



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR
ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL
EN ADOLESCENTES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

PRESENTA:

JORGE GUILLERMO MATA CASTRO

ASESOR:

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUÍZ

ENERO DE 2014.



Nezahualcóyotl, Estado de México a 6 de noviembre de 2013

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE ASESOR

ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
PRESENTE

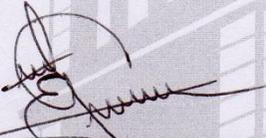
Por este conducto me permito informarle que el pasante: **JORGE GUILLERMO MATA CASTRO** con número de cuenta: **0923450**, de la **LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD** ha concluido el desarrollo de su **TESIS** titulada:

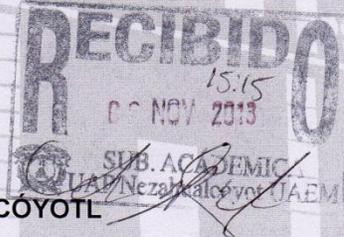
“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES”

Manifiesto que el trabajo de tesis, a mi juicio, reúne las características necesarias para ser revisado por la comisión especial nombrada para tal efecto.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

“2013, 50 Aniversario luctuoso del Poeta Heriberto Enríquez”


DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ
ASESOR DE TESIS
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL



c.c.p. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefe de titulación, UAP Nezahualcóyotl



ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISOR.

Nezahualcóyotl, Estado de México a 26 de noviembre de 2013

**ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
PRESENTE**

Anticipando un cordial saludo, me es grato comunicarle que una vez revisado el trabajo de tesis titulado: **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL”**, del pasante **Jorge Guillermo Mata Castro**, con No. de cuenta **0923450**, considero que cumple con los requisitos teórico – metodológicos suficientes para ser presentado en el examen recepcional correspondiente.

ATENTAMENTE

*Patria, Ciencia y Trabajo
“2013, 50 Aniversario luctuoso del Poeta Heriberto Enríquez”*

Dr. en C.S.C. Manuel Leonardo Ibarra Espinosa

**PTC DE LES
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL**

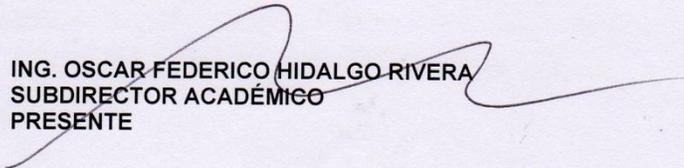
c.c.p. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefe de Titulación.
c.c.p. Archivo.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

ASUNTO: VOTO APROBATORIO DE REVISOR

Nezahualcóyotl, Estado de México, a 13 de enero de 2014.

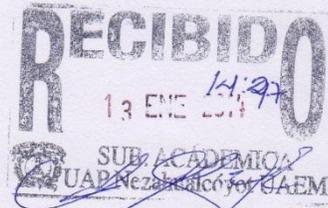

ING. OSCAR FEDERICO HIDALGO RIVERA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO
PRESENTE

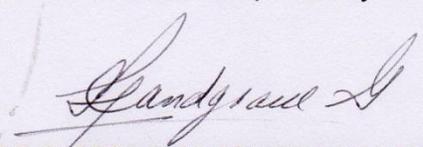
Anticipando un cordial saludo, me es grato comunicarle que una vez revisado el trabajo de tesis titulada: **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES”**, del pasante **MATA CASTRO JORGE GUILLERMO** con no. de cuenta **0923450** considero que cumple con los requisitos teórico – metodológicos suficientes para sea presentado en el examen recepcional correspondiente.

Sin más por el momento.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

“2014, Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”




DRA. EN C.S.C. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE
PTC REVISORA



C.c.p. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefe de Titulación. ✓
C.c.p. Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz. Asesor, para su conocimiento.
C.c.p. Archivo.



www.uaemex.mx

Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor a la persona que me dio el regalo de la vida y que además, hizo todo en ella para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. Y a otra persona, por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti. Con todo cariño y aprecio en agradecimiento les dedico esta tesis a ustedes:

Angélica María Castro Dorantes.

Gabriela Becerra Venegas.

Agradecimientos

A mi señor, al divino dios. Por siempre estar conmigo y por darme la voluntad de seguir adelante, gracias.

A mi asesor de tesis y amigo Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz, por su apoyo incondicional y tolerancia que me ha mostrado durante mi estancia en la universidad, muchísimas gracias.

A mi más que compañero, amigo-hermano de la universidad, Isidro Soriano Peñaloza, por trabajar conmigo en investigación, por estar en las buenas y malas y sobre todo, por ser un gran amigo, gracias.

A mis compañeros de equipo de trabajo de la carrera, Fernanda Anahí Monroy Saldaña y Eduardo Alberto Carranza Hernández, ustedes en quienes me apoye. Por su trabajo en colaboración conmigo durante la carrera, mil gracias.

A la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl y en especial a mis profesores que me apoyaron en toda mi formación profesional, a todos ustedes, mil gracias.

A todos los que me ayudaron en más aportaciones de esta tesis para que se llevara a cabo, gracias.

Resumen

La presente tesis realiza el análisis y la evaluación de un programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal en adolescentes, ya que el problema de la imagen corporal es un problema de salud pública que tiene mayor incidencia y preocupación en este grupo etario, por lo que es importante su intervención desde la visión del educador para la salud.

Por otra parte, este estudio se llevó a cabo con el propósito de saber el impacto que tiene un programa diseñado para disminuir alteraciones de la imagen corporal y para ello se realizaron siete sesiones de intervención, donde se presentan temas de información y prevención para disminuir esta problemática en los adolescentes.

Es importante mencionar que hay otros programas de intervención sobre el tema, sin embargo, no muchos presentan como prevenir las alteraciones de la imagen corporal o el impacto que tienen esos programas, ya que solo muestran los resultados en cuanto actitudes, síntomas y prevalencia para hombres y mujeres; de tal manera que esta tesis se encarga de abordar estos puntos y así saber la eficacia del programa, explorando la prevalencia y comprensión de los hábitos y nuevos estilos de vida que adopten los adolescentes.

Por otro lado, para la fundamentación teórica se utilizaron conceptos como alteraciones de la imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia, etc., así como teorías, antecedentes, epidemiologías, factores de riesgo y programas de intervenciones que posteriormente se describen por varios autores, puesto que sirvieron para explicar este fenómeno de las alteraciones de la imagen corporal y su preocupación en los adolescentes.

Para llevar a cabo la presente tesis, se utilizó un tipo de estudio explicativo y el diseño de investigación fue cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal (aplicación de un test retest, la muestra se escoge intencionalmente y su medición es de presente a futuro). Por otra parte, participaron 50 estudiantes en edades de

14 a 15 años de nivel secundaria, los cuales se dividieron en dos grupos para formar un grupo intervención y un grupo control. Todos contestaron dos instrumentos: Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979) y la Escala de Evaluación de Siluetas (CDRS) de Thompson y Gray (1995).

Es importante mencionar que para aplicar los instrumentos, se solicitó la autorización del plantel y se entregaron consentimientos informados a los alumnos para llevar a cabo el programa de intervención. Posteriormente los datos se analizaron con el programa SPSS versión 19 para así comprobar las hipótesis que se plantean más adelante.

Por otra parte, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de EAT entre la preprueba y postprueba; por otro lado, las medias y desviaciones estándar por pregunta del EAT en el grupo intervención solo indican diferencias en la pregunta 23 ($t = 2.30$, $p = .03$), sin embargo, en el grupo control no existen diferencias en ninguna de las preguntas del EAT, puesto que no se hizo intervención.

Respecto a la Escala de Evaluación de Siluetas después de aplicar el programa, en el grupo intervención 73.3% de las mujeres y 80.0% de los hombres tienen insatisfacción corporal; mientras que en el grupo control 83.3% de las mujeres y 76.9% de los hombres también presentaron insatisfacción corporal.

Se observó que las alteraciones de la imagen corporal se presentan más en hombres que en mujeres y que son un problema de salud pública con mayor prevalencia en los adolescentes, sin embargo, pueden prevenirse por medio de modificación de hábitos alimentarios, así mismo de una adecuada actividad física y de realizar estrategias para evitar la influencia de los medios de comunicación. Por otra parte, en la presente tesis existieron problemas los cuales limitaron el estudio y por ende no se obtuvieron excelentes resultados; por tal hecho, se propone llevar a la práctica nuevas estrategias, así mismo desarrollar nuevos

programas de tipo preventivo, no solo de trastornos de la imagen corporal o trastornos alimentarios, sino de comunicación familiar y de promover nuevos hábitos en cuanto a este tema de investigación. Así finalmente puede mencionarse que la evaluación de este programa desde la visión del educador para la salud, no tuvo impacto en la disminución de las alteraciones de la imagen corporal en los adolescentes que se escogieron de manera intencional.

Índice

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Resumen.....	III
Lista de tablas y figuras.....	VIII
Introducción.....	1
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Hipótesis.....	4
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo general.....	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Limitaciones del estudio.....	6
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Conceptos.....	9
2.1.1 Imagen corporal.....	9
2.1.2 Trastornos de la imagen corporal.....	10
2.1.3 Insatisfacción corporal.....	12
2.1.4 Trastornos de la conducta alimentaria.....	13
2.1.5 Anorexia nerviosa.....	14
2.1.6 Bulimia nerviosa.....	15
2.1.7 Adolescencia.....	16
2.2 Teorías de la imagen corporal.....	16
2.2.1 Teoría sociocultural.....	16
2.2.2 Teoría de la discrepancia.....	18
2.2.3 Teoría del desajuste adaptativo.....	18
2.3 Antecedentes.....	19
2.3.1 Análisis histórico.....	19
2.4 Epidemiología.....	22

2.5 Factores que influyen en la imagen corporal.....	32
2.5.1 Riesgo.....	32
2.5.2 Protección.....	37
2.6 Intervenciones para prevenir las alteraciones de la imagen corporal.....	38
CAPÍTULO 3. MÉTODO.....	46
3.1 Tipo de estudio.....	46
3.2 Diseño de investigación.....	46
3.3 Participantes.....	46
3.4 Instrumentos.....	46
3.4.1 Test de Actitudes Alimentarias.....	46
3.4.2 Escala de Evaluación de Siluetas.....	47
3.5 Programa de intervención.....	47
3.6 Procedimiento para aplicar el instrumento.....	48
3.7 Plan de análisis.....	48
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	50
4.1. Pruebas estadísticas.....	50
CAPÍTULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS.....	58
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.....	64
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS.....	81
Anexo 1. Test de Actitudes Alimentarias.....	81
Anexo 2. Escala de Evaluación de Siluetas.....	83
Anexo 3. Cartas descriptivas del programa.....	84
Anexo 4. Oficio de autorización para aplicar el programa.....	91
Anexo 5. Consentimiento informado.....	92

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Efectos multivariados de la interacción tiempo X grupo para los factores del EAT.....	50
Tabla 2. Medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo intervención.....	51
Tabla 3. Medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo control.....	53

Introducción

Los estudios en las últimas décadas muestran que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son derivados de un problema de salud pública. Se ha demostrado que la relación y la influencia de factores socioculturales muestran el ideal sobre la forma física del género femenino, identificado como la delgadez conforme a la conducta alimentaria y de insatisfacción corporal, por lo que se identifican cuáles son los factores que afectan la salud de los adolescentes con respecto a las alteraciones de la imagen corporal; ya que son enfermedades derivadas por una mala alimentación y así mismo por factores psicosociales en los que se crea una distorsión en la auto percepción del tamaño del cuerpo (Ignacio, 2012).

Son problemas de salud que se manifiestan como alteraciones llamativas en los hábitos relacionados con la comida, trastornos del comportamiento alimentario y en algunas ocasiones cuando no se tratan a tiempo, pueden poner en peligro la vida de las personas que lo padecen. Por otro lado, se ha observado que las influencias del medio social como los medios de comunicación venden el ideal de un cuerpo perfecto, el cual debe ser delgado y atractivo; este mensaje está más dirigido a las mujeres, sin embargo, actualmente también hacia los hombres, creando así una obsesión por tener el cuerpo soñado repercutiendo en los estilos de vida, en otras palabras, desencadenan hacia una alteración de la imagen corporal, orillando a la persona a tener un trastorno de la conducta alimentaria o depresión, ya que deterioran la calidad de vida ocasionando trastornos de tipo mental (Castellano, 2001).

Por ello, la presente investigación está encaminada a la problemática de las alteraciones de la imagen corporal, manifestada a través de la inconformidad de adolescentes de nivel secundaria, ya que sabemos esta población no se encuentra excluida de este tipo de problema de salud, al contrario los adolescentes en esta etapa presentan más preocupación por su apariencia física,

puesto que se ven afectados por problemas sociales e influencia de medios de comunicación (Calado, Lameiras & Rodríguez, 2003).

El propósito de esta investigación se orienta en evaluar el impacto de un programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal en adolescentes en cuanto al pensamiento que tienen sobre la imagen corporal, TCA, actividad física, etc., a través de la asimilación de la información, con el fin de observar sus comportamientos y adopción de nuevos estilos de vida.

Para alcanzar estas metas se estructuró la investigación en seis capítulos. El capítulo uno presenta el planteamiento del problema, donde señala la meta que se quiere lograr respecto al tema, para así finalmente mencionar lo alcanzado; además, se exponen las hipótesis que posiblemente se presenten en transcurso de la investigación. Sin dejar a un lado, también se contemplan los objetivos así como la justificación y las limitaciones del estudio.

En el capítulo dos se exponen las definiciones conceptuales con el fin de tener una mejor comprensión y así trabajar en ello, además, se presentan las diferentes aportaciones de autores sobre la imagen corporal, TCA, adolescencia, etc., así como las teorías que intentan enseñar las alteraciones de la imagen corporal y su entendimiento en la actualidad. Cabe mencionar que se muestran los antecedentes del estudio, epidemiología, factores de riesgo que se pueden manifestar e investigaciones sobre intervenciones del tema.

El capítulo tres aborda la metodología usada, donde se describen los participantes a estudiar; el tipo de estudio, diseño de investigación y así mismo los Instrumentos, el programa de intervención, el procedimiento para aplicar instrumentos y finalmente el plan de análisis.

El capítulo cuatro describe los principales resultados obtenidos sobre los instrumentos utilizados, con el objeto de probar las hipótesis planteadas en la investigación.

En el capítulo cinco se reportan los análisis de resultados, los cuales describen la comparación de este estudio con otras investigaciones que se realizaron anteriormente de acuerdo al género, distorsión corporal y TCA.

En el capítulo seis presentan las conclusiones sobre las primordiales aportaciones de la investigación que se llevaron a cabo, además, en este apartado se mencionan recomendaciones para mejorar la investigación.

Finalmente se aluden las referencias y anexos en donde se explica de manera detallada el programa de intervención, así como los instrumentos utilizados y los oficios para poder aplicar el programa.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

El problema de las alteraciones de la imagen corporal resulta alarmante para algunas personas y en especial a los adolescentes, ya que están más expuestos a los modelos que imponen los medios de comunicación, amigos o familiares, así como las relaciones socioculturales, lo cual puede orillarlos a presentar insatisfacción corporal o algún otro trastorno, de tal manera que se ve reflejado en los comportamientos, los cuales pueden presentar un riesgo posterior en el terreno de la autoestima, ansiedad, identidad, bajo rendimiento escolar, conductas negativas de alimentación, depresión, etc.

Por otra parte, se ha visto que las mujeres presentan más preocupación por su imagen corporal que los hombres, sin embargo, ambos desean en algunos casos tener un cuerpo más estético. De tal manera que se planea disminuir este problema en los adolescentes desde la visión del educador para la salud.

Es de mencionar que se han realizado programas para abordar el tema de la insatisfacción de la imagen corporal y saber cuáles son los factores que las provocan, así como obtener la prevalencia de esta enfermedad tanto de hombres como mujeres, sin embargo, algunos programas no son evaluados y no reflejan el impacto que tienen así como su eficacia, de tal manera que al tomar en cuenta todo lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será el impacto de un programa diseñado para disminuir las alteraciones de la imagen corporal?

1.1 Hipótesis

Ho: Las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres.

Ha: Las mujeres presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres.

Ho: La implementación de un programa no disminuirá las alteraciones de la imagen corporal.

Ha: La implementación de un programa disminuye las alteraciones de la imagen corporal.

1.2 Objetivos

1.2.1 objetivo general.

Evaluar el impacto de un programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal en adolescentes.

1.2.2 objetivo específico.

1. Identificar la presencia de alteraciones de la imagen corporal por género.
2. Diseñar un programa para disminuir las alteraciones de la imagen corporal.
3. Identificar los síntomas antes y después de la intervención sobre las alteraciones de imagen corporal.

1.3 Justificación

Con el presente estudio, se propone abordar en una línea de investigación de diagnóstico las enfermedades que pudieran padecer los integrantes de la Escuela Secundaria Técnica Calpulli de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, utilizando la técnica de encuesta. Esto representa la posibilidad de realizar una detección temprana de la enfermedad de manera totalmente indolora y no invasiva. Por otro lado, se propone explorar la prevalencia y comprensión de los hábitos y estilos de vida predominantes para determinar el número de personas con más daño, con el fin de evitar riesgos o complicaciones posteriores por efecto de las problemáticas suscitadas.

Se pretende continuar con el trabajo experimental a partir de la elaboración de un instrumento de diagnóstico para establecer el programa de evaluación de la imagen corporal. Es de resaltar que las técnicas que se implementaron para los

individuos, les permitieron aprender y adquirir la importancia de prevenir y de disminuir las alteraciones de la imagen corporal.

1.4 Limitaciones del estudio

Es importante reiterar que el estudio presento diversas limitantes, como el hecho de trasladarse de un salón a otro; de tal manera que el tiempo es la limitante, ya que las sesiones consistían en una hora y la última sesión se vio más afectada, puesto que se redujo dejando un tiempo menor a 50 minutos.

Otra limitante que se consideró en el estudio, fue al momento de aplicar la última sesión, ya que se aplicó un día antes de salir de vacaciones y cabe mencionar que la postprueba se aplicó ese mismo día, ya que no se podía aplicar al regreso de vacaciones.

También existieron interrupciones por parte de las autoridades del plantel, por lo que disminuyo el tiempo de la última sesión y a los alumnos se les empezó a dar la sesión minutos después de que entraron al laboratorio de cómputo.

El estudio contó con muestras reducidas, ya que los salones de la institución donde se aplicó el programa contaban con pocos estudiantes y en algunos salones los alumnos se ausentaban.

Los salones donde se encontraban las muestras tenían un límite de 25 alumnos, donde se tomaron 2 grupos para tener una muestra de 50 alumnos; cabe mencionar que esto fue una limitante, puesto que se pretendía tomar una muestra mayor para tener resultados más positivos, además, no se pudo elegir al azar la muestra, puesto que las autoridades del plantel donde se llevó acabo la intervención asignó los grupos a trabajar y así fue como se escogió el grupo de manera intencional.

Por otra parte, el tiempo de cada sesión como se ha mencionado es una limitante más del estudio, puesto que se necesita más de una hora para cada sesión, ya que al explicar los temas y hacer dinámicas no es suficiente el tiempo y puede que el tema no se entienda bien, puesto que el ponente y los alumnos se ven más presionados en cada sesión.

Es de mencionar que durante la aplicación del programa, se implementaron estrategias y técnicas para explicar y prevenir el tema de la insatisfacción corporal en un determinado tiempo, el cual fue durante un mes, además, solo se tomaron muestras de 3er año de secundaria y se hicieron siete sesiones de intervención, por lo que no se pudo dar seguimiento a la investigación, ya que el método elegido marcaba estos procedimientos para la aplicación del programa.

Para evitar las limitantes anteriormente mencionadas se propone lo siguiente:

Se sugiere realizar las sesiones en un tiempo considerable, es decir, en un tiempo donde no se presenten interrupciones como vacaciones o suspensión de clases.

Después de aplicar todas las sesiones se sugiere llevar a cabo otra sesión más, exclusivamente para aplicar la postprueba y así no se vea afectada la investigación.

Cabe mencionar que el tiempo de cada sesión no es suficiente, por lo que se propone que las sesiones se lleven a cabo en más de una hora, para que la aplicación del programa sea más enriquecedora y los alumnos no se vean tan presionados por el tiempo.

También se sugiere acudir a varias instituciones para saber de cuantos alumnos cuenta cada grupo y así no tener muestras reducidas, es decir, grupos con pocos alumnos, ya que si se elige una institución con mayor muestra para trabajar; el estudio será mejor, además, al momento de elegir la muestra se sugiere pedir a

las autoridades de la institución poder escoger los grupos al azar para así mejorar el estudio.

Es importante adecuar bien el tiempo de aplicación del programa, es decir, aplicar el programa en un periodo donde no existan suspensión de labores para que las sesiones sean seguidas y no se vean afectadas, además, al escoger la muestra se propone escoger alumnos de 2do año de secundaria, para así poderle dar seguimiento al estudio si es que existen limitantes al momento de aplicar el programa.

Si es necesario, se sugiere que las sesiones del programa sean aumentadas, ya que puede que alguna sesión del programa no se haya entendido por falta de tiempo. Por otra parte, si alguno de los temas no es el adecuado se propone modificarlo para así darle un seguimiento posterior a la investigación y mejorar el estudio.

Se concluye que por estas limitantes lo que se obtuvo no fue muy favorable, ya que se pretendía saber si existía diferencia entre el grupo intervención con el grupo control en relación con la preprueba y postprueba; por lo que no hubo diferencias entre los grupos. Cabe mencionar que al obtener los resultados en cuanto a la insatisfacción corporal del grupo intervención después de aplicar la postprueba, en vez de disminuir existió un aumento en la insatisfacción corporal de las mujeres y en cuanto a los hombres no se observaron cambios en las alteraciones perceptuales entre el tamaño actual y el deseado, pero si presentan insatisfacción corporal; posteriormente de realizar la postprueba al comparar los resultados entre hombres y mujeres se encontró que los hombres tienen mayor insatisfacción corporal que las mujeres. Por otra parte, en el grupo control no se observaron diferencias en la postprueba puesto que en los hombres no existieron cambios, sin embargo, en las mujeres si aumento la insatisfacción corporal aunque no se les aplicara el programa de intervención.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Conceptos

2.1.1 imagen corporal.

Esta descrita como aquella representación que cada individuo le da a su cuerpo mentalmente. En una construcción más profundizada la define como la percepción de su cuerpo basada en términos de sentimientos y actitudes. Por otra parte, se señala que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que todos los individuos interpretan y perciben respecto a su propio cuerpo. (Espina, Asunción, Ochoa, Yenes & Alemán, 2001).

Cabe mencionar que Gastelum (2010), la describe como aquella percepción mental que le dan los individuos a su propio cuerpo o en algunos casos a partes de él, en los que se da un sentimiento de preocupación, emoción, etc.

La imagen corporal es un constructo multidimensional que incluye percepciones y actitudes hacia el propio cuerpo. El cuerpo y preocupaciones sobre imagen derivan una sobrevaloración de la apariencia corporal causando insatisfacción o una visión distorsionada del propio cuerpo (Mulasi-Pokhriyal & Smith, 2010).

La imagen corporal incluye dos componentes: primero es el perceptivo, que se refiere a la visión del tamaño y apariencia y el segundo es el actitudinal, el que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. El trastorno de la imagen corporal tiene aspectos perceptivos como afectivos, los cuales se van a definir como una preocupación exagerada por algún defecto de la apariencia física, además, se entiende que lleva a una pérdida de la apariencia, a preocuparse tanto sobre las opiniones de los demás y a pensar que no se puede ser aceptado ni querido debido a la apariencia física; es por ello que las personas con trastornos de la imagen corporal esconden su cuerpo y lo someten a dietas y ejercicios para evitar las relaciones sociales. Otro punto importante, es que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: el primero es la distorsión perceptiva de la talla que nos lleva a una sobreestimación de las

partes del cuerpo y la segunda es la alteración cognitivo afectiva que está asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura del individuo (Romo, 2007).

Según Rivarola (2003), la imagen corporal es la representación que las personas le dan a su propio cuerpo y que se va manifestando desde la niñez hasta la adultez. Es en la adolescencia donde resulta un problema de gran importancia, ya que provoca dificultades en el desarrollo psicosocial del individuo y en algunos casos la autoestima se ve afectada por la insatisfacción corporal.

La imagen corporal desde la niñez es afectada desde nuestros pensamientos, sentimientos, conductas a diario y se ve influenciada en nuestra calidad de vida. En la imagen corporal cuando un individuo la observa de forma negativa, puede ser afectada de manera emocional y conductual, llegando a un punto donde desarrollan otros trastornos como los trastornos alimentarios, depresión y baja autoestima (Toro-Alfonso, Nieves & Borrero, 2010).

2.1.2 trastornos de la imagen corporal.

López y Valle (2008), mencionan que es importante dejar apreciar que no toda insatisfacción corporal es un trastorno; los cambios corporales en la etapa de la adolescencia suelen llevar asociados una imagen corporal negativa y distorsionada, presentándose conductas de restricción de alimentos, insatisfacción corporal e ideas de peso ideal por debajo del real como factores más frecuentes en la mayoría de la población de adolescentes, además, la consideración del trastorno de la imagen corporal, es la preocupación que se tiene por algún defecto del aspecto físico en un sentido imaginario, por lo que se perciben pequeñas anomalías físicas y en ocasiones se presenta una preocupación muy exagerada; cabe mencionar, que el trastorno de la imagen corporal implica que la preocupación provoca malestar y problemas en otras áreas donde se desarrolla el individuo como el deterioro social o laboral, por lo tanto, la relación de las alteraciones de la imagen corporal con los trastornos alimentarios como la

anorexia y bulimia, son conceptos que representan a las alteraciones como factores importantes para que se presente un problema psicológico y cambios en la conducta.

En la anorexia nerviosa, no solo se observa la negación a mantener el peso adecuado debido a la talla y edad, sino también el miedo excesivo a aumentar el peso viéndose como una persona obesa rechazando la silueta corporal. En cuanto la bulimia no solo es considerada por los atracones o conductas inapropiadas, sino que también es por la preocupación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. Dichos trastornos alimentarios pueden observarse que tienen relación con las alteraciones de la imagen corporal, ya que suelen considerarse precursoras de este trastorno (López & Valle, 2008).

Los problemas de la imagen corporal según Raich (2007), están asociados a alteraciones y una pobre imagen corporal tiene una relación con la baja autoestima, es decir, el individuo se siente inconforme con su cuerpo y no se autovalora. También la insatisfacción corporal está relacionada con la identidad de género o sentimientos de ser femenino o masculino, puesto que existen personas donde piensan que no poseen las cualidades que deberían tener al ser de un género y posteriormente creen que poseen características del género opuesto.

Otro punto importante, es que una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal, ya que si una persona no es capaz de aceptarse como es el individuo pensará que los demás tampoco y posteriormente la persona se sentirá incomoda en las interacciones sociales; también la preocupación por el cuerpo exagerada puede causar problemas de relación sexual, ya que puede exponer su miedo al desnudarse y más en la parte donde crea que es más feo de su cuerpo y cuando se investiga por que existe un fracaso en las relaciones sexuales, mencionan que es por sus propios defectos corporales. La depresión también está asociada a esta problemática puesto que las personas deprimidas suelen despreciar su misma figura corporal (Raich, 2004).

2.1.3 insatisfacción corporal.

Se sabe que la insatisfacción de la imagen corporal está definida como una evaluación o percepción negativa que cada individuo le da a su apariencia física o figura corporal (Mousa, Mashal, Al-Domi & Jibril, 2010).

Mientras tanto, Giovannelli, Cash, Henson, y Engle (2008), aluden que la escala de satisfacción en áreas del cuerpo, es una medición subjetiva que se puede hacer para pesar el cuerpo, en la que se hace una evaluación estandarizada.

Existe una cierta investigación donde se sugiere que la insatisfacción corporal de los hombres jóvenes va incrementándose más y más cuando ellos ven imágenes de cuerpos atractivos y musculosos de hombres, por lo que se explica que al pasar los jóvenes por estas situaciones donde les venden un modelo estético causa un gran impacto para que no estén conformes con su figura corporal (Blond, 2008).

Los ideales preferentes del género femenino incluyen un aspecto muy tonificado y en buena forma, además de delgadez extrema. A pesar de ver modelos delgadas tiene un efecto negativo en la imagen corporal de la mujer, ya que una investigación no ha probado el efecto de la exposición a la complexión ultra delgada separado del ideal de delgadez. Se explica que este estudio aleatorio, probó los efectos del aspecto atlético del ideal mediante la exposición de 138 mujeres de pregrado a los modelos delgados y atléticos. El estudio también analizó los efectos moderadores de lo ideal ya sea delgadez o atlético, además, se mira que la exposición a imágenes de modelos delgadas o ultra delgadas produce insatisfacción corporal (Homan, McHugh, Wells, Watson & King, 2012).

Estar expuestos a los modelos que se observan a través de los medios de comunicación respecto a la imagen corporal, juegan un papel importante en el individuo, puesto que las imágenes que afectan a las personas se encuentran en todos lados, ya es el caso de revistas, televisión, periódicos internet, etc., puesto

que desarrollan la insatisfacción de la imagen corporal tanto en hombres como en mujeres (Arbour & Martin, 2006).

Es de notar que se examinan las diferencias individuales en cada masa corporal y el neuroticismo puede hacer más vulnerables o sensibles a las mujeres respecto a la exposición del sobrepeso, gracias al impacto que tienen las imágenes de personas delgadas que el contexto social impone (Dalley, Buunk & Umit, 2009).

2.1.4 trastornos de la conducta alimentaria.

Para Rivarola (2003), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son aquellas alteraciones donde la conducta alimentaria que esta perturbada, principalmente por consecuencia de individuos que hacen intentos para controlar su cuerpo y peso corporal.

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales, estos pueden llegar a ser caracterizados por un comportamiento alterado ante el consumo de alimentos, así como comportamientos que tienen como objetivo controlar el peso de manera limitada, ya que esta alteración propaga en el cuerpo problemas afectando la salud en las tres esferas como lo físico, mental y social; por lo que en la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria están clasificados como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Vázquez-Barquero et al., 2012).

Por otra parte, los trastornos alimentarios son alteraciones o anomalías que se presentan en la conducta de ingesta de alimentos, además, pueden padecerse otros factores como trastornos de personalidad y emocionales. Se menciona que las personas que llegan a padecer este tipo de trastornos manifiestan ciertos rasgos como: miedo a engordar, a presentar una autoestima baja etc. Por otra parte se entiende que existen personas con TCA y por tal motivo tienen problemas al identificar o compartir sus emociones, en otras palabras, manifiestan problemas al comunicar lo que sienten. Por otro lado, existen mujeres con trastornos alimentarios, las cuales presentan dificultad en las conductas de autocontrol y por

lo tanto tienen menor sentimiento para autorregular la conducta, además, en los TCA la manera de pensar se va distorsionando, donde se expresa que el peso y la alimentación se experimentan en consumir demasiado o no consumir nada de alimentos (Galarsi, Correche & Ledezma, 2010).

2.1.5 anorexia nerviosa.

Es un trastorno de la conducta alimentaria, en el cual el individuo expresa el deseo insaciable de estar delgado o delgada y posteriormente realizar diversas actividades para lograrlo como una dieta limitada y estricta, además de conductas purgativas como provocarse el vómito después de comer, ya que el individuo se siente culpable por lo ingerido. Al momento de tener un estilo de vida poco saludable, puede verse como tienen una pérdida de peso, además de presentar una distorsión de la imagen corporal, provocando que las personas tengan el pensamiento de verse obesas y tener una persistencia de conductas negativas en las que evitan comer y posteriormente realizar ejercicio en exceso, puesto que todo su interés está centrado en perder peso (Vázquez-Barquero et al., 2012).

Por otra parte, la anorexia nerviosa la definen como aquella pérdida de peso en el individuo, dicha pérdida está originada por la decisión del individuo, ya que evita el consumo de alimentos ricos en grasa o con demasiados carbohidratos sin dejar a un lado los demás síntomas (Ruiz, 2002):

- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos, diuréticos (producen pérdida de líquidos por medio de la orina) y anorexígenos (quitan el hambre).

Por lo anterior, hay que relacionarlo con la imagen corporal, puesto que consiste en una idea negativa caracterizada por el miedo ante el aumento de peso o por el

grosor del cuerpo, de modo que la persona se pone como propósito a permanecer en lo más bajo de su peso actual (Ruiz, 2002).

2.1.6 bulimia nerviosa.

Es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por momentos de atracones, es decir, ingerir alimentos de manera incontrolada, ya que las personas con este problema ingieren una gran cantidad de alimento en un tiempo muy corto y en algunos casos en secreto. Las personas afectadas realizan conductas de manera purgante la cual consiste mediante vómitos o abuso de laxantes, además de la exagerada actividad física; sin embargo, algunas personas no se producen esas conductas de purga y es donde entonces hablamos de trastorno por atracones. La bulimia nerviosa suele ser un trastorno que las personas ocultan, ya que viven con sentimientos de vergüenza y culpa, finalmente cuando el problema ya es mayor y muy preocupante la persona afectada suele pedir apoyo, ya que no soportan el sentimiento de culpa y se sienten demasiado deprimidas (Vázquez-Barquero et al., 2012).

Es importante reiterar que los problemas más frecuentes de los adolescentes según Oliva (2008), son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ya que la anorexia se caracteriza por la pérdida de peso y por una intensa preocupación que los adolescentes tienen por engordar. La pérdida de peso puede ser causada por una dieta muy limitada de alimentos ricos en nutrientes o por realizar ejercicio físico muy intenso, es decir, hacer trabajar el cuerpo durante un periodo de tiempo muy largo e ingerir alimentos en pocas cantidades. Por otra parte, en la bulimia no hay pérdida de peso, puesto que el comportamiento o la conducta de algunas personas que son bulímicas están caracterizadas por atracones de comida. Es entendido que estos tipos de trastornos se presentan frecuentemente en el sexo femenino, ya que suelen estar propagados por factores individuales y familiares, además de la influencia de los medios de comunicación, puesto que promueven la imagen ideal de toda persona.

Puede entenderse que los trastornos de la conducta alimentaria se van desarrollando desde que el individuo se encuentra en la adolescencia, por otra parte, se entiende que ha sido poco descrito el desarrollo de los trastornos alimentarios hasta llegar a la vejez. No obstante, diversas series de cambios de tipo fisiológico, psicológico y socioeconómicos que ocurren en la población de la tercera edad favorecen la malnutrición aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA (Ruiz, 2011).

2.1.7 adolescencia.

Considerada como una etapa de la vida de todos los humanos, por lo que comienza con la pubertad y se presenta durante la situación donde el adolescente realiza diversas tareas que le permiten alcanzar la autonomía y de alguna manera ser responsable de su propia vida. La forma en que le tocara vivir al adolescente de acuerdo a las actividades y comportamientos que realice, serán características de la época en que al adolescente le toque vivir para su desarrollo, sea en la situación familiar, de género y de clase social (Weissmann, 2012).

Por otra parte Pagliuca (1993), alude que es el período de la vida de cualquier ser humano donde se comprende desde la pubertad hasta la adultez entre edades de 11 a los 18 años, ya que es la época donde se perciben diferentes cambios en el individuo afectando de manera positiva o negativa sus tres esferas: física, mental y social, puesto que se refiere aproximadamente a la segunda década de la vida. Otro punto importante, es que la adolescencia comienza aparte de contar con los cambios físicos; los jóvenes empiezan a tener una serie de fenómenos o situaciones con sus padres, lo cual crea una separación familiar interna donde el joven se aísla de la familia tratando de ser autónomo adquiriendo una nueva personalidad.

2.2. Teorías de la imagen corporal

2.2.1 teoría sociocultural.

La teoría sociocultural de la anorexia sugiere que los trastornos alimentarios se presentan con mayor frecuencia en grupos que valoran la delgadez sobre todas

las cosas. Entre los bailarines, un colectivo conocido por la exagerada delgadez que buscan sus miembros existe una alta tasa de anoréxicos. Cualquier sector de la población cuya forma de vida dependa básicamente de la delgadez es un factor de riesgo (Levenkron, 1992).

Las teorías socioculturales sustentan que el ideal estético del individuo propuesto por la sociedad e influenciado por los medios de comunicación, está más dirigido a las mujeres de una cultura, debido a la dependencia que existe entre autoestima y atractivo físico, con la ideología de ser bella es igual a ser delgada; es una construcción social que se le ha dado al cuerpo femenino, posteriormente estas personas están más expuestas, ya que deben poseer un cuerpo más delgado y alto (Gastelum, 2010).

Por otra parte, cuanto más piensa la mujer que el cuerpo gordo es feo y el cuerpo delgado es bello, mas va intentar adelgazar y va a tener ideas de preocupación muy exageradas. La discrepancia entre el tamaño real y el ideal, trae como consecuencia insatisfacción corporal. Se piensa que también los hombres son orientados por estos mismos pensamientos, ya que prefieren o están orillados a poseer una musculatura exagerada a través de modelos de televisión. Aunque esta teoría se enfoca en las normas culturales sobre la mujer; es importante observar que el género masculino también se encuentra en esta problemática y anteriormente se ha visto que en el tiempo de nuestros padres y abuelos el hombre debía ser feo, fuerte y formal (Gastelum, 2010).

También existen personas que se han visto como los metrosexuales; son hombres jóvenes que están orientados y atraídos por lo estético y armónico, puesto que tienen una preocupación excesiva por su apariencia física, sin mostrar algún problema al expresar su parte femenina; este tipo de personas no presentan comportamientos machistas ni discriminantes, puesto que solo se preocupan por el estilo, su apariencia y la sofisticación (Carballo, 2004).

2.2.2 teoría de la discrepancia.

La teoría de la discrepancia “entre el yo real y el yo ideal” más la que se explica anteriormente son complementarias y exponen que la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado, dejan una preocupación por el peso. Lo que conduce a un buen número de mujeres a compararse con el ideal, es decir, poseer un cuerpo delgado y en casos muy proporcionado socialmente establecido, por lo que la probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal. Esta insatisfacción no solo se presenta en lo corporal, sino que se generaliza a otras áreas importantes de la personalidad como lo es la autoestima, ocasionando que el individuo deje de valorar sus capacidades o incluso de su aspecto corporal, por ejemplo, una mujer al pesarse y ver que ha engordado o aumentado su peso, piensa que ha perdido su atractivo y posteriormente no le importan las otras cualidades físicas o logros personales como valores y virtudes (Raich, 2004).

2.2.3 teoría del desajuste adaptativo.

Esta teoría menciona que la imagen corporal esta mostrada como cierta estabilidad, en la que los cambios recientes del tamaño corporal no se añaden de manera inmediata y por consecuente, persisten durante cierto tiempo en la representación mental. Por ejemplo, existen personas con sobrepeso u obesidad que han adelgazado, pero tienen la idea de que su cuerpo no ha cambiado y siguen sintiéndose obesos. Casos como este en muchas ocasiones hacen que este tipo de personas abandonen actividades a las cuales fueron sometidas, como programas de ejercicio o de alimentación equilibrada, causada por la preocupación de no observar cambios en su imagen corporal (Raich, 2004).

De acuerdo con las teorías mencionadas, la que más se ajusta al tema de investigación es la teoría de la discrepancia, ya que hace una explicación en general sobre el comportamiento de los adolescentes y su preocupación por la imagen corporal.

2.3. Antecedentes

2.3.1 análisis histórico.

Cuando se produce una alteración de la imagen corporal se le conoce como trastorno de la imagen corporal. Los primeros casos de la imagen corporal y alteraciones asociadas, se presentan en trabajos médicos sobre neurología a principios del siglo XX, donde Morselli creó el término de dismorfofobia en 1903 y lo menciona como la obsesión por la vergüenza de la figura corporal (Argüello & Romero, 2012).

Thomson en 1990 alude que la imagen corporal está estructurada por tres componentes: componente perceptual, subjetivo y conductual, en otras palabras, son conductas donde se adopta una percepción del cuerpo y sentimientos asociados al mismo. Por otra parte, para Cash y Pruzinsky en 1990, la imagen corporal es la valoración del tamaño y la forma de distintas partes del cuerpo; creencias relacionadas al cuerpo y emocionalmente involucra experiencias de satisfacción o insatisfacción. Por último, para Rosen en 1992 la imagen corporal la define de dos maneras, perceptual y subjetiva, donde las personas perciben o sienten su propio cuerpo y contemplan el tamaño y la forma de la figura corporal, así como las partes del mismo cuerpo y en cuanto a la manera subjetiva, se observa como la insatisfacción o ansiedad provocadas por la percepción de imagen corporal (Argüello & Romero, 2012).

Por otra parte, en los trastornos de la conducta alimentaria Richard Morton describió una enfermedad como consunción nerviosa, la cual podría ser como la primera descripción escrita de la enfermedad que hoy en día se conoce como anorexia nerviosa. En 1874 el médico William Gull y Ernest Laségue describen una enfermedad que se manifestaba en mujeres de 16 y 25 años de edad, donde existía una delgadez extrema, ausencia de apetito, amenorrea, etc., la cual definieron como anorexia nerviosa y anorexia histérica (Buil, García & Pons, 2001).

Otro punto importante, es que la anorexia nerviosa fue la primera enfermedad descrita desde el punto de vista psicosomático, ya que afecta a la mente y al cuerpo. Por otra parte, el internista inglés Sir William Withey Gull le da el nombre de “apepsia histérica” en 1868, aunque en 1874 adopta la expresión de “anorexia nerviosa”, posteriormente a términos del siglo XIX se pensaba como una enfermedad del ánimo o un tipo de melancolía según Freud (Ruiz, 2002).

La palabra anorexia viene del griego y significa ausencia de apetito. Aunque esta enfermedad se dio conocer en la década de los 60, también ha sido descrita desde los tiempos bíblicos, por lo que del siglo XIII al siglo XV, regular el apetito implicaba religiosidad, obediencia, castidad, etc. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, sobre todo mujeres que negaban los placeres terrenales, además, el ayuno era estimado como una bendición de Dios y a las personas que sobrevivían sin ingerir alimentos se les admiraba. Posteriormente en el siglo XVII a causa de las ideas religiosas, las mujeres que podían tener abstinencia se consideradas brujas, además, eran enviadas a la hoguera y las quemaban vivas. Por otra parte, el primer caso de Anorexia se presentó en 1694, donde el medico Morton describió a una joven en estado de desnutrición extrema, ya que solamente se podían observar la piel, huesos y la presencia un frío descomunal (Matzkin, 2001).

Por otra parte, en la década de los 70, los médicos Gull y Lasegue, detectaron casos de anorexia histérica y lo describieron en términos médicos y psíquicos. Gull fue el que nombro esta enfermedad como anorexia nerviosa y así mismo menciono que en el género femenino existía una negación al ingerir alimentos. Por otro lado, Lasegue observó que esta enfermedad se presentaba en mujeres adolescentes, por lo que decidió investigar los comportamientos de la familia al momento de alimentarse. Cabe mencionar que en los años 30 se investigaron las causas psicosexuales de la anorexia nerviosa y en la década de los 70, la Dra. Bruch en Estados Unidos describió las características de la personalidad de las personas que padecen anorexia nerviosa y observó aspectos idénticos en los

pacientes como la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de incompetencia y la incapacidad de reconocer las necesidades corporales. (Matzkin, 2001).

En la década de los 30 se manifiestan los primeros casos que se aproximan a la bulimia nerviosa, principalmente manifestadas en fuentes germanas, ya que son las más frecuentes tras la Segunda Guerra Mundial (Ruiz, 2002).

Puede mencionarse que la bulimia nerviosa no es nueva, ya que en 1743 James la describe como un conjunto de síntomas negativos respecto a la alimentación y la define como “boulimus”, sin embargo, hasta los años 70, la bulimia es reconocida como una enfermedad clínica, a raíz de una investigación publicada en 1979 por Russell (Buil, García & Pons, 2001).

Por otra parte, a comienzos del siglo XIX en los diccionarios médicos se describe la bulimia como la presencia de ingerir alimentos de manera incontrolada y posteriormente vomitar. Tiempo después, la bulimia y la anorexia en México fue aceptada como un desorden neurótico, sin embargo, la bulimia no se define oficialmente sino hasta los años 70; por lo que es importante recalcar que no es un trastorno nuevo y de acuerdo a las propuestas populares es usada por vez primera por Trevisa en 1398 (Ruiz, 2002).

Según Matzkin (2001), la palabra bulimia también viene del griego y significa tener el apetito de un buey, además, se menciona que los atracones han sido practicados desde la antigüedad y las personas dependían de cazar, lo que causaba que comieran en exceso durante un día o más. Por otro lado, los romanos se provocaban el vómito después de consumir grandes cantidades de comida. Un punto importante que sucedió en el siglo X, Aurelianus describió el hambre como un apetito feroz, donde se deglutían los alimentos sin la necesidad de masticarlos y posteriormente provocarse el vómito. Cabe mencionar que el vómito se utilizó como un método de castigo en la época feudal.

A principio del siglo XIX los diccionarios médicos definían la bulimia como la presencia de un apetito insaciable seguido del vómito propio de la histeria y del embarazo. Posteriormente esta enfermedad fue considerada como un desorden neurótico. En 1979 la bulimia fue descrita por un médico llamado Russell y actualmente está definida en el DSM IV como la ingesta exagerada de alimentos en un corto período de tiempo, en compañía de una disminución de control sobre dicha ingesta y de conductas negativas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, ejercicio físico, etc. Por otra parte, se ha observado que la bulimia tiene mayor prevalencia que la anorexia nerviosa, puesto que existe una prevalencia del 75% de las pacientes que sufren bulimia y 25% sufren de anorexia (Matzkin, 2001).

De acuerdo con Rodríguez, Antolín, Vaz, y García (2006), actualmente se está hablando frecuentemente de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que las personas le dan una importancia muy exagerada a la imagen corporal, a la influencia de la moda y a la importancia que se le da a la delgadez del cuerpo femenino hoy en día.

Es importante recalcar que a lo largo de la historia existían casos semejantes a la anorexia nerviosa; por ejemplo, en las mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia entre los siglos XIII-XV, esto es lo que se denomina época de anorexia santa, posteriormente hay una segunda época en donde el término va evolucionando y se representa como consunción nerviosa, siendo Richard Morton quien introdujo este término en 1689; en un tercer período se habla de anorexia histórica en el siglo XVIII y finalmente en el siglo XIX Lasegue y Gull la describen por primera vez como la anorexia nerviosa (Rodríguez, Antolín, Vaz, & García, 2006).

2.4 Epidemiología

En este sentido se presentan algunos casos y la prevalencia de estas enfermedades; tal es el caso de un estudio realizado donde la edad de comienzo

del trastorno del comportamiento alimentario está entre los 12 y 25 años y se manifiesta con frecuencia entre los 14 y 18 años, mientras que la bulimia nerviosa suele presentarse un poco más tarde. Cada vez es mayor el número de niños y de mujeres adultas que sufren un trastorno alimentario. Se comprobó que 95.0% de los casos son mujeres y el 5.0% hombres presentan anorexia nerviosa, mientras que en la bulimia nerviosa 90.0% son mujeres y 10.0% hombres (Rodríguez et al., 2006).

La anorexia ha pasado de ser una enfermedad psiquiátrica a ocupar un lugar en la prensa y revistas. Hay que diferenciar también lo que se llama comportamiento anorexígeno de la anorexia propiamente dicha. En el primer caso son niñas que comen poco durante un cierto periodo de tiempo, en donde pueden adelgazar algo, pero después de pasar algunos meses pueden recuperar el peso perdido donde también recuperan el comportamiento normal de alimentación. El miedo a aumentar de peso, agrandar la imagen corporal y como resultado de realizar una dieta severa, constituyen los síntomas de anorexia mental que afecta a la población de jóvenes, donde el más afectado es el género femenino. Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a un gran número de personas, de las que 90 a 95.0% son mujeres. Su prevalencia parece estar aumentando y puede oscilar entre 1 y 4.0% de las adolescentes y mujeres jóvenes con predominio de las estudiantes de raza blanca y de clase social media y alta (Ruiz, 2002).

Se ha visto que en el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes, por lo que hasta la década de los 70 era un trastorno poco frecuente. En los últimos 30 años la incidencia parece haber aumentado tanto en los Estados Unidos de América como en la Europa Occidental; sólo un 3 al 10.0% de los pacientes con anorexia son hombres en la bulimia del 2 al 20.0%. Por otra parte, se muestran las edades más afectadas, ya que están entre 12 y 25 años donde exponen estudios de gran importancia considerando los momentos de

mayor riesgo como de los 14 hasta los 18 años de edad. El inicio coincide con la adolescencia en 80.0% de los casos. Ante todo esto se puede deducir que la población más expuesta a padecer este riesgo de anorexia nerviosa son los adolescentes del sexo femenino y perteneciente a la clase alta, en un contexto urbano de países industrializados y desarrollados, mientras que la bulimia nerviosa es más frecuente en la clase media. La Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra que se hizo un estudio mediante encuestas con estudiantes de 72 países y muestra que hay una proporción de mujeres que están sometidas a una dieta para perder peso o al menos creen que deberían hacerla, por consiguiente se muestran las edades donde el sexo femenino está preocupado por su peso (Ruiz, 2002):

- A los 11 años..... 22-44% de las niñas
- A los 13 años..... 30-40% de las niñas
- A los 15 años..... 37-61% de las niñas

En España se han realizado diversos estudios epidemiológicos comunitarios con la población adolescente de los cuales se exponen los más importantes: Morandé y Cols en 1985, 1986 y 1987 en población escolar adolescente de Madrid, encuentran cifras de 11.6% de mujeres y 1.2% de hombres pertenecientes al grupo de riesgo. En 1993 y 1994 serían 17.36% de las mujeres y los porcentajes registrados en varones seguirían siendo minoritarios 1.96%, por ende, se ha podido demostrar un aumento de prevalencia de anorexia en chicas del 0.31% al 0.69% y del 0.9% al 1.24% en el caso de la bulimia. Si se suman cuadros completos, 4.69% de las mujeres y 0.9% de los hombres padecen trastornos alimentarios (Ruiz, 2002).

Entre los estudiantes de Madrid 49% de las mujeres y 7% de los hombres están preocupados por adelgazar, además, en un estudio comunitario en dos fases, en población adolescente de 12 a 18 años escolarizada en 61 centros públicos y privados de Zaragoza, muestra una representativa de 2193 mujeres y 1854

hombres, donde se hallaron 16.32% de mujeres y 3.3% de los hombres que se consideran población con riesgo. En la segunda fase, tras la entrevista clínica la cual fue realizada solo con mujeres y con criterios diagnósticos estrictos presentan anorexia nerviosa 0.14% (n=3), bulimia nerviosa 0.55% (n=12) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado 3.83% (n=84) (Ruiz, 2002).

Para Unikel, Bojorquez y Saucedo-Molina (2009), los primeros casos de TCA en México se llevaron a cabo en 1971 y 1986. Desde ese tiempo hasta la década de los 90 se realizaron más estudios empezando como tesis de grado hasta llegar a publicaciones de artículos en revistas.

Varios de los casos en México que se realizaron fueron en 1997, donde los resultados del Distrito Federal mostraron que 2.8 % de la mujeres y 0.9 % de los hombres tendrían el riesgo de padecer un TCA; en el 2001, adultos de 18 a 65 años mostraron un diagnóstico donde en una parte de su vida padecieron bulimia sin presentar anorexia en 1.8% y 0.6% de mujeres y hombres, por otro lado en el 2006 un grupo de adolescentes de 10 a 19 años de la población mexicana, indicaron posibles casos de TCA, puesto que se identificó 0.9% en mujeres y 0.4% para hombres (Unikel, Bojorquez & Saucedo-Molina, 2009).

Por otra parte, en un caso encontrado por Mancilla et al. (2007), menciona que utilizó dos muestras de mujeres de nivel universitario, por lo que encontró una prevalencia de TCA de 0.45% en 1995 con 0.14% bulimia nerviosa y en el 2002 0.24% de bulimia nerviosa, cabe mencionar que en este estudio no se encontraron casos de anorexia.

En México se reporta más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (Gálvez, 2010).

A su vez, Medina-Mora et al. (2003), de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reportaron que no hay usuarios con padecimiento de anorexia nerviosa, mientras que de bulimia nerviosa hay 1.8% y corresponde a mujeres.

Por otra parte, se ha encontrado que en México el estudio de trastornos de la conducta alimentaria es reciente y se ha dirigido más hacia la población femenina tales como la imagen corporal, insatisfacción corporal, anorexia, bulimia y la influencia de los modelos estéticos (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla & Oliva, 2006).

En México se ha hecho el estudio de la imagen corporal en relación a los TCA, ya que no se tiene mucha información sobre estos dos casos en conjunto, por lo que se han reunido conocimientos para observar cómo se encuentra actualmente esta problemática de la imagen corporal y los TCA (Mejía, Bautista & Cervantes, 2010).

Se sabe que la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se realizó en México, no se reportaron casos de anorexia, sin embargo, se hizo el informe de que existía una prevalencia de bulimia en 1.8% de mujeres de 18 a 29 años (Moreno & Ortiz, 2009).

Estudios sobre TCA donde se ha investigado la valoración de la imagen corporal y la dieta exagerada, se han hecho en la población femenina sin dejar a un lado a los hombres. Por lo que en estudios realizados en la república mexicana han mencionado que tanto hombres como mujeres manifiestan conductas de riesgo en su alimentación, donde manifiestan que los hombres desean obtener un cuerpo más formado y delgado poniendo en práctica el ejercicio exagerado y comer estrictamente. Por otro lado, en otros estudios con adolescentes encontraron que los hombres presentan más síntomas de TCA e insatisfacción corporal que las mujeres, sin embargo, fue contrario en otro estudio donde las mujeres manifestaban trastornos alimentarios y no los hombres (Moreno & Ortiz, 2009).

En una investigación realizada en la ciudad de Colima, México por Figueroa-Rodríguez, García-Rocha, Revilla-Reyes, Villarreal-Caballero y Unikel-Santoncini (2010) y cuyo objetivo fue identificar la relación entre el modelo estético de belleza, la insatisfacción corporal y el riesgo de conductas alimentarias adolescentes femeninas, con el fin de saber la asociación entre las tres variables, se aplicaron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) de Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García (2004); también se ocupó el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994) y la Escala Visual de Satisfacción Corporal para Mujeres Adolescentes de Gardner, Stark, Jackson y Friedman (1999). Se tomó una muestra de 257 mujeres estudiantes de nivel bachillerato con edades de 15 a 19 años de edad, quienes presentaron una puntuación elevada en las conductas de riesgo, correlaciones adecuadas en las subescalas del Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal con la conducta alimentaria y no presentaron un riesgo en la insatisfacción corporal. En dicho estudio, se encontró que en 66.0% de las mujeres influye la publicidad y los modelos sociales y por otra parte, el 34.0% indicaron tener satisfacción corporal e insatisfacción así mismo la presencia de malas actitudes alimentarias en las participantes de esta investigación, por ende, es importante recalcar que existe influencia de la presión social para llegar a tener el ideal estético a través de los modelos sociales y así manifestar una alteración de la imagen corporal.

Otro estudio realizado por Míguez, De la Montaña, González y González (2011) tuvo por objetivo identificar posibles alteraciones de la conducta alimentaria en universitarios de España por medio de la autopercepción de su imagen corporal, con el fin de saber si existen casos de obesidad e insatisfacción corporal tanto en hombres como mujeres. Se determinó el índice de masa corporal (IMC), además, se aplicaron cuestionarios como el Eating Disorders Inventory de insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar (EDI-IC; EDI-OD) de Garner, Olmstead y Polivi (1983). Se utilizó una muestra total de 145 universitarios, 107 mujeres en edades de 25 a 29 años y 38 hombres en edades de 25 a 33 años, quienes en su mayoría

presentaron normopeso; además, en las mujeres no se presentaron casos de obesidad y los hombres no presentan bajo peso, sin embargo, en casi la mitad de la mujeres y hombres manifestaron distorsión en su imagen corporal respecto a los valores del IMC, ya que los hombres subestiman su peso y las mujeres tienen subestimación y sobrestimación; por lo tanto, en esta investigación se encontró que las mujeres son las que están más insatisfechas con su imagen corporal, ya que presentan sobrepeso o bajo peso, además, se encontró que hay mujeres que tienen obsesión por adelgazar y son las que se encuentran en un límite superior del normopeso. Por otro lado, se encontró que los hombres manifiestan sobrepeso y obesidad, por lo que son los más insatisfechos y los más obsesionados por tener un cuerpo más delgado. Por ende se puede señalar que las alteraciones de la imagen corporal afectaron a más de la muestra, 55.0% que son mujeres manifiestan insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar y 63.0% que son hombres presentan insatisfacción de su figura y más obsesión por adelgazar, siendo más en los hombres que mujeres. Por otro lado, las mujeres piensan que tienen unos kilos de más y son las que tienen insatisfacción en su imagen corporal y este hecho podría encaminarlas a algún trastorno de la conducta alimentaria; sin embargo, es importante recordar que los hombres son los que están en más riesgo, ya que tienen sobrepeso y obesidad.

Por otra parte Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez (2010) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue identificar la relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y el índice de masa corporal en adolescentes con el fin de saber si los adolescentes son más propensos a tener insatisfacción corporal; dicho estudio fue llevado a cabo de manera descriptiva, correlacional y comparativa, por lo cual, se utilizó un cuestionario llamado Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), el cual mide la insatisfacción corporal y preocupación por la figura. En este estudio se utilizó una muestra conformada de 231 alumnos de nivel secundaria de la ciudad de Zacatecas, México, en edades promedio de 13 años. De acuerdo a los resultados los alumnos mostraron insatisfacción corporal de manera leve y moderada, además existió una

prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad; cabe mencionar que en la investigación se encontró una correlación significativa entre el IMC y la insatisfacción de la imagen corporal, puesto que es más prevalente en mujeres que en hombres, es decir, las mujeres a mayor IMC tienen más insatisfacción corporal, donde 17.7 % presentaron insatisfacción leve y 0.5% insatisfacción moderada, lo que indica 18.2% de insatisfacción corporal y por otro lado 81.8% de los adolescentes no mostraron insatisfacción con su imagen corporal. Por lo anterior, se obtuvo que el índice de masa corporal es un factor que está en relación a la insatisfacción de la imagen corporal y por ende los adolescentes lo ven muy arraigado a ellos, en este caso a las mujeres, ya que manifestaron que entre más índice de masa corporal tengan son más dispuestos a tener insatisfacción corporal.

Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela (2003), realizaron una investigación la cual tenía por objetivo identificar los factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con el fin de diseñar programas de prevención referente a estos trastornos y así mismo disminuir los problemas en salud de este tipo. Esta investigación se hizo de tipo descriptivo, transversal; puesto que se aplicaron ciertos cuestionarios como: Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979) el cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994) y el de Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos, Moos y Trickett (1987). Dichos instrumentos evalúan las conductas y actitudes en relación a la comida, peso y ejercicio; la influencia que ejercen los agentes en el individuo y situaciones que transmiten el modelo estético prevalente de figura corporal y las relaciones de la familia, elementos que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Dicha investigación tuvo una muestra total de 789 alumnos de nivel secundaria en un rango de 12 a 15 años de edad, de 5 instituciones rurales y urbanas de España, quienes mostraron desnutrición ligera, síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y vulnerabilidad por la presión de los medios de comunicación. Por otra parte se detectaron relaciones en cuanto las puntuaciones respecto cuestionario

CIMEC y EAT, además, los alumnos de la zona rural presentaron mayor puntuación en el EAT y CIMEC, puesto que los de zona urbana tuvieron menor puntuación. De acuerdo a lo que se observó de esta investigación, una parte de la población estudiada está en riesgo de manifestar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Esta entendido que los TCA pueden prevenirse, por tal motivo al realizar evaluaciones sobre alimentación, con los individuos y familias, constituye una forma más eficaz para detectar y prevenir problemas de salud, por lo que al tener esta problemática da una pauta para diseñar programas preventivos, ya que no se han realizado y ejecutado bastantes programas referentes a los TCA.

Otro tipo de investigación hecha por López, Solé y Cortés (2008) tuvo por objetivo observar la manera en que se perciben los adolescentes en relación a su propio cuerpo, a través de manifestaciones sobre la satisfacción e insatisfacción corporal, con el fin de estimar la prevalencia de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA). En dicho estudio se aplicaron 2 cuestionarios: Cuestionario de Imagen Corporal (CIC) de Jenaro, Flores, Bermejo y Cruz (2011) y el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), tales instrumentos miden la insatisfacción corporal y preocupación por la figura, mientras que el otro mide el área de la percepción por partes y en general del cuerpo; ya que el método utilizado en esta investigación fue de tipo transversal. Se utilizó una muestra de 200 participantes de la ciudad de Tarragona España, los cuales se redujeron, ya que 17 alumnos no contestaron adecuadamente los cuestionarios dejando un total de 183 alumnos de nivel bachillerato en edades de 12 a 18 años. En este estudio se menciona que las mujeres presentaron más insatisfacción con partes de su cuerpo, mientras que los hombres tienen el deseo de tener mayor masa muscular y un cuerpo más voluminoso; sin embargo, en base a los resultados de los instrumentos, se encontró que no presenta un problema la imagen corporal en 91% de los hombres, ya que 9.0% de ellos y 21.0% de las mujeres manifestaron preocupación extrema por su figura y peso, aunque por otra parte, no se descarta la idea de que podían desarrollar algún

TCA, puesto que algunas chicas poseen síntomas de TCA, por lo tanto podemos señalar que las mujeres están más descontentas por su imagen corporal, hecho que las hace más vulnerables, ya que manifiestan más preocupación por la imagen corporal y las conduce a estar en mayor riesgo de presentar un trastorno en la conducta alimentaria. Por otro lado, los hombres están más conformes con su cuerpo, aun que manifiestan que desearían tener un cuerpo más esbelto.

En un estudio realizado por Ramos, Rivera y Moreno (2010) tuvo por objetivo examinar la muestra más representativa de adolescentes españoles en cuanto su distribución de índice de masa corporal y conductas de dieta, además de conocer cómo y cuánto afectan los cambios corporales en cuanto hombres y mujeres, puesto que se pretende saber las diferencias que manifiestan los participantes de esta investigación entre el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, el índice de masa corporal, la percepción y satisfacción de la imagen corporal y las conductas para controlar el peso. Dicha información se obtuvo por medio del cuestionario internacional Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2006), promovido por la Organización Mundial de la Salud (1986), el cual recoge datos sobre los estilos de vida de los adolescentes, por otra parte, para conocer la imagen corporal de los adolescentes se aplicó una pregunta de la auto percepción y otro cuestionario llamado Body Investment Scale (BIS) de Orbach y Mikulincer (1998) el cual mide la satisfacción corporal. De acuerdo con la investigación se utilizó una muestra total de 21,811 estudiantes de zonas urbanas y rurales en edades de 11 a 18 años de un centro educativo privado, quienes presentaron un índice de masa corporal muy ajustada mayor en mujeres que en hombres, pero también manifestaron un nivel menor de sobrepeso y obesidad. En este estudio se encontró que las mujeres son las que se perciben más obesas, con mayor insatisfacción de la imagen corporal y las que realizaban con frecuencia dietas para adelgazar. Por otra parte, se encontró que 11.7% de satisfacción corporal en hombres y 30.6% en mujeres, es decir, 88.3% de los hombres manifiestan insatisfacción corporal y 69.4% de las mujeres se perciben más obesas y con mayor insatisfacción de la imagen corporal, dado estos resultados se alude que

están más insatisfechas con su cuerpo a distinción de los hombres. De acuerdo a este estudio, se ha entendido que los adolescentes presentan importantes diferencias tanto en hombres como en mujeres respecto a su imagen corporal, ya que las mujeres son las que están más insatisfechas con su cuerpo a distinción de los hombres.

2.5 Factores que influyen en la imagen corporal

2.5.1 riesgo.

La insatisfacción corporal se concentra en aspectos cognitivo y afectivos, donde la insatisfacción con el cuerpo presenta sentimientos negativos que nuestro cuerpo manifiesta, además de alteraciones que conducen a la distorsión de la imagen corporal y cuando el cuerpo se estima en su tamaño y su forma, la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se aceptan, por lo que rechazan la realidad y utilizan la mente generando malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, en pocas palabras, hablamos de trastornos de la imagen corporal (Salaberria, 2007).

Aunque la imagen del cuerpo se ha estudiado oficialmente desde la primera parte del siglo XX, un inmenso crecimiento del interés académico sobre esta área ha ocurrido en los últimos 25 años, ya que durante este tiempo la investigación se ha centrado en la calificación básica y cuantificación de la perturbación de la imagen corporal y se ha trasladado a un estudio asociado a los factores psicológico y fisiológico (Dionne & Davis, 2004).

Por otro lado, el trastorno dismórfico se ha definido como una preocupación excesiva por un defecto corporal. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e incomodidad gravemente en la vida cotidiana del sujeto ocasionando problemas con las relaciones personales. En cuanto los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen, específicamente cuando el paciente se expone a situaciones en las que puede ser observado en niveles como (Salaberria, 2007):

- Nivel psicofisiológico: son las respuestas de activación del sistema nervioso autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).
- Nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y relajación, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobrestimación, subestimación y autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo.
- Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

A nivel cognitivo se han identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de su figura (Salaberria, 2007):

- La gente se da cuenta del error de la apariencia.
- La apariencia física es signo de cómo el individuo es interiormente.
- Si se pudiera cambiar como se desea, la vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera como es el individuo realmente les gustaría.
- Si se controla la apariencia, se controla la vida social y emocional.
- La apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en la vida.
- Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
- Si se modifica la apariencia le gustaría más su cuerpo.

Se han realizado estudios donde existe una relación entre la reflexión cognitiva y el desastre o el disgusto por la imagen en el estado del cuerpo del individuo, puesto que se observa como los adolescentes tienen sus comportamientos negativos influenciados por el contexto social (Etu & Gray, 2010).

En las personas con trastorno de la imagen corporal, perciben o mantienen la ideología de obtener la necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado ante la sociedad, necesidad de verse ante los demás como una apariencia física perfecta y la creencia de que es de manera desagradable que la sociedad les vean imperfecciones corporales (Roberts & Good, 2010).

Es importante mencionar que el neuroticismo es una razón que puede moderar el impacto sobre las imágenes corporales, puesto que hay una inestabilidad emocional en el individuo (Roberts & Good, 2010).

Se sabe que cada persona es diferente, sin embargo, existen ciertos factores familiares, socioculturales, y psicológicos que sobresalen en los individuos que manifiestan esta enfermedad, algunos de ellos son: como el perfeccionismo corporal, baja autoestima, aceptación de su apariencia por parte de la sociedad, miedo a responsabilidades y críticas familiares o de amistades (Médica Sur, 2013).

Para Salaberria (2007), considera que existen ciertos factores de riesgo para el desarrollo de insatisfacción corporal:

- a) Sociales y culturales: aquí se propone un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal, es decir, tener una preferencia y aprecio por la delgadez del cuerpo, la negación de la gordura, y la manipulación del peso corporal.

Manifestación de una presión social para ser delgado, problemas de rol, recalcar la delgadez como algo bueno, rechazo a la obesidad, se observa el fracaso y la soledad (Médica Sur, 2013).

- b) Modelos familiares y amistades: las figuras importantes como son los padres que exageradamente están preocupados por el cuerpo y el atractivo, haciendo que un niño aprenda esas actitudes. Por otro lado, se

crítica y se practican las burlas hacia el cuerpo por parte de la familia o grupo de pares lo que hace a una persona más vulnerable.

Manifiestan dietas, el peso, y la figura corporal con la aceptación de la sociedad (Médica Sur, 2013).

- c) Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

Cambios de tipo emocional, ansiedad, problemas de personalidad y problemas sociales como pérdida de salud, seres queridos economía baja, etcétera (Médica Sur, 2013).

- d) Desarrollo físico: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- e) Otros factores: los problemas de salud como la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc.

Las preocupaciones por la imagen corporal comienzan desde la edad de seis años y es influenciada por muchos factores, incluyendo las características físicas del individuo, la personalidad, las experiencias interpersonales y socioculturales. Posteriormente, durante la adolescencia son los desafíos del desarrollo, tales como la pubertad, la sexualidad y los roles de género, puesto que también son influidos por la imagen corporal (Mulasi-Pokhriyal & Smith, 2010).

También se considera que la influencia de los pares es una construcción global, sin embargo, las reacciones que esta tiene varían en la percepción de la insatisfacción corporal y la dieta a través de la comparación delgado ideal y social (Materaa, Nerinib, & Stefanile, 2012).

Cabe mencionar que la familia representa también una importante influencia social con valores comportamientos y actitudes que son transmitidas a través del tiempo, por tal motivo, se observa que la influencia de la familia y el papel que los padres tienen en el desarrollo del adolescente se extiende hasta la adultez, por tal motivo, se considera como uno de los factores para que el adolescente tenga una percepción sobre su figura, ya que los padres son los que regalan esa cultura o ideología de cómo debe ser la imagen corporal basándose en la ingesta de alimentos considerando que un cuerpo delgado es bello y lo gordo es feo (Kluck, 2010).

Otro factor de riesgo es la baja autoestima, ya que es un aspecto fundamental del individuo sobre la imagen corporal, en donde algunas variables como es caso de la personalidad, se encuentran afectadas por la baja autoestima, tales como la inseguridad, dependencia, sentimiento de ser diferente ante la sociedad y sensibilidad, son influenciadas por el deterioro de la autoestima a causa de la insatisfacción corporal (Sánchez, 1997).

Por otro lado la anorexia nerviosa ha sido concebida como patología que se relaciona con la depresión, ya que se puede afirmar que los jóvenes que padecen de esta enfermedad pueden presentar a gran escala la depresión. Así que la depresión ha sido vista como uno de los factores de riesgo con padecimientos que más se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria (Guadarrama, 2008).

De acuerdo con una investigación realizada en Colima, México, se encontró un factor de riesgo, donde la publicidad y los modelos sociales influyen para

presentar insatisfacción corporal, así como la presencia de malas actitudes alimentarias en las participantes de la investigación; por ende es importante recalcar que existe influencia de la presión social para llegar a tener el ideal estético a través de los modelos sociales y así manifestar una alteración de la imagen corporal (Figueroa-Rodríguez et al., 2010).

En otra investigación se encontró que el índice de masa corporal es un factor de riesgo que está en relación a la insatisfacción de la imagen corporal y por ende los adolescentes lo ven muy arraigado a ellos; en este caso a las mujeres, ya que manifestaron que entre más índice de masa corporal tengan son más dispuestos a tener insatisfacción corporal (Trejo et al., 2010).

2.5.2 protección.

Como factores de protección se identificaron los siguientes:

Terapia cognitivo conductual: lo cual se refiere a la prevalencia de una conducta alimentaria y relación interpersonal saludable, para que sus conductas sean más adecuadas y así puedan afrontar las situaciones que se presenten, para que a futuro se puedan reponer los hábitos y reducir la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas de bulimia, vómitos y restricción de dieta (Raich, 1994).

Alta autoestima: al tener este comportamiento mejora las actitudes, valores y juicios, lo cual forma una idea positiva de mismo individuo implicando con ello un comportamiento y una actitud consecuente (Sánchez, 1997).

Apoyo emocional: es el comportamiento que se debe manifestar en afecto, cariño, empatía, etc. (Quiles, 2002).

Apoyo instrumental: realiza acciones o proporciona materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos (Quiles, 2002).

Apoyo social informacional: reúne todas las intervenciones que se refieren a aconsejar, explicar e informar mediante el apoyo de personas cercanas al individuo como parientes, vecinos, familiares, amigos hasta profesionales de salud, es decir, compone de toda un red social como fuente de apoyo, por lo que se ve reflejada como un aumento en la autoestima y una la capacidad de enfrentarse con los problemas que se presentan (Quiles, 2002).

En una investigación hecha en España se encontró que un factor de protección es la prevención, ya que al realizar evaluaciones sobre alimentación, con los individuos y familias, constituye una forma más eficaz para detectar y prevenir problemas de salud, por lo que al tener esta problemática da una pauta para diseñar programas preventivos, ya que no se han realizado y ejecutado bastantes programas referentes a los TCA, y por ende se pretende disminuir este problema sobre todo en los adolescentes (Díaz, Rodríguez, Martín & Hiruela, 2003).

2.6 Intervenciones para prevenir las alteraciones de la imagen corporal

Una investigación realizada por Dalle, de Luca y Campello (2001) y cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de un nuevo programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria escolar, destinado a reducir la restricción dietética y el nivel de preocupación respecto a la forma y peso, se diseñó un programa de intervención y posteriormente se ejecutó durante seis sesiones y cada sesión duró dos horas. Después de seis meses el grupo intervención recibió dos sesiones de refuerzo de dos horas en dos semanas consecutivas. Se tomó una muestra de 106 personas entre 11 y 12 años de edad, 61 mujeres y 45 hombres, donde 55 de ellos participaron en el programa en el grupo intervención y los otros 51 estudiantes formaron parte del grupo control. Los instrumentos que se utilizaron son: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994); Eating Attitudes Test (EAT) versión infantil de Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel (1982), Maloney, McGuire y Daniels (1988); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) de Rosenberg (1965) y un cuestionario de conocimiento. Se encontró que el programa de alimentación escolar puede mejorar los

conocimientos y las actitudes de algunos jóvenes estudiantes adolescentes, por ende se puede señalar que un programa de intervención puede mejorar el aprendizaje en los estudiantes, ya que pueden adoptar nuevas actitudes y cambios en sus comportamientos negativos, lo que disminuye su preocupación por la figura corporal.

Otra investigación realizada por Escoto, Mancilla y Camacho (2008), la cual tuvo por objetivo Investigar los efectos de dos formas (didáctico e interactivo) de un programa de prevención universal sobre actitudes hacia la figura y el peso, comportamientos alimentarios, la influencia de los modelos estéticos del cuerpo y la autoestima, por lo que se enfocó en desarrollar la implementación y evaluación de un programa de prevención de trastorno alimentario en niños y niñas de 5to grado de nivel escolar, con el fin de poder observar los cambios en los comportamientos interactivos de los niños y niñas. Dichos programas se ejecutaron en ocho sesiones, cada una de las sesiones de 90 minutos. Se tomó una muestra de 61 mujeres y 59 hombres en edades de 9 a 11 años. Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación de los programas son: Actitudes Alimentarias de los niños (CHEAT) de Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel (1982); Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987); Test de Bulimia (BULIT-R) de Smith y Thelen (1984); Cuestionario de la Influencia de los Modelos Estéticos del Cuerpo (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994) y el Inventario infantil de autoestima de los niños (PAI) de Caso (1999). En este estudio se encontró que existieron cambios significativos en hombres y mujeres de acuerdo a los siguientes criterios como insatisfacción corporal, sobrepeso, influencia en los modelos estéticos del cuerpo, autoestima y síntomas de trastornos alimentarios, por ende se observó en el estudio que tanto hombres como mujeres presentan insatisfacción con su imagen corporal, ya que se ven influenciados por factores socioculturales al adoptar un cierto modelo estético, y que su autoestima se vio afectada, así como la presencia de síntomas de trastornos alimentarios, los cuales existen por efecto de presentar problemas con su figura corporal.

En otra investigación que se llevó a cabo por Killen, Barr, Hammer, Litt, Wilson, Rich, Hayward, Simmonds, Kraemer y Varandy (1993), tuvo por objetivo modificar las actitudes alimentarias y las prácticas de regulación de peso no saludables en mujeres adolescentes, por lo que se diseñó un programa de intervención para ser evaluado y medir su eficacia; dicho programa estuvo conformado por 18 sesiones, donde cada sesión duró 50 minutos, además, se aplicaron temas de efectos nocivos en la regulación del peso no saludable, ganancia de peso normal en la pubertad, alteraciones del peso debidas a la restricción calórica, efectos psicológicos asociados a las dietas (atracción o restricción), beneficios de la nutrición y el ejercicio en la regulación saludable del peso, resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez y la dieta e Información sobre los TCA. Por otra parte, se tomó una muestra de 967 mujeres de sexto y séptimo grado, entre 11 y 13 años de edad de cuatro escuelas en el norte de California. El instrumento que se utilizó para la evaluación de este programa fue la sección de bulimia nerviosa de la (SCID) Structured Clinical Interview for disorders DSM-III-R de Spitzer, Williams y Gibbon (1987) utilizado para evaluar síntomas de anorexia y bulimia nerviosa; un cuestionario de 24 ítems; Test de Escala de Restricción de Herman, Polivy, Pliner y Threlkeld (1978) y el Cuestionario de Síntomas de TCA de Kraemer (1992). En este estudio se encontró que existió un aumento significativo entre el conocimiento de las niñas que recibieron la intervención y los estudiantes de alto riesgo referentes a sus actitudes alimentarias, además, solo existió un efecto estadísticamente significativo en el índice de masa corporal de los participantes, por ende se puede señalar que no se cumplieron los objetivos que se plantearon, ya que al aplicar el programa de intervención no se lograron modificar las actitudes alimentarias, así como las prácticas de regulación de peso.

En una investigación elaborada por Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright y Hanson (1997), y cuyo objetivo fue mostrar los cambios en las conductas alimentarias de las mujeres universitarias, realizaron un programa de intervención, el cual consistió en un debate de 90 minutos al que asistieron grupos de 10 a 20 participantes a la vez. Se trataron temas como información sobre los TCA,

síntomas físicos y psicológicos de los TCA, consecuencias físicas y psicológicas de los TCA, tratamiento de los TCA, etc., además, se utilizó una muestra de 788 estudiantes de 17 a 20 años de edad, donde 597 estudiantes (de 788) han completado la encuesta en tiempo 1, mientras que 342 estudiantes (de 788) lo hicieron en el tiempo 2 y 444 de los estudiantes (de 788) lo hicieron en tiempo 3. Los instrumentos que se utilizaron son: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) de Rosenberg (1965); Subescala Body Appearance del multidimensional self-Esteem Inventory (MSE-I) de O'Brien y Epstein (1988) y el Ways of Coping Questionnaire de Forkman y Lazarus (1988). De acuerdo con los resultados de esta investigación, se encontró que el programa de prevención evaluado aquí no impidieron o disminuyeron las conductas de trastornos alimentarios en los estudiantes y respecto a la prevención primaria y análisis exploratorio; mostraron que los estudiantes que participaron en el programa informaron ligeramente más síntomas de trastornos de la conducta alimentaria que los estudiantes que no asistieron al programa de prevención, a pesar de que no hubo diferencias entre los dos grupos de los estudiantes antes de la intervención. Se puede señalar que las mujeres universitarias tienen problemas con sus comportamientos alimentarios, puesto que en los debates que se hicieron, ellas manifestaron tener conductas restrictivas alimentarias, además, no adoptaron conocimientos para prevenir síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, lo cual, las hace ver afectadas en su salud de manera física y mental.

Otra investigación llevada a cabo por Santonastaso, Zanetti, Ferrara, Olivoto, Magnavita y Favaro (1999), tuvo por objetivo identificar la efectividad de un programa preventivo sobre la presencia de actitudes alimentarias negativas, en dicho programa, se llevaron a cabo cuatro sesiones de dos horas cada sesión. Se trataron temas como cambios de peso durante la pubertad, importancia de la apariencia física y la imagen del cuerpo, relaciones interpersonales, información sobre los TCA y actitudes hacia la comida y las dietas. Se ocupó una muestra de 308 alumnos de 16 años de edad, de los cuales 154 participaron en el programa

de prevención y 154 formaron el grupo control. Por otra parte, los instrumentos que se utilizaron son: Eating Attitudes Test (EAT-40) Garner y Garfinkel (1979); y Eating Disorders Inventory (EDI) de Garner, Olmstead y Polivi (1983); además, se midió el índice de masa corporal para cada participante. De acuerdo con los resultados de esta investigación, se encontró que existió una disminución en la insatisfacción corporal del grupo de bajo riesgo, sin embargo, en el grupo de alto riesgo no hubo disminución, además, no hubo diferencias significativas en el IMC y en aspectos de alimentación. De acuerdo con esta investigación, se señala que un programa que contiene información sobre los trastornos de la conducta alimentaria no induce a conductas alimentarias negativas, por otro lado, el género femenino es el que presenta un mayor riesgo de presentar un TCA, por lo que ellas necesitan más apoyo en este problema, por ende es importante mencionar que el programa fue más efectivo en las personas de bajo riesgo que en las de alto riesgo.

Por otra parte, en una investigación que llevo a cabo Winzelber, Eldredge, Wilfley, Eppstein, Dasmahapatra, Dev, y Taylor (2000), tuvo por objetivo mejorar la satisfacción del cuerpo y reducir las preocupaciones de peso y forma que han demostrado ser factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres adolescentes, por lo que se llevó acabo la implementación de un programa de intervención, el cual estuvo formado por 8 sesiones, cabe mencionar que el tiempo vario en la aplicación de cada una de las sesiones y dicho programa se aplicó en un tiempo de 3 meses, utilizando una muestra de 60 participantes, los cuales se dividieron; 31 para grupo intervención y 29 para grupo control. Por otro lado, los instrumentos que se utilizaron son: Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987); Eating Disorders Inventory (EDI-DT y EDI-B) de Garner, Olmstead y Polivi (1983); Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) subescala de preocupación por el peso y subescala de preocupación por la figura de Fairburn y Beglin (1994); Social Support Scale adaptada de la Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS) de Dahlem, Zimet y Walker (1991) y un

cuestionario de 24 preguntas abiertas. Por otra parte, después de aplicar el programa de intervención, se encontró que existieron diferencias solo en la Insatisfacción corporal y en la motivación para adelgazar de los participantes. Al comparar los grupos de alto riesgo, se observó que las puntuaciones fueron inferiores en el grupo con intervención y que existió la preocupación por la figura corporal y preocupación por el peso en los participantes. Se señala que un programa impartido por Internet como el de *Students Bodies*, sugiere que puede mejorar la satisfacción del cuerpo de las mujeres. Por otro lado, no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y control; además, no se encontraron diferencias significativas entre la intervención y los grupos control del el BSQ y EDI en la unidad de subescala delgadez. Finalmente se observó que este estudio demuestra que los cambios significativos en la insatisfacción de la imagen corporal pueden ser producidos por la terminación de un programa de Computer-assisted health education (CAHE).

Otro programa de prevención realizado por Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía (2010), tuvo por objetivo evaluar el impacto de un programa de prevención selectiva diseñado para modificar las alteraciones de la imagen corporal. Dicho programa estuvo estructurado en siete sesiones, cada sesión duro dos horas y se aplicaron dos sesiones por semana. Participaron 15 mujeres de 15 a 18 años de edad escogidas de una escuela de nivel bachillerato, además, se escogieron aleatoriamente y se dividieron en un grupo intervención y grupo control. Los instrumentos que se utilizaron son: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987); Escala de Evaluación de Siluetas (CDRS), de Thompson y Gray (1995) y Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) de Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt (1991). De acuerdo con los resultados de este programa se encontró que las participantes del grupo intervención disminuyeron significativamente sus puntuaciones en diferentes actitudes respecto a la imagen corporal, sin embargo, en el grupo control si existió insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal. Por otra parte se encontró que las participantes del grupo intervención disminuyeron la evitación de

actividades sociales respecto al (BIAQ). Estos hallazgos señalan que al realizar programas de intervención, permiten a los participantes recibir retroalimentación, así como la adopción de nuevas conductas positivas hacia su propio cuerpo, además, la reflexión del rol que tienen los medios de comunicación y la presión social que se realiza para alcanzar el ideal corporal de delgadez, podría influir en las decisiones de las mujeres, puesto que les permite adoptar una postura crítica ante esto.

Como pudo observarse, las alteraciones de la imagen corporal tienen una prevalencia en el grupo etario de los adolescentes y de acuerdo con las investigaciones anteriores, se ha entendido que el género femenino es el que presenta más insatisfacción corporal y preocupación por su cuerpo, ya que se ven más influenciadas por los medios de comunicación, amigos o familia respecto a los modelos estéticos de belleza, lo que las lleva a tener otras conductas negativas de tipo alimentario, sin embargo, el género masculino no manifiesta tanto la insatisfacción corporal, es decir, su imagen corporal no es un problema pero aun así desearían tener un cuerpo más esbelto y voluptuoso.

Aunque por otra parte, con la buena elaboración y adecuada ejecución de programas se pueden disminuir conductas alimentarias negativas, si es que llegasen a presentar insatisfacción corporal los adolescentes. Esto se alude, ya que al observar estas investigaciones, se encontró que los adolescentes si pueden disminuir sus conductas negativas respecto a su alimentación, así como el disminuir sus alteraciones de la imagen corporal, sin embargo, es importante señalar que se deben realizar más programas de prevención como estos, ya que no existen muchos en México y los que hay por lo regular no son evaluados.

Es importante mencionar que las alteraciones de la imagen corporal son un problema de salud pública para la población de adolescentes, por lo que es necesario mencionar que el diseño, desarrollo y ejecución de más programas respecto a las alteraciones de la imagen corporal y trastornos de la conducta

alimentaria son importantes, puesto que se busca prevenir estos problemas tanto de manera individual como colectiva y así mismo disminuir la preocupación de la imagen corporal tanto en las mujeres como en los hombres si es el caso.

Capítulo 3. Método

3.1 Tipo de estudio

Fue un tipo de estudio explicativo, puesto que se derivaron variables como la baja autoestima, depresión, influencia de los medios de comunicación y trastorno alimentario, los cuales tienen una prevalencia en la problemática de las alteraciones de la imagen corporal y por este motivo que se dieron argumentos relacionando estas variables.

3.2 Diseño de investigación

Este tipo de diseño de investigación fue cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal. Puesto que se realizó una medición de manera presente a futuro, ya que no hay asignación al azar y por diversas problemáticas existe menor control sobre las variables independientes.

3.3 Participantes

La investigación quedó estructurada por 2 grupos de 25 alumnos cada uno, escogidos intencionalmente entre edades de 14 a 15 años, de una Escuela Secundaria Técnica del municipio de Nezahualcóyotl, (25 participantes asignados al grupo con intervención y 25 al control en lista de espera), con una edad promedio de 14.22 años, donde la mayoría son del género femenino ($n=27$) a comparación del género masculino ($n=23$).

3.4 Instrumentos

3.4.1 Test de Actitudes Alimentarias.

Para medir las alteraciones de la imagen corporal en los adolescentes, se utilizaron dos cuestionarios, como el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Es un cuestionario que consta de 40 ítems con seis opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre”. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40. Dicho test fue elaborado y validado en Canadá por Garner y

Garfinkel en 1979, posteriormente, su validación en México fue realizada por Álvarez, Franco, Mancilla y Vázquez en el año 2002; además tiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .72 para muestras no clínicas, y de .16 para la clínica. En cuanto a la validez factorial, el instrumento está conformado por seis factores que permiten explicar 37.2% de la varianza total: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, observaciones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios y conductas compensatorias (Guadarrama, Domínguez, López & Toribio, 2008; Anexo 1).

La confiabilidad de prueba postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de 28 o más puntos (Álvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez, 2002; Mintz & O'Halloran, 2000).

3.4.2 Escala de Evaluación de Siluetas.

El segundo test que se utilizó se llama Escala de Evaluación de Siluetas, conformada de 9 figuras humanas a escala, hombre y mujer, según sea el caso, estas figuras van desde una figura muy delgada a la más gruesa; la primera hilera va de cómo se percibe el sujeto y la segunda hilera es para que elija su compleción física ideal; el coeficiente de Pearson de fiabilidad (test-retest) de la prueba es $r=.78$ ($p<.05$), esta escala fue adaptada e informatizada por Gastélum y Blanco en el 2006 de la versión original "Contour Drawing Rating Scale" (CDRS) de Thompson y Gray en 1995, no se han establecido puntos de corte para este test (Gastelum, 2010; Rodríguez & Cruz, 2006; Anexo 2).

3.5 Programa de intervención

El programa de intervención fue diseñado para poner en práctica actividades que ayudaron a solucionar los factores de riesgo o bien prevenir enfermedades, es

decir, problemas arrojados de acuerdo a los instrumentos aplicados; en este caso fue en la “Escuela Secundaria Técnica 105 Calpulli” donde se obtuvieron dichos resultados.

El programa consistió en siete sesiones las cuales fueron programadas de un día a la semana, en un periodo que fue de un mes; cada sesión duro solo una hora y es donde se llevaron a cabo diversas técnicas didácticas como la aplicación de cuestionarios, exposiciones, presentaciones, sociodramas, etc., contando con ciertos recursos y materiales de acuerdo con los objetivos de cada sesión; de tal manera que se realizaron con el fin de disminuir las alteraciones de la imagen corporal y así mismo identificar los síntomas que presentaron antes y después de la intervención, para así finalmente determinar el impacto que tuvo el programa de intervención en los alumnos de la “Escuela Secundaria Técnica 105 Calpulli”. Para una descripción detallada ver anexo 3.

3.6 Procedimiento para aplicar instrumento

Se solicitó una autorización para acudir a los salones participantes (anexo 4). La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal dentro del salón de clases en el horario escolar, además, se especificó que la información que ellos brindaron fue con fines de investigación y que los datos proporcionados fueron confidenciales, por lo que se obtuvo el consentimiento informado tanto de los participantes como de los padres que participaron en la investigación. A un grupo se le realizó una intervención, mientras que el otro grupo fue control en lista de espera. Después de la intervención se aplicó nuevamente los cuestionarios a ambos grupos para así comparar los resultados.

3.7 Plan de análisis

Una vez aplicados los instrumentos, los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS versión 19 para comprobar las hipótesis, ya que se llevó a cabo una descripción inferencial de lo observado con lo planeado, por otro lado, no se hizo con las variables de la investigación, ya que no se aplicaron instrumentos que

midieran los factores como la influencia de los medios de comunicación, baja auto estima, depresión, burlas y factores familiares.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Pruebas estadísticas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la prueba donde se hace la comparación con el grupo intervención y grupo control. En relación con las actitudes alimentarias y la figura corporal.

Por otra parte, para tantear si existían efectos multivariados de la interacción tiempo grupo para los factores del EAT, se realizó un análisis de medidas repetidas para saber la significancia de cada factor como la motivación para adelgazar, restricción alimentaria, bulimia, preocupación por la comida, presión social percibida y el total. Los resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Efectos multivariados de la interacción tiempo X grupo para los factores del EAT

Efecto	<i>F</i>	<i>p</i>
Medida MA	0.57	0.45
Medida RA	0.77	0.38
Medida B	0.74	0.39
Medida PC	0.78	0.37
Medida PSP	0.20	0.65
Medida TOT	0.92	0.34

MA = motivación para adelgazar; RA =restricción alimentaria; B =bulimia; PC= preocupación por la comida; PSP = presión social percibida TOT= total; *F* = análisis de varianza de medidas repetidas y *p* = significancia.

El análisis de los efectos multivariados de la interacción tiempo X grupo para los factores del EAT, indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en la motivación para adelgazar, la restricción alimentaria, la bulimia la preocupación por la comida, la presión social percibida y el total, por lo que puede observarse que no son factores que influyan en el grupo de intervención y control.

Para cumplir con el objetivo de identificar los síntomas antes y después de la intervención sobre las alteraciones de imagen corporal, se realizó una prueba t para muestras relacionadas, donde los resultados se presentan en la tabla 2 del grupo de intervención.

Tabla 2.

Medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo intervención.

Pregunta	PRE M (DE)	POST M (DE)	t
1.-Me gusta comer con otras personas.	0.32 (0.63)	0.32 (0.63)	0.00
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me las como.	0.04 (0.20)	0.16 (0.62)	1.00
3.-Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.	0.12 (0.60)	0.12 (0.60)	0.00
4.-Me da mucho miedo pensar demasiado	0.12 (0.60)	0.20 (0.71)	0.42
5.-Procuro no comer aunque tenga hambre	0.16 (0.62)	0.24 (0.83)	0.63
6.-Me preocupa mucho por la comida	0.40 (0.96)	0.16 (0.55)	1.66
7.-A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	0.12 (0.60)	0.24 (0.83)	1.00
8.-Corto mis alimentos en trozos pequeños.	0.52 (0.92)	0.56 (1.04)	0.23
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	0.16 (0.55)	0.20 (0.65)	0.25
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	0.08 (0.40)	0.28 (0.84)	1.04
11.-Me siento lleno(a) después de las comidas.	1.76 (1.27)	1.60 (1.26)	0.63
12.-Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	0.40 (1.00)	0.20 (0.58)	1.00
13.-Vomito después de haber comido.	0.00 (0.00)	0.12 (0.60)	1.00
14.-Me siento culpable después de comer.	0.00 (0.00)	0.08 (0.40)	1.00
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)	0.24 (0.72)	0.24 (0.83)	0.00

16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías	0.52 (1.05)	0.36 (0.86)	0.78
17.-Me peso varias veces al día	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00
18.-Me gusta que la ropa me quede ajustada	1.48 (1.12)	1.36 (1.11)	0.77
19.-Disfruto comiendo carne.	0.80 (1.12)	0.96 (1.06)	0.70
20.-Me levanto pronto por las mañanas.	1.08 (1.35)	1.20 (1.29)	0.44
21.-Cada día como los mismos alimentos	0.16 (0.62)	0.20 (0.71)	0.23
22.- Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio	0.56 (1.16)	0.52 (0.96)	0.19
23. HOMBRES: No ha disminuido mi interés sexual MUJERES: Tengo la menstruación regular.	1.28 (1.34)	1.76 (1.27)	2.30*
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	0.40 (0.91)	0.32 (0.90)	0.37
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0.44 (0.96)	0.56 (1.16)	0.59
26.-Tardo en comer más que las otras personas	0.40 (0.82)	0.24 (0.72)	1.45
27.-Disfruto comiendo en restaurantes.	1.04 (1.02)	1.32 (1.25)	1.10
28.-Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00
29.-Procuró no comer alimentos con azúcar.	0.24 (0.60)	0.24 (0.60)	0.00
30.-Como alimentos dietéticos	0.12 (0.60)	0.16 (0.62)	0.23
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.	0.12 (0.60)	0.12 (0.60)	0.00
32.-Me controlo en las comidas.	0.68 (1.25)	0.68 (1.07)	0.00
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.	0.28 (0.79)	0.28 (0.79)	0.00
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	0.00 (0.00)	0.12 (0.60)	1.00
35.- Tengo estreñimiento.	0.00 (0.00)	0.12 (0.60)	1.00
36.-Me siento incómodo(a) después de comer dulces	0.16 (0.55)	0.12 (0.60)	0.24

37.-Me comprometo a hacer dietas	0.32 (0.90)	0.24 (0.83)	0.42
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.	0.00 (0.00)	0.32 (0.90)	1.78
39.-Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	0.24 (0.72)	0.24 (0.66)	0.00
40.-Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.00 (0.00)	0.12 (0.60)	1.00

M = Media; (DE) = Desviación estándar; t = prueba t para muestras independientes; * p = .05.

El análisis de medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo con intervención, mostraron que solo existe diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 23 del EAT-40. Hombres: no ha disminuido mi interés sexual. Mujeres: tengo la menstruación regular ($t = 2.30, p = .03$).

Por otro lado, para cumplir con el objetivo de identificar los síntomas antes y después sobre las alteraciones de imagen corporal, se realizó una prueba t para muestras relacionadas, donde los resultados se presentan en la tabla 3 del grupo de control.

Tabla 3.

Medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo control.

PREGUNTA	PRE M (DE)	POST M (DE)	t
1.-Me gusta comer con otras personas.	0.68 (0.85)	0.40 (0.76)	1.32
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me las como.	0.04 (0.20)	0.20 (0.71)	1.07
3.-Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00
4.-Me da mucho miedo pensar demasiado	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00
5.-Procuro no comer aunque tenga hambre	0.08 (0.40)	0.08 (0.40)	0.00

6.-Me preocupa mucho por la comida	0.32 (0.80)	0.48 (0.96)	0.78
7.-A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	0.00 (0.00)	0.16 (0.55)	1.45
8.-Corto mis alimentos en trozos pequeños.	0.40 (1.00)	0.44 (0.96)	0.23
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	0.24 (0.72)	0.40 (0.87)	1.69
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	0.28 (0.79)	0.32 (0.80)	0.20
11.-Me siento lleno(a) después de las comidas.	1.32 (1.25)	1.44 (1.45)	0.46
12.-Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	0.44 (1.04)	0.52 (1.05)	0.44
13.-Vomito después de haber comido.	0.20 (0.71)	0.12 (0.60)	1.00
14.-Me siento culpable después de comer.	0.12 (0.60)	0.12 (0.60)	0.00
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)	0.20 (0.65)	0.28 (0.84)	0.57
16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías	0.44 (0.87)	0.60 (1.00)	0.81
17.-Me peso varias veces al día	0.04 (0.20)	0.00 (0.00)	1.00
18.-Me gusta que la ropa me quede ajustada	1.36 (1.15)	1.36 (1.15)	0.00
19.-Disfruto comiendo carne.	0.64 (0.86)	1.80 (6.56)	0.87
20.-Me levanto pronto por las mañanas.	0.88 (1.24)	0.76 (1.20)	0.41
21.-Cada día como los mismos alimentos	0.44 (0.96)	0.12 (0.60)	1.69
22.- Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio	0.32 (0.909)	0.48 (0.96)	1.07
23. HOMBRES: No ha disminuido mi interés sexual MUJERES: Tengo la menstruación regular.	1.32 (1.41)	1.24 (1.30)	0.29
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	0.52 (1.01)	0.44 (1.00)	0.31
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0.16 (0.55)	0.28 (0.79)	0.72
26.-Tardo en comer más que las otras personas	0.36 (0.91)	0.20 (0.71)	1.96

27.-Disfruto comiendo en restaurantes.	0.60 (0.96)	0.96 (1.109)	1.33
28.-Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)	0.08 80.40)	0.00 (0.00)	1.00
29.-Procuro no comer alimentos con azúcar.	0.24 (0.72)	0.20 (0.71)	0.19
30.-Como alimentos dietéticos	0.00 (0.00)	0.04 (0.20)	1.00
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.	0.20 (0.71)	0.36 (0.819)	1.00
32.-Me controlo en las comidas.	0.84 (1.28)	0.92 (1.29)	0.36
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.	0.24 (0.72)	0.24 (0.839)	0.00
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	0.20 (0.65)	0.00 (0.00)	1.55
35.- Tengo estreñimiento.	0.12 (0.60)	0.28 (0.84)	1.28
36.-Me siento incómodo(a) después de comer dulces	0.20 (0.71)	0.04 (0.20)	1.28
37.-Me comprometo a hacer dietas	0.12 (0.60)	0.24 (0.72)	0.72
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.	0.24 (0.83)	0.16 (0.55)	0.53
39.-Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	0.24 (0.52)	0.48 (0.96)	1.30
40.-Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.20 (0.71)	0.08 (0.40)	1.37

M = Media; DE = Desviación estándar; t = prueba t para muestras independientes.

El análisis de medias y desviación estándar para las preguntas del EAT en el grupo control, indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las preguntas del EAT-40, ya que la significancia fue en todos los casos mayor a .05.

Para probar la hipótesis: las mujeres presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres, se realizó una tabla de frecuencias para saber la discrepancia entre ambos géneros.

En el grupo de intervención por mujeres de la preprueba, cuatro mujeres desean tener un cuerpo más grueso; seis mujeres desean tener un cuerpo más delgado y cinco mujeres están satisfechas con su cuerpo. Sin embargo, después de la intervención se aplicó la postprueba donde tres mujeres desean tener un cuerpo más grueso; ocho mujeres desean tener un cuerpo más delgado y cuatro mujeres están satisfechas con su cuerpo.

Por otro lado, se obtuvieron resultados en cuanto a la intervención de los hombres en la preprueba, donde dos hombres desean tener un cuerpo más grueso; seis hombres desean tener un cuerpo más delgado y dos hombres están satisfechos con su cuerpo. Sin embargo, al terminar la intervención se aplicó la postraba, la cual arrojó que dos hombres desean tener un cuerpo más grueso; seis hombres desean tener un cuerpo más delgado y dos hombres están satisfechos con su cuerpo.

En cuanto al grupo control de la preprueba, cuatro mujeres desean tener un cuerpo más grueso; seis mujeres desean tener un cuerpo más delgado y dos mujeres están satisfechas con su cuerpo. Sin embargo, al aplicar la postprueba se manifestó que dos mujeres desean tener un cuerpo más grueso; ocho mujeres desean tener un cuerpo más delgado y dos mujeres están satisfechas con su cuerpo.

Cabe mencionar que en la preprueba del grupo control de hombres, cinco hombres desean tener un cuerpo más grueso; seis hombres desean tener un cuerpo más delgado y dos hombres están satisfechos con su cuerpo. Por otra parte, al aplicar la preprueba cuatro hombres desean tener un cuerpo más grueso; seis hombres desean tener un cuerpo más delgado y tres hombres están satisfechos con su cuerpo.

Para comprobar las hipótesis se hicieron comparaciones con la preprueba y postprueba, de tal manera que al obtener los resultados se rechazaron las

hipótesis alternas y se aceptaron las hipótesis nulas, ya que al comprobarlas se identificó que las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres y que la implementación de un programa no disminuye las alteraciones de la imagen corporal.

Capítulo 5. Análisis de resultados

En la presente investigación se encaminó a evaluar el impacto de un programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal en adolescentes de tercer año de secundaria, por lo que es de suma importancia implementar labores que permitan desarrollar en los estudiantes nuevos comportamientos saludables para que obtengan una mejor calidad de vida. La prevención primaria es ideal en este sentido, ya que prevenir los TCA y las alteraciones de la imagen corporal, tiene como significado la obligación de fomentar medidas tempranas y es donde se observa que los programas de prevención en educación alimentaria o de imagen corporal en las instituciones escolares, son un excelente medio para prevenir los problemas de este tipo (Zagalaz, 2004).

En la presente investigación se evaluaron las actitudes alimentarias después de aplicar la preprueba, dichas actitudes no son negativas en los adolescentes y después de aplicar la postprueba no existieron diferencias estadísticamente significativas en los factores de EAT, ya que los alumnos que participaron en el programa no presentan conductas negativas en su alimentación. Por otro lado, las medias y desviaciones estándar por pregunta del EAT en este grupo, solo indican diferencias en la pregunta 23 ($t = 2.30$, $p = .03$), sin embargo, en el grupo control no existen diferencias en ninguna de las preguntas del EAT, puesto que no se hizo intervención. Ciertos resultados son distintos a los que encontraron Dalle, de Luca y Campello (2001), ya que existieron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas de EAT, puesto que los alumnos presentaron síntomas en sus conductas alimentarias, sin embargo, después de aplicar el programa de alimentación escolar pudieron mejorar los conocimientos y las actitudes alimentarias de algunos estudiantes, por ende se puede señalar que el programa que aplicaron estos autores, lograron mejorar el aprendizaje de nuevas conductas alimentarias y lograron cambios en los comportamientos negativos, lo que disminuyó la preocupación por la imagen corporal en los estudiantes.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación no existieron cambios significativos en las conductas de alimentación de los hombres y mujeres, tanto en los factores, como en las preguntas del EAT, aunque solo existió diferencia en la pregunta 23 ($t = 2.30$, $p = .03$), ya que tuvo una significancia menor a .05. Por otra parte, respecto a la hipótesis: la implementación de un programa no disminuirá las alteraciones de la imagen corporal, esta se aceptó, puesto que se encontró que tanto hombres como mujeres presentaron insatisfacción corporal, ya que sus puntuaciones cambiaron después de aplicar el programa aumentando su disgusto por su figura corporal y es como se observa que el programa no disminuye las alteraciones de la imagen corporal. Por lo que estos datos que son similares a los que obtuvieron Escoto, Mancilla y Camacho (2008) en su programa, ya que en su investigación existieron cambios significativos en hombres y mujeres, es decir, los participantes presentaron insatisfacción corporal, sobrepeso, influencia en los modelos estéticos del cuerpo y síntomas de desorden alimentario.

Es importante reiterar que la presente investigación no se identificaron cambios significativos en las conductas alimentarias de los hombres y mujeres, ya que después de aplicar el programa solo existió diferencia estadísticamente significativa en la pregunta 23 ($t = 2.30$, $p = .03$), datos que pueden ser atribuidos a limitantes que se presentaron durante las sesiones. Estos resultados son similares a los hallazgos de Killen et al. (1993), puesto que no encontraron un aumento significativo entre el conocimiento de las niñas que recibieron la intervención y entre los estudiantes de alto riesgo, ya que sus actitudes alimentarias no mejoraron, lo que impidió tener mejores resultados, además, solo existió un efecto estadísticamente significativo en el índice de masa corporal de los participantes. Por ende, se puede señalar que al aplicar el programa de intervención de Killen et al. (1993) no se lograron modificar las actitudes alimentarias, así como las prácticas de regulación de peso.

Para hacer más comparaciones de esta investigación, se encontró que las actitudes alimentarias de los estudiantes no son negativas tanto para el grupo

intervención como el grupo control, ya que esto se presentó antes de la intervención así como después de la intervención. Resultados que se obtuvieron de acuerdo a la evaluación que se realizó de este programa, puesto que no existió significancia en las puntuaciones del EAT. Es importante mencionar que estos datos son distintos a los que obtuvieron Mann et al. (1997), ya que en su programa de prevención no disminuyeron las conductas alimentarias negativas en los estudiantes, puesto que los estudiantes que participaron en el programa, presentaron ligeramente más síntomas de trastornos de la conducta alimentaria que los estudiantes que no asistieron al programa de prevención.

Se observa que en la intervención no se encontró un aumento en las actitudes de los alumnos de tercer año, estos resultados pueden ser atribuidos a que los conocimientos para disminuir las alteraciones de la imagen corporal fueron interrumpidos por el personal de la institución, ya que se presentaron algunos problemas por parte de los alumnos antes de aplicar las sesiones.

Por otra parte, en el grupo de intervención se fomentaron prácticas que los alumnos realizaban diariamente al llevar alimentos saludables como fruta y verdura lo cual permitió que adoptaran actitudes alimentarias positivas, además, en esta investigación aparte de enfocarse en la implementación y evaluación de un programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal, se fomentaron temáticas de nutrición, trastornos de la conducta alimentaria y actividad física; por lo que al proporcionar información clara y concisa los alumnos lograron adoptar nuevas conductas, ya que se aplicaron nuevas estrategias para manejar los temas así como la adopción de hábitos saludables, como la importancia de hacer ejercicio físico de acuerdo a las actividades que se hacen en el hogar, es decir, cada actividad tiene un cierto tiempo mínimo para llevarla a cabo, de tal manera que se pudo hacer una comparación con el programa de Zagalas (2004), donde solo promueve y potencia los estilos de vida saludable, abreviándolo en la práctica de ejercicio físico como actividad saludable; es así como muestra una carencia en el programa, ya que no va más allá de la manera de fomentar esta actividad.

Cabe mencionar que en el grupo control no surgió ninguna diferencia en las actitudes alimentarias, ya que su puntuación prevaleció después de haber aplicado la postprueba.

Respecto a la hipótesis: las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres y la implementación de un programa no disminuirá las alteraciones de la imagen corporal, estas se aceptaron, debido a los resultados obtenidos en este programa de intervención referentes al test de Escala de Evaluación de Siluetas, ya que se encontró que 66.6% de las mujeres y 80.0% de los hombres manifestaron tener insatisfacción corporal antes de hacer la intervención. Por otra parte, después de la intervención el porcentaje de los hombres se mantuvo en 80.0%, en cambio, la cifra de las mujeres aumento a 73.3%, lo cual indica que la parte de la muestra manifiesta insatisfacción y malestar con la imagen corporal. Por tal motivo se observó que las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres y que el programa no disminuye las alteraciones de la imagen corporal; por lo que estos resultados son un poco distintos a los que encontraron Santonastaso et al. (1999) en su programa de intervención, puesto que existió una disminución en la insatisfacción corporal en los alumnos de bajo riesgo, sin embargo, en los alumnos de alto riesgo no existió disminución en sus alteraciones de imagen corporal y además, no hubo diferencias significativas en el IMC y en aspectos de alimentación tanto en el grupo intervención como en el grupo control.

Por otra parte, durante la aplicación de este programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal y respecto a las hipótesis: las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres y la implementación de un programa no disminuirá las alteraciones de la imagen corporal, estas se aceptaron, ya que al principio los participantes no manifestaron tener conductas de riesgo en su alimentación, es decir, síntomas de trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con el EAT-40, sin embargo, al aplicar la preprueba los participantes presentaron puntuaciones significativas respecto al test de Escala de

Evaluación de Siluetas (CDRS), posteriormente al aplicar la postprueba en vez de disminuir estas puntuaciones fueron aumentadas y esto puede ser atribuido a las limitantes que se presentaron durante el programa, por ende, se alude que los participantes de esta investigación presentaron insatisfacción corporal, 80.0% en hombres y 73.3% en mujeres. Por tal motivo se observó que las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres y que el programa no disminuye las alteraciones de la imagen corporal; Estos resultados son similares a los hallazgos de Winzelber et al. (2000) en Stanford al aplicar un programa de Internet-entregado para un grupo intervención y grupo control, puesto que en dicho programa existieron diferencias solo en la Insatisfacción corporal y en la motivación para adelgazar de los participantes, lo cual indica que 50.0% tienen preocupación por la figura corporal, 25.0% presentan preocupación por el peso y 12% tienen frustración; por ende se señala que al aplicar programas basados en Internet hace a los participantes vulnerables a los hackers.

Los resultados de la investigación mostraron cambios en las alteraciones perceptuales de los alumnos de tercer año y respecto a la hipótesis: la implementación de un programa no disminuirá las alteraciones de la imagen corporal, esta se aceptó, ya que al aplicar la postprueba a los participantes se observó que existió un aumento en la puntuación de las mujeres, de tal manera que tienen insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal; esto pudo deberse a diversos factores como no contestar bien a los instrumentos, el tiempo de sesión fue muy limitado, interrupción durante las sesiones del programa, etc. por lo que eso pudo alterar los resultados al momento de aplicar la postprueba y así se encontró que la implementación de un programa no disminuye las alteraciones de la imagen corporal. Dichos resultado son diferentes a los hallazgos de Escoto, Camacho, Rodríguez, Mejía (2010), quienes mencionan que al aplicar un programa de prevención para modificar las alteraciones de la imagen corporal en mujeres, encontraron que las participantes de la intervención disminuyeron significativamente sus puntuaciones respecto a su insatisfacción corporal. Por otra parte, se observó que en esta investigación y en el estudio de Escoto, Camacho,

Rodríguez, Mejía (2010); el grupo control mostró cambios en las alteraciones perceptuales de los alumnos de tercer año, ya que al aplicar la postprueba, se encontró un aumento en la puntuación significativa de las mujeres, de tal manera que tienen insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal.

Capítulo 6. Conclusiones

Las conclusiones obtenidas a partir del diseño aplicación y evaluación del programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal se menciona a continuación:

En la presente investigación no solo se enfocó en la preocupación de las alteraciones de la imagen corporal, sino que se basó en fomentar cambios en los comportamientos de los adolescentes en relación a la alimentación, trastornos de la conducta alimentaria, de la imagen corporal, de actividad física y la influencia de los medios de comunicación.

El programa aplicado tuvo como fin transmitir conocimientos en propuesta de una buena nutrición, así como prevenir trastornos de la conducta alimentaria y hacer actividad física, donde se implementaron diversas técnicas con el objetivo de fomentar actitudes y comportamientos saludables en los adolescentes, en donde para probar lo aprendido durante las sesiones se promovía la adopción de nuevas conductas.

Para la aplicación del programa se utilizaron nuevas estrategias la cuales ayudaron al entendimiento de las sesiones educativas, ya que al aplicar la primera sesión los alumnos se observaron distraídos y apáticos, por lo que al utilizar dinámicas donde se interactúa con los adolescentes, ellos muestran mayor interés en las sesiones, de tal manera que estas consisten en hacer charlas generales con el grupo, formar grupos de cinco o seis personas, interactuar con el profesor y utilizar juegos didácticos. Por otra parte, al utilizar dinámicas que les atraen a los adolescentes, enriquece más la sesión educativa, puesto que el adolescente se ve más desenvuelto y aporta más a la sesión.

Debe entenderse que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública, ya que durante las sesiones educativas de este programa, los alumnos manifestaron que las mujeres son las que están más

propensas a padecer este problema. Por otro lado, con la aplicación de los instrumentos se observó que los alumnos no presentan síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, respecto a la insatisfacción corporal se presentó más en hombres que en mujeres, hecho que es contrario a lo que los alumnos manifestaron en las sesiones.

Por otro lado, la problemática de salud pública mencionada anteriormente solo podrá prevenirse por medio de modificación de hábitos alimentarios, así mismo de una buena actividad física y de evitar la influencia de los medios de comunicación, de tal manera que esto podrá ser abordado por medio de programas de TCA, nutrición, actividad física, etc., ya que son elaborados por los educadores para la salud y no solo en promover la información sino en transformar las conductas de riesgo.

Como se ha visto, existen programas de intervención para disminuir, prevenir y modificar hábitos o comportamientos de los adolescentes en cuanto a la imagen corporal y los trastornos alimentarios, sin embargo, la problemática de estos programas, es que pocos son evaluados y es como puede deducirse que la problemática de la insatisfacción corporal sigue estando presente, ya que no se han disminuido los factores de riesgo que se relacionan con este problema. Es de mencionar que muchos de los programas no han funcionado, puesto que no han considerado las características socioculturales de la población, es decir, la economía, educación, costumbres, creencias etc., además, estos programas solo son implementados en las escuelas y no en las comunidades, ya que suelen estar dirigidos a cierto grupo etario como a niños o adolescentes.

En relación con lo anterior para crear un impacto en la aplicación de programas de disminución de la imagen corporal dirigidos a los adolescentes; los educadores para la salud tienen que proponer y llevar a la práctica nuevas estrategias, así como desarrollar nuevos programas de tipo preventivo, no solo de trastornos alimentarios o trastornos de la imagen corporal, sino de comunicación familiar y de

promover nuevos hábitos en cuanto a este tema de investigación. De igual manera, debe considerarse el tipo de población al que se quiere intervenir, ya que se debe adecuar a las condiciones y cuestiones socioculturales de la población a estudiar, también se debe tener en cuenta con qué tipo de recursos se tienen a disponibilidad para poder aplicar el programa, de igual manera, entender si la población cuenta con recursos, ya que si se habla de cierto tema como alimentación, debemos saber si las familias cuentan con lo necesario para esta actividad del programa, de tal manera que si se tiene en cuenta todo lo anterior, la evaluación del programa podrá ser benéfico con ayuda de nuevas estrategias para así modificar los hábitos de las personas.

Por otra parte, la contribución de esta tesis al área de Educación para la Salud, radica en la implementación de programas dirigidos a disminuir las alteraciones de la imagen corporal, así como tener en cuenta el estado de salud referente a las alteraciones de la imagen corporal que se obtuvieron en un grupo de adolescentes, ya que puede observarse que este problema sigue presentándose en este grupo etario y que en este caso, los hombres son los que presentan más insatisfacción corporal que las mujeres; por tal motivo es importante seguir diseñando programas de intervención y no solo en alteraciones de la imagen corporal, sino también en trastornos de la conducta alimentaria, actividad física, obesidad, bullying, adicciones, etc. lo cual esto es un elemento básico con el que contribuye la Educación para la Salud, puesto que en México no se han llevado a cabo muchos programas de intervención referentes a la insatisfacción corporal, de tal manera que los educadores para la salud, por medio de la implementación de distintos programas podrán prevenir y disminuir estos problemas desde niños hasta adultos mayores, con el fin de modificar sus comportamientos y conductas negativas que afecten su salud.

Por otro lado, se concluye que las hipótesis alternas no se aceptaron debido a diferentes factores como interrupciones durante las sesiones, responder mal a los instrumentos, el tiempo de cada sesión era muy limitado, falta de atención por

parte de los alumnos, inasistencia de uno o dos alumnos distintos en cada sesión etc. lo cual pudo haber provocado que no se entendieran los temas y por tal motivo es posible que no se aceptaran las hipótesis alternas, ya que pudo observarse que la implementación de este programa no disminuyó las alteraciones de la imagen corporal y que las mujeres no presentan más alteraciones de la imagen corporal que los hombres.

Es importante recordar que existieron limitantes durante el estudio como muestras reducidas, interrupción de sesiones, poco tiempo durante las sesiones, no se pudo dar seguimiento; ya que se escogieron alumnos de 3er año, la postprueba se aplicó un día antes de salir de vacaciones, etc. y esto causo problemas en la investigación.

De acuerdo con los objetivos planteados si se cumplieron, ya que al evaluar el programa para disminuir alteraciones de la imagen corporal, se observó que el impacto fue minúsculo, ya que los participantes aumentaron sus alteraciones de la imagen corporal, más en hombres que en mujeres, sin embargo, este programa es bueno y adecuado. Por otra parte, se propone que esta tesis sea retomada nuevamente por los educadores para la salud, con el fin de obtener mejores resultados para así comprobar si las limitantes fueron motivo de que no existieran diferencias en el grupo intervención y grupo control y si es necesario, modificar algunas de las actividades, técnicas o temas para que el programa sea mejor y eficaz. De igual manera, al momento de aplicar nuevamente este programa se sugiere evitar las limitantes ya mencionadas y en caso de llegar a presentarse contar con estrategias nuevas para que no afecte la investigación.

El primer objetivo de identificar la presencia de alteraciones de la imagen corporal por género se cumplió, ya que se obtuvo por medio de los resultados obtenidos del cuestionario de evaluación de siluetas, los cuales indicaron que tanto hombres como mujeres presentan alteraciones o preocupación por su imagen corporal.

El segundo objetivo de diseñar un programa para disminuir las alteraciones de la imagen corporal, también se cumplió, ya que fue el que se presentó ante el grupo de intervención donde se explicaron los temas a abordar, así como el número de sesiones, actividades, etc. y para tener mayor información de dicho programa, puede observarse en el anexo 3.

El tercer objetivo de identificar los síntomas antes y después de la intervención sobre las alteraciones de imagen corporal, también se cumplió, puesto que se aplicó el cuestionario EAT-40, el cual arrojó resultados positivos, ya que los participantes no presentaron síntomas de trastornos de la conducta alimentaria tanto antes como después de la intervención.

Finalmente para responder a la pregunta de investigación respecto a ¿cuál será el impacto de un programa diseñado para disminuir las alteraciones de la imagen corporal? puede mencionarse que la evaluación de este programa desde la visión del educador para la salud, no tuvo impacto en la disminución de las alteraciones de la imagen corporal en los adolescentes que se escogieron de manera intencional, ya que no se pudieron modificar sus percepciones respecto a su imagen corporal.

Referencias

Álvarez, G., Vázquez, A. R., Mancilla, J. M. & Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 147-156.

Arbour, K. P. & Martin, K. A. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body Image*, 3, 153-161.

Argüello, L. & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 4, 478-518.

Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction. *Body Image*, 5, 244-250.

Buil, C., García, A. & Pons, A. (2001). *Trastornos de la conducta Alimentaria: anorexia y bulimia*. Consultado el 29 de octubre de 2012. En: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/09%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

Calado, M., Lameiras, M. & Rodriguez, Y. (2003). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 357-370.

Carballo, D. (2004). Explorando nuevos mercados. *Segmento ITAM*, 6, 28-33.

Caso, J. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes*. Tesis de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Castellano, S. (2001). *Anorexia y bulimia información y prevención*. España: Valencia.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Dalle, R., de Luca, L. & Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders*, 9, 327-337.

Dalley, S. E., Buunk, A. P. & Umit, T. (2009). Female body dissatisfaction after exposure to overweight and thin media images: the role of body mass index and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 47, 47-51.

Díaz, M., Rodríguez, F., Martín, C. & Hiruela, M. V. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención Primaria*, 32, 403-409.

Dionne, M. M. & Davis, C. (2004). Body image variability: the influence of body-composition information and neuroticism on young women's body dissatisfaction. *Body Image*, 1, 335-349.

Escoto, M. C., Camacho, E. J., Rodríguez, G. & Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 112-118.

Escoto, M. C., Mancilla, J. M. & Camacho, E. J. (2008). A pilot study of clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders*, 13, 111-118.

Espina, A., Asunción, M., Ochoa, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 533-538.

Etu, S. F. & Gray, J. J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7, 82-85.

Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

Figuroa-Rodríguez, A., García-Rocha, O., Revilla-Reyes, A., Villarreal-Caballero, L. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48, 31-38.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Galarsi, M. F., Correche, M. S. & Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en Humanidades*, 11, 193-205.

Gálvez, G. (2010). *Bulimia y anorexia ya son epidemia*. Consultado el 28 de octubre de 2012. En: <http://www.mpuebla.com/nota.php?id=17239>

Gardner, R. M., Stark, K., Jackson, N. A. & Friedman, B. N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perception and Motor Skills*, 89, 981-993.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Garner, D., Olmstead, M. & Polivi, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Gastelum, G. (2010). *Desarrollo y validación de una versión informatizada del body image anxiety scale y contour drawing rating scale: un estudio sobre percepción y nivel de ansiedad de la imagen corporal en universitarios chihuahuenses*. Tesis de doctorado. España: Universidad de Granada.

Giovannelli, T. S., Cash, T.F., Henson, J. M. & Engle, E. K. (2008). The measurement of body-image dissatisfaction-satisfaction: is rating importance important? *Body Image*, 5, 216-223.

Guadarrama, R., Domínguez, K. V., Lopez, R. & Toribio, L. (2008). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 18, 57-61.

Herman, C. P., Polivi, J., Pliner, P. & Threlkeld, J. (1978). Distractibility in dieters and nondieters: an alternative view of "externality." *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 536-548.

Homan, K., McHugh, E., Wells, D., Watson, C. & King, C. (2012). The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. *Body Image*, 9, 50-56.

Ignacio, J. (2012) *¿Qué es la imagen corporal?* Consultado el 13 de septiembre de 2012. En: http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm

Jenaro, C., Flores, N. E., Bermejo, B. & Cruz, M. I. (2011). Cuestionario de imagen corporal para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria. *Acción Psicológica*, 8, 7-20.

Killen, J. D., Barr, C., Hammer, L. D., Litt, I., Wilson, D. M., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H. & Varandy, A. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 369-384.

Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8-14.

Kraemer, H. C. (1992). *Evaluating medical tests*. Newbury Park, Ca: Sage Publications.

Levenkron, S. (1992). *Obsessive compulsive disorders*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.

López, A. M., Solé, A. & Cortés, I. (2008). Percepción de satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus Tarragona. *Zainak*, 30, 125-146.

López, J. A. & Valle, P. (2008). *Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentario*. España: Palencia

Maloney, M., McGuire, J. & Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of the eating attitudes test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 541-543.

Mancilla, J. M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Lopez-Aguilar, X., Alvarez-Rayon, G. L. & Tellez-Giron, M. T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, 463-470.

Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.

Matera, C., Nerinib, A. & Stefanile, C. (2012). The role of peer influence on girls' body dissatisfaction and dieting. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. En prensa.

Matzkin, V. (2001). *Los orígenes de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa*. Consultado el 6 de noviembre de 2013. En: <http://www.nutrinform.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>

Médica Sur (2013). *Clínica de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad infantil*. Consultado el 29 de abril de 2013. En: http://www.medicasur.com/es_mx/ms/trastornos-de-la-conducta-alimentaria

Medina-Mora, L., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Balnco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.

Mejía, J., Bautista, R. M. & Cervantes, B. S. (2010). *Imagen corporal y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres*. Consultado el 19 de septiembre de 2013. En: https://www.google.com.mx/?gws_rd=cr&ei=Vmk7UpSKPOjN2wWI_YDICw#q=maquilla+2002+imagen+corporal

Míguez, M., De la Montaña, J., González, J. & González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26, 472-479.

Mintz, L. B. & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorders criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489-503.

Moos, R. H., Moos, B. S. & Trickett, E. J. (1987). *Escalas de clima social*. Madrid: Tea.

Moreno, M. A. & Ortiz, R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27, 181-190.

Mousa, T. Y., Mashal, R. H., Al-Domi, H. A. & Jibril, M. A. (2010). Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body Image*, 7, 46-50.

Mulasi-Pokhriyal, U. & Smith, C. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction/dissatisfaction among American children 9-18 years of age using mixed methodology. *Body Image*, 7, 341-348.

O'Brien, E. & Epstein, S. (1988). *The multidimensional selfes teem inventory*. New York: Psychological Assessment Resources.

Oliva, A. (2008). Problemas psicosociales durante la adolescencia. En B. Delgado (Ed.). *Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez* (pp. 137-164). Madrid: McGraw-Hill.

OMS. (1986). *Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC)*. Consultado el 10 de Octubre de 2013. En: <http://www.linkedin.com/company/health-behaviour-in-school-aged-children-study-hbsc->

Orbach, I. & Mikulincer, M. (1998). The body Investment Scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10, 415-425.

Pagliuca, D. (1993). *Ser adolescente. Pubertad y adolescencia normales*. Consultado el 9 de octubre de 2012. En: <http://www.rehueong.com.ar/archivos/Ser%20Adolescente%20%20Dora%20Pagliucca.pdf>

Quiles, Y. (2002). *Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión*. Consultado el día 2 de noviembre de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33730207.pdf>

Raich, R. M. (2007). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Pirámide.

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

Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide

Ramos, P., Rivera, F. & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.

Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 149-161.

Rodríguez, L., Antolín, M., Vaz, F. J. & García, M. A. (2006). *Trastorno del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia*. España: Merida.

Rodríguez, S. & Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22, 186-199.

Roberts, A. & Good, E. (2010). Media images and female body dissatisfaction: the moderating effects of the five-factor traits. *Eating Behaviors*, 11, 211-216.

Romo, A. M. (2007). *La imagen corporal*. Consultado el 29 de octubre de 2012.
En: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3560/1/PowerPoint%20-%20TEMA%201.pdf>

Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E. & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruiz, I. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adultos mayores. *Instituto de Ciencias de la Conducta*, 14, 1611-1623.

Ruiz, P. M. (2002). *Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. España: Calidad Gráfica.

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

Sánchez, G. (1997). *Autoestima y autoconcepto en adolescentes: una reflexión para la orientación educativa*. Consultado el 29 de octubre de 2012. En: [http://campus.usal.es/~petra/Profesores/FernandoJimenez/REVISTAS/Autoestima%20y%20Autoconcepto%20en%20adolescentes.%20Una%20reflexion%20para%20la%20orientacion%20educativa%20\(1997\).pdf](http://campus.usal.es/~petra/Profesores/FernandoJimenez/REVISTAS/Autoestima%20y%20Autoconcepto%20en%20adolescentes.%20Una%20reflexion%20para%20la%20orientacion%20educativa%20(1997).pdf)

Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M. C., Magnavita, N. & Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 46-50.

Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test of bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Gibbon, M. (1987). *Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute. Biometrics research.

Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.

Toro-Alfonso, J. Nieves, K. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres. *Revista Interamericana de Psicología*, 44, 203-212.

Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89, 147-151.

Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E. & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26, 144-154.

Unikel, C., Bojórquez, I. & Saucedo-Molina, T. (2009). *Trastornos alimentarios; breve panorama de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en México*. Consultado el 29 de octubre de 2012. En: http://www.escuelaeims.com/pdf/revision/TRASTORNOS_ALIMENTARIOS.pdf

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

Vázquez-Barquero, J. L., Gómez, J. A., Gaité, L., Gómez, E., Carral, L. & Herrero, S. (2008). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. España: Gobierno de Cantabria.

Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M. & Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 185-197.

Weissmann, P. (2012). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 13, 1681-5653.

Winzelber, A. J., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Eppstein, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. & Taylor, B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk

factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.

Zagalaz, M. L. (2004). Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *Revista Fuentes*, 6, 145-156.

Anexos

Anexo 1. Test de Actitudes Alimentarias

EAT-40

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. No hay respuestas “buenas” ni “malas”
5. Anota una X en el cuadro que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.
6. Recuerda que la información que proporciones será confidencial

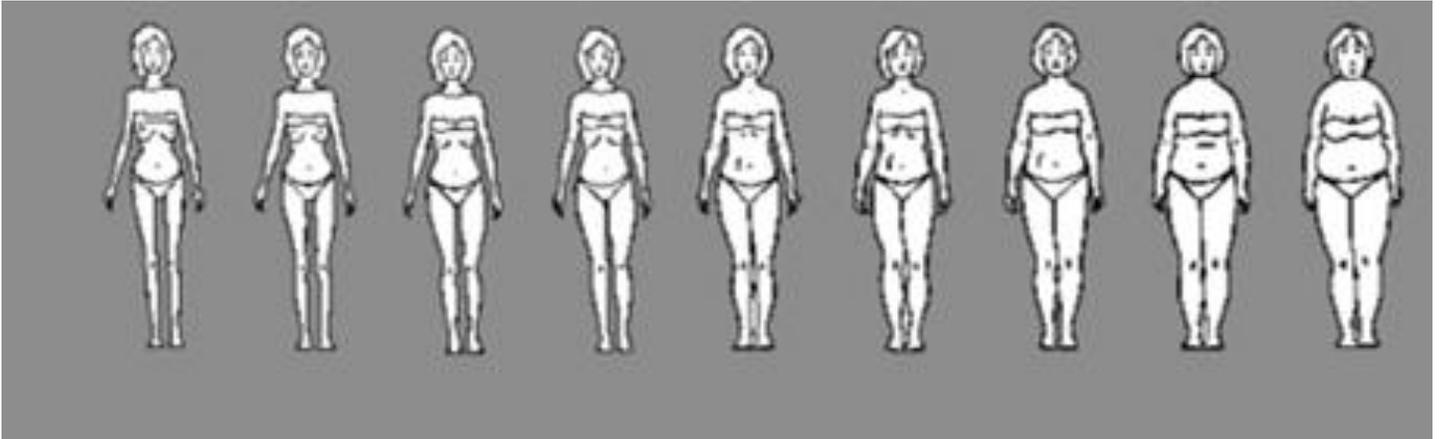
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1.-Me gusta comer con otras personas.						
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3.-Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.-Me da mucho miedo pensar demasiado						
5.-Procuro no comer aunque tenga hambre						
6.-Me preocupo mucho por la comida						
7.-A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.-Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)						
11.-Me siento lleno(a) después de las comidas.						
12.-Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.-Vomito después de haber comido.						
14.-Me siento culpable después de comer.						
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17.-Me peso varias veces al día						
18.-Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19.-Disfruto comiendo carne.						
20.-Me levanto pronto por las mañanas.						
21.-Cada día como los mismos alimentos						
22.- Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio						
23. HOMBRES: No ha disminuido mi interés sexual MUJERES: Tengo la menstruación regular.						
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)						
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26.-Tardo en comer más que las otras personas						
27.-Disfruto comiendo en restaurantes.						
28.-Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)						
29.-Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30.-Como alimentos dietéticos						
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.-Me controlo en las comidas.						
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35.- Tengo estreñimiento.						
36.-Me siento incómodo(a) después de comer dulces						
37.-Me comprometo a hacer dietas						
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.-Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40.-Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

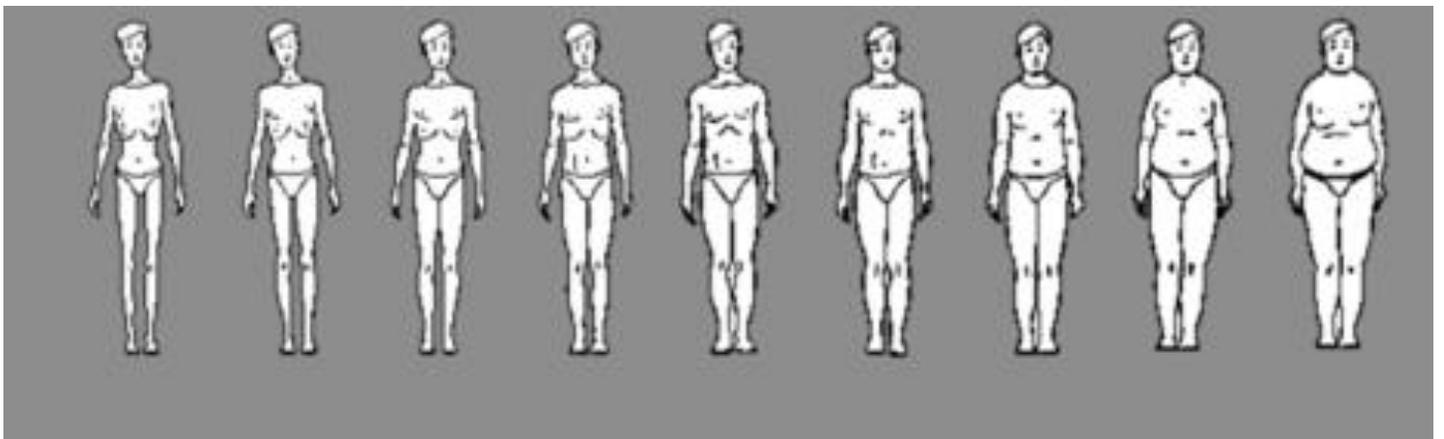
Anexo 2. Escala de Evaluación de Siluetas

Instrucciones. Señala con una "A" la silueta que representa la percepción actual de tu imagen corporal y con una "E" la silueta que desearías tener.

Mujeres



Hombres



Anexo 3. Cartas descriptivas del programa



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	-Aplicación de instrumentos (Test). -Presentación de alumnos	-Recolectar datos -Dar a conocer el programa -Conocer un poco a los participantes.	Salón amplio.	Exposición oral	35 min.	-Alegres -Desatentos -Ruido -Interrupciones
1	Expresar lo que les gusta y lo que no les gusta de su cuerpo en una hoja	Conocer lo que les agrada de su cuerpo	-Hoja de papel -Pluma	Descripción escrita	15 min.	-Silencio -Atentos -Algunos con dudas
	-Cierre Preguntas y respuestas	Recordar la importancia de la sesión	Recurso humano: Educador para la salud	Exposición oral	5 min.	Comentarios



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	Nutrición y salud	Exposición De nutrición y salud	Enseñar la importancia de la nutrición y la salud en el cuerpo humano	-Cañón -Pintaron -Plumón	Presentación	25 min.	-Los alumnos atentos -Aclaración de dudas comentarios
2		Elaborar con el grupo un menú donde los alimentos se vean equilibrados para una buena dieta.	Enseñar al alumno a identificar y diferenciar los distintos tipos de alimentos y nutrientes que son necesarios para elaborar una dieta equilibrada.	Diapositivas o láminas que ilustren los diferentes alimentos.	Presentación	25 min.	-Trabajo en equipo Bueno -Ruido -Preguntas
		-Cierre -Preguntas y respuestas	Recordar la importancia de la sesión	Recursos humanos: Educador para la salud	Exposición oral	5 min.	Comentarios



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	Trastornos de la conducta alimentaria	Exposición de los trastornos de la conducta alimentaria	Identificar la diferencia entre la anorexia y bulimia y las causas de estos trastornos.	-Alumnado -Cañón -Imágenes	Presentación	30 min.	-Los alumnos atentos -Aclaración de dudas comentarios
3		Los alumnos plasmaran en una hoja lo que sintieron al ver los videos de personas con trastorno de la conducta alimentaria	identificar los sentimientos malos o disgustos con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria	Videos y música	Presentación con videos reflexivos	20 min.	-Tranquilos -Algunos alegres -Serios -Atentos
		Cierre Preguntas y respuestas	Recordar la importancia de la sesión	Recursos humanos: Educador para la salud	Exposición oral	5 min.	-Comentarios -Alumnos estuvieron satisfechos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	Imagen corporal	Abordar el concepto de imagen corporal y sus beneficios del mismo,	Desarrollar una actitud positiva sobre la imagen corporal	-Marcador -Pintaron	Lluvia de ideas	30 min.	-Los alumnos atentos -Aclaración de dudas comentarios
4		Juego: jenga	Manifestar opiniones para obtener una actitud positiva sobre la imagen corporal.	Juego de madera	Juego en pregunta y respuesta	20 min.	-Trabajo en equipo Bueno -Ruido -Alegría -Emoción por el juego
		Cierre Preguntas y respuestas	Recordar la importancia de la sesión	Recursos humanos: Educador para la salud	Exposición oral	5 min.	-Comentarios -Satisfacción



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	Trastornos de la imagen corporal	Exposición de detección de los trastornos de la imagen corporal y prevención	Detectar los TCA los TIC.	-Diapositivas -Cañón	presentación	30 min.	-Los alumnos Atentos -Aclaración de dudas -Comentarios
5		Se observaran imágenes y/o videos, de los diferentes modelos de belleza de igual manera el educador para la salud con ayuda los alumnos debatirán sobre los modelos de belleza.	Conocer cómo los modelos de belleza cambian a través del tiempo y así mismo	-Videos -Alumnos -Plumón -Pintarron	presentación	20 min.	-Incomodidades -Ruido -Comentarios negativos
		-Cierre -Preguntas y respuestas	Recordar la importancia de la sesión	Recursos humanos: Educador para la salud	Exposición oral	5 min.	-Comentarios



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	Cambios en la adolescencia y actividad física.	Exposición del tema por el educador para la salud	Enseñar a los alumnos las diferencias del cuerpo masculino y femenino, además que la actividad física es esencial para un buen desarrollo del cuerpo.	-Cañón -Diapositivas -Pintarron	Presentación	30 min.	-Alumnos atentos -Preguntas
6		Sociodrama	Representar las diferencias físicas entre el cuerpo de las mujeres y hombres,	Recursos humanos: alumnos	Actuación improvisada	20 min.	-Ruido -Risas -Buena y mala organización
		Cierre	Aclarar dudas respecto al tema	Educador para la salud	Participación	5 min.	-Comentarios -Participaciones



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Sesión	Actividad	Objetivo	Recursos materiales	Técnica	Tiempo	Observaciones
	<p>Aplicación del retest</p> <p>Los alumnos tendrán que realizar un blog electrónico en el aula de laboratorio de cómputo, en donde reflejen lo aprendido durante todas las sesiones del programa.</p>	Retroalimentar los conocimientos obtenidos a través de las sesiones que se dieron durante el programa de intervención con el fin de saber que se realizó correctamente el programa.	<p>-Pintarrón</p> <p>-Marcador</p> <p>-Computadoras</p> <p>-Internet</p>	Redacción en computadora	30 min.	<p>-Confusiones</p> <p>-Inquietudes</p> <p>-Tranquilidad de algunos alumnos</p> <p>-Ruido por momentos</p>
7	Revisión	Checar que reflejen en el blog lo aprendido	Educador para la salud	observación	20 min.	-Entendieron todos los temas y algunos no les gustaron los
	Cierre	Cerrar el programa con algunos comentarios de cómo les parecieron las sesiones y que aprendieron	Educador para la salud	Lluvia de ideas	10 min.	<p>-Inquietudes</p> <p>-Desesperación de los alumnos</p>

Anexo 4. Oficio de autorización para aplicar el programa



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Cd. Nezahualcóyotl a 25 de febrero de 2013

**LIC. REMEDIOS TAPIA ALCALA
DIRECTOR.
DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA 105 "CALPULLI".
P R E S E N T E.**

Por medio de este conducto reciba un cordial saludo y al mismo tiempo aprovecho la ocasión solicitando su autorización para que el alumno: *JORGE GUILLERMO MATA CASTRO*, estudiante de la *LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD* de la *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*, para que pueda realizar en la institución que dignamente usted dirige las actividades relacionadas con el proyecto de investigación titulado "*EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA DISMINUIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES*".

Sin más por el momento, me despido de usted reiterando el agradecimiento y el apoyo.

Atentamente.

Patria, ciencia y trabajo

Ing. Oscar Federico Hidalgo Rivera

Universidad Autónoma del Estado de México

Anexo 5. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LIC. EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____

ESCUELA: _____

GRADO, GRUPO Y TURNO: _____

DECLARACION DEL ALUMNO

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de este procedimiento. También me han aclarado mis dudas acerca de la actividad que se realizara en la escuela y me han dicho los beneficios que obtendré con la participación den dicha actividad, además me han explicado que no tendré ningún tipo de riesgo que afecte mi salud o mis calificaciones puesto que también la información que llegue a brindar será confidencial y de uso para investigación con la Universidad Autónoma del Estado de México. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir: **EN LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO Y LA PARTICIPACIÓN DE UN PRORAMA PARA DISMINUIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.** Y que los beneficios que tengan seran: **OBTENER LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACION ASÍ COMO PREVENIR ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL**

1.Doy mi consentimiento para que me efectuen el procedimiento escrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realizacion de la actividad, a juicio de el profesional que lleve a cabo.

2.Doy mi consentimiento para que me apliquen el cuestionario que me fue explicado anteriormente.

Firma del alumno

Padre o tutor: se me ha explicado por medio de este documento y por mi hijo (a) que los beneficios que tendra seran positivos por lo que he comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

yo_____

Doy mi consentimiento para que el aplicador **JORGE GUILLERMO MATA CASTRO** realice este procedimiento de aplicación de cuestionario y programa.

Firma del padre o tutor_____ fecha:_____