolas que sí lo hacía mostrando una tendencia mayor a sobreestimar su imagen corporal.

En este mismo estudio se encontró que para las españolas es poco importante la figura corporal para el sexo opuesto, pero sí es importante para los amigos, a diferencia de las mujeres mexicanas que consideran que la figura corporal es importante para el sexo opuesto y no tan importante para los amigos. De igual forma, las españolas consideraron que la figura corporal en el ambiente familiar es importante pero las mexicanas no lo consideraron de esa manera.

Con respecto a la desviación de la figura ideal de las mexicanas es menor que la de la figura actual y que la del IMC, y tanto las desviaciones de la figura ideal y de la figura actual son menores que las de las españolas. De igual forma, la desviación de figura ideal es menor que la figura actual para las españolas, pero no es menor que la de IMC. El IMC mostró que había valores promedio de peso normal para la mayoría de las mujeres de toda la muestra, pero en las mexicanas se encontró el doble de problemas de sobrepeso y obesidad, al contrario de las españolas que tenían entre su muestra a mujeres con peso por abajo del normal. Los estudios sobre este resultado señalan una relación inversa entre nivel socioeconómico y obesidad. A pesar de eso, en el estudio no se encontraron mujeres demasiado delgadas. El anterior fenómeno se le conoce como modelo ideal compartido que se conceptualiza de la siguiente manera:

Se entiende por el modelo ideal compartido el estereotipo de la forma y tamaño del cuerpo femenino vigente en la cultura de la delgadez que sostienen y encabezan las sociedades occidentales de países con economías desarrolladas principalmente los Estados Unidos de Norteamérica. Este concepto se traduce

operacionalmente como una desviación pequeña y menor de la variable selección de la figura ideal en comparación con las desviaciones del Índice de Masa Corporal y de la variable selección de figura actual. (Acosta y Gómez Peresmitré, 2000, pp. 52-53).

En cuanto a la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la insatisfacción corporal se realizó un estudio, donde se obtuvo una muestra de estudiantes de escuelas privadas (n=49) y otra de estudiantes de escuelas públicas (n=62), ambas muestras de población abierta, se pudo observar que la muestra de estudiantes de escuelas privadas partía de peso muy bajo con un 10%, un peso bajo con un 28% total de su muestra y su categoría de peso normal fue del 43% de su muestra, un sobrepeso del 16% y un 2% de obesidad mientras que en la muestra de estudiantes de escuelas públicas se observa mayor peso con un 29.6% en la categoría de sobrepeso y un 3.7% en la categoría de obesidad de su muestra total mientras que su categoría normal de peso oscila en un 40.7% y en su categoría de peso bajo se encontraba en un 25%. En general, en este estudio se encontró que a mayor peso existe una menor distorsión de la imagen corporal y se pudo observar que estudiantes de escuelas privadas tienen un mayor porcentaje de peso bajo a comparación de estudiantes de escuelas públicas que tienden a tener mayor porcentaje de sobrepeso en su muestra (Gómez Peresmitré, 1995).

2.4.2. Los medios de comunicación, la familia y los amigos como factores de riesgo de la insatisfacción de la imagen corporal.

Otra causa por la que se produce insatisfacción corporal se debe a que los medios de comunicación transmiten un determinado modelo que debe tener la mujer que es más delgado que el normal y hace que tantas mujeres se encuentren insatisfechas con su cuerpo. Los medios de comunicación no son los únicos que influyen en el desarrollo de este trastorno, también la percepción y los comentarios de la familia hacia la persona influirán en el desarrollo de éste. Así

mismo, los comentarios del círculo de amistades de la persona también tienen importancia en el desarrollo de este trastorno. Estos comentarios pueden iniciar desde la infancia (Raich, 2000).

Gómez Peresmitré (1997), encontró en uno de sus estudios que fueron las niñas las que contestaron más que los niños que sus padres las ven más delgadas de lo que ellas se perciben y sus amigas también, pero a diferencia de los padres, las amigas las notan menos delgadas.

Algunos de los factores de riesgo para desarrollar una imagen corporal negativa son las experiencias de las personas y la presión social pero las experiencias actuales de la persona son más importantes que los anteriores factores de riesgo para definir un determinado concepto de la propia imagen corporal. Como consecuencia de los factores de riesgo mencionados, la persona puede llegar a sentirse incómoda al interactuar con otras personas.

Cabe mencionar, que una de las causas por la que se desarrolla la preocupación por el atractivo físico se debe a que éste ayuda a encontrar una pareja lo que puede llegar a garantizar la supervivencia de la especie (Raich, 2000). Acosta (2001), menciona que es mejor que la persona mantenga la imagen subjetiva de su cuerpo que le produzca mayor estabilidad emocional y equilibrio personal que su imagen corporal real.

2.5. Consecuencias de la insatisfacción corporal

Acosta (2001), indica que la mayoría de las veces la insatisfacción corporal afecta a distintas áreas de la persona y abarca aspectos sociales, psicológicos y emocionales. La insatisfacción corporal puede afectar también la autoestima de la persona provocando que la persona no valore en su totalidad sus capacidades y/o su aspecto corporal. Raich (2000), refiere que una representación negativa de la propia imagen corporal puede llegar a desarrollar ansiedad interpersonal.

Tanto la autoestima como la forma en que una persona se acepte a sí misma depende mucho de su imagen corporal. De tal manera que la relación que la persona lleve consigo misma influirá en distintas áreas de su vida, como en las relaciones interpersonales, las relaciones laborales, las relaciones sentimentales, entre otras (Ayela, 2010).

Actualmente, el modelo que la sociedad ha impuesto para las mujeres es la ausencia de grasa, curvas, cuerpo tabular, caderas estrechas. La autoestima de las mujeres depende generalmente de qué tanto su atractivo físico se acerque al modelo ideal actual que exige la sociedad (Raich, 2000).

Un importante factor de riesgo para que se dé una conducta bulímica y una dieta restringida en las mujeres es la insatisfacción corporal (Gómez Peresmitré, Jaëger, Pineda y Platas, 2012). La dieta es un tipo de restricción alimentaria que utilizan las mujeres al intentar alcanzar el modelo ideal de belleza impuesto por la sociedad. Sin embargo, este método no es la mejor solución ni para las personas obesas que se alejan de este tipo de modelo porque hasta las personas con peso normal tienden a sentirse insatisfechas al compararse con el modelo ideal de belleza impuesto por la sociedad, pero además, cabe resaltar que el peso de una persona ya está programado, es por esto que el peso de las personas se sitúa dentro de un intervalo y puede variar dentro de éste, pero difícilmente se encontrará por arriba o por debajo de él, esto se debe a que existen una serie de defensas metabólicas que mantienen un peso estable a pesar de la dieta a la que se someta el cuerpo (Raich, 2000).

Gómez-Peresmitré (1999), obtuvo en sus resultados que las niñas que no seguían dietas especiales eran las niñas que mostraron estar más satisfechas con su imagen corporal mientras que las niñas que se mostraron ligeramente insatisfechas se encontraron haciendo dieta para bajar de peso, y, por último, las niñas que estuvieron más insatisfechas se encontraron haciendo dieta para

subir de peso.

Gómez Peresmitré (1995), formó un grupo con dos subgrupos de individuos que tenían una edad comprendida de entre los 15 a 29 años: el primero, fue una muestra de una población clínica con 38 hombres y 254 mujeres en tratamiento para bajar de peso, con un total de 292 participantes y un segundo subgrupo, se formó de una población abierta de estudiantes hombres y mujeres de escuelas y universidades públicas y privadas, se pudo observar que en el primer subgrupo de la población clínica los pacientes iban a ese tratamiento por decisión propia y la mayoría de estos pacientes eran mujeres en un 85% y si se toman los resultados de la muestra total de ambos subgrupos, se observa entre la muestra total de mujeres que las clasificaciones tanto de peso bajo como de obesidad masiva o extrema caracterizan en un contraste a estas dos submuestras, es decir, se puede observar obesidad en el primer subgrupo de la población clínica mientras se puede observar peso bajo en el segundo subgrupo de la población abierta.

De acuerdo a Raich (2000), las personas que no logran ajustarse al ideal impuesto por la sociedad son castigadas psicológicamente, por ejemplo, la obesidad es mal vista por la sociedad y las personas que la padecen son consideradas perezosas y poco productivas.

2.6. Adolescencia e insatisfacción con la imagen corporal

De acuerdo a Pedroso (2004), la fase de la preadolescencia inicia entre los 9 años y termina a los 12 años de edad mientras que la fase de la adolescencia inicia entre los 12 años y termina a los 18 años. En la actualidad, la sociedad ha impuesto a los adolescentes una determinada estética corporal que deben de conseguir en sus cuerpos, lo que ha provocado en ellos una excesiva preocupación por sus cuerpos adquiriendo conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de conductas alimentarias (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2002).

Toro (2004), menciona que esta preocupación se produce debido a que en la adolescencia hay cambios físicos que ocurren rápidamente que hacen que la adolescente se concentre en ellos y que la pueden hacer sentir que tiene un cuerpo nuevo al que debe asignarle un nuevo valor estético, encontrando que la única forma de valorarlo es comparándose con un modelo ideal que de no cumplirlo puede conducirlo a la insatisfacción corporal, lo que a su vez puede provocar cierto grado de ansiedad. Así mismo, su autoestima dependerá del nivel que tenga de su insatisfacción corporal.

Raich (2000), menciona que las personas que desarrollan este trastorno van formando a lo largo de su primera adolescencia creencias respecto a su apariencia física debido a que es en esta etapa cuando se desarrollan la autoidentidad y también hay cambios físicos repentinos en el cuerpo.

En un estudio que se realizó en una muestra de 200 preadolescentes en un rango de edad de entre los 10 y los 11 años de edad se encontró que el 65% de las niñas se sobreestimó, tomando en cuenta que el 81% de ellas se encontraba con un peso por debajo del normal comparándose con su IMC real y en los niños hubo una menor sobrestimación, aunque no muy significativa a comparación de las niñas (Gómez Peresmitré, 1997).

Así mismo, Gómez-Peresmitré (1999), encontró en sus resultados de la alteración de la imagen corporal que el 46% de su muestra no presentó alteración en cuanto al efecto de sobreestimación/subestimación mientras que un 25% mantuvieron un efecto de subestimación y un 29% tuvieron un efecto de sobreestimación. Cabe resaltar que las niñas de ese estudio con sobrepeso y obesidad subestimaron su imagen corporal y las niñas que se encontraron en la categoría de delgadas y muy delgadas sobreestimaron su imagen corporal.

En otros de sus resultados de este estudio que realizó Gómez-Peresmitré (1999) con una muestra

no probabilística de un total de 962 niñas preadolescentes de 5° y 6° grado de primaria representando el 66% de su muestra, así como de 1°, 2° y 3° año de secundaria que representaron el 34% de su población, de las cuales el 60% fue de escuelas públicas y el 40% fue de escuelas privadas, en un rango de edad de 9 a 13 años, con una edad promedio de 11.0 años, se encontró que el 56% de ellas tienen satisfacción con su cuerpo mientras que el 44% estaba insatisfecha, mostrando además que de la muestra total de las niñas que se preocupaban por su imagen corporal (n=445=48%) más de la mitad estaba satisfecha con su imagen corporal (n=241=26%) y el 22% de ellas estaba insatisfecha; así mismo, el 67% de las niñas eligió una figura delgada como la figura que más se parecía a su cuerpo, es decir, su figura actual, de las cuales el 10% eligió una figura muy delgada y el 57% eligió una figura delgada mientras que el 2.5% eligió figuras más gruesas y un 30% eligió una figura de peso o tamaño medio.

Baile, Guillen y Garrido (2002), realizaron un estudio con 294 adolescentes de 12 a 19 años utilizando como instrumento el Body Shape Questionnaire (BSQ) agregándole la variable del anonimato al contestarlo, así, al finalizar, se concluyó que el anonimato de respuesta no influye en los resultados dado que encontraron que los chicos mantienen su puntuación de insatisfacción corporal de los 12-13 años a los 17-19 años de edad, en cambio, las chicas la van incrementando de los 12-13 años a los 15-16 años y la siguen manteniendo en niveles similares en edades posteriores. Lo que les llegó a concluir a estos investigadores que la insatisfacción corporal se establece entre los 12 años y hasta los 16 años de edad.

Sin embargo, en un estudio que realizaron Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (2001) con escolares mexicanos de tres diferentes grupos de edad (pre-púberes de 6 a 9 años, preadolescentes de 10 a 12 años y adolescentes de 13 a 19 años) se encontró que el grupo de las pre-púberes ya presentaban actitudes lipofóbicas de su entorno social y que al igual que las

adolescentes mayores sienten el deseo de una imagen corporal delgada lo que las hace sentirse insatisfechas con su imagen corporal dado que la alteran sobrestimándola.

Con respecto a la forma de responder el cuestionario, Gómez-Peresmitré et al. (2001), mencionan que cuando se utilizan variables de medición directa, como ¿qué tan satisfecha(o) te encuentras con tu figura corporal?, originan respuestas de deseabilidad sociocultural, es decir, las respuestas más altas ante estas variables son satisfecha y muy satisfecha como si lo esperado fuera no quejarse de la forma del propio cuerpo; aunque se puede observar en otras preguntas del mismo cuestionario como ¿qué peso te gustaría tener? que las respuestas de las chicas indican que quisieran pesar menos lo que permite concluir que están lejos de estar satisfechas con su cuerpo.

De igual manera, Maganto y Cruz (2000), hicieron un estudio con 200 adolescentes que oscilaban entre los 13 años y 17 años de edad, con nivel económico alto, llegando a la conclusión de que tanto la distorsión como la insatisfacción corporal se da más en mujeres que en hombres, es decir, la insatisfacción corporal es una cuestión de género y la variable de distorsión y género es más alta que la variable de insatisfacción y género.

Murawski, Elizathe y Rutzstein (2009), realizaron un estudio con una muestra conformada por 454 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 18 años de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires donde también encontraron que las mujeres presentaron puntajes significativamente mayores en insatisfacción con la imagen corporal que los hombres.

De igual manera, en un estudio de Lameiras *et al.* (2002) con 482 estudiantes universitarios se encontró que la mayor parte de las mujeres presentó insatisfacción con su imagen corporal debido a que no están satisfechas con su aspecto físico, aunque su peso corporal se encuentre dentro de los valores normales a las de su población y la mayoría tiene miedo a estar gorda o a aumentar de

peso.

Ante lo anterior, Salaberria *et al.* (2007), mencionan que el cuerpo para un adolescente es símbolo de identidad, autoconcepto y autoestima; el adolescente lo conoce por medio de la introspección, del autoescrutinio, de la comparación social, de la autoconciencia de su imagen física y de su desenvolvimiento social que le podrán generar mayor o menor insatisfacción con su imagen corporal.

2.7. Técnicas para evaluar la imagen corporal y sus alteraciones

Hay diversas técnicas que se han ido incorporando a lo largo del tiempo del estudio de la imagen corporal y sus alteraciones, por ejemplo, Ayela (2010), menciona tres técnicas que se han propuesto para poder evaluarla:

1. Alteraciones perceptivas. Para medir esta alteración se evalúa la percepción del tamaño corporal, para esto se mide la figura real de la persona y también la figura que ella cree tener y se hace una comparación entre ellas para evaluar el grado de distorsión. Se pueden utilizar calibres móviles, autodibujo, manejo de imagen por fotografías, entre otros. Raich (2000), menciona que la estimación perceptiva es una medida que explica las diferencias que existen entre lo que la persona estima que mide su cuerpo o parte de este, y su medición real. En un estudio con 162 mujeres adolescentes con un rango de edad de entre 15 a 20 años, realizado por Gómez-Peresmitré (1998b), se comprobó que es la autopercepción del cuerpo más que el cuerpo real, la mejor opción para predecir la satisfacción corporal en una persona. Es decir, el sentirse atractiva más que el ser atractivo se verá relacionado con la satisfacción corporal que la persona tenga consigo misma.

2. Alteraciones de aspectos subjetivos. Exploran alteraciones en las emociones,

pensamientos y actitudes hacia la propia imagen corporal de la persona. Se utiliza por lo general, una selección de siluetas de acuerdo a la figura deseada o cuestionarios con escalas Likert.

3. Aspectos varios. Se utilizan varias técnicas para evaluar diferentes componentes de la imagen corporal, tales como los autoregistros de las conductas, cuestionarios para evaluar experiencias personales, cuestionarios para detectar el grado de influencia de los medios de comunicación sobre la persona y su imagen corporal, entre otras.

2.7.1. Medición de la distorsión corporal.

Perpiñá, Botella y Baños (2002), indican que para determinar la distorsión corporal global se utilizan técnicas que hacen que la persona estime su tamaño corporal seleccionando entre varias imágenes de cuerpos la que más se acerque al suyo de acuerdo a cómo se sienta la persona respecto a él. Cabe mencionar que algunas de estas técnicas tienen la posibilidad de que la persona pueda ajustar la imagen de su cuerpo hasta llegar al tamaño que ellas consideren tener.

2.7.2. Realidad virtual.

Otra técnica que se utiliza para analizar la imagen corporal de una persona es lo que se le conoce como Realidad Virtual (RV); la RV se dedica a diseñar entornos virtuales con el objetivo de evaluar y tratar diferentes aspectos de los trastornos alimentarios, a través de aspectos relacionados con la visión y el contacto con la comida, la deformación del cuerpo, la estimación de la delgadez, entre otros aspectos (Perpiñá *et al.*, 2002).

Las ventajas de esta técnica, por una parte, es que puede mostrar aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y comportamentales de una persona hacia su imagen corporal en

determinados contextos, debido a que permite que la persona pueda moldear su imagen corporal en un entorno virtual y al mismo tiempo, el terapeuta lo puede identificar; también se ha observado que las pacientes sometidas a esta técnica se dan cuenta con mayor facilidad de que están distorsionando la realidad y poco a poco esta técnica prepara a la persona para enfrentarse con su realidad fuera del entorno virtual (Perpiñá *et al.*, 2002).

Gómez-Peresmitré *et al.* (2013), analizaron la eficacia de dos programas de prevención selectiva: un programa de realidad virtual reforzada (n=30) y un programa psicoeducativo (n=28) en una muestra no probabilística formada por 58 estudiantes con una edad promedio de 13.43. Los programas no mostraron diferencias entre sí; se observó que en ambos programas se obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos en las variables relacionadas con imagen corporal y con conductas alimentarias de riesgo; así mismo, hubo una disminución importante en el porcentaje de participantes que se encontraban en riesgo como resultado de los programas.

La terapia para este trastorno trata de que la persona pueda llegar a tener una representación mental del cuerpo o partes de este lo más realista posible a lo que en verdad es de la representación mental que tiene en su presente (Raich, 2000).

Capítulo 3. Trastornos alimentarios y su relación con el deporte

3.1. La alimentación

La alimentación y los trastornos alimentarios son temas que engloban fenómenos complejos que se tienen que ver desde diferentes puntos de vista como el médico, el psicológico, el histórico, entre otros. La comida tiene un significado para las personas que va más allá de una necesidad vital, aunque son pocas las situaciones en que sí se tiene este significado, en la mayoría de los casos la comida tiene varios significados que van desde la necesidad y la urgencia, la abundancia y el derroche hasta significados como la salud, la seducción, las celebraciones o los rituales (Kirszman y Salgueiro, 2002).

López *et al.* (1999), señalan que cuando el niño empieza a poder decidir qué comer, la alimentación se vuelve una manera de que pueda empezar a ejercer una parte de su autonomía, es por esto, que la formación de hábitos alimentarios saludables es indispensable en el periodo de aprendizaje que va de los seis a los doce años de edad. La familia crea los hábitos alimentarios, estos pueden fortalecerse en la escuela, se llegan a contrastar en el medio social y se alteran con las presiones de los medios de comunicación.

Braun y Tena (2006), indican que el estado nutricional se refiere a la condición de salud de un individuo. Para lograr un buen estado nutricional, es necesario que la alimentación de una persona sea equilibrada diariamente; una alimentación equilibrada se refiere a que se deben de incluir todos los nutrientes necesarios para mantener la salud, como lo son:

- Hidratos de carbono
- Lípidos

- Proteínas
- Vitaminas
- Minerales

Los nutrientes construyen y reparan los tejidos del cuerpo, regulan los procesos fisiológicos vitales y le dan un aporte de energía; se encuentran en los alimentos y se deben de consumir en cantidades equilibradas. Para entender su valor nutritivo y aunado a esto, no exceder su cantidad necesaria o no suministrarle al cuerpo los suficientes nutrientes, es indispensable conocer el papel de cada uno de ellos dentro del organismo. El tratamiento nutricional incluye la promoción de la salud, apoyo al crecimiento y desarrollo, como también la reducción de los conflictos alimentarios (Braun y Tena, 2006).

3.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

La APA (2014), identifica los trastornos alimentarios por ser alteraciones en la conducta alimentaria. López y Salles (2005), los definen como afecciones mentales que perjudican el cuerpo de las personas. Por lo general, las personas que llegan a desarrollarlos llegan a padecer insatisfacción corporal pero, además, pueden llegar a tener pensamientos erróneos acerca de la comida, su cuerpo o su peso, y de acuerdo con Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (GPC, 2009), este tipo de alteraciones pueden tener consecuencias físicas y/o psicosociales en la persona. Así mismo, Kirszman y Salgueiro (2002), los definen de la siguiente manera:

Un trastorno alimentario es un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se

vuelven desordenados y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos. (p.45).

Braun y Tena (2006), indican que cuando una persona padece un trastorno alimentario es difícil que salga adelante por sí misma debido a que es una enfermedad multifactorial donde la persona no sabe en qué momento comenzó su trastorno ni sabe cómo enfrentarlo. Generalmente, las personas no buscan ayuda por los siguientes motivos:

- No lo llegan a percibir como un problema.
- Tienen la esperanza de que se solucione por sí solo.
- No es lo suficientemente severo para que necesite un determinado tratamiento.
- Sienten vergüenza o culpa y prefieren mantener el problema oculto.
- Tienen dificultad para comunicarle su problema a un médico porque sienten que no los entendería.
- No quieren un tratamiento.
- No cuentan con el presupuesto suficiente para un tratamiento.

Gómez-Peresmitré *et al.* (2002), realizaron una investigación con 305 mujeres y hombres adolescentes de 16 años de edad. Los resultados demostraron que existe la prevalencia del 10% de adolescentes con una alta expresión de conductas alimentarias de riesgo.

Madrugá, Leis y Lambruschini (2010), destacan que entre las enfermedades crónicas más comunes de los adolescentes se encuentran los TCA que tienen como consecuencia en el adolescente una mala nutrición que afecta tanto al organismo en general como al funcionamiento

del cerebro, lo que a su vez provoca que se perpetúe el trastorno mental.

3.2.1. Anorexia nervosa.

De acuerdo con la APA (2014), el trastorno de anorexia se caracteriza por tener una privación de alimentos con el objetivo de tener un peso corporal significativamente bajo; se tiene un miedo excesivo a ganar peso corporal y existe una alteración en la percepción de la forma del cuerpo.

Se han documentado dos subtipos de anorexia: de tipo restrictivo y de tipo compulsivo/purgativo. El primer tipo se caracteriza por la pérdida de peso que se consigue por realizar una determinada dieta, ayuno o por realizar ejercicio en exceso. No hay atracones ni purgas en el individuo en los anteriores tres meses. El segundo tipo es cuando el individuo ha utilizado en los últimos tres meses atracones y/o purgas para perder peso (Gómez-Peresmitré, 2001a).

La anorexia nervosa es un trastorno de naturaleza bio-psico-sociocultural que presenta un rechazo voluntario de ingesta de alimentos y una pérdida de peso corporal importante. El concepto nervosa se refiere a la naturaleza del trastorno, es decir, psicológica, mental o emocional y lo distingue de otro tipo de anorexia que puede tener otros orígenes (Gómez-Peresmitré, 2001a). López *et al.* (1999), indican que las características que se observan en una persona que padece anorexia son:

- Presentan alexitimia que se refiere a la dificultad para identificar sus estados y sentimientos internos.
- Pueden llegar a controlar el deseo de comer.
- Llegan a tener un comportamiento normal hasta que se establece la enfermedad.

- Presentan amenorrea.
- Son sexualmente inactivas y su deseo sexual es nulo.
- Niegan tanto el hambre como la enfermedad.
- Presentan un peso de bajo a muy bajo y tienen una apariencia demacrada y flaca.
- Presentan una personalidad introvertida.
- Este trastorno puede llegar a desarrollarse entre los 14 y 18 años y se considera que la edad de inicio de este trastorno se establezca antes.

De acuerdo a Silva (2007), durante la preadolescencia y la adolescencia, es decir, a partir de los 11 años se presentan más los factores de riesgo para desarrollar anorexia. Gómez-Peresmitré (1997), realizó un estudio en una muestra de preadolescentes en un rango de edad promedio de entre 10 y 11 años de edad, donde encontró que se presentan indicadores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria que tienen que ver con problemas con la imagen corporal semejantes a los que se encuentran en muestras de adolescentes, como distorsión e insatisfacción con la imagen corporal como también una preferencia hacia la delgadez destacando la elección de una figura ideal anoréctica. Así mismo se encontraron preadolescentes con pesos muy bajos. En otro estudio que realizó Gómez-Peresmitré (1999), en una muestra de niñas con un rango de edad de entre 9 y 13 años con una edad promedio de 11 años, se encontró que existen factores socioculturales de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación en este tipo de población.

De igual manera, Gómez-Peresmitré *et al.* (2001), realizaron un estudio con escolares mexicanos de tres diferentes grupos de edad (pre-púberes de 6 a 9 años, preadolescentes de 10 a

12 años y adolescentes de 13 a 19 años) y se encontró que en el grupo de las pre-púberes ya presentaban actitudes lipofóbicas de su entorno social que al igual que las adolescentes mayores sienten el deseo de una imagen corporal delgada lo que las hace sentirse insatisfechas con su imagen corporal debido a que la alteran sobrestimándola. De acuerdo a GPC (2009), la anorexia viene acompañada de hiperactividad física desde el inicio del trastorno y puede tener dos tipos de hiperactividad:

- El ejercicio físico hecho por la persona dirigido por el objetivo de perder peso que se caracteriza por ser realizado en privado y de tipo obsesivo. Este tipo de hiperactividad se da en una muestra pequeña de pacientes con este trastorno.
- La hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición que se presenta en forma de una inquietud que es constante.

Las personas que padecen anorexia no son conscientes del grado de gravedad de su trastorno. Además, son personas que tienen una personalidad que se caracteriza por ser perfeccionistas que necesitan la aprobación de las personas y tienen una falta de respuesta a sus necesidades internas (GPC, 2009).

3.2.2. Bulimia.

La APA (2014), menciona que las características principales de la bulimia son los atracones y los métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso, como el uso de laxantes, el ayuno o el vómito autoprovocado; estos métodos deben producirse al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses. Un atracón se caracteriza por un consumo de comida en un periodo corto de tiempo superior a lo que la mayoría de los individuos comerían. Cabe resaltar, que un periodo corto de tiempo se refiere a un periodo de tiempo limitado, casi siempre entre un periodo de dos

horas, en este caso.

La bulimia nervosa, es un trastorno que aparece con más frecuencia en las mujeres. En general, las personas con bulimia nervosa no presentan problemas serios de adelgazamiento y tampoco presentan problemas serios con su interacción social. De igual manera, en la bulimia nervosa, no es frecuente la aparición de amenorrea como en el caso de la anorexia (Gómez Peresmitré, 2001a). López *et al.* (1999), indican que las características que se observan en una persona que padece bulimia son:

- Tienen un mayor reconocimiento de sus estados internos, de sus sentimientos y de sus emociones que las personas que padecen anorexia.
- No llegan a controlar sus propios impulsos.
- Pueden llegar a tener trastornos de conducta asociados, por ejemplo, abuso de alcohol u otras sustancias adictivas.
- Por lo general, son sexualmente activas.
- Tienen más facilidad para aceptar que tienen un trastorno.
- Presentan una apariencia saludable, aunque pueden llegar a presentar sobrepeso.
- Tienen una personalidad con rasgos extrovertidos y son sociables.
- Este trastorno puede llegar a aparecer a edades más tardías de lo que puede aparecer la anorexia.

Ruiz *et al.* (1998), realizaron un estudio en una muestra de mujeres adolescentes (n= 2193) de 12 a 18 años de edad donde encontraron anorexia nerviosa en un 0,14% (n=3), bulimia nerviosa

en un 0,55% (n=12) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado en un 3,83% (n=84) de su muestra. En un estudio que realizaron Borda, Celemín, Celemín, Palacio y Majul (2015), en una muestra de 149 adolescentes de 14 a 18 años de edad, se encontró que en el grupo de mujeres mayores de 16 años de nivel económico medio existen mayores factores de riesgo para desarrollar bulimia. Así mismo, se observó una relación estadística con sobrepeso saltar comidas con regularidad, consumir tres comidas y picar, consumir tres comidas, emplear diuréticos o laxantes para bajar de peso, ansiedad, depresión, estrés e insatisfacción corporal.

En una muestra no probabilística de 420 universitarios de 18 a 30 años de edad (59% mujeres, 41% hombres) se encontró que existe un mayor riesgo de desarrollar bulimia cuando el grado de ansiedad es alto y la edad de la pubertad se presenta a destiempo (Pineda, Gómez-Peresmitré, Velasco, Platas y Áramburo, 2014).

Álvarez Rayón, Nieto, Mancilla, Vázquez y Ocampo (2007), realizaron un estudio en 48 mujeres mexicanas con un rango de edad que osciló entre los 34 años a 46 años con un nivel socioeconómico bajo, casadas y con un grado de escolaridad de primaria y de secundaria, cuyos resultados mostraron que la interiorización del ideal de delgadez está presente en seis de cada diez mujeres; la sintomatología de un trastorno alimentario estaba en una de cada tres mujeres; la insatisfacción corporal se presentó en el 17% de la muestra y en esta muestra no se presentó la sobreestimación del peso corporal.

Así mismo, los síntomas de la bulimia se vieron relacionados con mayor influencia de la publicidad y la motivación para adelgazar. Además, se descubrió que a mayor interiorización del modelo estético corporal de delgadez era mayor la existencia de síntomas de bulimia, en especial, los sentimientos negativos después del atracón; en cambio, la publicidad se relacionó con mayor

atracción y los modelos sociales con más síntomas de anorexia (Álvarez Rayón *et al.*, 2007).

De acuerdo a Silva (2007), en muchos casos la persona que padece este trastorno puede llegar a ser muy hábil en ocultar los síntomas, por lo cual, la bulimia es difícil de diagnosticar, lo contrario ocurre con la anorexia debido a que las personas que la padecen se ven más delgadas de lo normal.

3.2.3. Comida compulsiva o atracón.

Penna y Sánchez (2009), refieren que el atracón, es un trastorno muy frecuente, que sus principales características son manifestaciones similares a las de la bulimia, pero no se tienen conductas purgativas, por lo que estas personas llegan a desarrollar sobrepeso u obesidad, y, por tanto, tienen problemas de salud. Las conductas que se presentan en este tipo de trastorno son episodios repetitivos de atracones; ingestas rápidas a escondidas, por lo general, en la tarde o en la noche; también existe un desorden alimentario donde comienzan y abandonan dietas para adelgazar y/o carecen de regularidad en sus comidas.

Gempeler (2005), menciona que, en el atracón, el hambre fisiológica no tiene un papel muy importante, esto se ha observado en pacientes que padecen este trastorno debido a que presentan menos hambre antes de un atracón que antes de una comida regular. Lo anterior, podría indicar síntomas de ansiedad y el efecto negativo en el mantenimiento de los atracones, pero no en función al papel del hambre fisiológica.

Raich (2000), explica que uno de los resultados de la dieta son los atracones debido a que cuanto más tiempo el cuerpo se someta a determinada dieta, más tiempo el cuerpo estará luchando contra ella, lo que como consecuencia traerá episodios de voracidad para tratar de compensar el peso que se ha perdido de más, esto se debe a que el cuerpo ya está previamente programado genéticamente para tener cierto peso. Así mismo, Stice (2001), indica que los atracones al igual que la bulimia

pueden ser producidos por una dieta restringida que es una conducta de riesgo originada por la insatisfacción corporal.

3.2.4. Trastorno alimentario no especificado.

La APA (2014), explica que esta categoría de trastorno alimentario, no cumple con los criterios de ningún trastorno alimentario especificado debido a que se presentan algunos, pero no llegan a cumplirse todos los síntomas característicos de alguno de estos. Por lo general, se caracteriza por tener un desarrollo rápido y una sintomatología no tan grave como la que caracteriza a los trastornos específicos, es decir, la anorexia y la bulimia nervosa (Unikel y Caballero, 2010).

De acuerdo a Silva (2007), los síntomas en este tipo de trastorno pueden compartirse, es decir, la persona puede llegar a tener algunos síntomas de anorexia, pero puede llegar a presentar al mismo tiempo síntomas de bulimia o únicamente puede presentar algunos de los síntomas de cualquiera de los anteriores trastornos sin llegar a completar todo el cuadro de síntomas. Lo anterior, hace que se llegue a la conclusión de que tanto la anorexia como la bulimia son trastornos que tardan en definirse completamente, y en varios casos, este trastorno no especificado llega a convertirse en anorexia o bulimia, pero también en otros casos este trastorno no toma forma.

3.3. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

Para la epidemiología el riesgo se refiere a la posibilidad de desarrollar una enfermedad a causa de la exposición de ciertos factores de riesgo. Los factores de riesgo se refieren a las variables que pueden ser una amenaza para desencadenar un determinado proceso (Equipo Vértice, 2010).

Braun y Tena (2006), mencionan que el peso de una persona es dado por dos balances, el balance de la energía de entrada y el balance de la energía gastada. No obstante, existen factores

sociales como los valores sociales con respecto al peso de sus miembros que hacen que el peso se vea modificado en una persona, además de los factores genéticos. El nivel de adaptabilidad y de cohesión ya sea dentro de una familia o de una organización en la sociedad como dentro de un trabajo o de las escuelas, son también factores importantes en el desarrollo de un trastorno alimentario debido a que en estos contextos la alimentación puede verse motivada o restringida.

La cultura es uno de los factores más determinantes del peso corporal debido a que forma el contexto para comer e incluso da significados morales y sociales al peso. Cabe resaltar que a partir del siglo XX empezaron a existir prejuicios sobre la belleza de la mujer que han sobrevalorado la delgadez, debido a esto, la cultura ve a la delgadez como salud y belleza al contrario de la gordura que ha sido rechazada (Braun y Tena, 2006).

De acuerdo a Penna y Sánchez (2009), en la actualidad, se sabe que los trastornos alimentarios son causados por más de un factor, así se puede afirmar que hay factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que facilitan la aparición de alguno de los trastornos alimentarios de la conducta. Tanto la bulimia como la anorexia pueden originarse por los siguientes tres factores (Toro y Vilardell, 1987):

a) Factores predisponentes

Toro y Vilardell (1987), indican que estos factores se refieren a determinadas características individuales y/o familiares, como también a factores socioculturales que cuando se combinan hacen más vulnerable a una persona de padecer un TCA. Existen dos tipos de estos factores, los factores individuales y los factores familiares:

- Factores individuales: La persona se llega a caracterizar por una falta de autonomía, por una baja autoestima, por ser perfeccionista y/o por no querer

madurar por miedo a tener y manejar su independencia.

- Factores familiares: La persona se llega a caracterizar por no mantener una buena comunicación con su familia; por no ser capaz de resolver conflictos; por mantener una sobreprotección por parte de los padres; por tener una familia que mantiene la creencia de que la imagen de una persona es importante; por tener a uno de los padres o a ambos con altas expectativas sobre la persona; por la existencia de depresión y alcoholismo en el presente o en el pasado de la familia de la persona; por antecedentes de anorexia o bulimia entre sus hermanos y/o por haber padecido abuso sexual o malos tratos.

b) Factores precipitantes

Estos factores provocan que en un determinado momento estresante se manifieste la enfermedad. Entre estos factores se encuentran el comienzo de una dieta; los cambios del cuerpo en la pubertad; un aumento de peso de manera precipitada seguido de comentarios negativos por parte de la familia o de los amigos; la existencia de antecedentes de enfermedades somáticas; un exceso de ejercicio físico; el comienzo de una vida sexual, entre otros factores estresantes.

c) Factores de mantenimiento

Estos factores permiten que la enfermedad perdure por más tiempo y se refieren a las consecuencias tanto fisiológicas como emocionales de no comer. Entre estos factores se encuentran las consecuencias psicológicas de la desnutrición por falta de alimento; los efectos de la purga en la persona, es decir, la persona puede llegar a sentirse segura de que puede deshacerse de lo consumido en exceso en un atracón; la disminución de las relaciones sociales que permite

que los pensamientos giren en torno a la comida, el peso y la belleza, y la sociedad que valora la delgadez.

3.3.1. La dieta como factor de riesgo de los TCA.

López *et al.* (1999), indican que al hablar de dieta se engloban todas las sustancias que una persona ingiere diariamente, y que, a su vez, permiten mantener un determinado estado de salud. Así mismo, una dieta correcta es la que aporta la energía necesaria y permite mantener un peso ideal, no obstante, cabe añadir, que actualmente existen dietas desequilibradas generadas por creencias o para fines económicos para el tratamiento de la obesidad. Hay diferentes tipos de dietas, Braun y Tena (2006), las clasifican de la siguiente manera:

- Dietas de moda

Un gran número de personas constantemente hacen dietas de moda por periodos cortos con el objetivo de bajar de peso de forma inmediata, de esta forma esperan que los resultados obtenidos sean satisfactorios y duraderos, lo cual no funciona.

- Dietas mágicas

Hay diversos ejemplos de este tipo de dietas, como la dieta de la toronja, la del arroz, la de la sopa de calabaza, entre otras, que se refieren al consumo de un único alimento que está basado en un único grupo de alimentos que al final no funciona por diferentes causas, una de esas causas es que carecen de las cantidades necesarias de nutrientes básicos para el organismo.

- Dietas altas en proteínas

A lo contrario de lo que se cree, una dieta alta en proteínas no quema grasa ni genera músculo,

debido a que esto se logra con una actividad física constante y un entrenamiento adecuado. Cuando se elaboran planes alimentarios altos en proteína y bajos en frutas, vegetales y granos, se da como resultado una deficiencia de vitaminas y minerales, así como también de hidratos de carbono y de fibra, provocando que, por la deficiencia de estos últimos, exista una menor capacidad de energía en el cuerpo.

- Dietas bajas en hidratos de carbono

Esta dieta se enfoca al consumo limitado de hidratos de carbono provenientes de frutas, verduras y cereales, y al consumo excesivo de aceite, por el supuesto de que el aceite estimula la hipófisis para que las grasas se quemen más rápido, lo cual no es verdadero. Esta dieta también se le conoce como dieta cetogénica y debe ser supervisada por un médico. En determinadas personas y por periodos cortos funciona bien, pero en general, para la población no ayuda a modificar hábitos alimentarios.

- Dietas líquidas bajas en calorías

Este tipo de dietas deben ser vigiladas por un médico debido a que las personas que se someten a este tipo de dietas reciben un aporte hipocalórico diario. Algunos de sus efectos secundarios son la fatiga, la náusea, la diarrea, el estreñimiento, entre otros.

Braun y Tena (2006), mencionan que las diferentes dietas utilizadas provocan que las personas ganen más peso en vez de perderlo, a esto se le conoce como efecto rebote, y trae como consecuencia que las personas se sientan más enfermas que sanas y más infelices que felices. Raich (2000), explica que el efecto rebote se debe a que el cuerpo se acostumbra a tener menos alimento y esto provoca que el índice metabólico, que es la cantidad de energía que hace que se produzcan las funciones metabólicas básicas, disminuya y, en caso de que aumente la ingesta de alimento, se

suba de peso.

Para evitar caer en este tipo de dietas es necesario que exista un control de peso eficaz derivado de un plan alimentario equilibrado y que exista un aumento de actividad física aunado a cambios de hábitos de vida sin olvidar la aceptación de los determinantes biológicos del peso corporal y de la figura corporal de cada persona (Braun y Tena, 2006).

Un factor de riesgo muy común para desarrollar un TCA es el seguimiento de una dieta restrictiva, cabe mencionar que es uno de los factores de riesgo más importantes (Gómez-Peresmitré, 2001a). Gómez-Peresmitré y Ávila (1998), realizaron un estudio con una muestra total de 487 niños de 5º y 6º año de primaria tanto de escuelas públicas como de escuelas privadas cuyo rango de edad osciló entre los 10 y 11 años de edad y los resultados señalaron que el 25% de los niños aceptaron realizar dietas para bajar o subir de peso. Se sabe que un trastorno alimentario puede iniciar por una dieta restrictiva o mal manejada pero casi siempre es un problema que va más allá de los alimentos, esto se debe a que los trastornos son enfermedades multifactoriales (Braun y Tena, 2006).

Es difícil distinguir entre un individuo que comienza una dieta porque es la moda y la deja pasadas unas semanas a un individuo que tiene el mismo inicio, pero termina desarrollando un trastorno alimentario debido a que la diferencia entre salud y enfermedad es muy sutil. Es por eso, que un individuo que está desarrollando un trastorno alimentario puede pasar desapercibido en su entorno (Penna y Sánchez, 2009).

Por tanto, entre los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de los trastornos alimentarios se encuentran: el deseo de una figura ideal delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la alteración de la imagen corporal (sobrestimación/subestimación), la actitud negativa

hacia la obesidad y la dieta restringida (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2012).

3.4. Deporte

El deporte se practica para obtener diferentes objetivos, por un lado, se encuentra el deporte de la competición donde el rendimiento de un deportista es de suma importancia; es organizado por las asociaciones deportivas y es clasificatorio para los participantes. Por otra parte, también existe el deporte para la salud, cuyo objetivo es alcanzar un equilibrio, una recuperación o un buen estado físico (Weineck, 2001).

Thiess, Lühnenschloss y Wille (2004), definen la competición deportiva como una comparación entre el rendimiento de deportistas individuales o entre grupos de deportistas, estos últimos también conocidos como equipos. Las competiciones deportivas se rigen sobre la base de unos requisitos válidos que son declarados obligatorios por los titulares y organizadores de las competiciones deportivas correspondientes.

Los deportistas tienen ciertas características especiales en sus aptitudes, en su personalidad, en sus intereses y en sus objetivos que han constituido áreas de investigación en el deporte. Por este motivo, hay personas estrechamente vinculadas al rendimiento deportivo que discuten la importancia de detectar estas diferencias para seleccionar a los más adecuados y así, poder repartir las funciones en los deportes de equipo y poder decidir quién debe asumir la responsabilidad en diferentes situaciones (Riera, 1997).

Fiorentino (2006), menciona que existen efectos benéficos para la salud con la práctica de un deporte, ya sea para enriquecer las virtudes educativas-socializadoras, como la superación de metas y la lucha ante el esfuerzo; para obtener la capacidad de cooperar y trabajar en equipo; para fomentar valores y actitudes; para el desarrollo de la maduración personal y de grupo, y/o para

fomentar la participación y la empatía.

3.4.1. El deporte como factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.

Aunque el deporte se considera como una actividad sana, cuando es practicado en exceso puede alterar su efecto beneficioso y puede ser perjudicial para la salud (Weineck, 2001). De acuerdo a Alfonseca (2006), la práctica de deporte es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA debido a que a los deportistas se les exige tener una complexión delgada y más del 60% de las mujeres deportistas profesionales experimentan un TCA porque se toman el ejercicio o la alimentación como una obsesión. Existen tres posibles mecanismos que pueden explicar la relación existente entre el deporte y los TCA:

- Relación de atracción

Algunos aspectos del deporte atraen a determinadas personas con un TCA o con un alto riesgo de padecerlo con el objetivo de poder ocultar su patología detrás de los estereotipos marcados por un deporte en específico. Cabe señalar que esta relación no explica todos los casos de individuos con un TCA.

- Relación de causa

En esta relación hay dos modelos, el Modelo de Anorexia por Actividad propuesto por Pierce & Epling (1991), que indica que el ejercicio físico en exceso conduce a una disminución del peso debido a que disminuye el apetito, lo que hace que el ejercicio tenga una motivación más para hacerse; y el segundo modelo trata de la presión a la que están sometidos los deportistas para perder peso.

- Relación de precipitación

Se argumenta que la práctica deportiva podría ser la causa en algunos individuos predispuestos por factores familiares, individuales, socioculturales, ambientales y/o biológicos del desarrollo de algún TCA.

Durán, Jiménez, Ruiz, Jiménez y Camacho (2006), señalan que existen factores de riesgo específicos además de los ya conocidos pero que se relacionan con la práctica deportiva y que pueden desencadenar más fácilmente un TCA, es decir, estos factores de riesgo específicos abren más la posibilidad de que se enferme una persona vulnerable a estos trastornos. Los factores de riesgo que se han relacionado con el deporte son:

1. La insatisfacción corporal por motivos del rendimiento deportivo al que pertenezcan.
2. La especialización en un deporte a una edad muy temprana.
3. La existencia de deportes que exigen determinado peso corporal.
4. El nivel de competición exigido en un determinado deporte.
5. El aumento de actividad física acompañado de restricciones alimentarias.
6. El uso de otros métodos poco saludables para bajar de peso.
7. Los acontecimientos traumáticos.
8. Los comentarios despectivos respecto a su condición deportiva.
9. La personalidad del deportista.

Kirszman y Salgueiro (2002), mencionan que los atletas que entrenan para participar en competencias que piden como requisito un determinado peso, como las gimnastas, los boxeadores y los luchadores, es común que tengan conductas purgativas para perder peso, a esta conducta se le conoce como vómito instrumental. Además, la amenorrea en mujeres, derivada por el ejercicio intenso, se sabe que es un síntoma de la anorexia nervosa. Entre algunos estudios que se han realizado para encontrar la relación existente entre el deporte y los TCA, se pueden mencionar los siguientes:

En investigaciones con bailarinas profesionales Unikel y Gómez-Peresmitré (1999), realizaron un estudio con una muestra de 97 mujeres dividida en tres subgrupos: el primer subgrupo fue de 43 bailarinas profesionales con una edad promedio de 26.8 años; el segundo grupo fue de 45 mujeres no bailarinas con una edad promedio de 26.2 años, y el tercer grupo fue de 9 pacientes con alteraciones de la alimentación con una edad promedio de 23.7 años. Se encontró que las mujeres tienen una conducta alimentaria con características comunes; sin embargo, se pudo apreciar que las bailarinas profesionales realizan métodos para bajar de peso de manera frecuente, y también presentan tanto alteraciones de la imagen corporal como de peso bajo.

En otro estudio con gimnastas, Brito y Cintra (2003), tomaron una muestra de 140 preadolescentes y adolescentes mujeres de las cuales 70 eran gimnastas y las otras 70 no realizaban ninguna actividad física. Se encontró que todas las mujeres de la muestra se encontraban preocupadas por su peso corporal y la comida, pero la submuestra más preocupada fue la de las mujeres gimnastas; también se observó que las gimnastas tuvieron su menarca más tarde que las mujeres que no hacían actividad física. En los resultados de la percepción de la imagen corporal, se observó que las gimnastas sobreestiman más su cuerpo que la submuestra de las mujeres que no

realizaban actividad física. Por último, se observó que las gimnastas practican dietas restrictivas a más temprana edad.

En el campo de la natación, Hernández-Alcántara y Gómez-Peresmitré (2004), realizaron una investigación con una muestra de 160 mujeres, subdividida en dos grupos: 80 nadadoras de alto rendimiento y 80 mujeres no deportistas con un rango de edad de 9 a 16 años. Se encontró que la conducta alimentaria compulsiva estaba relacionada tanto con una alta ansiedad como con una alta ansiedad competitiva y con una alta dependencia al ejercicio. Así mismo, la consecuencia de la ansiedad se relacionaba con la preocupación por el peso y la comida, así como de la dieta crónica y restrictiva, es decir, que la conducta alimentaria de riesgo en esta muestra no depende de practicar este deporte o no, sino de variables como la ansiedad, la ansiedad competitiva y de la dependencia al ejercicio.

De igual manera, en este mismo campo de la natación, Salinas y Gómez Peresmitré (2009), trabajaron con una muestra de 150 mujeres adolescentes que eran deportistas de alto rendimiento de las disciplinas de natación (78), nado sincronizado (52), clavados (13) y waterpolo (7) y 150 mujeres no deportistas con edades promedio de 15.32 años. Encontraron que tanto la insatisfacción corporal como la dieta restringida son antecedentes y mediadoras de las conductas alimentarias anómalas y bulímicas. Además, se encontró que el deporte disminuye las interrelaciones directa e indirecta del efecto negativo en la conducta alimentaria compulsiva y entre las no deportistas el efecto negativo es un factor de doble riesgo para esta conducta.

En la presente investigación se trabajará con mujeres que practican patinaje artístico, para entender el contexto de esta muestra, a continuación, se describe a grandes rasgos los principales aspectos relacionados con este deporte.

3.4.2. Patinaje artístico.

El patinaje artístico es un deporte de deslizamiento que combina elementos técnicos con aspectos artísticos sobre patines de ejes. El patinador acompaña su rutina de elementos tanto técnicos, como de figuras y de aspectos artísticos con música por lo que debe sensibilizarse a su música de su rutina para adecuar sus movimientos a ella (Patinaje Artístico, 2010).

Este deporte se caracteriza por requerir fuerza, flexibilidad, precisión, coordinación y seguridad. La preparación física de un patinador debe de enfocarse en ganar fuerza, en tener un buen funcionamiento del sistema cardiaco y respiratorio al igual que en tener una buena alimentación (Patinando sobre hielo, 2007).

En cuanto al entrenamiento de fuerza, el patinador deberá incrementar su fuerza en sus piernas y en sus brazos haciendo pesas o ejercicios para fortalecer estas partes de su cuerpo. Los ejercicios de flexibilidad son muy importantes para desarrollar diversos ejercicios de este deporte; también se practican ejercicios pliométricos para mejorar la capacidad de saltar y así, mejorar la capacidad del patinador en cuanto a su coordinación, su equilibrio y su control del salto (Patinando sobre hielo, 2007). La pliometría está basada en el aprovechamiento muscular de la fase inicial de un movimiento anterior a una contracción concéntrica del mismo movimiento, es decir, la pliometría busca reducir el tiempo entre la fase inicial y la fase final de un movimiento (Prentice, 2001).

Bompa (2004), define la velocidad-resistencia como la capacidad del patinador para mantener o repetir una acción que lleva velocidad. Dos de los componentes principales del patinaje artístico son el aterrizaje y la fuerza reactiva, en donde el patinador no se enfoca solamente en entrenar la parte del despegue de los saltos, sino también se debe de ocupar del correcto aterrizaje de los saltos para evitar futuras lesiones, debido a que cuando el patinador aterriza sobre una sola pierna, la

fuerza del aterrizaje es de cinco a siete veces el peso de su cuerpo esto, cuando se aterriza con las articulaciones de la pierna. En el patinaje artístico existen las siguientes modalidades (Patinaje Artístico, 2015):

Figuras obligatorias

Este tipo de modalidad exige exactitud, control corporal y concentración. El patinador realiza este tipo de figuras sobre círculos dibujados en la pista. El patinador debe de recorrer la figura del círculo con un solo pie una vuelta o más y con un nivel de dificultad.

Estilo libre

Esta modalidad exige creatividad, agilidad y alto grado de técnica. El patinador debe combinar elementos técnicos como saltos, giros y trabajos de pies con música, creando una rutina que represente el deporte, el arte y el espectáculo.

Cabe señalar, que los saltos se dividen en seis fases: preparación, cargamento, despegue, fase de vuelo, aterrizaje y presentación. Los giros tienen cuatro fases: preparación, centralización, rotación y presentación; los giros ejercen presión, dirección y la colocación del patín al momento de ejecutarse. Los jueces califican en el patinador su velocidad, su altura en los saltos, su limpieza en la técnica, su control, así como su variedad de giros junto con el trabajo de juego de pies que sirven de conexión entre los elementos.

Pareja libre

La modalidad de pareja es una mezcla del patinaje libre individual con la complejidad de adicionar un compañero. La clave de esta modalidad es la total sincronía durante la ejecución de los saltos, los giros y la coreografía. En esta modalidad al igual que en la modalidad del estilo libre,

la pareja es calificada técnica y artísticamente.

Danza individual o en parejas

En la modalidad individual es en la única en la que hombres y mujeres compiten contra los de su categoría con requisitos obligatorios. En este tipo de modalidad los patinadores bailan en parejas o individualmente, manteniendo una perfecta sincronización entre ambos. Se divide en tres fases:

- Esquemas de baile preestablecido. En esta fase se ejecutan movimientos predeterminados con una música impuesta.
- Esquemas de baile originales establecidos o programa corto. En esta fase, la pareja es libre de escoger su propia música, pero realiza los movimientos de acuerdo a lo establecido por las bases de la competición en función de la reglamentación internacional.
- Danza libre. En esta fase, cada pareja dispone de 3:30 minutos para realizar los movimientos de su preferencia con la música que ellos elijan (Patinaje Artístico 2015, p 2-12).

Capítulo 4. Método

Objetivo general:

Determinar diferencias entre los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal en mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico.

Objetivos específicos:

- Identificar conductas alimentarias de riesgo en mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico.
- Comparar la autopercepción de la imagen corporal en mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico.
- Comparar la insatisfacción corporal en mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico.

Hipótesis de trabajo

1. Las preadolescentes que practican patinaje artístico presentarán mayor frecuencia en conducta alimentaria de riesgo que las adolescentes con esa misma práctica.
2. Las preadolescentes que practican patinaje artístico presentarán mayor frecuencia en alteración con la imagen corporal que las adolescentes con esa misma práctica.
3. Las preadolescentes que practican patinaje artístico presentarán mayor frecuencia en insatisfacción con la imagen corporal que las adolescentes con esa misma práctica.
4. No existirán diferencias en conducta alimentaria de riesgo entre las preadolescentes que

practican patinaje artístico y las adolescentes con esa misma práctica.

5. No existirán diferencias en alteración con la imagen corporal entre las preadolescentes que practican patinaje artístico y las adolescentes con esa misma práctica.

6. No existirán diferencias en insatisfacción con la imagen corporal entre las preadolescentes que practican patinaje artístico y las adolescentes con esa misma práctica.

Definición de variables

Variables independientes:

Preadolescentes que practican patinaje artístico.

Adolescentes que practican patinaje artístico.

Patinaje Artístico

Preadolescentes y adolescentes (que practican patinaje artístico).

- Definición conceptual: La preadolescencia, de acuerdo con Pedroso (2004), inicia entre los 9 años y termina entre los 12 años de edad. La adolescencia inicia entre los 12 años y termina entre los 18 años de edad.

- Definición operacional: Esta variable se midió con la pregunta: ¿Qué edad tienes?

Patinaje Artístico.

- Definición conceptual: El patinaje artístico es un deporte de deslizamiento que combina elementos técnicos con aspectos artísticos sobre patines de ejes (Patinaje Artístico, 2010).

- Definición operacional: Se medirá con la pregunta: ¿Prácticas patinaje artístico?

Variables dependientes:

Conducta alimentaria de riesgo; comer compulsivo, preocupación por el peso y la comida; dieta crónica y restringida y conducta alimentaria normal.

Alteración de la imagen corporal; sobrestimación y subestimación.

Malestar con la imagen corporal e insatisfacción corporal.

Conducta Alimentaria de Riesgo.

- Definición conceptual: Es aquella que considera los patrones de consumo de alimentos distorsionados, tales como atracones o períodos de atracón, seguimiento anormal de dietas, masticar, pero no deglutir comida y ayunos (Unikel, 1998). La conducta alimentaria de riesgo, se refiere a las prácticas erróneas para controlar el peso corporal (Gómez-Peresmitré, 2001b).

- Definición operacional: Se medirá con las respuestas dadas a la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA) (Gómez Peresmitré, 2001b).

Conducta Alimentaria Normal.

- Definición conceptual: La conducta alimentaria es el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, los tipos de alimentos que se ingieren, preparaciones de comida y las cantidades ingeridas de ella (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

- Definición operacional: Esta variable se evalúa por medio de las respuestas dadas por los participantes a los ítems del factor 3 del EFRATA, denominado Conducta Alimentaria Normal (Gómez Peresmitré, 2001b).

Conducta Alimentaria Compulsiva.

- Definición conceptual: La conducta alimentaria compulsiva de acuerdo con Gómez Peresmitré (2001a), es considerada como uno de los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria. Es la conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2002)
- Definición operacional: Esta variable se mide con las respuestas dadas por las participantes a los ítems del factor 1 que forman parte de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), denominado Conducta Alimentaria Compulsiva (Gómez Peresmitré, 2001b).

Preocupación por el Peso y la Comida.

- Definición conceptual: La preocupación por el peso y la comida se caracterizan por sentimientos de culpa por la forma de comer al igual que conductas que se utilizan para no subir de peso y que en su conjunto llegan a exacerbar la conducta de dieta (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2002).
- Definición operacional: Esta variable se calcula mediante las respuestas dadas por las participantes a los ítems del factor 2 que forman parte de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), denominado Preocupación por el Peso y la Comida (Gómez Peresmitré, 2001b).

Dieta Crónica y Restrictiva.

- Definición conceptual: La dieta crónica y restringida es la tendencia repetida a la autoprivación de algunos alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como a la eliminación de tiempos de comida para controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998). Se caracteriza por realizar dietas inadecuadas y estrictas; es un factor de riesgo para desencadenar un trastorno alimentario por comer poco y poco variado (Gorab e Iñarritu, 2005).
- Definición operacional: Esta variable se estima con las respuestas dadas por las participantes a los ítems del factor 6 que forman parte de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), denominado Dieta Crónica y Restringida (Gómez Peresmitré, 2001b).

Alteración de la Imagen Corporal (Sobrestimación-Subestimación).

- Definición conceptual: La alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación), se refiere a un menor o mayor distanciamiento entre el peso real y el peso imaginario. Es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (Gómez-Peresmitré, 1995).
- Definición operacional: Se determinó como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal, es decir, la manera en que una persona se ve a sí misma en cuanto a su tamaño y a su peso, menos el índice de su masa corporal. De acuerdo a los resultados, una diferencia positiva se interpreta como sobreestimación, mientras que una diferencia negativa es considerada como subestimación (Gómez Peresmitré, 1999).

Malestar con la Imagen Corporal.

- Definición conceptual: El malestar con la imagen corporal se refiere a la inconformidad que tiene la mayoría de la población hacia alguna parte de su apariencia física y que puede relacionarse o no con el peso o la figura corporal pero que no afecta la vida cotidiana de una persona (Galán, 2004).

- Definición operacional: Esta variable se mide por medio de las respuestas dadas por las participantes a los ítems del factor 1 que forman parte del cuestionario Body Shape Questionnaire (BSQ), denominado Malestar con la Imagen Corporal (Galán, 2004).

Insatisfacción Corporal.

- Definición conceptual: La insatisfacción corporal es la forma negativa en que la persona experimenta su cuerpo, es decir, existe una disfuncionalidad cuando la persona siente cierto rechazo y desagrado hacia su cuerpo (Galán, 2004).

- Definición operacional: Esta variable se estima mediante las respuestas dadas por las participantes a los ítems del factor 2 que forman parte del cuestionario Body Shape Questionnaire (BSQ), denominado Insatisfacción Corporal (Galán, 2004).

Muestra:

La muestra estuvo formada por N=44 patinadoras, que se subdividió en n1=21 mujeres preadolescentes de entre 10 y 11 años y en n2=23 mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años. La media de edad del grupo de las preadolescentes fue de 10.38 (DE .49) y para las adolescentes fue de 13.95 (DE 1.96).

Instrumentos

- Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Peresmitré, 1998a), tiene un alpha general de .90 y cuenta con 12 secciones. Se aplicó grupalmente, el tiempo de solución fue de 45 minutos aproximadamente. Para la presente investigación se utilizaron las siguientes secciones:

Sección A: Explora aspectos sociodemográficos. Esta sección está compuesta por 13 reactivos que proporcionan información sobre edad, nivel de estudios y ocupación de los padres, así como de los ingresos económicos en la familia.

Sección D: Integra la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) para mujeres (Gómez Peresmitré, 2001b), que consta de 7 factores que explican el 42.8% de la varianza con un alpha de .88. En este estudio sólo se tomaron los siguientes 4 factores cuyos ítems cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde nunca (1) hasta siempre (5):

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva. Compuesto por 14 ítems con un alpha de .90, una varianza explicada del 16% y un eigenvalue de 12.4.

Factor 2: Preocupación por el Peso y la Comida. Compuesto por 9 ítems con un alpha de .82, una varianza explicada del 7% y un eigenvalue de 5.52.

Factor 3: Conducta Alimentaria Normal. Compuesto por 7 ítems con un alpha de .69, una varianza explicada del 5.9% y un eigenvalue de 4.39.

Factor 6: Dieta Crónica y Restrictiva. Compuesto por 8 ítems con un alpha de .81, una varianza explicada del 2.6% y un eigenvalue de 1.93.

- Body Shape Questionnaire (BSQ), adaptado para la población mexicana por Galán, (2004).

Se aplicó grupalmente, el tiempo de solución fue de 45 minutos aproximadamente. Se utilizaron sus 2 factores cuyos ítems cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde nunca (1) hasta siempre (5):

Factor 1: Malestar con la imagen corporal. Compuesto por 10 reactivos con un alpha de 0.95 y un 34.3% de la variabilidad total.

Factor 2: Insatisfacción corporal. Compuesto por 11 reactivos con un alpha de 0.94 y un 29.6 % de la variabilidad total.

Materiales

- Báscula electrónica marca Excel con capacidad de 300 Kg. y .05 de precisión
- Estadiómetro electrónico de alta precisión.
- Cinta métrica.

Procedimiento:

Se les solicitó a los entrenadores y a las patinadoras de los equipos representativos del Centro Deportivo Plan Sexenal y del Centro Deportivo Benito Juárez permiso para la realización del presente proyecto, cuya finalidad era obtener información sobre la presencia de factores de riesgo para los TCA en deportistas de patinaje artístico; una vez obtenida su autorización se solicitó a las patinadoras su participación para responder a un cuestionario sobre alimentación e imagen corporal, para tal efecto, se pidió el consentimiento informado, firmado por ellas y en el caso de las menores, firmado por sus padres. Se señaló la confidencialidad de los datos y que el uso de la

información solo sería para fines de investigación, así mismo, se señaló la libertad para abandonar el estudio. Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual en las sedes de entrenamiento por una psicóloga previamente capacitada.

La toma del peso y talla fue realizada por personal previamente entrenado con las técnicas recomendadas para asegurar su confiabilidad. Las patinadoras fueron pesadas sin zapatos con un mínimo de ropa [la permitida por los lugares de entrenamiento (leotardo o pans, blusa o playera)], así mismo, se les pidió que dejaran cualquier objeto que trajeran en las bolsas de su ropa (celulares, dinero, cinturones, etc.) y cualquier objeto que portaran en el cabello (diademas o moños).

Para la toma de peso fueron colocadas en el centro de la báscula con los pies paralelos y en posición erecta. Para la toma de talla, la patinadora fue colocada descalza, con la cabeza en plano de Frankfort, las extremidades colgando a los costados, talones juntos y las puntas ligeramente separadas, formando un ángulo de 90° (Secretaria de Salud, 2015).

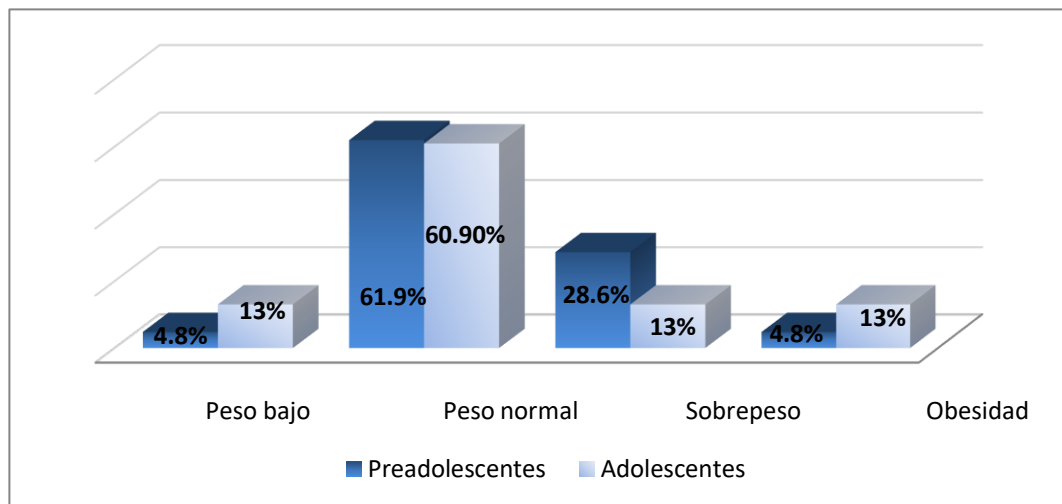
Capítulo 5. Resultados

El propósito de la presente investigación fue encontrar si existen diferencias en conductas alimentarias de riesgo entre mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico. Para lo anterior, se realizó el análisis de los datos con el programa de SPSS 20.0 para Windows.

5.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo formada por $N=44$ patinadoras, subdividida en $n_1=21$ mujeres preadolescentes de entre 10 y 11 años y en $n_2=23$ mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años. La media de edad del grupo de las preadolescentes fue de 10.38 (D.E.= 0.49) y para las adolescentes fue de 13.95 (D.E.=1.96). Con relación al Índice de Masa Corporal (IMC) se encontró que las preadolescentes reportaron un 4.8% para peso bajo a diferencia de las adolescentes quienes mostraron un 13% para esta categoría; respecto al peso normal se observaron porcentajes similares (62% en preadolescentes vs 61% en adolescentes); para la categoría de sobrepeso se obtuvo 28.6% para preadolescentes y 13% en adolescentes. Para la categoría de obesidad un 5% eran preadolescentes y un 13% adolescentes (Ver figura 1).

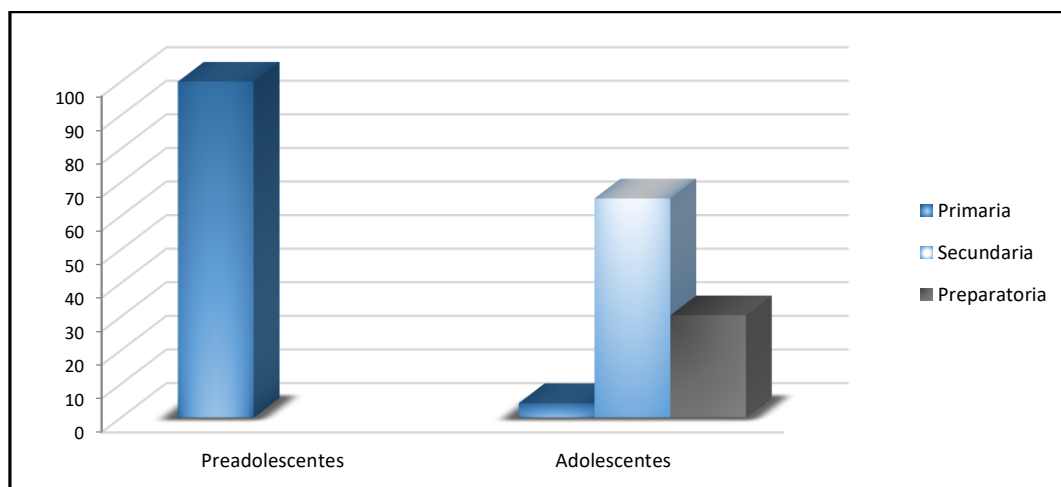
Figura 1. Distribución porcentual de la variable índice de masa corporal.



Escolaridad.

Con respecto al nivel de escolaridad de las patinadoras, se puede observar que la mayoría de las adolescentes se encontraba estudiando secundaria (65%) mientras que todas las preadolescentes se encontraban cursando primaria (Ver figura 2).

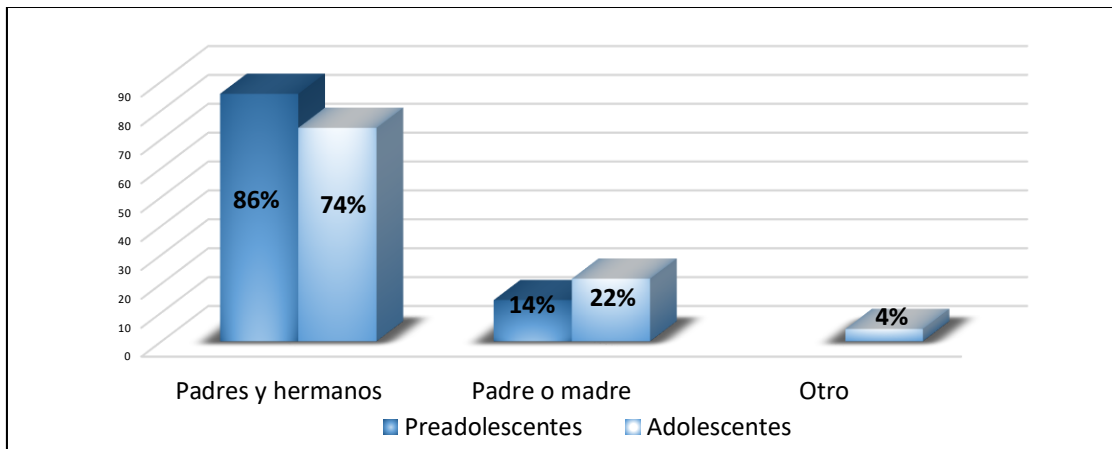
Figura 2. Distribución porcentual de la variable escolaridad.



Actualmente vives con...

Cuando se preguntó a las patinadoras “Actualmente vives con” el mayor porcentaje de las adolescentes (74%) y de las preadolescentes (86%) reportaron vivir con su familia nuclear (Ver figura 3).

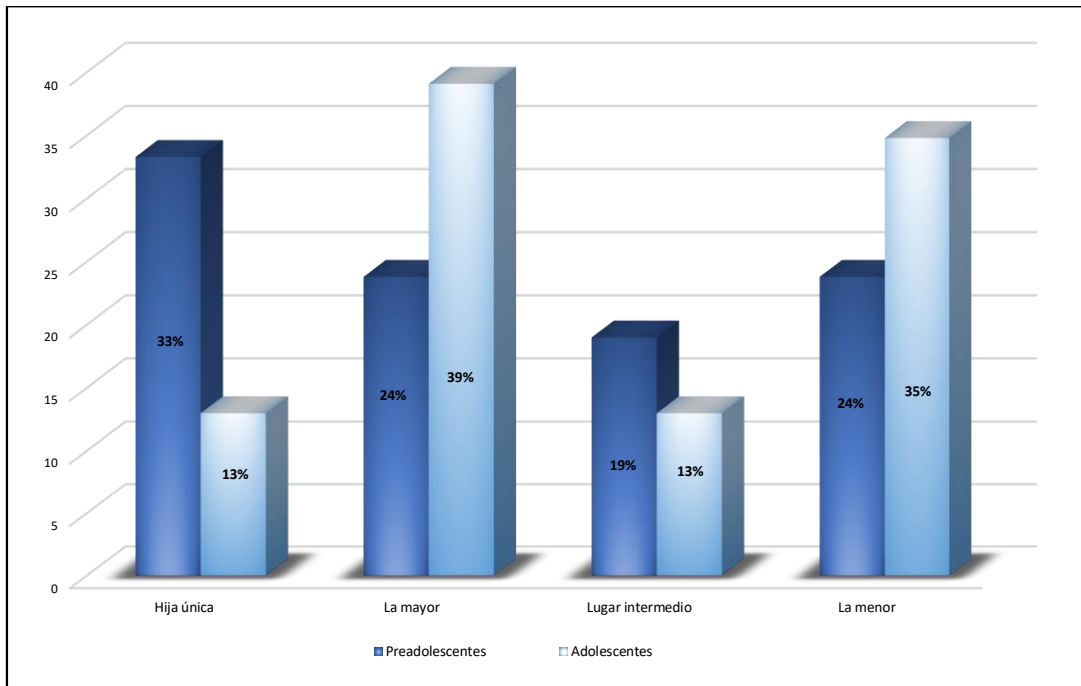
Figura 3. Distribución porcentual de la variable actualmente vives con...



Lugar entre hermanos.

Con relación al lugar que ocupan las patinadoras respecto a sus hermanos, se registró que entre las preadolescentes un 33% se encontraban siendo hijas únicas en comparación de un 13% de las adolescentes. El porcentaje más alto entre las adolescentes fue del 39% respecto al lugar de la hija mayor y un 24% para las preadolescentes (Ver figura 4).

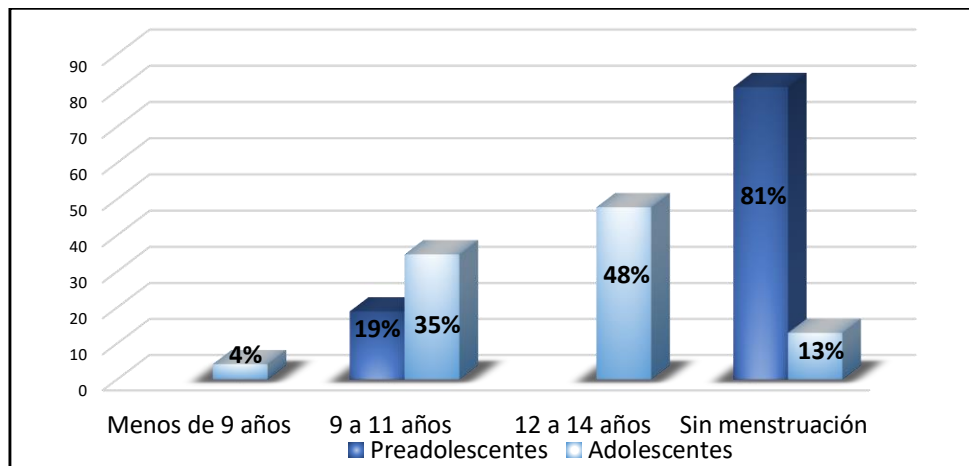
Figura 4. Distribución porcentual de la variable lugar que ocupas entre tus hermanos.



Madurez sexual.

Para evaluar la madurez sexual se les preguntó a las patinadoras la edad de su menarca, se puede observar que un 81% de las preadolescentes no la habían presentado aún, mientras que un 48% de las adolescentes reportó que su primera menstruación fue entre los 12 y los 14 años de edad (Ver figura 5).

Figura 5. Distribución porcentual de la variable edad primera menstruación.



Escolaridad del padre y madre.

Se preguntó a las patinadoras por el nivel de estudios del padre. Se registró en porcentajes similares estudios de licenciatura para las preadolescentes el 38% y 35% para las adolescentes. Por otro lado, se puede observar que un 5% de los papás de las preadolescentes tienen un nivel de preparatoria a diferencia de un 13% de las adolescentes (Ver figura 6). Para el nivel de estudios de las madres, las preadolescentes reportaron estudios de licenciatura y maestría en porcentajes similares del 33% a las de las adolescentes con 30% de licenciatura y 35% de maestría. Los porcentajes más bajos en los niveles de estudio de las madres de las preadolescentes se presentaron en 9% para secundaria y 5% de doctorado; para las adolescentes reportaron 4% y 9% respectivamente (Ver figura 7).

Figura 6. Distribución porcentual de la variable nivel de estudios del padre.

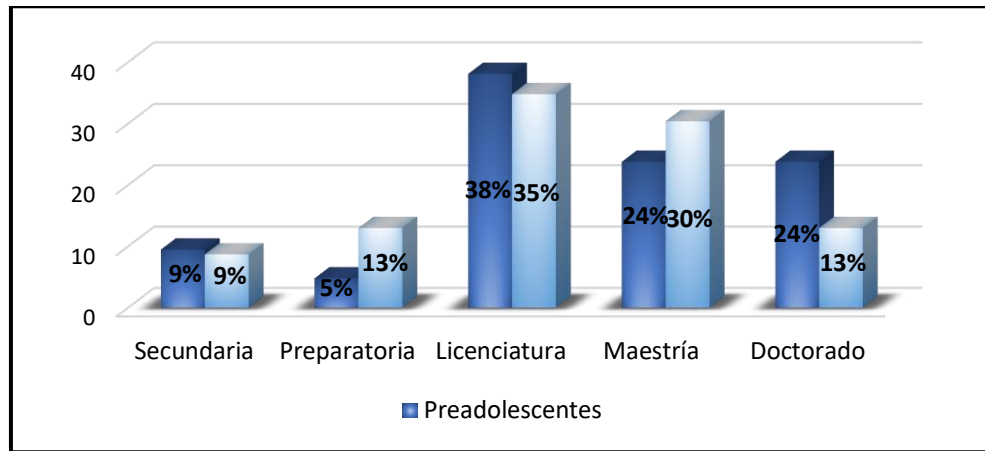
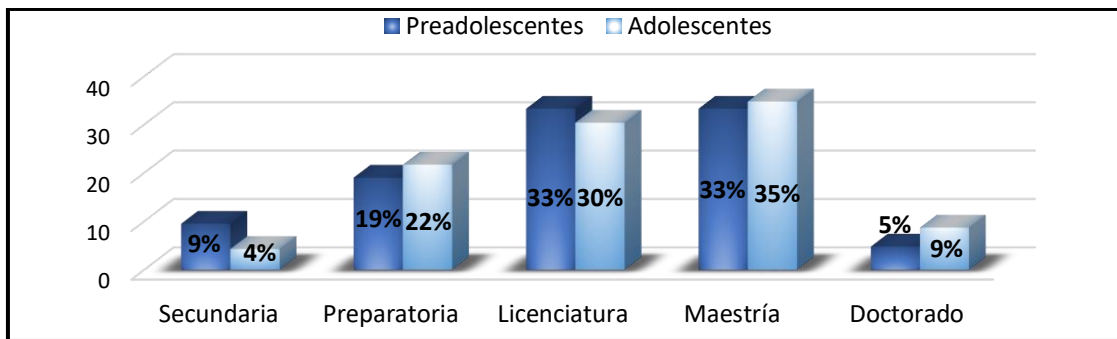


Figura 7. Distribución porcentual de la variable nivel de estudios de la madre.



Ocupación del padre y la madre.

De acuerdo con la ocupación del padre de las patinadoras, se puede observar que en porcentajes equivalentes el 38% de las preadolescentes y el 35% de las adolescentes respondieron que su padre era empleado. Por otro lado, el 43% de las preadolescentes registraron que su padre es profesionista, a diferencia de un porcentaje menor (26%) de la muestra de las adolescentes (Ver figura 8). Para la ocupación de la madre de las patinadoras, el 48% de las preadolescentes respondieron que su madre era ama de casa a diferencia del 22% de las adolescentes. En

porcentajes más bajos, el 4% de las madres de las adolescentes señalaron ser empleadas domésticas (Ver figura 9).

Figura 8. Distribución porcentual de la variable ocupación del padre.

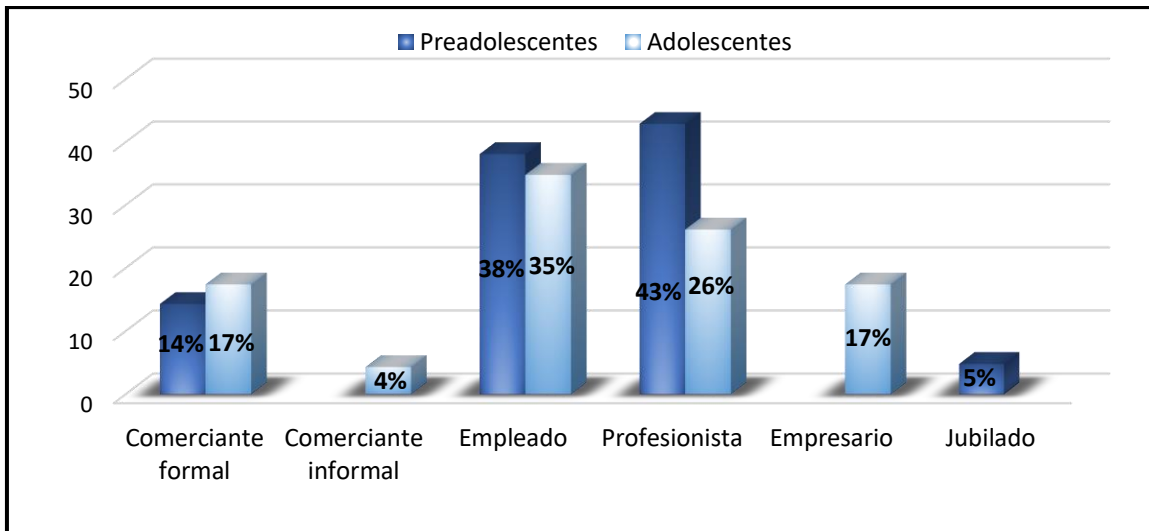
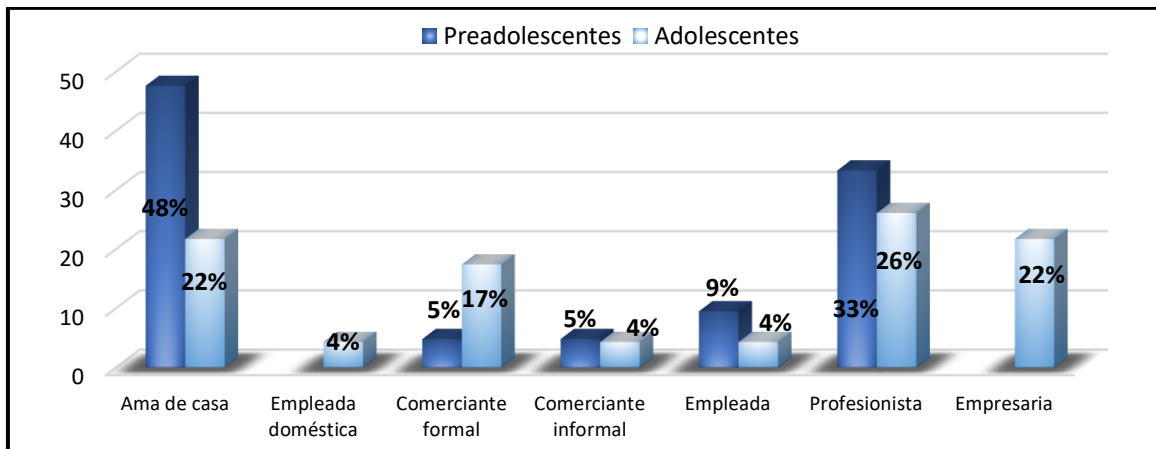


Figura 9. Distribución porcentual de la variable ocupación de la madre.

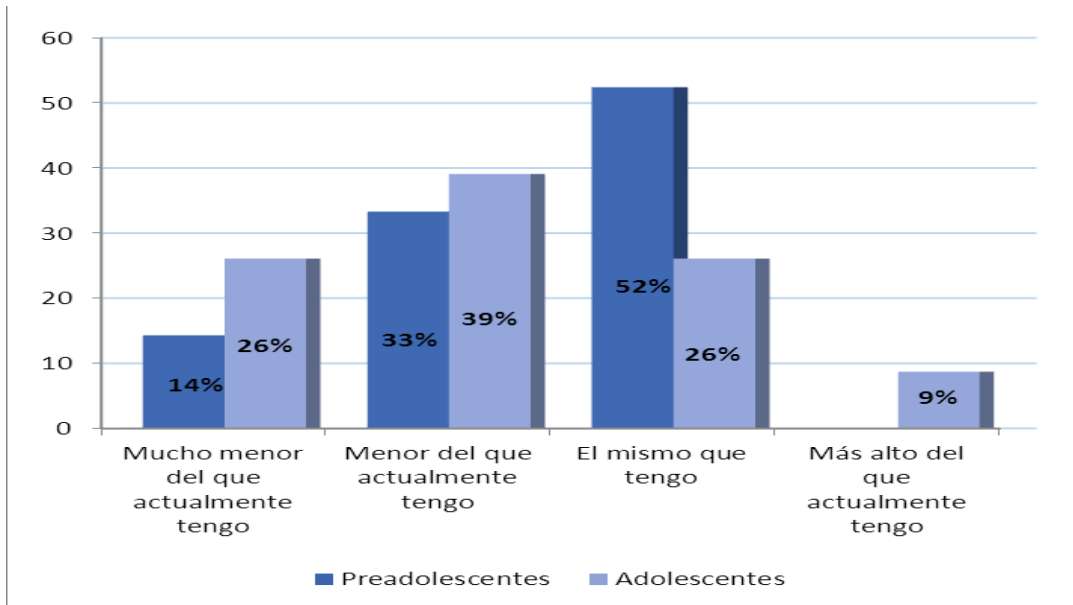


5.2. Distribución de las variables de estudio

¿Qué peso te gustaría tener?

Para el ítem, ¿Qué peso te gustaría tener? El 52% de las preadolescentes señalaron que les gustaría tener su mismo peso actual a diferencia del 26% de las adolescentes. Los porcentajes más bajos fueron los presentados para las que desean tener un peso más alto del que tienen, siendo 0% en las preadolescentes y 9% para las adolescentes (Ver figura 10).

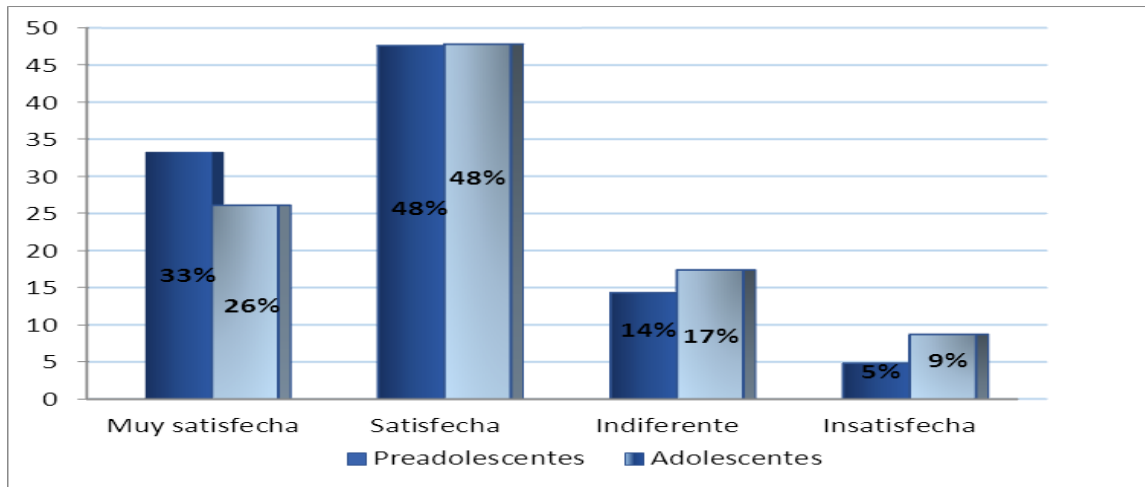
Figura 10. Distribución porcentual de la variable ¿Qué peso te gustaría tener?



¿Cómo te sientes con la forma de tu figura?

De acuerdo con la pregunta ¿Cómo te sientes con la forma de tu figura? Ambos grupos señalaron en porcentajes iguales (48%) que se encontraban satisfechas mientras que los porcentajes más bajos se observaron en la respuesta de insatisfacción con un 9% de las adolescentes y un 5% de las preadolescentes (Ver figura 11).

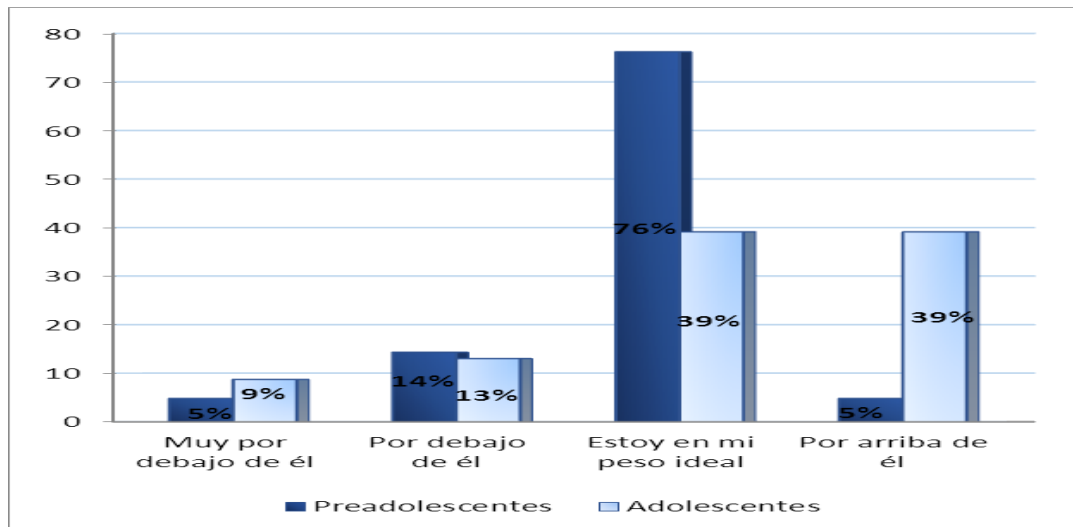
Figura 11. Distribución porcentual de la variable ¿Cómo te sientes con la forma de tu figura?



Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras...

Con relación a la percepción que las patinadoras tenían de su peso corporal, se encontró que un 76% de las preadolescentes consideraban que estaban en su peso ideal a diferencia del 39% de las adolescentes con esta misma percepción. Sin embargo, un 9% de las adolescentes indicaron que se percibían por muy debajo de su peso ideal a diferencia de un 5% de las preadolescentes (Ver figura 12).

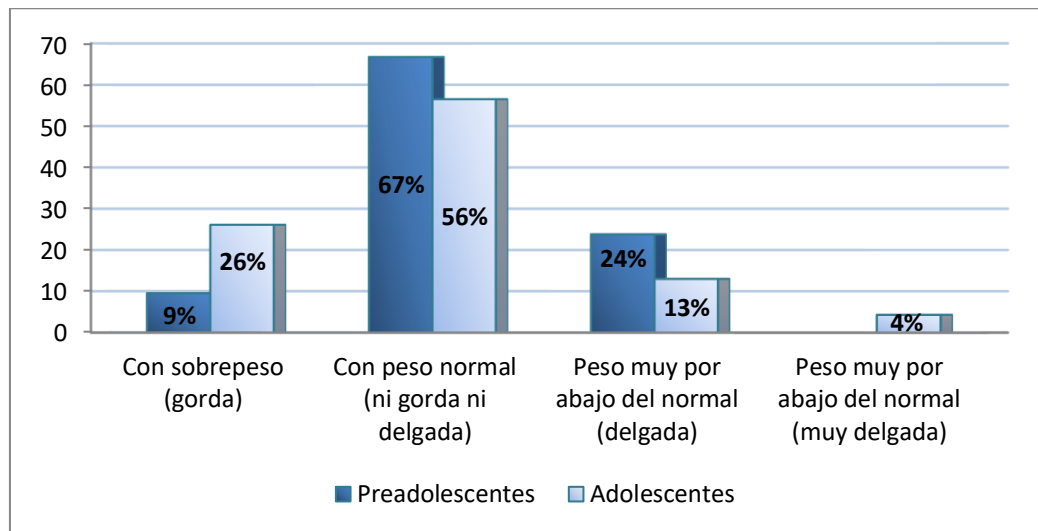
Figura 12. Distribución porcentual de la variable con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras...



De acuerdo con tu peso real, tú te consideras:

Se preguntó a las patinadoras cómo se sentían con el peso corporal que tenían actualmente, los resultados mostraron que un 67% de las preadolescentes consideran tener un peso corporal normal (ni gorda ni delgada) a diferencia de las adolescentes quienes en un 56% respondieron esta opción. Resulta importante señalar que el 26% de adolescentes se sienten con sobrepeso (gordas) en comparación con el 9% de las preadolescentes (Ver figura 13).

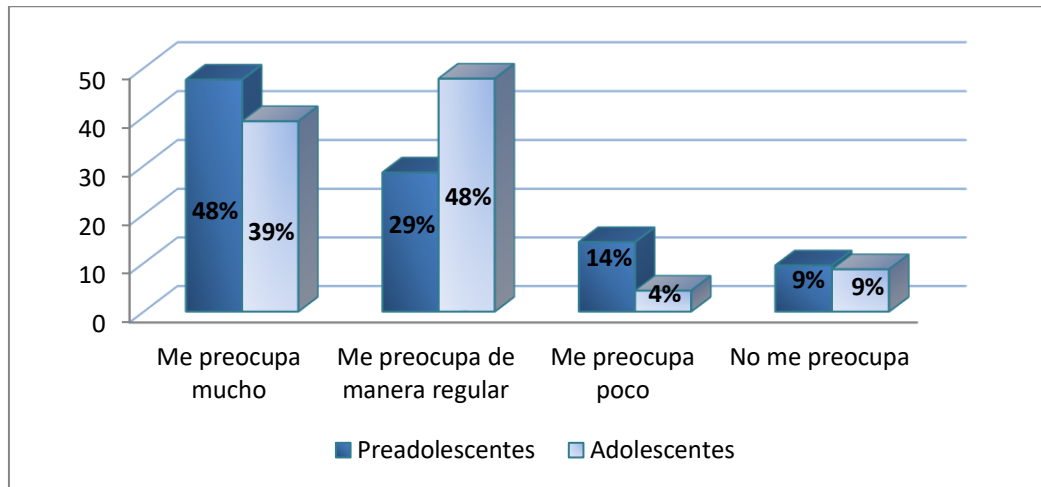
Figura 13. Distribución porcentual de la variable de acuerdo con tu peso real, tú te consideras:



Llegar a estar gorda.

Se investigó si a las patinadoras les preocupaba llegar a ser gordas. Las preadolescentes señalaron en un 48% que les preocupaba mucho mientras que para las adolescentes el porcentaje fue menor (39%). En la categoría preocupación de manera regular se invierte el resultado anterior, debido a que son las adolescentes quienes manifiestan un porcentaje elevado (48%) en comparación con las preadolescentes (29%) (Ver figura 14).

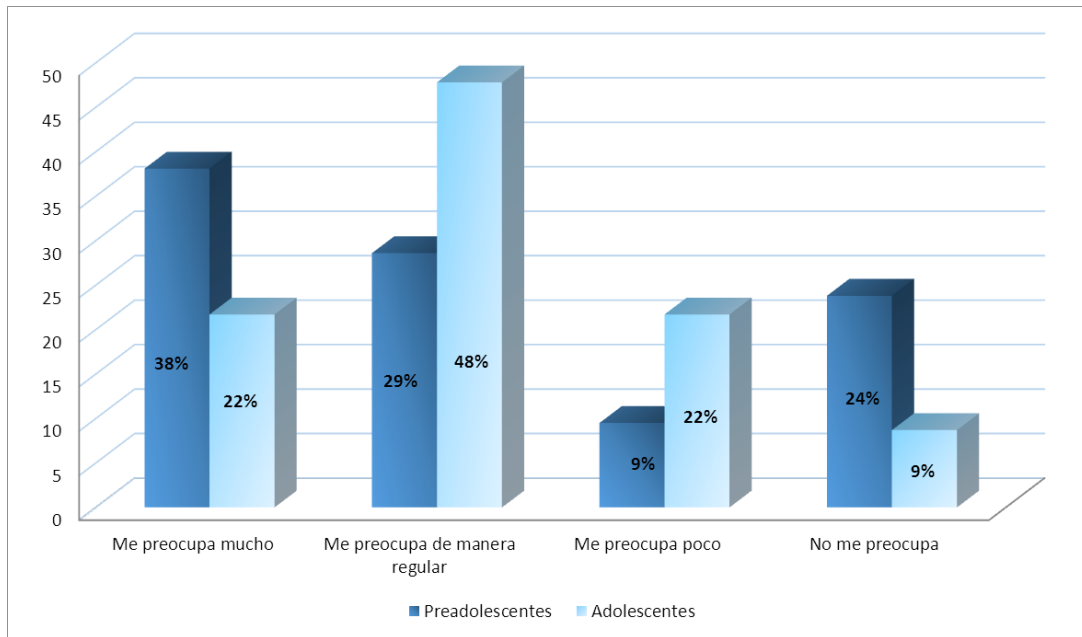
Figura 14. Distribución porcentual de la variable llegar a estar gorda...



¿Te preocupa tu peso corporal?

Para el reactivo ¿Te preocupa tu peso corporal? Se puede observar en la figura 15 que a un 38% de las preadolescentes vs un 22% de las adolescentes les preocupa mucho. No obstante, para la categoría preocupación regular se invierte el porcentaje, mostrando un 48% de las adolescentes a diferencia de un 29% de las preadolescentes.

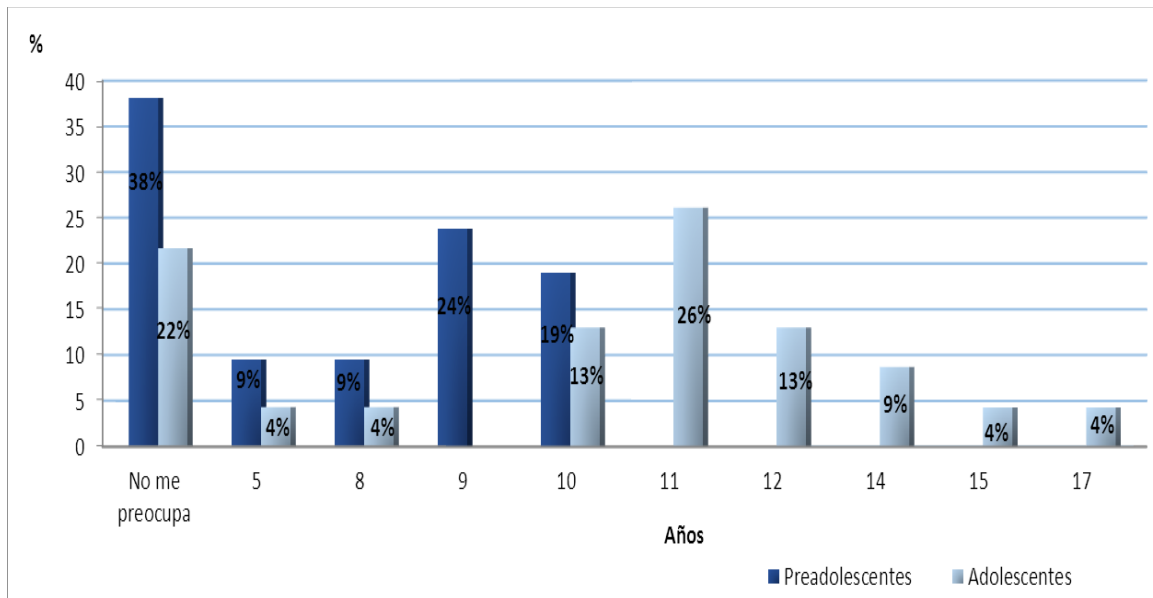
Figura 15. Distribución porcentual de la variable ¿Te preocupa tu peso corporal?



¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

La figura 16 muestra que a un 38% de las preadolescentes no les ha preocupado nunca su peso corporal vs un 22% de las adolescentes en esta misma categoría. Sin embargo, se registró que un 26% de las adolescentes comenzaron a preocuparse por su peso corporal a los 11 años y un 24% de preadolescentes comenzaron a preocuparse a una edad más temprana a los 9 años.

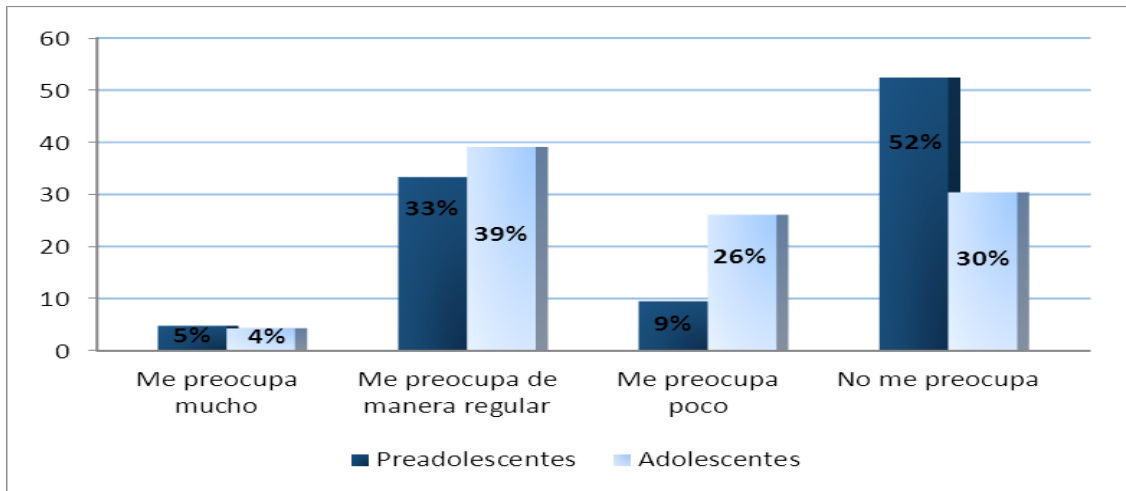
Figura 16. Distribución porcentual de la variable ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?



¿Qué tanto te preocupa cómo te ven las personas con respecto a tu peso corporal?

Con respecto a la preocupación de las patinadoras relacionada a cómo las ven las personas de acuerdo con su peso corporal, se registró que el porcentaje más alto se encontró en la categoría no me preocupa con el 52% de las preadolescentes en comparación con un porcentaje menor de las adolescentes con un 30%. No obstante, el 39% de las adolescentes respondieron que les preocupa de manera regular a diferencia de un 33% de las preadolescentes (Ver figura 17).

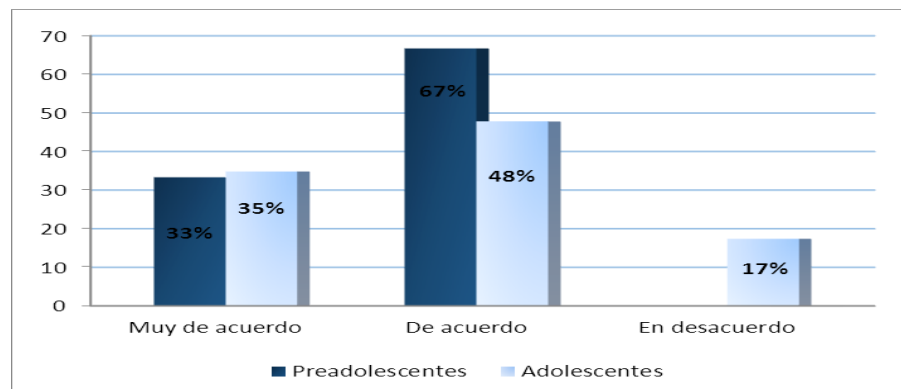
Figura 17. Distribución porcentual de la variable ¿Qué tanto te preocupa tu peso corporal?



¿Es más importante cómo se siente tu cuerpo a cómo se ve?

Con respecto a qué tan de acuerdo o qué tan en desacuerdo se encuentran las patinadoras con la afirmación: “Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve” se observó que el mayor porcentaje de las preadolescentes (67%) afirmaron estar de acuerdo, al igual que el mayor porcentaje de las adolescentes (48%). Sin embargo, un 17% de las adolescentes se encontraron en desacuerdo con la afirmación (Ver figura 18).

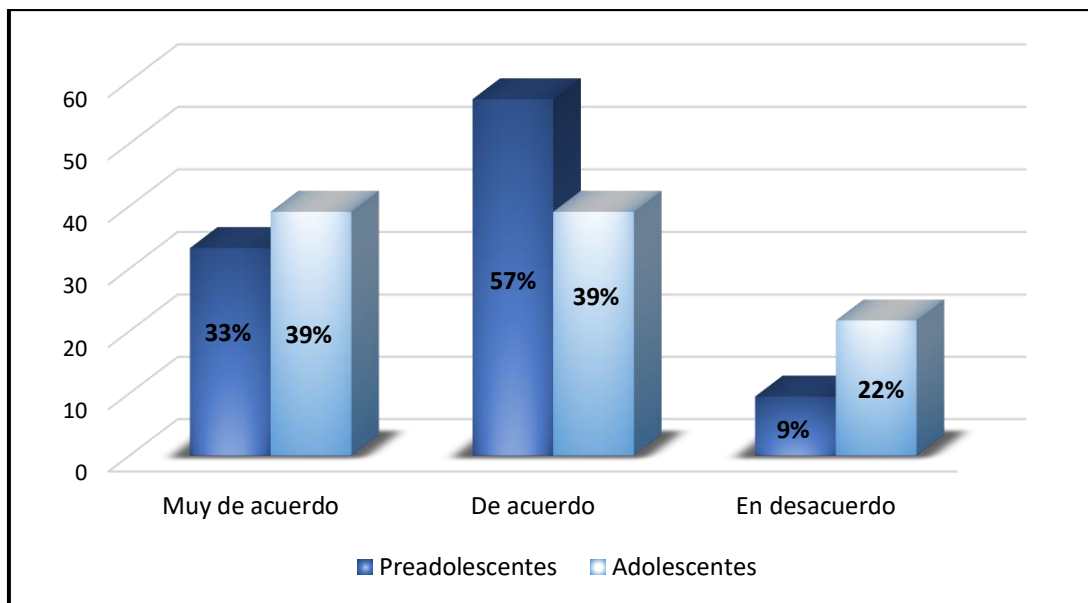
Figura 18. Distribución porcentual de la variable ¿Es más importante cómo se siente tu cuerpo a cómo se ve?



Me gusta la forma de mi cuerpo.

De acuerdo con la pregunta “Me gusta la forma de mi cuerpo”, el porcentaje más alto de las preadolescentes (57%) reportaron estar de acuerdo en comparación con un porcentaje menor (39%) de las adolescentes que señalaron esta opción. Con relación a la respuesta en desacuerdo existe una diferencia notoria entre las preadolescentes (9%) y las adolescentes (22%) (Ver figura 19).

Figura 19. Distribución porcentual de la variable me gusta la forma de mi cuerpo.

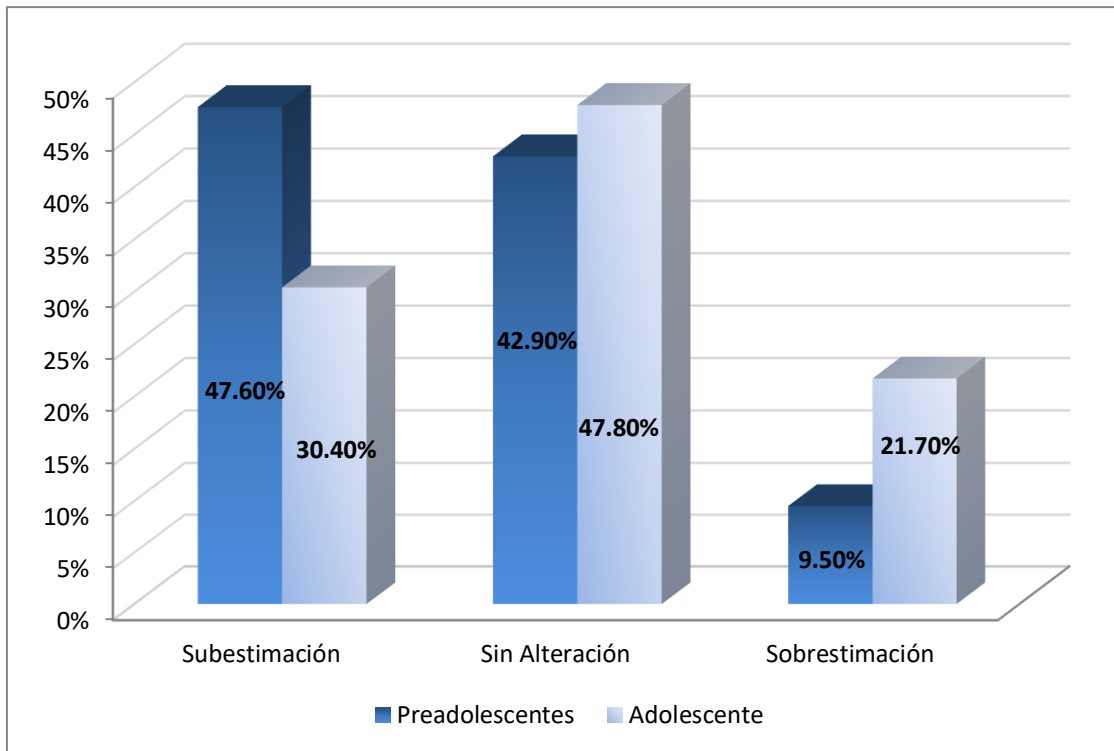


Alteración de la imagen corporal.

Respecto a la alteración de la imagen corporal que se obtuvo como resultado de la diferencia de la percepción de la imagen corporal y la categoría del IMC, se encontraron diferencias en cuanto a la presencia de subestimación en las preadolescentes (47.6%) y en adolescentes (30.40%). Para la categoría sin alteración un 43% de las preadolescentes y un 48% de las adolescentes reportaron

percibirse adecuadamente. Con relación a la sobreestimación un 9.5% de las preadolescentes alteran su percepción corporal, mientras que las adolescentes lo hacen en un 22%. (Ver figura 20).

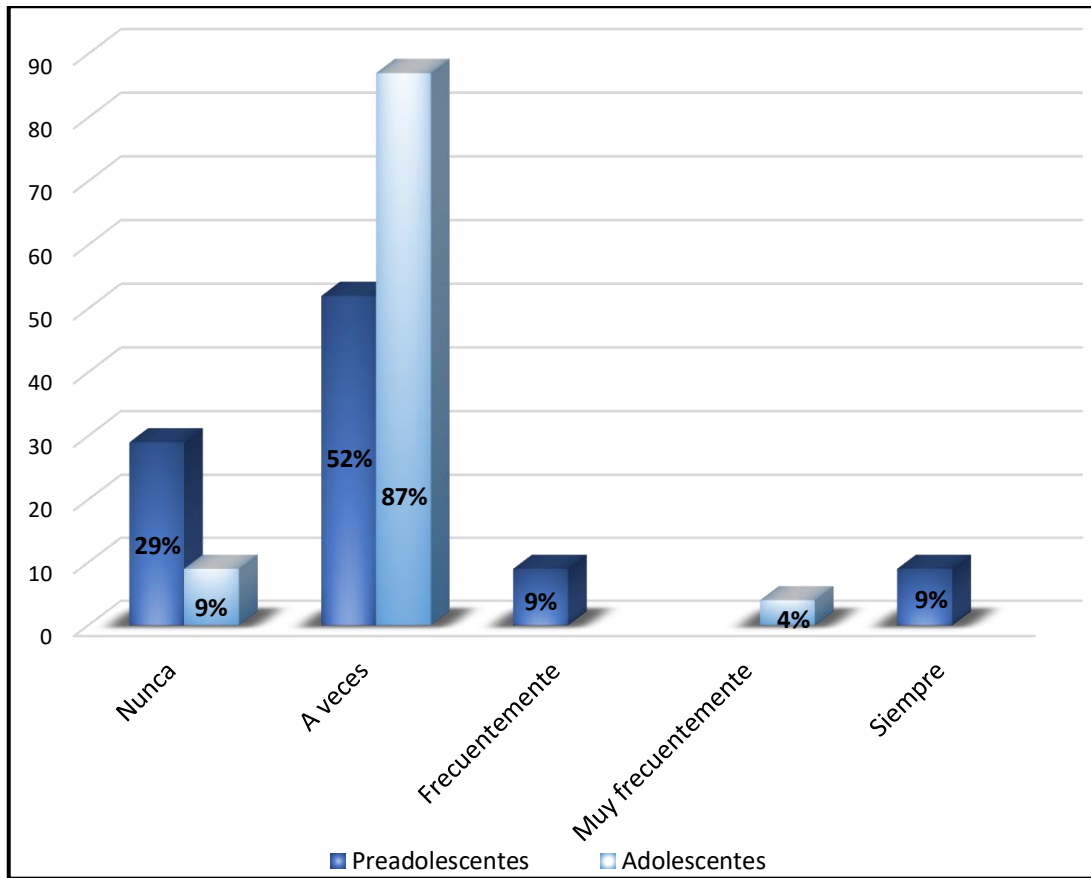
Figura 20. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal.



Conducta alimentaria compulsiva.

Con el objetivo de conocer si las patinadoras presentaban conducta alimentaria de riesgo como comer compulsivo, se les pidió que respondieran al respecto. Se observó que en un alto porcentaje 87% de las adolescentes señalaron que algunas veces tenían este tipo de conducta en comparación con el 52% de las preadolescentes. Cabe destacar, que un 9% de las preadolescentes respondieron que mantenían siempre este tipo de conducta, y, el 29% de las preadolescentes a diferencia de un 9% de adolescentes nunca habían comido compulsivamente (Ver figura 21).

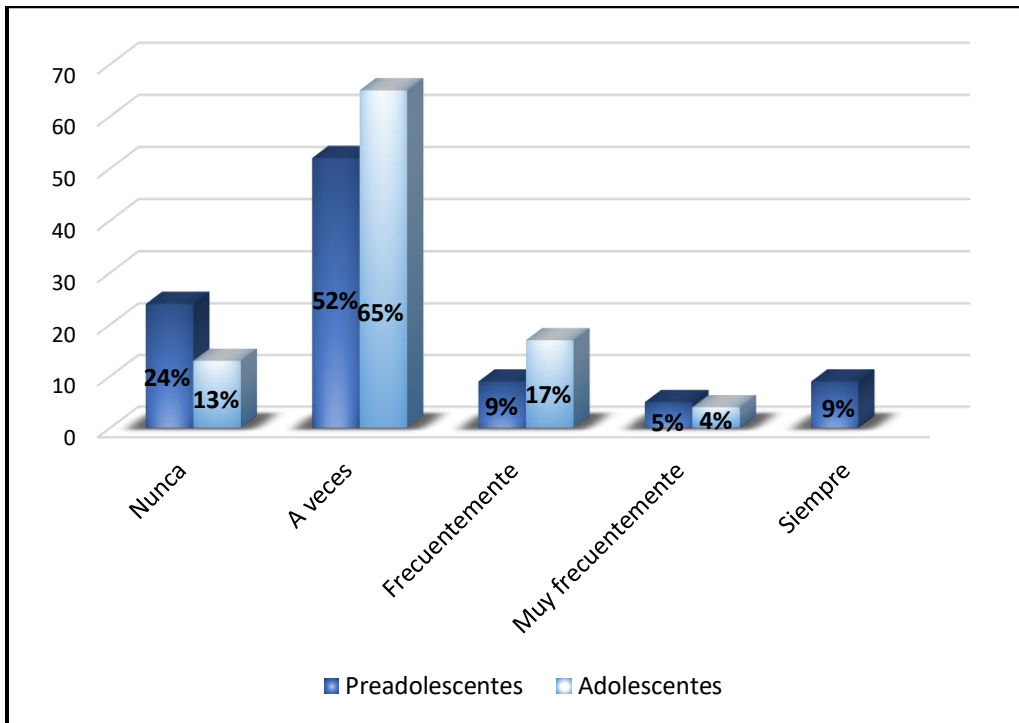
Figura 21. Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria compulsiva.



Preocupación por el peso y la comida.

Con relación a la variable preocupación por el peso y la comida en patinadoras, un alto porcentaje de las adolescentes (65%) y preadolescentes (52%) indicaron en términos de frecuencia que a veces se preocupaban. Un 24% de las preadolescentes y un 13% de las adolescentes respondieron que nunca se preocupaban y un 9% de las preadolescentes siempre se ha preocupado (Ver figura 22).

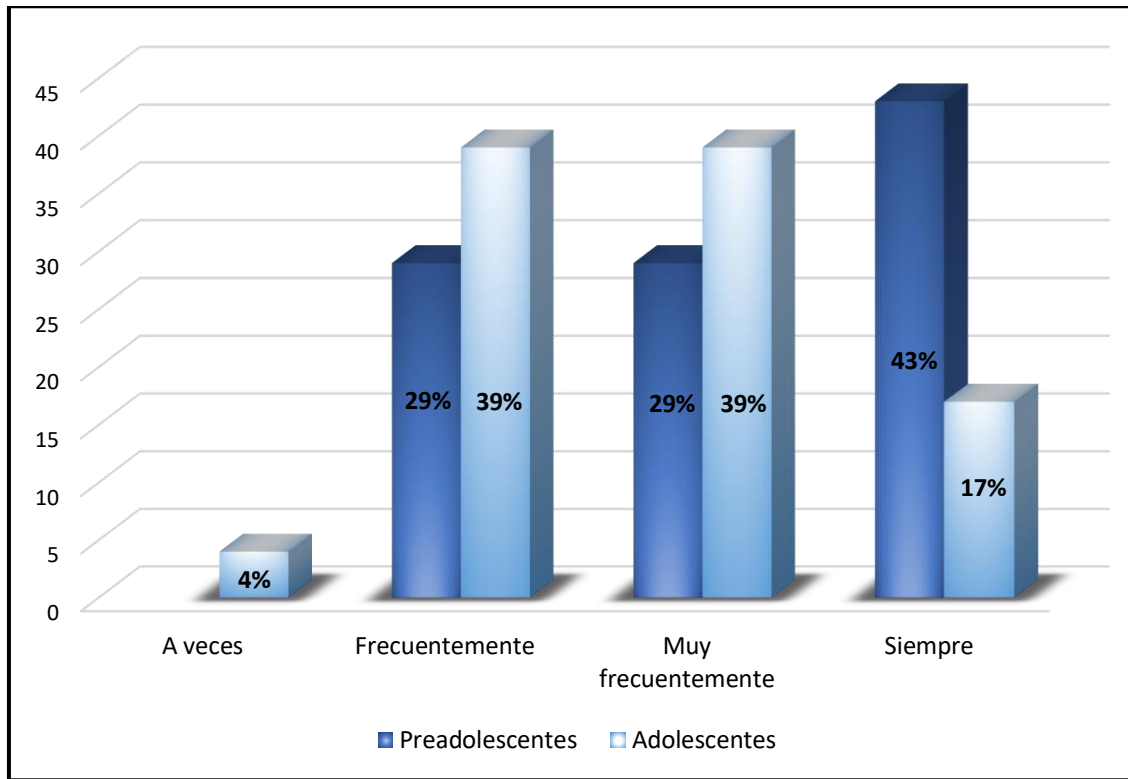
Figura 22. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso y la comida.



Conducta alimentaria normal.

Con respecto a la variable conducta alimentaria normal en patinadoras, se encontró que el mayor porcentaje se registró en un 43% entre las preadolescentes que afirmaron que siempre mantenían esta conducta mientras que para las adolescentes se tuvo un porcentaje de 39% en las categorías frecuentemente y muy frecuentemente. Sólo el 4% de las adolescentes respondieron que sólo a veces mantienen este tipo de conducta (Ver figura 23).

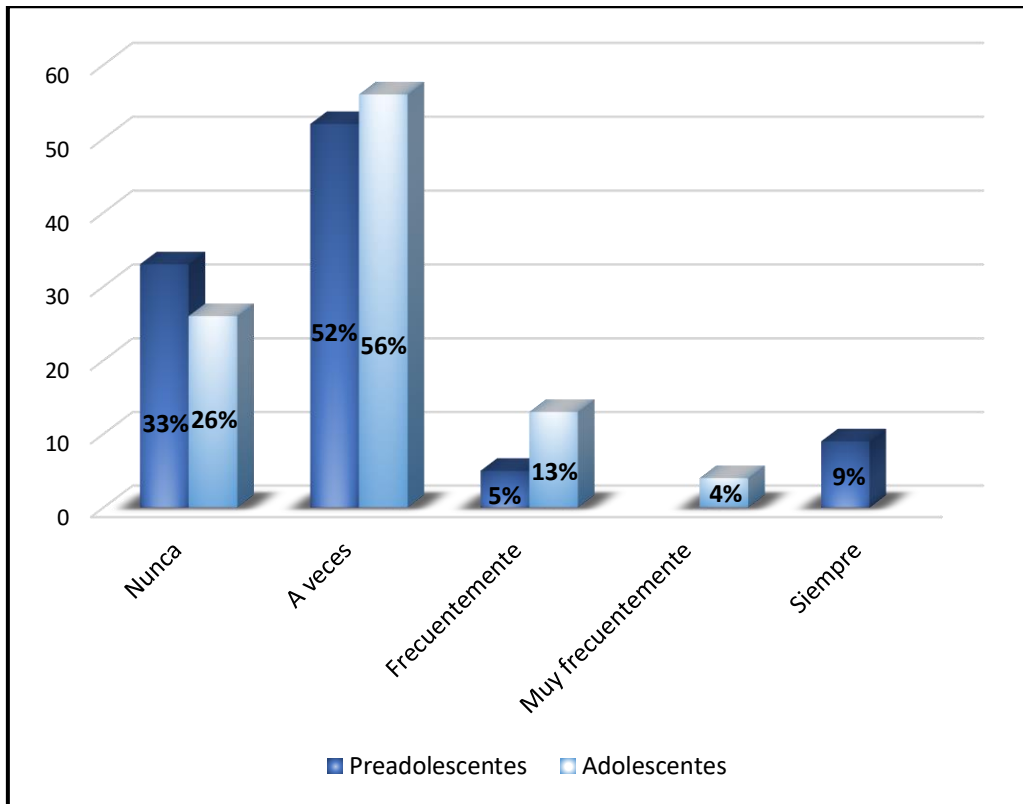
Figura 23. Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria normal.



Dieta crónica y restrictiva.

Con base en las respuestas dadas a los ítems del factor dieta crónica y restrictiva se encontró que tanto las adolescentes como las preadolescentes contestaron en porcentajes similares que sólo a veces seguían este tipo de dieta 56% las primeras y 52% las segundas; mientras que en la categoría nunca respondieron un 33% de las preadolescentes vs un 26% de adolescentes. En la categoría siempre clasificó un 9% de las preadolescentes (Ver figura 24).

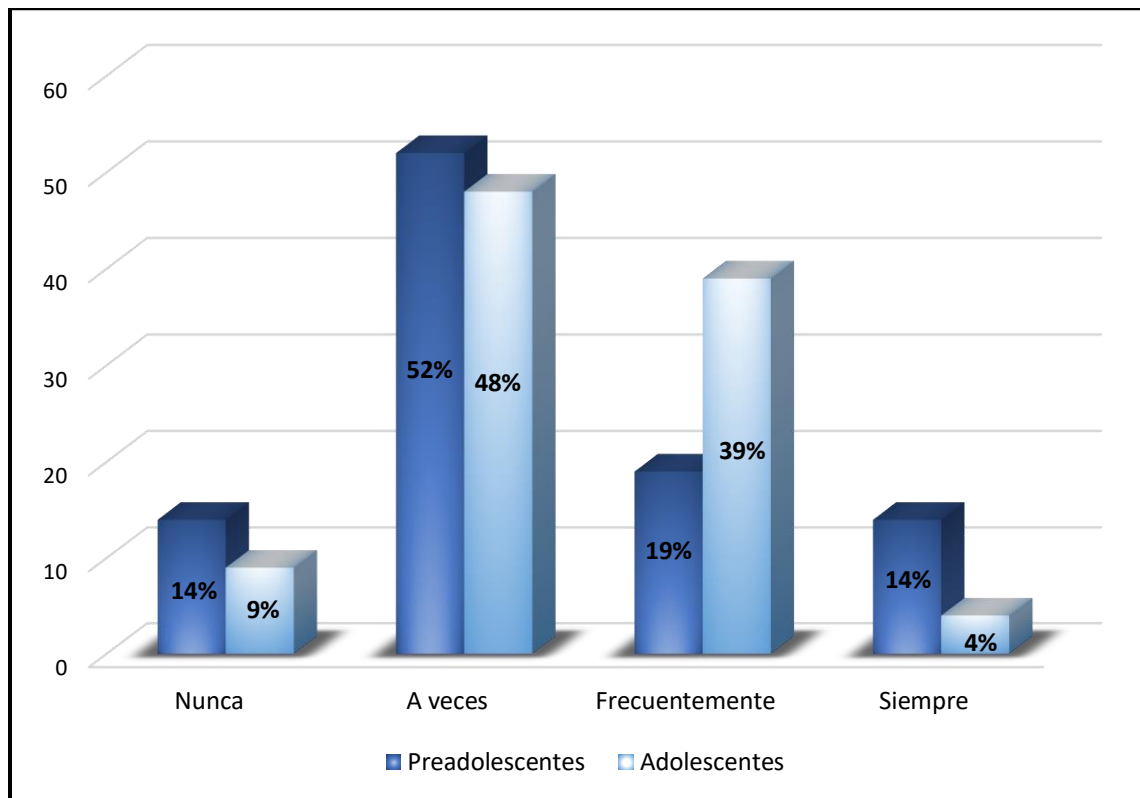
Figura 24. Distribución porcentual de la variable dieta crónica y restrictiva.



Malestar con la imagen corporal (BSQ).

Se investigó mediante el cuestionario sobre forma corporal Body Shape Questionnaire (Galán, 2004), si las patinadoras presentaban malestar con su imagen corporal, los resultados mostraron en porcentajes similares que el 52% de las preadolescentes y un 48% de las adolescentes a veces sentían malestar. Sólo el 14% de las preadolescentes y un 4% de las adolescentes indicaron que siempre se sentían mal con su imagen corporal (Ver figura 25).

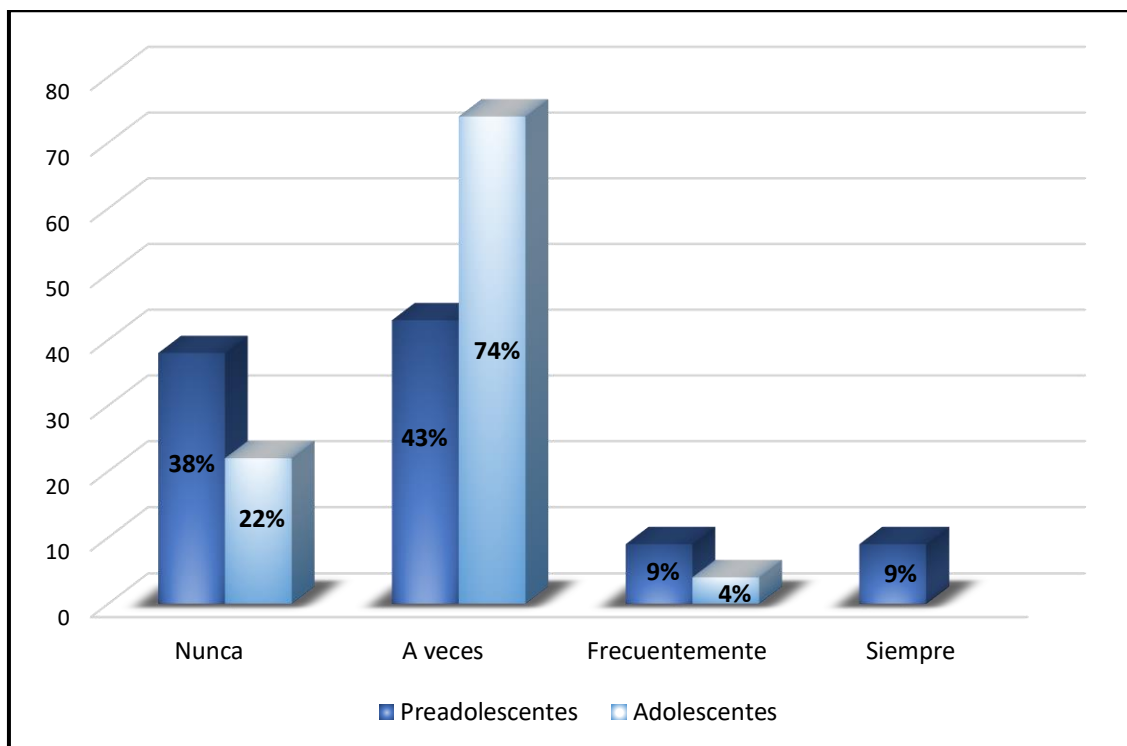
Figura 25. Distribución porcentual de la variable malestar con la imagen corporal.



Variable insatisfacción corporal (BSQ).

Se investigó si existía insatisfacción corporal entre las patinadoras, los resultados señalaron que la mayoría de las adolescentes (74%) respondieron que a veces sienten insatisfacción con su imagen corporal a diferencia de un porcentaje menor de las preadolescentes (43%). Se registró que sólo el 9% de las preadolescentes se encuentran insatisfechas (Ver figura 26).

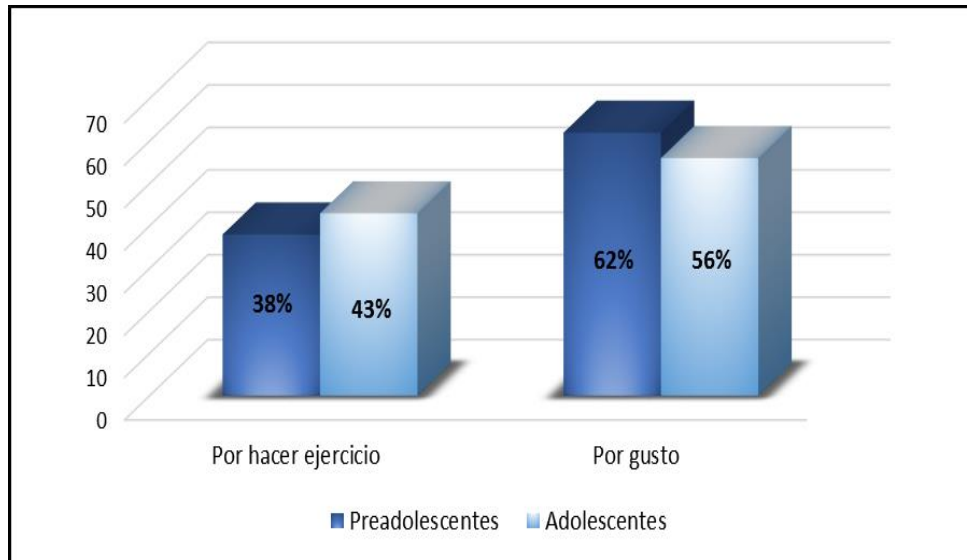
Figura 26. Distribución porcentual de la variable insatisfacción corporal.



¿Cuál es el motivo por el cual practicas patinaje artístico?

Con el propósito de investigar el motivo que tienen las patinadoras para practicar dicho deporte, se les preguntó ¿cuál era el motivo que las hacía practicar patinaje artístico? De acuerdo con los resultados obtenidos se reportó en porcentajes similares que el 62% de las preadolescentes lo practican por gusto vs un 56% que las adolescentes. En menores porcentajes, se registró que el 43% de las adolescentes lo practican por hacer ejercicio vs un 38% que las preadolescentes (Ver figura 27).

Figura 27. Distribución porcentual de la variable ¿Cuál es el motivo por el cual practicas patinaje artístico?



5.3. Prueba de hipótesis de trabajo

Para confirmar o rechazar las hipótesis de trabajo se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes a cada una de las variables dependientes: dieta crónica y restrictiva, conducta alimentaria normal, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal, teniendo como variable independiente las preadolescentes y las adolescentes, los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes preadolescentes vs adolescentes.

	Preadolescentes					Adolescentes				
	t	Gl	Sig.	M	D.E.	t	Gl	Sig.	M	D.E.
Dieta crónica y restrictiva (DCR)	.15	42	.88	2.00	1.40	.14	34.59	.84	1.96	.77
Conducta alimentaria normal (CAN)	1.77	42	.08	4.14	.85	1.77	41.27	.08	3.69	.82
Conducta alimentaria compulsiva (CAC)	.36	42	.72	2.09	1.13	.35	27.53	.72	2.00	.52
Preocupación por el peso y la comida (PPyC)	.37	42	.71	2.23	1.18	.36	31.77	.71	2.13	.69
Insatisfacción corporal	.65	42	.52	2.00	1.18	.63	26.19	.54	1.83	.49
Malestar con la imagen corporal	.13	42	.89	2.48	1.21	.13	35.373	.90	2.43	.84

Como se puede observar existen diferencias en la variable conducta alimentaria normal que, aunque no fue significativa, sí se le considera marginal señalando la existencia de una tendencia, las medias señalan que son las preadolescentes quienes muestran una mejor alimentación en comparación con las adolescentes.

Para las demás variables no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, las medias indican que son las preadolescentes quienes tienden a presentar mayor dieta crónica y restrictiva,

conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal. Puede verse que no se comprobaron las hipótesis de trabajo planteadas.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

En los últimos años, los trastornos alimentarios se han convertido en un tema central de la salud pública debido a que estos han ido en aumento (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2012). El objetivo de la presente investigación fue determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal en mujeres preadolescentes y adolescentes que practican patinaje artístico.

Entre los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de los trastornos alimentarios se encuentran: el deseo de una figura ideal delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la alteración de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación), la actitud negativa hacia la obesidad y la dieta restringida (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2012).

Se ha documentado que estos factores de riesgo pueden originarse a partir de los medios de comunicación, así como de las percepciones acompañadas de los comentarios tempranos desde la infancia de una persona dentro de su familia y de su círculo de amistades (Raich, 2000).

De acuerdo con lo anterior, es evidente que la sociedad ha impuesto un modelo de un cuerpo ideal que se ha internalizado en individuos que presentan insatisfacción corporal que mediante la comparación social concluyen que su cuerpo no alcanza ese ideal que se espera dentro de su cultura. Estos individuos tienen problemas con un cuerpo imaginario más que con su cuerpo real lo que los lleva a tener características psicopatológicas de los TCA (Gómez-Peresmitré, 1995).

Actualmente se convive dentro de una sociedad obeso-fóbica que hace que la presión social sea vivida a través de sentimientos de desvalorización cotidianos que constantemente se deben enfrentar para bajar de peso y que estimulan una preocupación desmedida por la apariencia

(Milkewicz, Cash & Hrabosky, 2004; Sands & Wardle, 2003; Silvestre y Stavile, 2005 en Guzmán y Lugli, 2009).

En la presente investigación se observó que, a partir de los 9 años, es decir, en el periodo de la preadolescencia, las patinadoras empiezan a preocuparse por su peso. Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), también encontraron que las pre-púberes ya presentan actitudes lipofóbicas de su entorno social. De manera similar, Gómez-Peresmitré (1999), observó respuestas de insatisfacción y alteración con la imagen corporal en adolescentes de 11 años.

Dentro de los resultados obtenidos del presente estudio, se registró que existe una mayor preocupación entre las adolescentes que entre las preadolescentes, por cómo las personas las ven en cuanto a su peso corporal, y por otra parte, se observó que existe preocupación en las patinadoras por llegar a ser gordas; mismos resultados coinciden con el estudio antes mencionado de Gómez-Peresmitré (1999), en donde se observó que las preadolescentes se preocupan por subir de peso, y coloquialmente lo expresan como convertirse en gordas.

Además de la preocupación por su peso corporal, específicamente por subir de peso, se encontró que tanto las preadolescentes como las adolescentes patinadoras tienen el deseo de tener un peso menor al que presentaron en el momento en que se realizó el estudio. Kazarez, Vaquero y Esparza (2017), encontraron resultados similares con bailarinas, así mismo, fuera del ámbito deportivo, Gómez-Peresmitré, *et al.* (2001), hallaron este resultado en una muestra de mujeres pre-púberes y adolescentes.

Por otra parte, se observó que las patinadoras preadolescentes consideran tener su peso por debajo del normal, mientras que las adolescentes consideran tener sobrepeso. De acuerdo con la percepción que tienen las patinadoras respecto a cómo se encuentra su peso real de su peso ideal,

se pudo advertir que la mayoría de las preadolescentes, consideran estar en su peso ideal, es decir, se encuentran satisfechas mientras que las adolescentes, consideran estar por arriba de éste, mostrando así, insatisfacción.

Estos resultados muestran alteración en la percepción del peso corporal, puesto que, de acuerdo con su IMC, la mayoría de las patinadoras se encuentran dentro del rango de normopeso, incluso algunas por debajo del normal. Por ello, puede concluirse que las preadolescentes subestiman su peso, mientras que las adolescentes lo sobreestiman.

De igual manera, puede observarse en un estudio con preadolescentes de Gómez-Peresmitré (1999) que éstas consideran que las personas atractivas son aquellas con un peso relativamente mayor, mientras que Gómez-Peresmitré (1999), Menéndez y González González, (2018) y García y Garita (2007), encontraron en adolescentes que, a menor peso, mayor satisfacción con su apariencia física e imagen corporal.

En otro campo del deporte, los anteriores resultados coinciden, Brito y Cintra (2003) encontraron en gimnastas adolescentes que estas sobreestimaban su cuerpo al igual que las patinadoras adolescentes del presente estudio y, en el área de la danza, Ontaneda (2016), observó que bailarinas adolescentes, practicaban conductas alimentarias de riesgo, a pesar de que la mayoría se encontraba en normopeso.

Estas evidencias resaltan el hecho que señala que el ideal de belleza se ha convertido en tener un ideal de delgadez que, aunque es inalcanzable las personas sienten la necesidad de intentar conseguirlo (Saffon y Saldarriaga, 2014).

Los anteriores datos podrían indicar que a medida que la persona va creciendo va internalizando el ideal de delgadez al mismo tiempo que va desarrollando insatisfacción corporal, aunque para

Samaniego (2011), a medida que se crece, se va internalizando el ideal de la delgadez impuesto por la sociedad y aparece la insatisfacción corporal. De tal manera que este autor señala que, debido a esta preocupación por el cuerpo y la imagen corporal, el riesgo a padecer un TCA aumenta junto con la edad. Sin embargo y, en contraste a esto, en 1997 Gómez-Peresmitré encontró que las preadolescentes sobrestiman su peso, a diferencia de las preadolescentes patinadoras quienes lo subestimaron.

Cabe mencionar que la imagen corporal y sus alteraciones pueden llegar a ser diferentes dentro de culturas similares. El modelo ideal compartido se refiere al estereotipo de la forma y tamaño del cuerpo femenino vigente en la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales de países con economías desarrolladas, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica. Es una desviación menor de la variable selección de la figura ideal en comparación con las desviaciones del Índice de Masa Corporal y de la variable selección de figura actual (Acosta y Gómez Peresmitré, 2000).

Además, en culturas no occidentales las mujeres no están tan expuestas a desarrollar trastornos alimentarios considerados de las sociedades desarrolladas, esto se debe a que se preocupan por otras situaciones como la igualdad de género o problemas económicos. Tampoco tienen la presión de las mujeres occidentales en cuanto a las exigencias de la competencia y el logro, sino que son más tradicionales y tienen roles genéricos más limitados. Así mismo, tienen otros ideales de belleza ancestrales de los atributos de la fertilidad y femineidad (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Makino, Tsuboi & Dennerstein (2004), determinaron que la prevalencia de los trastornos alimentarios es mayor en los países occidentales que en los orientales, aunque en ambas culturas se han incrementado. En un estudio se encontró que tanto mujeres japonesas como argentinas

consideran que estar delgado es sinónimo de salud. Sin embargo, solo las argentinas están a dieta constantemente y consideran que los alimentos dietéticos son más saludables (Bazán y Ferrari, 2012).

Por ello, y por los resultados hallados específicamente con las patinadoras preadolescentes, resulta relevante mencionar que dentro de un grupo de mujeres de entre 13 y 18 años, se halló una propensión a manifestar factores socioculturales sobre su modelo estético corporal a pesar de presentar un IMC normal y por debajo de éste; lo que da pie a concluir que, no es necesario tener sobrepeso para llegar a sentir la presión que la sociedad ejerce sobre el modelo estético corporal (Losada, Leonardelli y Magliola, 2015).

Por último, en la presente investigación se observó que existen diferencias en la variable conducta alimentaria normal que, aunque no fue estadísticamente significativa, se considera marginal, señalando la existencia de una tendencia en la que las medias señalan que son las preadolescentes quienes muestran una mejor alimentación en comparación con las adolescentes.

Para las demás variables no se presentaron diferencias significativas; sin embargo, las medias indican que son las preadolescentes quienes tienden a llevar, con mayor regularidad: dieta crónica y restrictiva, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal. El estudio aquí reportado dio cuenta de que en las adolescentes y preadolescentes no presentan conductas de riesgo, sin embargo, la influencia de los medios y el deporte que practican pueden resultar determinantes para la insatisfacción con la imagen corporal.

A partir de ello, cabe resaltar que la preferencia hacia la delgadez se da debido a que en la cultura occidental existe cierta presión para que se tenga un nivel determinado de esbeltez,

mientras que la obesidad suele ser mal vista por la sociedad; esto trae como consecuencia que las personas, en su mayoría mujeres, se preocupen por su peso y comparen su cuerpo con el modelo predeterminado por su sociedad, generando insatisfacción corporal, si es que éste no concuerda con el ideal (Raich, 2000). Esta, la insatisfacción corporal da lugar a su vez, a conductas que de otra manera no se producirían, entre otras el seguimiento de dieta restringida con efectos nocivos para la salud (Gómez Peresmitré, 2001a).

6.1. Limitaciones y sugerencias

La principal limitación de la presente investigación fue la no aleatoriedad de la muestra lo que impide la generalización de los resultados. El tamaño de muestra también podría verse como una limitación más. Sin embargo, el deporte del patinaje artístico constituye una muestra de difícil acceso debido, entre otras cosas, a que este deporte tiene poca demanda en la Ciudad de México y la mayoría se practica en clubes deportivos privados, por lo que resulta difícil el acceso a esta población.

De acuerdo con el marco teórico expuesto y los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere que para futuras investigaciones se tomen a consideración los siguientes puntos:

- En caso de hacer una réplica de este estudio se sugiere aumentar el tamaño de la muestra para que puedan apreciarse mejor las características la población diana.
- Se sugiere aplicar en otra zona para observar si existe un contraste de los resultados por ubicación.

- Considerar para posteriores investigaciones, diferentes disciplinas deportivas para comparar si existen o no factores de riesgo asociados con el desarrollo de trastornos alimentarios entre diferentes grupos deportivos.

Referencias

Acosta, M. (2001). *Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: Imagen corporal y conducta alimentaria. Una investigación transcultural entre España y México* (tesis doctoral). Universidad Almería, España.

Acosta, M., y Gómez Peresmitré, G. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 11(1), 35-58.

Aibar, C., Aranaz, J., y García J. (2011). Cuidado de la salud. Sistema social y sistema sanitario. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 15-18). Madrid, España: Médica Panamericana.

Alfonseca, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 368-385.

Álvarez, C., Gil, D., y Vives, C. (2011). Participación comunitaria. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp.283-285). Madrid, España: Médica Panamericana.

Álvarez, C., y Ruiz, M. (2011). Políticas de salud pública: Establecimiento de metas y objetivos. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 267-270). Madrid, España: Médica Panamericana.

Álvarez Rayón, G., Nieto, M., Mancilla, J., Vázquez, R., y Ocampo, M. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y salud*, 17(2), 251-260.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Estados Unidos: Asociación Psiquiátrica Americana.

Atienza, J., y Gámiz, M. (2012). *Promoción de la salud*. Madrid, España: Editorial Paraninfo.

Ayela, M. (2010). *Adolescentes: Trastornos de alimentación*. Madrid, España: Editorial Club Universitario.

Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*, 2, 3-70.

Baile, I., Guillen, F., y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 39-450.

Barrio, J., Gil, A., y Jiménez, M. (2011). Análisis de los cambios en la frecuencia de la enfermedad. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 113- 115). Madrid, España: Médica Panamericana.

Bazán, C., y Ferrari, L. (2012). La delgadez, las dietas hipocalóricas y la salud: Un estudio transcultural. *Quaderns de Psicologia*, 14(2), 7-53.

Becoña, I., y Oblitas, L. (2006). Promoción de Estilos de Vida Saludables. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 83-109). México: Thompson.

Bompa, T. (2004). *Periodización del entrenamiento deportivo*. Barcelona, España: Paidotribo.

Borda, M., Celemín, A., Celemín, A., Palacio, L., y Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 31(1), 36-52.

Braun, D., y Tena, A. (2006). Alimentación Sana. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 279-289). México: Thompson.

Brito, N., y Cintra, K. (2003). *Trastornos alimentarios en gimnastas mexicanas de 9 a 16 años* (tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Bruchon, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona, España: Herder.

Casarim, J. (2006). Salud y Comunidad. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (pp. 291-297). México: Thompson.

Durán, L., Jiménez, P., Ruiz, L., Jiménez, F., y Camacho, M. (2006). Trastornos de la alimentación y deporte. *Archivos de medicina del deporte: Revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*, 23 (112), 117-125.

Equipo Vértice. (2010). *Salud pública y comunitaria*. España: Editorial Vértice.

Fiorentino, M. (2006). Conductas de la Salud. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y*

Calidad de Vida (pp. 57-81). México: Thompson.

Fusté, A. (2006). Comportamiento y Salud. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 23-56). México: Thompson.

Galán, J. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: Para detectar insatisfacción corporal* (tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

García Fernández, L., y Garita, E. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5(1), 9-18.

García, M., Navarrete, E., y Vioque, J. (2011). Principales causas de muerte y de enfermedad. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 107-112). Madrid, España: Médica Panamericana.

Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿Entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 242-250.

Gil, A., Gil, R., y González-Escalada, A. (2011). Epidemiología y control de las enfermedades transmisibles. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 121-123). Madrid, España: Médica Panamericana.

Gómez, N., Lumbreras B., y Aguado, I. (2011). Concepto y funciones de la salud pública. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 7-10). Madrid, España: Médica Panamericana.

Gómez Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 85-197.

Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.

Gómez Pérez–Mitré, G. (1998a). Cuestionario de Alimentación y Salud. Estudios de validez: Alteraciones de la alimentación. México: CONACyT 300898.

Gómez-Peresmitré, G. (1998b). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: Sentirse atractivo o ser atractivo? *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 27-36.

Gómez Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 153-165.

Gómez Peresmitré, G. (Septiembre de 2001a). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. *Conferencia de los 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México*. UNAM: México.

Gómez-Peresmitré, G. (2001b). *Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición*. Informe proyecto 1N305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACyT).

Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S., y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.

Gómez-Peresmitré, G., y Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6(2), 37-45.

Gómez Peresmitré, G., Jaëger, B., Pineda, G., y Platas, S. (2012). Comparando imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo entre mujeres mexicanas y alemanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 19-28.

Gómez Peresmitré G., León, R., y Platas S. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y obesidad en escolares mexicanos. *Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Desarrollo de México*, 1(7), 5-8.

Gómez Péresmitré, G., León, R., Platas, S., Lechuga, M., Cruz, D., y Hernández Alcántara, A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación: Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 23-30.

Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., L'Esperance, P., Hernández Alcántara A., Platas, S., y León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, T., y Unikel, C. (2001). La Psicología Social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En N. Calleja y G. Gómez Peresmitré. (Comp.), *La Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez, R., y Robles, E. (2011). Demografía y Salud. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 45-49) Madrid, España: Médica Panamericana.

Gorab, A., e Iñarritu, M. (2005). *¿Cómo Ves? Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia*. Ciudad de México, México: Dirección General de Divulgación de la ciencia. Universidad Nacional Autónoma México.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (GPC). (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona, España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de evaluación de Cataluña. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

Guzmán, R., y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: Un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.

Hernández-Aguado, I., y Lumbreras, B. (2011). Cribado. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 93-98). Madrid, España: Médica Panamericana.

Hernández-Alcántara, A., y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria en mujeres nadadoras. *Revista Mexicana de Psicología*, 21 (1), 29-36.

Kazarez, M., Vaquero, R., y Esparza, F. (2017). Percepción y distorsión de la imagen corporal

en bailarinas españolas en función del curso académico y de la edad. *Nutrición Hospitalaria*, 35(3), 661-668.

Kirszman, D., y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Labiano, M. (2006). Introducción a la Psicología de la Salud. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp. 3-21). México: Thompson.

Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez Y., y Fernández M. (2002). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.

López, C., García, A., Migallón, P., Pérez, A., Ruiz, C., y Vázquez, C. (1999). *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

López, J., y Salles, N. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Valencia, España: Nau Llibres.

Losada, A., Leonardelli, E., y Magliola, M. (2015). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 380-416.

Madruga, D., Leis, R., y Lambruschini, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En Junta Directiva de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). (coords.), *Protocolos*

diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (pp. 325- 339).
España: Ergón S.A.

Maganto, C., y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-58.

Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and non-Western countries. *Medscape general medicine*, 6(3), 49.

Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.

Martínez, A., y Toledo, E. (2011). Promoción de la salud. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp.311-314) Madrid, España: Médica Panamericana.

Menéndez, D., y González González, C. (2018). Relaciones entre la práctica de actividad física y deportiva, el autoconcepto, la imagen corporal y los hábitos alimentarios en estudiantes de primaria. *E-balonmano.com: Revista de ciencias del deporte*, 15(1). 79-96.

Milkewicz, N., Cash, T., & Hrabosky, J. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.

Murawski, B., 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*, 16, 65-72.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.

Ontaneda, I. (2016). *Presencia de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el estado nutricional de las balletistas entre 14 a 18 años de edad de la metrodanza en la ciudad de Quito en el mes de marzo del año 2016* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Enfermería, Ecuador.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Trabajar en pro de la salud*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://www.who.int/about/brochure_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2003). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario. Conferencia llevada a cabo en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, Estados Unidos: OMS. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285.

Patinaje Artístico (Mensaje en un blog). (06 de mayo de 2010). Recuperado de <http://patinajeartistico.blogia.com/2010/050501-definicion-y-su-historia.php>

Patinaje Artístico. (2015). *Wikipedia*. Recuperado de

http://es.wikibooks.org/wiki/Patinaje_art%C3%ADstico/T%C3%A9cnica/Texto_completo

Patinando sobre hielo. (2007). Recuperado de

<http://www.patinandosobrehielo.com/modalidades/artistico/entrenamiento/>

Pedroso, M. (2004). *El adolescente y su psicología*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.

Penna, M., y Sánchez, M. (2009). *Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Madrid, España: Instituto de nutrición y trastornos alimentarios de la comunidad de Madrid. INUTCAM.

Perpiñá, C., Botella, C., y Baños, R. (2002). Tratamiento y Prevención de los Trastornos Alimentarios. Las nuevas tecnologías aplicadas a los trastornos alimentarios: La realidad virtual en las alteraciones de la imagen corporal. En D. Kirszman & M. del Carmen Salgueiro (coords.), *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario* (pp.313-325). Madrid, España: TEA Ediciones.

Pierce, W., & Epling, W. (1991). Activity anorexia: An animal model and theory of human self-starvation. In A.A. Boulton, G.B. Baker, & M.T. Martin-Iverson (Eds.), *Neuromethods: Animal Models in Psychiatry* (pp. 267-310). New Jersey, United States: Human Press.

Pineda, G., Gómez-Peresmitré, G., Velasco, V., Platas, S., y Áramburo, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 80-90.

Ponte, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. En Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón. (Eds.), *Salud y ciudadanía: Teoría y práctica de*

la innovación (pp. 12-17). Recuperado de <https://docplayer.es/8771766-Titulo-salud-y-ciudadania-teoria-y-practica-de-la-innovacion.html>

Prentice, W. (2001). *Técnicas de rehabilitación en medicina deportiva*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.

Quetelet, A. (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés*. Paris, France: Bachelier.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España: Pirámide.

Riera, J. (1997). Acerca del deporte y del deportista. *Revista de Psicología del Deporte*, 6(1), 127-138.

Rimoldi, M. (2000). Tratamiento y Prevención de los Trastornos Alimentarios. ¿Trastorno Alimentario o Trastorno de la Imagen Corporal? En D. Kirszman & M. del Carmen Salgueiro (coords.), *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario* (pp. 299-312). España: TEA Ediciones.

Ruiz, M., Alonso, P., Velilla, M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., y Calvo, I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 3(98), 148-160.

Saffon, S., y Saldarriaga, L. (2014). La internalización del ideal de delgadez: Factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90.

Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.

Salinas, J., y Gómez Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Psicología y salud*, 19(2), 271-280.

Samaniego, M. (2011). *Detección de riesgo para adquirir trastornos de la conducta alimentaria mediante la aplicación del instrumento EAT-40 y su relación con el IMC en mujeres adolescentes de la Unidad Educativa Experimental "La Dolorosa" de la ciudad de Quito, en el período de octubre a diciembre de 2010* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Enfermería-Carrera de Nutrición Humana, Ecuador).

Sands, E., & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.

Secretaría de Salud. (2015). *Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad*. 2015. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

Segura, B. (2011). La salud y la enfermedad. Determinantes y consecuencias. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolívar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 3-6). Madrid, España: Médica Panamericana.

Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios: Anorexia, Bulimia, Comer Compulsivo*. México: Pax México.

Silvestre, E., y Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario* (tesis de posgrado). Universidad Favaloro, Córdoba, Argentina.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (1), 124–135.

Thiess, G., Lühnenschloss, D., y Wille, U. (2004). La Competición Deportiva. En Thiess, G., Tschiene, P., & Nickel, H. (directors), *Teoría y Metodología de la competición deportiva* (pp.9-66) España: Paidotribo.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Ariel.

Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Unikel, C. (1998). *Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales del ballet* (tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Unikel, C., y Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Unikel, C., y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: Grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 141-151.

Vioque, J. (2011). Cuidado de la salud. Concepto y aplicaciones de la epidemiología. En Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel A., Delgado M., Bolúmar F., Benavides F., Porta M., Lumbreras, B. (Directores), *Manual de epidemiología y salud pública: Para grados en ciencias de la salud* (pp. 41-44) Madrid, España: Médica Panamericana.

Weineck, J. (2001). *Salud, ejercicio y deporte*. Barcelona, España: Paidotribo.

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr (a) _____

Por este medio, solicitamos su consentimiento para que su hija _____ participe en esta investigación que lleva por título “Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en patinadoras preadolescentes y adolescentes” que se utilizará para conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad de adolescentes patinadoras y así poder contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad.

Esta investigación está dirigida por la Dra. Gilda Gómez Peresmitré, adscrita a la Facultad de Psicología de la UNAM, tiene como objetivo conocer la percepción de la imagen corporal de las patinadoras, así como algunas conductas referentes a la alimentación. Es importante subrayar que contamos con el apoyo de los entrenadores de esta institución, y de acuerdo a los criterios éticos que rigen nuestra disciplina, es nuestro deber darle a conocer a usted y a su hija las siguientes consideraciones:

- a) Se solicitará la participación voluntaria de las participantes (sus hijas).

- b) Se mantendrá el anonimato de las mismas.
- c) Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
- d) Los participantes podrán abandonar la intervención si así lo deciden sin que esto implique ningún riesgo para su salud mental.
- e) No se utilizará ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de su hija.

Si usted considera que su hija puede beneficiarse participando en dicho programa le solicitamos su consentimiento firmado. Si desea más información al respecto nos ponemos a su disposición al número telefónico 56222252.

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Instrucciones: Marca con una X el inciso que corresponda a tu situación:

Sección I. Cuestionario Socioeconómico

1) ¿Qué estás estudiando?

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Preparatoria
- d. Licenciatura

2) ¿Actualmente trabajas?

- a. Sí
- b. No

3) Actualmente vives con:

- a. Familia nuclear (padres y hermanos)
- b. Padre o madre
- c. Hermano (a)
- d. Otro (os) especifica: _____

4) Lugar que ocupas entre tus hermanos

- a. Soy hija única
- b. Soy la mayor
- c. Ocupo un lugar intermedio
- d. Soy la más chica

5) Edad de tu primera menstruación:

- a. Menos de 9 años
- b. 9 a 11 años
- c. 12 a 14 años
- d. 15 a 17 años
- e. 18 a 20 años
- f. No la he presentado.

6) Tú te consideras de clase:

- a. Baja
- b. Media
- c. Alta

7) Máximo nivel de estudios de tu padre:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Preparatoria
- d. Licenciatura
- e. Maestría
- f. Doctorado
- g. Sin estudios

8) Máximo nivel de estudios de tu madre:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Preparatoria
- d. Licenciatura
- e. Maestría
- f. Doctorado
- g. Sin estudios

9) ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- a. Obrero
- b. Comerciante formal
- c. Comerciante informal
- d. Empleado
- e. Profesionista
- f. Empresario
- g. Jubilado
- h. No trabaja

10) ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- a. Ama de casa
- b. Empleada doméstica
- c. Obrera
- d. Comerciante formal
- e. Comerciante informal
- f. Profesionista
- g. Empresaria
- h. Jubilada

Sección II. Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible. Marca con una X el inciso que corresponda a tu situación:

1. ¿Cuánto crees que pesas?_____

2. ¿Cuánto crees que mides?_____

3. Peso real:_____

4. Estatura real:_____

5. Edad:_____

6. Tiempo de practicar patinaje: _____

7. ¿Qué peso te gustaría tener?

a) Mucho menor del que actualmente tengo.

b) Menor del que actualmente tengo.

c) El mismo que tengo.

d) Más alto del que actualmente tengo.

8) ¿Cómo te sientes con tu figura?

a) Muy satisfecha

b) Satisfecha

c) Indiferente

d) Insatisfecha

e) Muy satisfecha

9) Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

a) Muy por debajo de él

b) Por debajo de él

c) Estás en tu peso ideal

d) Por arriba de él

e) Muy por arriba de él

10) De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| a) Obesa | Muy gorda |
| b) Con sobrepeso | Gorda |
| c) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| d) Peso por abajo del normal | Delgada |
| e) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

11) Llegar a estar gorda:

- a) Me preocupa mucho
- b) Me preocupa de manera regular
- c) Me preocupa poco

d) No me preocupa

12) ¿Te preocupa tu peso corporal?:

a) Me preocupa mucho

b) Me preocupa de manera regular

c) Me preocupa poco

d) No me preocupa

13) Si te preocupa tu peso corporal ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____ años

14) Cómo me ven los demás:

a) Me preocupa mucho

b) Me preocupa de manera regular

c) Me preocupa poco

d) No me preocupa

15) Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:

a) Muy de acuerdo

b) De acuerdo

c) En desacuerdo

d) Muy en desacuerdo

16) Me gusta la forma de mi cuerpo:

a) Muy de acuerdo

b) De acuerdo

c) En desacuerdo

d) Muy en desacuerdo

Sección III.

Instrucciones: En cada una de las afirmaciones, selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sincera sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

	A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aproximadamente la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
1. Cuido que mi dieta nutritiva.	A	B	C	D	E
2. Procuro comer verduras.	A	B	C	D	E
3. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	A	B	C	D	E
4. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	A	B	C	D	E

	A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aproximadamente la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
5. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	A	B	C	D	E
6. Como lo que es bueno para mi salud.	A	B	C	D	E
7. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	A	B	C	D	E
8. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	A	B	C	D	E
9. Procuro mejorar mis hábitos de alimentación.	A	B	C	D	E
10. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	A	B	C	D	E
11. “Pertenezco al club” de las que para controlar su peso se saltan comidas.	A	B	C	D	E
12. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	A	B	C	D	E
13. Como con moderación.	A	B	C	D	E
14. Tengo temporadas en las que me mato de hambre.	A	B	C	D	E
15. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	A	B	C	D	E

	A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aproximadamente la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
16. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).	A	B	C	D	E
17. Me avergüenzo de comer tanto.	A	B	C	D	E
18. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	A	B	C	D	E
19. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	A	B	C	D	E
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	A	B	C	D	E
21. Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	A	B	C	D	E
22. Difícilmente pierdo el apetito.	A	B	C	D	E
23. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	A	B	C	D	E
24. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	A	B	C	D	E
25. Soy de los que se hartan, se llenan de comida.	A	B	C	D	E
26. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	A	B	C	D	E
27. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	A	B	C	D	E

	A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aproximadamente la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuánto como.	A	B	C	D	E
29. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	A	B	C	D	E
30. Siento que no puedo parar de comer.	A	B	C	D	E
31. Me deprimó cuando como de más.	A	B	C	D	E
32. Como sin medida.	A	B	C	D	E
33. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	A	B	C	D	E
34. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.	A	B	C	D	E
35. Me asusta pensar que puedo perder el control de mi forma de comer.	A	B	C	D	E
36. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como pero ceno mucho).	A	B	C	D	E
37. Paso por periodos en los que como en exceso.	A	B	C	D	E
38. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	A	B	C	D	E

Sección IV.

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
1. ¿Has estado preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?	A	B	C	D	E
2. ¿Has tenido miedo de convertirte en gorda (o más gorda)?	A	B	C	D	E
3. ¿Te ha preocupado que tu piel no sea suficientemente firme?	A	B	C	D	E
4. ¿Sentirte llena (después de la comida) te ha hecho sentirte gorda?	A	B	C	D	E
5. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?	A	B	C	D	E
6. ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?	A	B	C	D	E
7. El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento, ¿te ha hecho sentir gorda?	A	B	C	D	E
8. ¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	A	B	C	D	E

	A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
9. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)?	A	B	C	D	E
10. ¿Has evitado llevar ropa que marcara tu figura?	A	B	C	D	E
11. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	A	B	C	D	E
12. Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	A	B	C	D	E
13. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	A	B	C	D	E
14. ¿Te has sentido excesivamente gorda y llena?	A	B	C	D	E
15. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	A	B	C	D	E
16. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo, por la mañana)?	A	B	C	D	E
17. ¿Te ha preocupado que la gente vea "lantitas" en tu cintura o estómago?	A	B	C	D	E
18. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?					

	A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
19. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?	A	B	C	D	E
20. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	A	B	C	D	E
21. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	A	B	C	D	E

¿Por qué practicas patinaje artístico?

¡Muchas gracias por tu colaboración!