

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**SEMINARIO DE TITULO: FACTORES DE RIESGO EN
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**CONDUCTAS PARA PERDER PESO EN MUJERES
ADOLESCENTES: UN ESTUDIO CORRELACIONAL EN TORNO
AL RIESGO DE TRASTORNO ALIMENTARIO E INSATISFACCIÓN
CORPORAL**

**SEMINARIO DE TITULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO Y AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR

VANESSA TAPIA LASNIBAT

Profesor patrocinante

LILIANA CONTRERAS

VALPARAÍSO- CHILE

MARZO – 2004

*“a Maximiliano, Natalia, Katia
y a mis padres
Nicolás, Marcia, Jorge y Mariana”
Vanessa*

RECONOCIMIENTOS

Agradezco a mi familia, a mis profesores, en especial a la Ps. Sra. Liliana Contreras por el tiempo que me dedicó y a todas aquellas personas que me ayudaron a realizar esta investigación.

Agradezco también a la Sra. Ulda Valdebenito, directora del Colegio Cristiano de Quilpué, al Sr. Jorge Riquelme, director del Colegio Cristiano de Quillota y al alumnado de dichos establecimientos, por la confianza que depositaron en mi trabajo.

Vanessa

RESUMEN

El presente estudio tiene como contexto la investigación realizada en las últimas décadas acerca de la realización de dietas e insatisfacción corporal en la aparición y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Con el objetivo de aportar evidencia empírica a dicha discusión se diseñó un estudio que contempló, la construcción y aplicación de un cuestionario de hábitos dietéticos, además de la aplicación del cuestionario EAT-40 para evaluar la presencia de riesgo de un trastorno alimentario y la escala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner, con el fin de evaluar el nivel de insatisfacción corporal de la muestra. También se realizó una descripción de las conductas para perder peso de las adolescentes. Los resultados obtenidos mediante análisis estadístico indican que, en el contexto de la presente investigación es posible afirmar que: aquellas jóvenes que presentan riesgo de trastorno alimentario realizan dietas más riesgosas que aquellas que se encuentran bajo el nivel de riesgo, además aquellas que se sienten más insatisfechas con su cuerpo, realizan conductas más riesgosas para perder peso que aquellas que presentan menor insatisfacción corporal.

CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
CAPÍTULO	PAG.
I INTRODUCCION	1
Antecedentes del Problema	2
Antecedentes Generales de los trastornos alimentarios	2
Descripción de los Trastornos Alimentarios	4
Anorexia Nerviosa	5
Bulimia Nerviosa	10
Trastornos Alimentarios no especificados	13
Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios	15
Factores del Desarrollo Puberal/Madurativo	15
Funcionamiento Psicológico General	17
Factores Familiares	18
Factores Socioculturales	19
Factores Traumáticos	21
Atracones y Purgas	23
Control del peso/preocupación exagerada por el peso y la silueta	23
Factores Predisponentes, precipitantes y mantenedores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	25
Factores Predisponentes	25
Factores Precipitantes	26
Factores mantenedores	27
Adolescencia	28
Cambios Físicos en la adolescencia	28

Imagen Orporal	33
Importancia del concepto de imagen corporal	33
Definición de Imagen Corporal	34
La imagen corporal y los trastornos de la conducta	
Alimentaria	35
Definiciones Actuales de Imagen Corporal	36
Una Definición Integradora	37
La Alteración de la Imagen Corporal	38
Definición de alteración de la imagen corporal	38
Insatisfacción Corporal	40
Dietas	42
Hábitos alimentarios en la adolescencia	42
Alimentos rápidos y medios de comunicación	43
Cultura occidental y dietas	44
Dietas e insatisfacción corporal	45
Dietas y trastorno alimentario	46
Realización de dietas, insatisfacción corporal	
y trastornos de la conducta alimentaria	47
Planteamiento del Problema	49
Objetivo General	51
Objetivos Específicos	51
Justificación De La Investigación	52
Hipótesis de investigación	53
II METODO	54
Tipo de investigación	54
Definición de las Variables	55
Definición conceptual de las variables	55
Riesgo de trastorno alimentario	55
Insatisfacción corporal	56

Conductas para bajar de peso	57
Definición operacional de las variables	57
Riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria	57
Riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria	57
Bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria	57
Nivel de insatisfacción corporal	58
Insatisfacción corporal	58
Baja insatisfacción corporal	58
Nivel de riesgo en las conductas para perder peso	58
Conductas de alto riesgo para bajar de peso	58
Conductas de bajo riesgo para bajar de peso	58
Participantes	59
Definición y características de la población	59
Definición y características de la muestra	59
Técnicas de Recolección de Datos	60
EAT-40 de Garner y Garfinkel	60
Escala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner	62
Cuestionario de hábitos dietéticos	64
Construcción del instrumento	64
Validación del instrumento	64
Procedimiento	66
III ANÁLISIS DE DATOS	68
Análisis Descriptivo	69
Análisis estadístico de la aplicación de los instrumentos	69
Resultados obtenidos a través del EAT-40	69
Resultados en el EAT-40 en el grupo completo	69
Resultados en el EAT-40 en el grupo entre 13 y 15 años	71
Resultados en el EAT-40 en el grupo entre 16 y 18 años	72
Resultados obtenidos en la escala de insatisfacción corporal del EDI de Gardner	74
Resultados obtenidos en el grupo completo	74

	Resultados obtenidos en el grupo de 13 a 15 años	74
	Resultados obtenidos en el grupo de 16 a 18 años	75
	Resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos	77
	Resultados obtenidos en el grupo total	77
	Promedios obtenidos por los sujetos en el cuestionario de hábitos dietéticos	78
	Comparación de los promedios de los sujetos pertenecientes a los grupos de alto y bajo riesgo obtenidos el cuestionario de hábitos dietéticos	81
	Frecuencia de respuestas del cuestionario de hábitos dietéticos en el grupo total	83
	Resultados obtenidos en el grupo de 13 a 15 años	85
	Resultados obtenidos en el grupo de 16 a 18 años	85
	Resultados obtenidos en el Cuestionario de Hábitos dietéticos según EAT-40 sobre y bajo el riesgo	86
	Análisis comparativo de los promedios por respuesta en el cuestionario de hábitos dietéticos entre grupo de alto y bajo riesgo según EAT-40	86
	Comparación de frecuencia de respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con riesgo y bajo riesgo de trastorno alimentario	88
	Resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos según escala de insatisfacción corporal	90
	Comparación de promedios obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos por los sujetos con baja y alta insatisfacción corporal	90
	Comparación de frecuencia de respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alta y baja insatisfacción corporal	90
	Análisis del IMC de los sujetos	94
	Análisis de los sujetos según nivel de riesgo de IMC	94
	Análisis de los sujetos según el promedio de IMC	95
	IMC según EDI. Nivel de Insatisfacción corporal	97
	IMC según CHD alto y bajo Nivel de Riesgo de las conductas para perder peso	98
	Análisis comparativo	100
	Correlación de Pearson	100
IV	DISCUSION	101
	Bibliografía	108
	Anexos	112
	Anexo A: Cuestionario EAT-40	113
	Anexo B: Escala De Insatisfacción Corporal De Garner (EDI)	115
	Anexo C: Cuestionario De Hábitos Dietéticos (CHD)	117
	Anexo D: Reactivos Para Jueces	120

LISTA DE FIGURAS

Nº		Pag.
1	Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40	70
2	Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40, en el grupo desde 13 hasta 15 años	71
3	Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40, en el grupo desde 16 hasta 18 años	73
4	Distribución del promedio por pregunta del cuestionario para bajar de peso del grupo total	79
5	Gráfico comparativo. Promedios de preguntas de los grupos de alto y bajo riesgo	82
6	Gráfico comparativo. Promedios de preguntas obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos de los grupos de alto y bajo riesgo según EAT-40	87
7	Gráfico comparativo. Promedios de preguntas en el cuestionario de hábitos dietéticos en los grupos de alta y baja insatisfacción corporal según EDI	91
8	Distribución de la mediana según EAT alto y bajo el riesgo	96
9	Distribución de la mediana según EDI alto y bajo	97
10	Distribución de la mediana del IMC según CHD alto y bajo	98

LISTA DE TABLAS

Nº		Pag.
1	Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40	69
2	Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40 en el grupo de 13 a 15 años	71
3	Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40 en el grupo de 16 a 18 años	72
4	Puntajes obtenidos en el grupo en la escala de insatisfacción corporal, grupo completo	74
5	Puntajes obtenidos en la escala de insatisfacción corporal en el grupo de edades entre 13 y 15 años	74
6	Puntajes obtenidos en la escala de insatisfacción corporal en el grupo de edades entre 16 y 18 años	75
7	Resultados obtenidos en el CHD en el grupo total	77
8	Tabla resumen de las conductas para bajar de peso del grupo total	78
9	Tabla resumen de los resultados obtenidos en los sujetos con conductas de Alto y bajo riesgo para perder peso	81
10	Número de respuestas por alternativa para el cuestionario CHD en el grupo total	83
11	Resultados en el grupo de 13 a 15 años en CHD	85
12	Resultados en el grupo de 16 a 18 años en CHD	85
13	Tabla resumen de los resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos en los sujetos Alto riesgo y bajo riesgo según EAT-40	86
14	Tabla comparativa del número de respuestas por alternativa en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alto y bajo riesgo de TCA	88
15	Tabla comparativa de las respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alta y baja insatisfacción corporal	92
16	Distribución de resultados de la investigación según IMC	94
17	IMC del grupo total	95
18	Median del IMC de los sujetos según EAT alto y bajo	96
19	Mediana del IMC de los sujetos según EDI alto y bajo	97
20	Mediana del IMC de los sujetos según CHD bajo y alto	98
21	Análisis correlacional entre las variables	100

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La apariencia del cuerpo siempre es una imagen que nos representa ante los demás y que recibe una valoración moral por parte del grupo, la cual varía profundamente de un conglomerado humano a otro. En el caso de nuestra cultura, las apreciaciones sobre la delgadez son diversas, los medios de comunicación nos imparten modelos de belleza extremadamente delgados e inalcanzables para una mujer común y no es extraño escuchar a las adolescentes decir que desearían ser más delgadas de lo que realmente son.

Aunque no es un problema tan nuevo, como se podría pensar, ha sido en los últimos veinte años cuando la anorexia y la bulimia han aumentado de tal forma en número de casos, que se han convertido en objeto de preocupación y reflexión por parte de la comunidad científica. Ambas enfermedades provocan alteraciones en los hábitos alimentarios, sobretodo en adolescentes que tienen en común la obsesión por el cuerpo, por estar delgada y además un miedo paralizante a ser gorda, en este sentido, la realización de dietas se convierte en una reacción simple y directa ante los modelos de belleza profundamente estilizados de nuestra sociedad actual.

1.ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes Generales de los trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), constituyen, dada su frecuencia y trascendencia clínica, una de las patologías de origen psicológico más importante en el conjunto de los trastornos propios de las adolescentes. Aunque no son del todo bien conocidos, en la actualidad tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su creciente incidencia e incluso por la aparición en edades cada vez mas tempranas.

Esto último debido, posiblemente, a la mayor importancia cultural que se le estaría dando al cuerpo y a la alimentación, existiendo un culto a la esbeltez y a la dieta, sin que, por otra parte, exista una buena educación sanitaria al respecto (Chichilla A., 1995).

El cuerpo como distingo social, como “instrumento de competitividad”, en un medio donde predominan los estereotipos y valores estéticos culturales concernientes al cuerpo femenino (Toro y Vilardell, 1987. Cit. en Chinchilla, A., 1995), esta implicado en la génesis de estos trastornos al igual que los factores patogénicos socio-familiares, biológicos y psicológicos, sin que se pueda afirmar hoy en día de manera rotunda que factor o variable es fundamental necesaria o suficiente, para que aparezcan estos trastornos. En la actualidad el modelo etiopatogénico más aceptado es el denominado biopsicosocial (Chichilla A., 1995).

Estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes, entre 12 a 25 años, siendo poco frecuente el comienzo por encima de los 25 años para la anorexia nerviosa. Aunque la bulimia nerviosa puede aparecer más tarde, la historia clínica de los pacientes revela que un elevado porcentaje de estas mujeres han presentado o un cuadro de anorexia nerviosa o actitudes alimentaria restrictivas exageradas (Chichilla A., 1995). Alrededor de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes padecerán de anorexia nerviosa cada año, existiendo una prevalencia de 0.5 a 1 por 100.000 según los diferentes autores. En lo que respecta a las tasas de incidencia y prevalencia en la bulimia nerviosa, muestran cifras variables que oscilan entre el 1 y el 20% (dependiendo de las muestras de población en estudio, en colegios o en la población general, y de los criterios de diagnósticos utilizados). En la actualidad, la bulimia nerviosa parece más frecuente que la anorexia nerviosa. Por otra parte, ambos trastornos cursan con importantes índices de mortalidad, con porcentajes que varían del 5% al 10% de fallecimientos como consecuencia de las alteraciones del propio trastorno o por conducta autolíticas (Chichilla A., 1995).

La distribución por sexo muestra que aproximadamente entre el 85% - 95% de los casos son mujeres, generalmente de clase media o alta y de raza blanca. También se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a estos trastornos, tales como las gimnastas, modelos, bailarinas o azafatas (Chinchilla A., 1995).

Además de los factores predisponentes individuales (genética, personalidad, alteraciones de la alimentación en la infancia, edad y sexo) y

familiares (antecedentes de trastornos depresivos y abuso de sustancias, obesidad materna, alteraciones en la dinámica familiar), es frecuente encontrar en la historia clínica de estos trastornos la existencia de factores desencadenantes, tanto en el inicio, como en la recaída sintomática. Entre estos factores se encuentran separaciones o pérdidas familiares, fracaso de las experiencias emocionales y/o sexuales u otra experiencia que son vividas como un fracaso personal, comentarios, desagradables y/o críticas acerca del cuerpo, dietas estrictas para adelgazar, una creciente actitud de desagrado ante su propia imagen corporal, junto al mimetismo sobre la moda del adelgazamiento (Chinchilla A., 1995). El ejercicio físico riguroso y en exceso asociado a ciertas profesiones también favorece la presentación clínica de estos cuadros. La presencia de conflictos familiares o anomalías en relación con la ingesta o una exagerada preocupación por la apariencia puede también ser influyente en cuanto a la predisposición, así como también un desencadenante en un momento determinado (Chinchilla A., 1995).

1.2 Descripción de los Trastornos Alimentarios

Según el DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995), los trastornos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Estos trastornos son agrupados en tres categorías: la anorexia

nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

1.2.1 Anorexia Nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres con este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren de amenorrea (falta de periodo menstrual) (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Primera Publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995).

Estos trastornos esencialmente, conducen a la persona que lo padece a matarse por inanición. Una definición típica es “el excesivo control” de la ingestión de comida para reducir el peso (Levenkron, 1982. Cit. en Hyde J., 1995).

Se estima que en la actualidad, padece anorexia nerviosa una de cada 250 adolescentes (Levenkron, 1982. Cit. en Hyde J., 1995).

Aunque los expertos no acaban de ponerse de acuerdo hay algunos que señalan que algunas de las características centrales de la anorexia serian las siguientes (Minuchin y Cols, 1978; Garfinkel y Garner, 1982; Levenkron, 1982. Cit. en Hyde J., 1995):

- Pérdida del 20% o más del peso corporal (la persona está demacrada).
- Amenorrea o ausencia del periodo menstrual.

- Pérdida del cabello
- Piel seca y escamosa.
- Estreñimiento
- Lanugo; crecimiento del vello corporal que, probablemente, tenga relación con el esfuerzo que realiza el organismo para mantener el calor cuando no recibe suficientes calorías.
- Temperatura corporal reducida (con frecuencia entre 35 y 36 C).

La extremada pérdida de peso es la consecuencia de la dieta compulsiva a la que se somete la anoréxica. Aunque puede que comience con una dieta normal pronto pierde el control. Quizá se limite a la ingestión de una cantidad situada entre 600 y 800 calorías diarias (Garfinkel y Garner, 1982. Cit. en Hyde J., 1995).

Sus pensamientos se centran de manera obsesiva en los alimentos y su consumo, elaborando rituales en relación con el hecho de comer. Es posible que se limite a ingerir tan solo escasos alimentos de pocas calorías. Come en privado y, por regla general, se convierte en solitaria (Hyde J., 1995).

El título de una excelente novela sobre la anorexia es: "The Best Little Girl in the World" (La mejor niña del mundo) (Levenkron, 1978. Cit. en Hyde J., 1995). Alude al hecho de que la mayoría de las anoréxicas son niñas buenas, obedientes y de elevado rendimiento escolar. A pesar de ello, por regla general, muestran sentimientos de inferioridad con respecto a su inteligencia e imagen externa. También son corrientes la depresión y la ansiedad, que tan solo se alivian por la pérdida de peso y el ayuno. Asimismo, la anoréxica típica pierde el interés por la sexualidad, suele negar su situación, sostiene con firmeza que no

tiene problemas y que no pesa menos de lo normal, oponiéndose a someterse a psicoterapia (Hyde J., 1995).

Según el DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995), los criterios para diagnosticar anorexia son:

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

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

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen inicialmente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógeno).

ESPECIFICAR EL TIPO

Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, no recurre regularmente a atracones o purga (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, recurre regularmente a atracones o purga (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo, mientras que el sujeto crece en altura no aumenta su peso corporal).

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purga (por ejemplo, vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995).

El miedo intenso a ganar peso generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo, algunas personas se encuentran “obesas”, mientras que otras se dan cuenta que están delgadas, pero continúan estando preocupadas, porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden recurrir a una amplia variedad de técnicas para controlar el tamaño y el peso del cuerpo como son el pesarse constante, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas “obesas”.

El nivel de autoestima de las personas que sufren estos trastornos depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y con signos de extraordinaria autodisciplina, en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

En los sujetos con trastornos alimentarios el nivel de inteligencia se ubica en el rango entre normal alto y normal. Lo determinante en el rendimiento de estos pacientes parece no ser tanto su nivel de inteligencia como el grado de expectativas externas que perciben. Por otro lado, en la medida que evitan situaciones sociales van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de autoestima, y así el desempeño académico se sobre valoriza a expensas del desempeño en otras áreas. (Rausch C., 1995).

Con respecto a la personalidad del anoréxico, esta claro que existen diversos tipos, pero dentro de esta diversidad se destacan algunos rasgos: gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros a fin de afianzar una autoestima vulnerable.

Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995).

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al medico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no ganan peso). Si la paciente desea buscar ayuda medica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco.

Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995).

1.2.2 Bulimia Nerviosa

Algunos autores llaman a la Bulimia “bulimorexia” debido a que la definen como una variante de la anorexia, en la medida en que la pérdida de peso se consigue de otro modo (Strigel, Moorey Cos, 1986. Cit. en Hyde J., 1995). A veces, se la conoce con el nombre de síndrome de bingeing and surging (literalmente: “llenarse hasta el tope y purgarse), porque las mujeres comen vorazmente hasta hartarse y después, antes de que puedan asimilar las calorías ingeridas, se liberan de ellas, obligándose a vomitar o abusando de laxantes (Roskind-Loaahl y Sinlin, 1977; Garfinkel y Garner, 1982. Cit. en Hyde J., 1995). La bulímica puede ingerir del orden de 4000 a 5000 calorías diarias, aunque no deja de perder peso (Garfinkel y Garner, 1982. Cit. en Hyde J., 1995).

Las encuestas de poblaciones universitarias indican que entre el 4 y el 7% de las mujeres han experimentado conductas bulímicas, incluso la de comer hasta hartarse, vomitando a continuación (Hawkins y Clement, 1980; Garfinkel y Garner, 1982. Cit. en Hyde J., 1995).

Por lo tanto, este problema no es raro y hay pruebas de que su incidencia aumenta, como la anorexia es, sobre todo, un problema femenino: el 90% de las

personas bulímicas también son mujeres (Striegel-Moore y Cols, 1986. Cit. en Hyde J. 1995).

El predominio de este trastorno es preocupante, ante todo porque tiene graves consecuencias sobre la salud, algunas se derivan de la inanición, además, la bulímica puede padecer graves daños en los dientes, provocados por la acidez de los reiterados vómitos (Hyde J., 1995).

Según muchos autores, la bulimia es el trastorno en la alimentación más desconcertante, en la medida en que puede coexistir ya sea con la obesidad o con la anorexia nerviosa, o presentarse como entidad separada (Aranguiz P, Leiva A, Romero C., 2003).

Según el DSM IV, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995), los criterios para el diagnostico de bulimia nerviosa son:

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

1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

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

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

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

D. La auto evaluación está exageradamente inferida por el peso y la silueta corporales.

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

ESPECIFICAR TIPOS

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

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

La auto evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentran excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados y pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995).

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o lo mas disimuladamente posible. Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estos sujetos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicios intensos, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones, ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autoevaluarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

1.2.3 Trastornos Alimentarios no especificados

Según el DSM IV, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (primera publicación realizada por la American Psychiatric Association, 1995), esta categoría de trastornos de la conducta alimentaria, se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, es decir:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Si cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y la conducta compensatoria inapropiada aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidad de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vomito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

La persona que padece estos trastornos suele mostrar un alto nivel intelectual, sobre todo los pacientes que padecen anorexia nerviosa, son muy responsables, inseguras, obsesivas, ocupada por la eficacia y la apariencia con el objeto de agradar a los demás y con un grado elevado de espiritualidad como ideal o modo de vida estética. En el caso de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa con conductas bulímicas, los rasgos caracteriales más frecuentes son la tendencia a una mayor extroversión, la variabilidad emocional, con frecuentes oscilaciones del humor, aumento de la impulsividad y una conducta mas desorganizada (Chinchilla, 1995).

El diagnostico suele ser tardío debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por una falta de conciencia de enfermedad o por miedo a no ser entendida. Aunque ya desde su inicio es evidente la variabilidad de peso o que están siguiendo una dieta o realizando ejercicio físico, lo que generalmente “es bien visto” por parte de la familia, no es hasta cuando se evidencian manifestaciones

objetivas preocupantes de desnutrición, vómitos o atracones o complicaciones clínicas, que suelen derivar después de mucho tiempo, a veces más de un año en la anorexia nerviosa, y aun más tiempo en la bulimia nerviosa, esta última por ser mas fácilmente ocultable y porque inicialmente los episodios bulímicos suelen ser nocturnos (Chinchilla, 1995).

1.3 Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios

Un factor de riesgo es toda influencia o variable que antecede al trastorno respectivo y aumenta la probabilidad de que se desarrolle una conducta problemática (Kraemer, 1997. Cit. en Noordenbos G., Vanderyecken, W, 2000).

1.3.1 Factores del Desarrollo Puberal/Madurativo

Varios estudios han hallado que una maduración temprana y el desarrollo puberal constituyen factores de riesgo para los trastornos alimentarios (Graber y Col, 1994; Killen y Col, 1995. Cit. En Noordenbos, G., Vanderyecken, W., 2000). Esto no resulta sorprendente, puesto que la pubertad se asocia con un aumento considerable del tejido adiposo en las niñas y el hecho de evitar el aumento de peso/grasa es uno de los principales factores de riesgo.

Algunos autores han acordado que las etapas de desarrollo y las transiciones en la vida, tienen gran importancia en los trastornos alimentarios. Debido a que se generan mayoritariamente durante la adolescencia, como

consecuencia de la dificultad que tienen los adolescentes para adaptarse a los nuevos cambios que implica su desarrollo, tanto físico, emocional como psicosocial. (Pederson, M., Binford, R., Fullkeson, J., 2000. Cit. en Aranguiz, 2003).

El desarrollo durante este período envuelve muchas tareas difíciles para los adolescentes, como formar relaciones con pares, formar pareja, alcanzar mayor autonomía y desarrollar un sentido de identidad independiente (Pederson, M., Binford, R., Fullkeson, J., 2000. Cit. en Aránguiz P., 2003).

Se desconoce si la maduración temprana es importante por si misma o si el mayor riesgo de desarrollo de trastornos alimentarios refleja algún otro elemento relacionado con la maduración temprana, como la primera cita amorosa. (Noordenbos, G., Vanderyecken, W., 2000).

En relación a la menarquia según un estudio realizado por Morandé (2002) el 100% de las pacientes anoréxicas con síndrome completo estudiadas presentan amenorrea, sólo un 15% (habitualmente las más pequeñas), tienen una amenorrea primaria.

Aquellas con amenorrea secundaria habían tenido su regla a los edad, 12 años y fracción. Son pocas las que han presentado menarquia precoz.

Stice y cols. (2001) cit. en Morandé (2002), hacen un seguimiento de 496 niñas. La menarquia precoz (antes de los 11,6 años) correlaciona con depresión, abusos de sustancias, pero no con trastornos de la alimentación. Es un riesgo psicopatológico inespecífico para jóvenes.

Oficioso y cols. (2000) cit. en Morandé (2002) estudian 16 jóvenes de 14 años con pubertad precoz. Todas ellas presentaban una imagen corporal

negativa una fuerte inhibición de su femineidad. Su imagen corporal negativa se reflejaba en una limitada autoestima.

Ackard y cols (2001) investigan la relación entre pubertad y trastornos de la alimentación. Las jóvenes que se recordaban con sobrepeso antes de la pubertad marcaban puntajes elevados en trastornos de la alimentación, insatisfacción corporal, ascetismo, deseos de adelgazar, impulsividad y perfeccionismo. Se ven en la actualidad con mayor tamaño comparadas con la figura que anhelaban antes. La edad de la menárquia no se asociaba significativamente con trastornos alimentarios. Sin embargo, aquellas jóvenes que tuvieron antes la menárquia puntúan más alto en deseo de adelgazar, inseguridad social y ascetismo. También desean una figura ideal más delgada que aquellas que tuvieron la menárquia después (Morandé 2001).

1.3.2 Funcionamiento Psicológico General

Las dificultades con la regulación del afecto o la inestabilidad afectiva constituyen factores de riesgos para la bulimia (Johnson y Col., 1984; Leon y Col., 1993. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

En cuanto a la personalidad, las mujeres bulímicas parecen tener un poderoso deseo de aprobación social, una tendencia a evitar los conflictos, y dificultades para identificar y expresar sus propias necesidades (Bosking-White y White, 1993. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

La personalidad del anoréxico presenta características de obsesión, inhibición social, sumisión y restricción emocional (Wonderlich, 1995. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

El perfeccionismo se define como la tendencia a establecer niveles irreales de desempeño y es característico de los individuos con anorexia nerviosa. Las expectativas personales de un desempeño sobresaliente, quizá combinadas con un ambiente de mucha presión también pueden constituir un factor de riesgo (Vanderycken y Noordenbos, 2000).

1.3.3 Factores Familiares

Según Minuchin, 1978 (Cit. en Aranguiz, 2003). Los sujetos con trastorno alimentario provienen de familias aglutinadas, hostiles y que niegan las necesidades emocionales de la paciente, a su vez estas describen su ambiente familiar como controladoe y con alta expectativa hacia ella (Haworth-Hreppser, 2000. Cit. en Aránguiz, 2003).

Las pacientes bulímicas refieren invasión de la privacidad por parte de la madre, competencia, así como también seducción paternal (Porty, 2000. Cit. en Aránguiz, 2003).

Investigaciones realizadas en España por Martínez y Cols. (2003) sugieren que aquellas jóvenes las cuales están insertas en familias disfuncionales, con padres separados o en las que un progenitor ha muerto, presentan más riesgo de en alguna etapa de la vida desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

1.3.4 Factores Socioculturales

Se piensa que una de las principales influencias culturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios es la glorificación social de la delgadez. Quizás el deseo cultural de ser delgado interactúa con los objetivos laborales y así aumenta el nivel de riesgo (Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Estos factores han sido considerados, por diversas investigaciones, uno de los más importantes para existencia de una imagen corporal negativa, la realización de dietas restrictivas y la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (Ghaderi, 2001).

Las mujeres a través de los medios de comunicación están expuestas a un modelo físico, que es tan delgado, que difícilmente una mujer común puede alcanzar, tal exposición induce a éstas a someterse a dietas restrictivas y aumentar la vulnerabilidad de trastornos de la conducta alimentaria. Los cuales son más comunes en los países occidentales, en donde ha habido un cambio claro hacia un ideal de mujer más delgado, en un estudio realizado por Akan y Grilo (1995) en jóvenes blancas, hispanas y españolas determinó que estas mujeres compartían una misma imagen de lo que era una mujer ideal, esta fue descrita con 170 cms de estatura y de 45.35 a 49.89 Kg. de peso, usualmente rubia y con cabello largo y voluminoso (Gomez-Peresmitré, 2002) que como puede verse corresponde al prototipo de las modelos profesionales y está lejos de ser el aspecto de una adolescente común. Además, en esta cultura, las mujeres que ejercen ciertas profesiones como el ballet, gimnasia, etc. se exponen a presiones para realizar dietas restrictivas debido al énfasis en

mantener una apariencia delgada y siendo este un factor de riesgo, están expuestas a un mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (Ghaderi, 2001).

En los últimos 30 años las revistas y los programas de televisión frecuente y persistentemente glorifican un ideal de belleza juvenil y delgado mientras se connota la gordura como un sinónimo de enfermedad, fealdad e inmoralidad, además se piensa que estar delgado es atractivo y saludable y símbolo de disciplina, en cambio al sujeto con sobrepeso se le percibe como poco atractivo, perezoso y probablemente incompetente, lo que puede llevar a una joven con cierto nivel de sobrepeso a sentirse insatisfecha corporalmente y comenzar a realizar dietas restrictivas con el fin de perder el peso indeseado. (Ghaderi,1999)

Los pares pueden ejercer gran influencia, en particular cuando los niños ingresan en la adolescencia. En esta etapa, la percepción de lo que hacen y piensan los amigos desempeña un papel de gran importancia, como se lo ha demostrado respecto del consumo de alcohol, droga y tabaco (Watts y Ellis, 1992. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000), además de constituir un factor de riesgo para los trastornos alimentarios (Killen y Col, 1996. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Ricciardelli y cols. (2000) estudiaron mediante entrevistas individuales 20 jóvenes de 12 y 13 años y 20 de 14 y 15 años. En su estudio consideran que los comentarios de las amigas y de la madre hacen una retroalimentación positiva en contraste con los amigos y el padre (Morandé, 2002).

La presión social de los pares se hace especialmente a partir de los 9 años cuando la niña empieza a compararse y a buscar más en televisión figuras de identificación (Morandé, 2002).

Field y cols. (1999) hace un seguimiento durante un año de 6.982 niñas de 9 a 14 años que nunca habían usado vómitos y laxantes para intentar controlar su peso. Al cabo de 1 año 74 niñas habían usado los vómitos al menos durante 1 mes. El inicio de los vómitos coincide con la aparición del vello púbico y con el deseo de ser tan delgadas como las compañeras y tratar de parecerse a las jóvenes que salían en televisión en publicidad y en revistas (Morandé, 2002).

Como podemos ver el grupo de pares y los padres al hacer comentarios con relación a las características del cuerpo de las jóvenes, junto con el compararse con los modelos estéticos socialmente ideales pueden actuar como elementos que faciliten la insatisfacción corporal.

1.3.5 Factores Traumáticos

Los factores traumáticos tienen que ver con experiencias individuales interpersonales como el abuso, traumas y burlas. Algunos auto reportes de jóvenes refieren que el haber recibido burlas debido a la experiencia o figura corporal esta asociado con un aumento de la sintomatología (Lenner , 2000. Cit. en Aránguiz, 2003).

El abuso en la niñez es una situación aun más compleja. Hay una conexión entre abuso sexual en la niñez y sintomatología bulímica (Everill & Waller, 1995. Cit. en Aránguiz, 2003). Se argumenta que el abuso induce a

emociones intolerables para las personas y socava la identidad. El trastorno alimentario sería un intento de regular los afectos negativos y de construir un sentido de si mismo mas coherente cuando las estructuras internas son carentes (Porty & Yager, 1996. Cit. en Aránguiz, 2003).

Es por esto, que para ciertos autores, los trastornos alimentarios son mecanismos que actúan en mujeres que no han desarrollado otra alternativa de enfrentar sus crisis personales. Por lo que tienden a focalizarse en el peso, en la figura y en la alimentación y a través de esto, logra el control sobre sus emociones (Troop, 1998. Cit. en Aránguiz, 2003).

Existen algunos jóvenes que han padecido en su infancia enfermedades que han afectado su corporalidad o sus patrones de alimentación, que a lo largo de su adolescencia han desarrollado trastornos de la conducta alimentaria. Pacientes con laguna malformación, con patologías oncológicas, enfermedad celíaca y diabetes. Ninguno de éstos constituye un grupo de riesgo específico para trastorno de la conducta alimentaria, aunque presentan algún grado de vulnerabilidad psicológica e insatisfacción corporal. Solamente si concurren factores específicos de riesgo como sobrepeso, predisposición biológica y psicológica personal, presión familiar–social y además se desarrollan conductas de riesgo puede desencadenarse un cuadro alimentario (Morandé, 2002).

1.3.6 Atracones y Purgas

A pesar de que los vómitos provocados y el uso de laxantes o diuréticos son signos de un trastorno alimentario no son suficientes para un diagnóstico certero. Sin embargo, se ha descubierto que, aunque no siempre definen, esta conducta favorecen el desarrollo posterior de un trastorno alimentario (Vandereycken y Noordenbos, 2000). No debemos olvidar que la realización de estas conductas se consideran claves en la bulimia nerviosa y son frecuentes como método para perder peso en el grupo con el trastorno ya establecido.

1.3.7 Control del peso/preocupación exagerada por el peso y la silueta

La mejor forma de predecir los niveles de riesgo es medir las preocupaciones en el peso (Kellen y Col, 1994. Cit en Vandereycken y Noordenbos, 2000). Cualquier herramienta para evaluar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario debe incluir indicadores que determinen si una niña hace dieta y se preocupa por adelgazar.

Un estudio de niñas de 9 a 11 años reveló que el único factor común que permitía prever actitudes y conductas alimentarias anormales era la historia de sus dietas (Rhynewinkler, 1994. Cit. en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Huon y cols. (2000) compararon 62 adolescentes femeninas que han iniciado una dieta con un número similar que nunca las han realizado. Las primeras eran más dóciles con sus padres y al mismo tiempo más competitivas con sus pares (Morandé, 2002).

Estos autores estudian el inicio de la conducta de hacer dietas en niñas de 12 a 16 años a las que se siguió durante 2 años mediante 4 evaluaciones. En la primera visita a la escuela 237 niñas (57%) se identificaron como no dietistas. De ellas aproximadamente un 20% pasaron hacer dietistas en los controles sucesivos. La aparición de la dieta fue especialmente marcada en el grupo de 13 y 14 años coincidiendo con el cambio corporal más acelerado (Morandé, 2002).

Strong y cols. (1999) estudian 148 jóvenes de 13 a 16 años mediante cuestionarios y entrevistas individuales, los resultados hacen pensar que el hacer dieta es un fenómeno multicausal. La percepción por parte del adolescente del deseo y presión por parte de sus padres para que haga dieta es altamente predictivo de que finalmente haga dieta. En el otro extremo, el mensaje dirigido a la niña por los padres para que sea autónoma y tenga más confianza en sí misma condiciona menos respuesta de dieta. Si el IMC elevado y la insatisfacción corporal predicen dietas, la suma de factores psicosociales también la predice si existe un IMC elevado. La presión de los padres para hacer dietas es importante si la joven tiene una insatisfacción corporal elevada (Morandé, 2002).

De este modo resulta relevante señalar que los modelos impuestos socialmente y las presiones por parte de los padres y pares por alcanzar este modelo conlleva a que un gran número de jóvenes realicen dietas con el objetivo de alcanzar un cuerpo ideal.

1.4. Factores Predisponentes, precipitantes y mantenedores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.4.1 Factores Predisponentes

Un factor crucial tiene que ver con las dificultades para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación (Raush C., 1995; Burch, 1982. Cit. en Raulh, 1995), atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da cuenta de un sentido de ineficacia personal. Los pacientes anoréxicos se perciben a sí mismos como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, como no siendo los dueños de su propio cuerpo, como careciendo de un centro de gravedad. Por el contrario se sienten bajo la influencia de fuerzas externas.

Otro factor predisponente significativo, pero no universalmente demostrable se refiere a los trastornos de la auto percepción del tamaño corporal y de los estados afectivos internos y viscerales (Rausch C., Hersocovicil, 1995). Esto no es demostrable, por la falta de estudios prospectivos de adolescentes normales, no se puede establecer si estos trastornos son parte de una predisposición o una secuela de la enfermedad (Raush C., Hersocovicil, 1995). Según algunos investigadores, la anorexia nerviosa puede relacionarse con intentos para controlar el exceso de peso, sin embargo existe mayor concondancia entre el antecedente de obesidad y bulimia. Por cierto que una persona que haya sido previamente obesa puede significar que esta esté

hipersensibilizada a las humillaciones de las que suele ser víctima. Esto puede ser un factor importante en la predisposición a hacer dietas, especialmente si su autoestima depende en gran medida de su aspecto (Rausch C., 1995). Y debido a esto el sujeto presenta insatisfacción corporal.

1.4.2 Factores Precipitantes

Esta demostrado que no hay ningún precipitante único y también que en muchos caso tampoco se puede identificar un precipitante particular. Algunas veces es posible determinar eventos externos gatillantes. Pero en esto no difieren de otros descritos como significativos en el desencadenamiento de otras enfermedades psiquiátricas y, en muchos casos, los hechos aludidos parecen banales (Rausch C., 1995).

Lo que si se ha determinado es que el común denominador de la recuperación que tiene el evento para el individuo es que percibe el dolor de dos maneras: a) como una amenaza de pérdida del autocontrol; b) como una amenaza orientada o real pérdida de la autoestima (Rausch C., 1995).

El evento gatillante puede ser una separación o pérdida, una disfunción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa. Únicamente, el amenaza a su autoestima y su sensación de bajo control, que conduce a un incremento de la preocupación por su cuerpo y a la convicción de que se sentirá mas en control de su persona si continua perdiendo peso, son suficientes para que la anoréxica tenga una recaída, debemos recordar que la

anoréxica percibe la restricción alimentaria como una manera de auto control (Rausch C., 1995).

1.4.3 Factores mantenedores

El curso de la anorexia nerviosa es muy variado. Aun no se comprende con precisión que factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente, y otro se convierte en crónico, esto va en desmedro de la consideración del impacto del tratamiento adecuado. Sin embargo, si se han podido aislar factores que permitían el mantenimiento de la enfermedad (Rausch C., 1995).

El principal es el Síndrome de Inanición: los sujetos con anorexia a pesar de estar rodeados de alimentos están enormemente preocupados por la comida, mientras pierden el interés por otras áreas coleccionan recetas, leen libros de cocina, la comida es su principal tema de conversación (Keys y Col. Cit. en Rausch, 1995). Además el aislamiento social y la marcada reducción en los intereses hace que con el tiempo la amistades se alejen cada vez mas. Si persisten estos síntomas, producen serios problemas, particularmente en la autoestima, que con frecuencia será abordada por el anoréxico por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta. Este modo de auto perpetuación tiene como punto de partida la inanición. (Rausch C., 1995).

2 ADOLESCENCIA

La palabra “adolescencia” proviene del verbo latino *adolecere*, que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto (Hurlock, E. 1997).

Esta etapa del desarrollo del ser humano sigue a la pubertad (serie de cambios físicos en el organismo humano cuyo producto final es, básicamente, la completa maduración de los órganos sexuales y con ello la plena capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente) y en la que se producen una serie de cambios físicos y psicológicos (Carretero, M. 1985).

Por lo tanto, la pubertad, la cual se acerca más a un hecho que a un proceso, tendría a constituir el límite inferior de la adolescencia. Obviamente, el límite superior es más difícil de concretar con exactitud, pero puede situarse alrededor de los 17-18 años cuando el desarrollo físico se ha completado casi en su totalidad (Chumlea, 1982. Cit. en Carretero, 1985)

Cambios Físicos en la Adolescencia

Cualquier persona que tenga un cierto conocimiento o relación con los niños o adolescentes puede observar fácilmente que a partir de los 10-11 años se produce un crecimiento rápido que afecta a distintas partes del cuerpo, y que llega a cambiar, en poco tiempo, el aspecto del individuo, entre los 11 y los 16 años aproximadamente, los individuos crecen en mayor medida que en años

anteriores y posteriores, (exceptuando la primera infancia.) Es lo que se ha sólido llamar el “estirón” de la adolescencia. (Tanner, 1978. Cit. Carretero, 1985). A partir de los 12 años, aproximadamente, se produce un aumento rápido y considerable en los aspectos general y reproductivo mientras que el cerebro se encuentra ya prácticamente en su estado adulto. (Chumlea, 1982. Cit. en Carretero, 1985).

Como puede imaginarse, todas estas transformaciones pueden suponer para el sujeto una necesidad imperiosa de aceptar y asimilar su nueva imagen corporal, esta le guste o no, la cual compara con los patrones de belleza ideal.

Algunos autores han señalado las dificultades que tienen un buen número de adolescentes para integrar la imagen que tienen de sí mismos y que se halla en esos momentos en proceso de cambio, con la que les gustaría tener en función de sus propias expectativas, así como de las normas y preferencias que impone el grupo o clase social a la que pertenecen según una determinada estética (Schonfeld, 1969. Cit. en Carretero, 1985). Por ejemplo, Siegel 1982. (Cit. en Carretero, 1985) ha resumido así el impacto que tienen sobre los adolescentes las transformaciones:

- a) Se produce un aumento en la toma de conciencia y en el interés por los aspectos relacionados con el propio cuerpo, favorecidos, probablemente, por el desarrollo cognitivo que tiene lugar en estas edades.
- b) La mayoría de los adolescentes, al comienzo de esta etapa, se encuentran más interesados por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos.

c) Por regla general, las jóvenes muestran mayor insatisfacción por su aspecto físico que los jóvenes, esto puede tener una explicación en que los medios de comunicación imparten modelos de belleza ideal, generalmente de sexo femenino que además son inalcanzables, modelos que, debido a la presión social intentan imitar.

d) Existe una clara relación entre el atractivo físico y la aceptación social y viceversa. Es decir, a los adolescentes con un buen grado de aceptación social sus compañeros les atribuyen una buena dosis de atractivo físico. (Siegel, 1982. Cit. en Carretero, 1985).

En resumen, los cambios físicos que se producen durante la adolescencia son bastantes rápidos e intensos y afectan al tamaño general del cuerpo. Todas estas transformaciones físicas suponen una clara diferenciación entre muchachos y muchachas y producen en ellos una clara toma de conciencia e interés por su aspecto físico que redundará en sus relaciones sociales. (Carretero, 1985)

Además durante la adolescencia se constituye el concepto de si mismo o auto concepto, lo cual no es otra cosa que conocimiento de si mismo, auto conocimiento; es un conjunto de representaciones o esquemas cognitivos acerca de uno mismo, confusiones de recepción, procesamiento y utilización del flujo de información acerca del propio sujeto (Markus, 1977, 1983. Cit. en Carretero, 1985).

Aunque el establecimiento de una imagen corporal básica precede en mucho tiempo a la adolescencia, esta es una edad en que, debido a los importantes cambios corporales producidos, desde el tamaño del cuerpo y la

fuerza física hasta las nuevas sensaciones sexuales ahora posibles, el varón y la mujer necesitan revisar y rehacer la imagen de su cuerpo. Los adolescentes se hayan seriamente preocupados y afectados por el propio físico y por la apariencia de su figura corporal, en esta etapa además , donde sobretodo las jóvenes se ven obligadas a cumplir con ciertos patrones de belleza impuestos por la sociedad y difundidos a través de los medios de comunicación, este ideal de belleza, que no se sitúa en un normo peso sino en un infrapeso está llevando a las adolescentes a una auténtica obsesion por el cuerpo, lo que se refleja , en algunos casos en insatisfacción corporal, lo que lleva a algunas de estas jóvenes a realizar ciertas conductas (dietas) que les permitan alcanzar este cuerpo “ideal”(Morandé,(2001). La adolescencia es un periodo de aguda toma de conciencia acerca del propio cuerpo (Clifford, 1971. Cit. en Carretero, 1985). Alguien ha llegado a decir: “el adolescente es su cuerpo y su cuerpo es el” (McCandless, 1970. Cit. en Carretero, 1985).

Si tomamos en cuenta que el adolescente experimenta una enorme necesidad de reconocimiento por parte de otros, necesidad que no se confunde con el puro y simple narcisismo, es la posición y el reconocimiento dentro del grupo de compañeros lo que principalmente le asegura un concepto positivo de si. Y este concepto positivo pasa, en muchos casos por la imagen corporal que estos posean y que además esta concuerde con los modelos establecidos socialmente.

El desarrollo de una imagen corporal, es decir, una imagen del yo físico que incluye un cuerpo adulto, es una tarea intelectual y emocional que se entremezcla con las cuestiones nutricionales. Como se mencionó anteriormente,

los adolescentes a menudo se sienten incómodos con sus cuerpos rápidamente cambiantes; a la vez, desean ser como sus compañeros e ídolos culturales más perfectos. Su sentido de valía se deriva de sentimientos sobre sus propios atributos físicos, un rasgo que los torna vulnerables a las distorsiones serias cuando se desarrolla un trastorno en la alimentación.

El deseo para modificar su tasa de crecimiento o sus proporciones corporales conduce a estos jóvenes a modificaciones alimentarias que tienen consecuencias negativas y que son objeto de explotación por los intereses comerciales. El rápido aumento de peso que acompaña al desarrollo de las características sexuales secundarias hace que muchas mujeres jóvenes restrinjan indebidamente la cantidad de alimento que consumen. Los varones jóvenes se ven tentados a utilizar el aspecto muscular de los adultos. No se puede pasar por alto la importancia que tiene que los adolescentes deseen encajar en su entorno social mediante imágenes corporales que piensan que les ayudaran a ellos (Spear, 1996. Cit. en Nahan K & Escoll - Stemp S., 1998).

3 IMAGEN CORPORAL

3.1 Importancia del concepto de imagen corporal

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso en la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima, o el auto concepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar aspectos importantes de la integración social de los adolescentes (Baile, 2003).

Sin embargo, en relación con la literatura revisada, no existe consenso científico sobre que es la imagen corporal, o como se evalúa, ni como se manifiesta una alteración de ella.

En las últimas décadas los Trastornos de la Conducta Alimentaria han generado una importante atención social y un importante cuerpo científico, analizando la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc., dado que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes de los trastornos de la conducta alimentaria, y otra alteración (distorsión perceptiva del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico, el estudio de la imagen corporal también ha recibido gran atención. Esta alteración ha proporcionado gran información científica, pero ha sesgado las aportaciones pues ha provocado que se estudie la imagen corporal casi

exclusivamente como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria (Baile, 2003).

3.2 Definición de Imagen Corporal

Bruch (1962, cit. En Baile, 2003), en la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber que es la imagen corporal y cuales podrían ser las técnicas de evaluación para “aprehenderla” (Baile, 2003).

Según Behar (1993), una de las más confusas y a la vez más fundamentales características de los trastornos de la conducta alimentaria, la así denominada alteración de la imagen corporal, fue señalada por Laseague hace ya más de un siglo, en 1864, aunque, como señalábamos anteriormente, no fue reconocida ampliamente sino hasta 1962 cuando Hilde Bruch postulo la presencia de una “imagen interna distorsionada”, como patognomónica para la anorexia nerviosa, resaltando el vigor y la testarudez con que la emaciación llevada al extremo era defendida hasta las últimas consecuencias, vivenciada como un acontecimiento normal y correcto y no enjuiciado como una delgadez morbosa por parte de las pacientes.

3.1.1 La imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria

Como ya se ha señalado H. Bruch (1962) es la primera autora que dirige la atención hacia una posible alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, a partir de ese momento comienza un interesante período de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen corporal como sintomatología propia de los TCA (Baile, 2003).

Según Bruch, la anorexia nerviosa tiene tres características: un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los TCA así figura en las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* de la American Psychiatric Association (Baile, 2003).

Investigaciones posteriores puntualizarán estas primeras investigaciones, pero las mismas fueron el inicio de tres grandes líneas de estudio:

- a) Estudiar el peso de las alteraciones de la imagen corporal como causa de los TCA.
- b) Dilucidar hasta que punto una alteración de la imagen corporal es un síntoma patognómico.
- c) Cómo se podría evaluar la imagen corporal y estas alteraciones que se presumían claves en los TCA (Baile, 2003).

3.1.2 Definiciones Actuales de Imagen Corporal

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de trastorno de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, dismorfia corporal, insatisfacción corporal o distorsión perceptiva corporal (Baile, 2003).

Sepúlveda, Botella, León (2001) sugieren que la imagen corporal está integrada por componentes perceptivos, cognitivos-afectivos y conductuales, existen dos maneras principales con la que a través de la historia se ha tratado de evaluar los diferentes componentes, creando para ello una variedad de técnicas. Estas dos maneras son:

- a) La precisión en la estimación del tamaño corporal del sujeto, basada en juicios puramente perceptivos.
- b) La actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que reflejan variables actitudinales, afectivas y cognitivas.

Para Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998) cit. en Baile (2003), la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porqué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal tiene las siguientes características:

-Es un concepto multifacético.

-La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: *“como percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a como nos percibimos a nosotros mismos”* (Baile, 2003).

-La imagen corporal está socialmente determinada desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo.

-La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

-La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

-La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino la preconscious y la inconsciente (Baile, 2003).

3.1.3 Una Definición Integradora

Recogiendo diferentes aportaciones, podemos proponer la siguiente definición con carácter integrador:

La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la auto percepción del cuerpo/apariencia genera una representación, mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas (Baile, 2003).

3.2 La Alteración de la Imagen Corporal

Si la imagen corporal está alterada o si existe un trastorno de la imagen corporal, exactamente ¿a qué nos estamos refiriendo?. Dado que las anteriores definiciones plantean que la imagen corporal es un constructo polifacético, los autores se refieren a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado (Baile, 2003).

3.2.1 Definición de alteración de la imagen corporal

Encontramos las primeras referencias en este campo a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a “*la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo*” (Raich, 2000) cit. en Baile (2003). Bruch (1962), cit. en Baile (2003) describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo, Baile (2003).

Garner y Garfinkel (1981), cit. en Baile (2003) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

- a) Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de los pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal
- b) Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física, a la cual se le denomina insatisfacción corporal.

A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal estamos considerado alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo (Baile, 2003).

Paz, Peñas, Ramos (1999), cit. en Baile (2003) proponen junto a Thompson cit. en Baile (2003), que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos (Baile, 2003).

Repasando diversas aportaciones en este campo, en otro lugar se han propuesto las siguientes consideraciones:

3.2.2 Insatisfacción Corporal:

Como ya se dijo anteriormente “insatisfacción corporal” es la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo (Baile, 2003), con respecto a la imagen corporal, ya que la delgadez se ha impuesto como modelo de belleza, parece que la insatisfacción corporal y el seguimiento de dietas se han llegado a convertir en conducta normativa. Y el ideal estético actual no se aplica solo a la ropa que cubre el cuerpo, sino al cuerpo mismo (Gismero, 2001).

Casi todas las mujeres tienen una relación con su imagen corporal como un conjunto de partes que deben ser contempladas examinadas en detalle y sometidas a diversos procedimientos para su debida corrección. A estas batallas con su cuerpo se les atribuye el poder de definir sus vidas, y si algo sale mal es su cuerpo por lo general, lo que las mujeres más atacan y no se cuidan como si fuera este el culpable de sus desgracias (Fisher, 1986, cit. en Gismero, 2001). Esa insatisfacción de las mujeres con su cuerpo tiene fuertes repercusiones. La evaluación positiva de las características físicas propias correlaciona con indicadores de buena adaptación psicológica, entre otros, un auto concepto positivo, y a la inversa en las personas que evalúan negativamente sus características físicas, (Gismero, 2001).

Según los resultados obtenidos por un estudio realizado por Gismero, en jóvenes adolescentes, aquellas que manifiestan mayor sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria también presentan una mayor

insatisfacción y preocupación con la imagen corporal, por lo que estar más delgado no garantiza estar más satisfecho con el propio cuerpo o que no se tengan actitudes o comportamientos alimentarios de riesgo (Gismero, 2001). La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, puede también como el mejor predictor y uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (Garner, 1998).

4 DIETAS

4.1 Hábitos alimentarios en la adolescencia

La adolescencia es uno de los periodos del desarrollo humano que plantea más retos. El crecimiento más o menos uniforme en la infancia es súbitamente alterado por un aumento en la rapidez del mismo. Estos cambios bruscos crean necesidades nutricionales especiales. La adolescencia se considera muy vulnerable desde el punto de vista nutricional por diversas razones. En primer lugar, hay una mayor demanda de nutrientes debido al aumento drástico en el crecimiento físico y en el desarrollo. En segundo termino, el cambio en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios de los adolescentes afecta tanto al consumo como a los requerimientos de nutrientes. En tercer lugar, hay necesidades especiales de nutrientes debido a la participación en deportes, embarazo, desarrollo de algún trastorno de la alimentación, sometimiento a dietas excesivas, consumo de alcohol y drogas u otras situaciones comunes a los adolescentes (Spear, 1996. Cit. en Naham K. & Escoll - Stemp S., 1998).

Los adolescentes no solo están madurando físicamente, sino también desde el punto de vista cognitivo y psicosocial. Andan en busca de una identidad, tratan de lograr independencia y aceptación y se preocupan por su aspecto. Además, las comidas irregulares, los refrigerios, el tomar alimentos fuera de su casa y el seguir patrones alimentarios alternativos caracterizan a los hábitos alimentarios de este grupo de edad. Tales hábitos también están sujetos a la

influencia de familia, compañeros y medios masivos (Spear, 1996. Cit. en Naham K & Escoll - Stemp S., 1998).

4.2 alimentos rápidos y medios de comunicación

El empleo de alimentos rápidos para las comidas es muy popular entre los adolescentes. Los llamados alimentos rápidos incluyen aquellos provenientes de maquinas traga monedas, restaurantes de auto servicios y tiendas de abarrotes. Los alimentos rápidos por lo general tienen un bajo contenido en hierro, calcio, riboflavina y vitamina A y, cuentan con pocas fuentes de ácido fólico. El contenido de la vitamina C de estos alimentos también es bajo, a menos que se consuma fruta o jugo de fruta. Aunque en la mayor parte de estos lugares se ofrece una selección de alimentos sanos, la mayor parte proporcionan más de 50% de sus calorías a expensas de la grasa (Spears, 1996. Cit. en Naham K & Escoll - Stemp S., 1998).

Es probable que la televisión y las revistas tengan mas influencia sobre los hábitos alimentarios de los adolescentes que cualquier otra forma de medio masivo. Se estima que para el tiempo en que el niño promedio llega a la adolescencia, ha visto 100.000 anuncios comerciales de alimentos, la mayor parte de los cuales son acerca de productos con altas concentraciones de grasa y carbohidratos simples. Mas de 65% de los anuncios publicitarios de alimento promueven bebidas (principalmente alcohol) y dulces (Brown, 1998. Cit. en Naham K. & Escoll - Stemp S., 1998).

Como se mencionó anteriormente los medios de comunicación juegan un papel importante en el tipo de alimentos que consumimos. La televisión, que suele estar presente en el poco tiempo dedicado a comer, lanza continuamente mensajes contradictorios que son sin embargo, aceptados como congruentes, por un lado nos incita a consumir alimentos “Light” para tener un cuerpo fabuloso de una manera rápida y por otro, nos estimula con agradables imágenes de sabrosos alimentos altos en calorías y de dudoso valor nutritivo (Vera, 1998).

4.3 Cultura occidental y dietas

Estados Unidos de América ha sido frecuentemente señalado como el país de más incidencia de trastornos de la conducta alimentaria; por ejemplo en la década de los 90 se estimaba que, en cualquier momento, el 40% de todas las mujeres y el 61% de adolescentes y jóvenes adultas estaban haciendo dieta (Berg, 1992 cit. en Gomez-Peresmitré, 2002) y ello no por razones de salud, sino por influencia social y por motivos cosméticos. Sin embargo en Canadá ya en 1985 se encontraba que el 70% de todas las mujeres adultas canadienses, independientemente de su peso, deseaban reducir el mismo. El 36% de las mujeres con peso normal creían tener sobrepeso (Millar, 1991 cit. en Gomez-Peresmitré, 2002) y se detectaba que niñas de 5 años restringían sus alimentos por miedo a engordar (Feldman, Feldman y Goodman, 1986 cit. en Gomez-Peresmitré, 2002), no debemos olvidar que en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se ha señalado frecuentemente, que las mujeres caucásicas son las de mayor riesgo (Akan y Grilo, 1995; Powell y Khan, 1995,

entre otros cit en Gomez-Peresmitré,2002). En Estados Unidos esta fobia hacia la gordura ha contribuido a que algunas mujeres sufran problemas de nutrición y se incremente la incidencia de trastornos de alimentación así como también el aumento en la prevalencia de insatisfacción con el propio cuerpo de tal manera que esta se hace presente en mujeres adolescentes y adultas (Gomez-Peresmitré,2002).

4.5 Dietas e insatisfacción corporal.

Tanto las dietas como la insatisfacción corporal son consideradas factores de riesgo de trastorno alimentario Lucero et al cit. en Monleón, (2003) Observaron que, a medida que se incrementaba la conducta restrictiva crecía, paradójicamente, la insatisfacción con el propio peso (Monleón, 2003). Merino et al. (2002) evaluaron las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. Evidenciaron que la preocupación e insatisfacción por el cuerpo y apariencia, la auto percepción de obesidad y el deseo de estar más delgado es mayor entre el sexo femenino. Además con independencia del peso, cuanto más insatisfecha se siente una persona con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obesa se percibe, mayor es su historia de dieta y su deseo de adelgazar. En general las adolescentes sobre valoran su aspecto físico, le prestan demasiada atención y se valoran en función del mismo (Merino, 2001).

La insatisfacción corporal, el fuerte deseo por adelgazar, la restricción alimentaria la influencia de los medios y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar de forma adecuada las dimensiones corporales

propias suponen graves amenazas a la nutrición y, por lo tanto al desarrollo físico de los adolescentes, amenazas que en algunos casos se pueden convertir en trastornos de la conducta alimentaria o en algunos de sus factores de riesgo. Gruber et al cit. en Monleón, (2003) evidenciaron que la distorsión en la percepción de la imagen corporal constituye un factor decisivo en la motivación de los adolescentes en la realización de dietas, las personas con tendencia a restringir su ingesta son aquellas que dan una importancia máxima a su aspecto físico (Monleón, 2003). Según se recoge en la literatura, las alteraciones de la imagen corporal rigen fundamentalmente la implicación de las adolescentes en las dietas. Sin embargo, en la edad adulta las motivaciones para realizar una dieta son otras (Monleón, 2003).

4.6 Dietas y trastorno alimentario

Las conductas de riesgo que favorecen la aparición de la anorexia Nerviosa están encabezadas por las dietas y el desorden alimentario, a ellas hay que unir los vómitos autoprovocados, el uso de laxantes para intentar perder peso, y la ingesta de cualquier pastilla o hierba que permita mantener la ilusión de adelgazar, trucos como contar calorías, hacer cientos de abdominales, sudar sin necesidad, competir por perder peso y mantener una comunicación perversa con otras fanáticas se extiende en la subcultura adolescente. Es importante señalar que algunas niñas hacen todas las conductas necesarias para enfermar, pero no lo hacen, quizás por carecer de condiciones predisponentes (Morandé 2002).

4.7 Realización de dietas, insatisfacción corporal y trastornos de la conducta alimentaria:

Los adolescentes son una población especialmente vulnerable, constituye un grupo de riesgo que sobre valora sus dimensiones corporales, se siente insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desea perder peso, pretende reducir su volumen corporal y se somete a dietas restrictivas. Esta tendencia es más evidente en la cultura occidental, pero no deja de estar presente en otros ámbitos. Latzer y Shatz al realizar un estudio en el norte de Israel en jóvenes entre 12 y 17 años, encontraron que el 85% de las jóvenes estaba insatisfecho con su figura y un 63% estaba considerando hacer una dieta y el 60% temía perder el control sobre su peso (Monleón, 2003).

Entre los jóvenes de la población general, existe una bien documentada asociación entre la imagen corporal propia (lo que uno piensa, siente y percibe en relación a su propio cuerpo) y los problemas alimentarios, de modo que la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica está mediada por la preocupación que el cuerpo y la apariencia física suscitan (Monleón, 2003). Lucero et al cit. en Monleón, 2003, estudiaron las preocupaciones por el peso, la dieta y la imagen corporal en niños de 6 a 9 años. Los resultados indicaron que entre los niños de estas edades la insatisfacción corporal ya era una realidad. Además, en el sexo femenino, la tendencia hacia la delgadez y la preocupación por el propio peso era mayor (Monleón, 2003). Soiliah et al cit. en Monleón, 2003, estudiando adolescentes entre 14 y 19 años, concluyeron que los jóvenes

estaban descontentos con su peso, intentaban evitar determinados alimentos y los percibían como una tentación.

Planteamiento del Problema

Desde hace años han aparecido en la literatura científica descripciones de una enfermedad asociada a graves alteraciones del comportamiento alimentario (Vandereycken, et al, 1994 cit en Merino et al, 2001). El reciente incremento en la incidencia de este tipo de trastornos, ligado a un cambio en los valores de la sociedad occidental hacia la delgadez, ha acaparado el interés de clínicos e investigadores y ha fomentado el estudio de su posible etiología. La cultura de la delgadez en la que actualmente nos vemos inmersos establece un estereotipo corporal excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, comportamientos que, con toda probabilidad, conducirían al desarrollo de un problema o trastorno alimentario (Anderson, et al. 1992; Garfinkel et al., 1982; Garner, et al. 1980, cit en Merino 2001). La presión social hacia la delgadez a la que los adolescentes, en especial las adolescentes, se ven sometidas hace que este grupo de riesgo sobre valore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decidan someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de reducir su peso y volumen corporal (Mora, et al. 1994; Slade et al. 1985, cit en Merino 2001).

La insatisfacción corporal es un rasgo común dentro de una sociedad que como la nuestra glorifica la belleza, entendida esta como delgadez. El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto favorece la toma de decisión y la puesta en practica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte

deseo de adelgazar, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido (Merino et al, 2001).

En la actualidad existe una bien documentada asociación entre la imagen corporal propia y los problemas alimentarios, notándose que la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica está mediada por la preocupación que el cuerpo y la apariencia física suscitan en un individuo concreto (Button et al, 1996; Langer et al, 1991, cit en Merino et al, 2001). A pesar de que las dietas de adelgazamiento son una de las practicas más extendidas entre la población adolescente, hay un elevado numero de sujetos que recurren a conductas desadaptativas, tal como vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes y/o diuréticos, ejercicio intenso, etc. como métodos alternativos para la pérdida de peso (Langer, 1991).

Dado que la gran mayoría de los problemas alimentarios ocurren durante la adolescencia y sobretodo en jovencitas resulta relevante hacernos la siguiente pregunta ¿Existe una relación entre los niveles de insatisfacción corporal, conductas para perder peso en las adolescentes y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria?

Objetivo General

Describir la relación existente entre el riesgo de padecer un TCA, con el nivel de insatisfacción corporal y conductas para perder peso en una muestra de adolescentes de sexo femenino de las comunas de Quillota y Quilpue.

Objetivos específicos

- Conocer dentro de una muestra de adolescentes de sexo femenino, cuales de estas presentan un alto y un bajo riesgo de padecer un TCA a través del cuestionario de actitudes hacia la comida EAT-40.
- Conocer el nivel de insatisfacción corporal de las adolescentes utilizando la escala de insatisfacción corporal del cuestionario EDI de Garner.
- Establecer niveles de riesgo diferenciales en relación a las conductas para perder peso utilizadas por las adolescentes a través de un cuestionario elaborado para el estudio.
- Describir las principales conductas para perder peso en las adolescentes.
- Comparar y describir los resultados en dicho cuestionario en las adolescentes de alto y bajo riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.
- Comparar y describir los resultados en el Cuestionario de Hábitos dietéticos en las adolescentes con alta y baja insatisfacción corporal.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica en cuanto en la actualidad el ejercicio de las dietas se ha convertido en una práctica habitual en las mujeres, en especial en las adolescentes, siendo estas el grupo etario de mayor vulnerabilidad frente a un Trastorno de la Conducta Alimentaria y la realización de dietas el factor común que prevee actitudes y conductas alimentarias anormales (Rhyne-Winker, 1994. Cit. en Vandereycken W., 2000) con mayor exactitud, es fundamental conocer estas dietas con detalle, además si tomamos en cuenta que solo un grupo reducido de las mujeres que realizan dieta llega a presentar dichos trastornos, se hace relevante investigar que hace diferente un grupo de otro. Otro aspecto que hace relevante este trabajo es que no hay estudios parecidos en población nacional que nos sirvan como parámetros para realizar una adecuada prevención y detección precoz.

Esta investigación posee una gran relevancia social, debido al aumento en las últimas décadas del porcentaje de adolescentes que en algún momento de su vida presentaran alguno de dichos trastornos.(Alrededor de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes padecerán de anorexia nerviosa cada año, existiendo una prevalencia de 0.5 a 1 por 100.000 según los diferentes autores. En lo que respecta a las tasas de incidencia y prevalencia en la bulimia nerviosa, muestran cifras variables que oscilan entre el 1 y el 20%, dependiendo de las muestras de población en estudio, en colegios o en la población general, y de los criterios de diagnósticos utilizados, (Chinchilla, 1995). Además de poseer un gran valor teórico, que vendría a llenar un vacío en el

conocimiento de estos trastornos, así como también implicaciones prácticas que se verían reflejadas en la detección temprana y en un más exitoso tratamiento.

Hipótesis de investigación

A partir de la pregunta de investigación antes señalada, se proponen las siguientes hipótesis de investigación:

H1: Existe una relación directa y significativa entre insatisfacción corporal y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

H2: Existe una relación directa y significativa entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y las conductas para bajar de peso.

H3: Existe una relación directa y significativa entre insatisfacción corporal y las conductas para bajar de peso.

CAPITULO II

METODO

Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de diseño no experimental, transaccional, correlacional, cuantitativo y de tipo exploratorio.

El diseño es no experimental debido a que no se manipulan deliberadamente las variables, no hay condiciones ni estímulos a los cuales sean expuestos los sujetos, para luego analizarlos, es decir, realizar inferencias entre variables; es un estudio transaccional ya que los datos fueron recolectados en un solo momento para describir las variables y sus relaciones entre si, además es correlacional debido a que se describen relaciones entre las variables en un tiempo determinado (Hernandez R., 1998) Es de tipo exploratorio por que el objetivo a examinar está poco estudiado en población nacional.

1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

1.1 Definición conceptual de las variables

1.1.1 *Riesgo de trastorno alimentario*

Se utiliza el término riesgo de trastorno alimentario para hacer referencia a la alta posibilidad de que un sujeto presente un cuadro clínico o sub clínico de anorexia nerviosa o bulimia (DSM-IV, 1995).

Anorexia nerviosa: se puede considerar como una alteración de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación caracterizada por un enflaquecimiento progresivo con pérdida de alrededor de un 25% del peso corporal normal, además de una negación sistemática a alimentarse (Dör, 1995, cit, en Lemus, 2003) la preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno. Las afectadas niegan el trastorno y se perciben obesas a pesar de presentar un aspecto esquelético, situación conocida como alteración de la imagen corporal. Con el tiempo sobreviene la irregularidad menstrual y luego la amenorrea como respuesta a la desnutrición (DSM_IV, 1995).

- Bulimia nerviosa: este trastorno afecta a los sujetos cuyo peso se encuentra dentro de los márgenes de la normalidad, y se caracteriza por episodios incontrolables de ingesta excesiva de alimentos, sin importar la calidad de estos (Dör, 1995 cit, en Lemus, 2003). Presenta un conjunto de síntomas, entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de

estrategias que contraresten los efectos de sus síntomas. La persona que sufre de este trastorno siente una necesidad imperiosa de comer en grandes cantidades, generalmente alimentos con alto contenido calórico (DSM-IV, 1995). Una vez que termina de comer, le invaden fuertes sentimientos de culpa que le inducen a mitigar los efectos, auto induciéndose el vómito, utilizando purgas, diuréticos, realizando ejercicio físico intenso, entre otras estrategias denominadas generalmente purgas(DSM-IV,1995).

- Existen otras formas de trastornos alimentarios, entre ellos se destaca el Trastorno no especificado de la conducta alimentaria, cuya principal característica radica en que cumple sólo algunos de los criterios diagnósticos establecidos tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia (DSM IV,1995).

1.1.2 Insatisfacción corporal

Se ha utilizado la insatisfacción corporal en el presente estudio debido a que diversos autores, (Merino 2001, Garner 1998, Baile 2003) la han definido como la expresión para denominar la alteración de la imagen, consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo, (no debe confundirse “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos), y estaría en directa relación (favorece la toma de

decisión) con la puesta en práctica de una dieta restrictiva para adelgazar (Merino 2001).

Según Garner, (1998) esta puede considerarse característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

1.1.3 Conductas para bajar de peso

Se consideran conductas para bajar de peso todas aquellas acciones que realizan las jóvenes con el objetivo de perder peso y reducir su volumen corporal.

2 Definición operacional de las variables

2.1 Riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria

2.1.1 Riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria

La alta probabilidad de que un sujeto presente un cuadro clínico o subclínico de trastorno de la conducta alimentaria evaluado a través del EAT- 40 de Garner y Garfinkel (puntaje igual o mayor a 30).

2.1.2 Bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria

La baja probabilidad de que un sujeto presente un cuadro clínico o subclínico de trastorno de la conducta alimentaria evaluado a través del EAT-40 de Garner y Garfinkel (puntaje menor a 30).

2.2 Nivel de insatisfacción corporal

2.2.1 Insatisfacción corporal

Aquellos sujetos que obtengan un puntaje que se encuentre entre los percentiles 66 y 100, obtenido a través de la escala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner.

2.2.2 Baja insatisfacción corporal

Aquellos sujetos que obtengan un puntaje que se encuentre entre los percentiles 0 y 33, obtenido a través de la escala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner.

2.3 Nivel de riesgo en las conductas para perder peso

2.3.1 Conductas de alto riesgo para bajar de peso

Aquellos sujetos que obtengan un puntaje que se encuentre entre los percentiles 66 y 100, obtenido a través del Cuestionario de hábitos dietéticos.

2.3.2 Conductas de bajo riesgo para bajar de peso

Aquellos sujetos que obtengan un puntaje que se encuentre entre los percentiles 0 y 33, obtenido a través del Cuestionario de hábitos dietéticos.

2 PARTICIPANTES

2.1 Definición y características de la población

La población está compuesta por todas las mujeres que tengan entre 13 y 18 años y asistan a los dos colegios subvencionados seleccionados para la investigación, ubicados en las ciudades de Quilpue y Quillota.

Definición y características de la Muestra

Para la presente investigación se utilizó una muestra de 408 adolescentes de sexo femenino cuyas edades fluctuaron entre los 13 y 18 años debido a que este grupo etario es considerado el grupo de riesgo de trastorno alimentario, las cuales al momento del estudio asistían a dos colegios subvencionados de las ciudades de Quilpue y Quillota durante el mes de Diciembre del 2003, se eligieron estos colegios debido a la accesibilidad de la muestra, a las cuales se les aplicó un cuadernillo compuesto por los siguientes instrumentos: el EAT-40 (cuestionario de actitudes alimentarias) de Garner y Garfinkel (1979), la escala de insatisfacción corporal extraída del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner (1998) y el Cuestionario de Hábitos dietéticos creado para el presente estudio. La muestra escogida fue del tipo no probabilística debido a que los sujetos participaron de forma voluntaria, no hubo una selección de estos. Se escogió una población con las características ya mencionadas por estar estas en edad de riesgo de manifestar un trastorno de la conducta alimentaria. Cabe señalar que las adolescentes participaron de manera voluntaria, se les pidió su consentimiento de manera verbal, explicándoles primero en que

consistiría el estudio, que cuestionarios deberían responder, que serían pesadas y medidas y que la encuesta sería anónima, ante lo cual siete jóvenes de una muestra inicial de 415 se negaron a participar, además 14 no quisieron ser pesadas ni medidas, debido a esto sus datos de IMC no entraron en el estudio.

3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979)

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (*Eating Attitudes Test*) (EAT) (Anexo A) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta auto administrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

Este es un cuestionario auto administrado de 40 ítems. Cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las respuestas se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en unos casos y 0, 0, 0, 1, 2, 3 en otros. El rango de puntuación va de 0 a 120 (de 0 a 78 en la versión de 26 ítems).

Interpretación

La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas o bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas.

El punto de corte propuesto por los autores es de 30, 30 o más indica riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y desde 29 hacia abajo, no riesgo, El test

se ha mostrado sensible a las variaciones sintomáticas a lo largo del tiempo, obteniendo las pacientes que han superado su patología alimentaria puntuaciones similares a las obtenidas en controles sanos.

Se ha recomendado su utilización como instrumento de screening (sobre todo la versión de 26 ítems, con un punto de corte de 20).

En el trabajo, ya clásico, de Garner se realizó un análisis factorial del EAT-40. Se obtuvieron 3 factores principales y se eliminaron 14 ítems que no se relacionaban con los mismos. Así surgió el EAT-26 que posee similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ($r = 0.98$). Los tres factores eran: I: restricción alimentaria, II: bulimia y preocupación por la alimentación y III: control oral (autocontrol con la comida y percepción de preocupación social por ganar peso).

La importancia del análisis de estos tres factores es doble. Por una parte el factor I posee una alta correlación con la puntuación total ($r = 0.93$), sugiriéndose que podría utilizarse como una escala corta de 13 ítems que sustituiría al EAT-26. Además, si bien la puntuación total del EAT-40 y del EAT-26 no diferencian entre pacientes anoréxicas restrictivas y bulímicas, las subescalas II y III sí lo hacen. En pacientes bulímicas se obtienen puntuaciones mayores en el factor II (bulímicas 10.6 (SD 4.8), restrictivas 5.2 (SD 4.1)) y menores en el III (bulímicas 7.0 (SD 5.7), restrictivas 9.7 (SD 5.5)) que las restrictivas. Puntuaciones más elevadas en el factor II se han asociado a peor pronóstico y puntuaciones elevadas en el III a mejor pronóstico evolutivo.

Se ha empleado para la descripción de factores sociales y epidemiológicos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario. (Saldaña, 1994 en Fernández-Ballesteros, 1994).

3.2 Escala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner (1998)

Esta escala (Anexo B) mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo, con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen de trastornos de la conducta alimentaria (estomago, caderas, muslos nalgas, etc.). Esta escala posee 8 reactivos, frente a los cuales los sujetos contestan en una escala de 0 a 5, según el comportamiento que describa evento le ocurra “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de cero a tres y se da un tres a las respuestas extremas en dirección sintomática (“siempre” o “nunca” según que el elemento este redactado en sentido positivo o negativo en relación con lo que evalúa la variable). Para la corrección de la escala se utilizó el baremo español (el instrumento cuenta con baremos Españoles y Americanos) debido a que la versión utilizada en la investigación fue la española del año 1998, además el autor no establece puntos de corte para indicar niveles de insatisfacción corporal, en cambio sugiere que los investigadores que utilicen algunas de las escalas en sus propias investigaciones, establezcan estos puntos de corte. En la presente investigación se opto por la utilización de percentiles para agrupar a los

sujetos en tres niveles de insatisfacción corporal, percentil 0-33 baja insatisfacción corporal, 34-65 nivel de insatisfacción corporal medio, 66-100 alta insatisfacción corporal.

Es importante señalar que cada escala del EDI presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Las puntuaciones no significan, por lo tanto, que el sujeto tenga un desorden alimentario o una sicopatología del tipo anoréxico, pero si probablemente que está muy preocupado por su peso. Es importante destacar que los puntos de corte no están previamente fijados o predeterminados por el autor, Garner solo da como referencia los puntajes obtenidos en el grupo control y el grupo con TCA en su investigación, más bien este sugiere que los investigadores determinen sus propios puntos de corte dependiendo del propósito de cada investigación, cada escala evaluada por el EDI ha de considerarse como una dimensión continua y el clasificar a los sujetos en dos categorías dicotómicas en función de las puntuaciones de cualquiera de estas escalas implica la aceptación de diversos errores de clasificación, pues un punto de corte más alto o conservador reduce el número de falsos positivos pero aumenta el de falsos negativos, mientras que un puntaje de corte más bajo aumenta el número de falsos positivos y reduce los falsos negativos.

3.3 Cuestionario de hábitos dietéticos.

3.3.1 Construcción del instrumento

Para medir la variable “Conductas para bajar de peso” se construyó un instrumento (Anexo C) que midiera los siguientes factores: duración de las dietas para perder peso, uso de purgas para perder peso, uso de pastillas adelgazantes, frecuencia en que las jóvenes se saltan comidas para perder peso, uso de ejercicios para adelgazar, uso de vómitos para adelgazar, edad de inicio de las dietas, tipo de dieta, para cada factor se elaboró un reactivo, exceptuando el factor duración de las dietas para el cual se elaboraron dos, cada factor sería evaluado a través 4 niveles de riesgo , en el caso de las preguntas 1 a 9 y 5 en la pregunta 10, alternativas las cuales permiten determinar la frecuencia en que cada uno de los factores son utilizados por el encuestado.

3.3.2 Validación del instrumento

Para la evaluación del instrumento se utilizó el método de validación de expertos, a estos se le entregaron dos cuestionarios tipo (Anexo D), los cuales tenían las mismas preguntas pero distintas alternativas entre si, se les pidió a los expertos que sugirieran las alternativas mas adecuadas para la investigación, estos en su totalidad eligieron las alternativas que finalmente quedaron en el cuestionario, los expertos no realizaron mayores sugerencias y no rechazaron ni modificaron ninguno de los reactivos.

Las dos versiones fueron presentadas a un grupo de 4 profesionales, compuesto por:

- Una Médico Pediatra experta en nutrición.
- Una Químico farmacéutica, directora de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Valparaíso.
- Una Nutricionista infantil, nutricionista del hospital Carlos Van Buren.
- Una Nutricionista, docente de la escuela de Nutrición de la Universidad de Valparaíso.

4 PROCEDIMIENTO

Se recogieron los datos durante el mes de diciembre del año 2003 en dependencias de los establecimientos a los cuales pertenecían las alumnas, ubicados en las ciudades de Quilpue y Quillota. Para esto se solicitó autorización a ambos directores de dichos establecimientos, los cuales una vez aprobada la realización de la investigación solicitaron a los inspectores que informaran a las alumnas de su participación, haciéndolas pasar en grupos de 40 jóvenes aproximadamente, a una sala facilitada para la ocasión. Una vez ingresado el grupo de jóvenes a la sala se les explicó en que consistiría la investigación, los pasos con que esta contaría, administración de tres cuestionarios de auto reporte además de ser pesadas y medidas, se les informó que su participación en la investigación era voluntaria y las respuestas anónimas, ante lo cual siete jóvenes de una muestra total de 415 se negaron a participar de la investigación y 15 a pesar de acceder a contestar los cuestionarios no quisieron ser pesadas y medidas. Se les entregó un cuadernillo que contenía los cuestionario EAT-40, la Escala de Insatisfacción Corporal y el cuestionario de hábitos dietéticos, además de un ítem donde las jóvenes debían poner su edad al inicio del cuadernillo, posteriormente se leyeron en voz alta las instrucciones con el fin de aclarar cualquier duda, se dio énfasis a que las respuestas serían anónimas, y se les solicitó que luego de contestados los cuestionarios pasaran adelante donde serían pesadas y medidas, aclarando que estos datos también serían anónimos y entregados en voz baja si es que la joven quisiera saberlos, para esto se utilizó una pesa mecánica analógica, (fueron pesadas sin zapatos con uniforme escolar,

sin chaqueta) y una huincha de medir rígida adherida a la pared. Los pasos fueron los siguientes:

1.- Aplicación del EAT- 40 con el fin de distinguir entre aquellas adolescentes que presentan alto y bajo riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

2.-Aplicación de la escala de Insatisfacción Corporal para establecer el nivel de insatisfacción corporal en la totalidad de la muestra.

3.-Aplicación del Cuestionario de Hábitos alimentarios el cual permitiría conocer las conductas para bajar de peso que utilizan las jóvenes.

4.- Finalmente las jóvenes fueron pesadas y medidas para determinar el Índice de Masa corporal de cada una de ellas.

El procedimiento en su totalidad duró 45 minutos aproximadamente por cada 40 jóvenes.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados de la muestra total de 408 jóvenes adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 13 y 18 años pertenecientes a dos colegios subvencionados de las ciudades de Quilpué y Quillota estos serán analizados en términos:

1. Descriptivos:

Frecuencia de distribución de puntajes del EAT-40, riesgo, puntajes mayores de 30 puntos, no riesgo puntajes menores de 30 puntos.

Se describirán los puntos de corte de alto y bajo riesgo para el Cuestionario de Hábitos dieticos.

Se decribirán los puntos de corte de baja y alta insatisfacción corporal en la Escala de insatisfacción corporal de Garner

Se describirá la frecuencia de distribución puntajes obtenidos en el Cuestionario de hábitos dietéticos.

Se describirán las conductas para bajar de peso, en los grupos con EAT alto y bajo riesgo y según Insatisfacción corporal alta y baja.

Se describirá la variable IMC:

-Con respecto a la variable EAT- 40 alto y bajo.

-En relación con la variable Insatisfacción corporal baja y alta.

-Se describirá la variable IMC con respecto a la variable hábitos dietéticos.

2. Comparativos: análisis correlacional entre los resultados del EAT-40 y la escala de Insatisfacción corporal. Análisis correlacional entre los resultados del EAT-40 y el Cuestionario de Hábitos Dietéticos, análisis correlacional entre La escala de Insatisfacción corporal y el cuestionario de hábitos dietéticos.

1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Análisis estadístico de la aplicación de los instrumentos

1.1 Resultados obtenidos a través del EAT-40

1.1.a Resultados en el EAT-40 en el grupo completo

Rango EAT-40	N	%
Riesgo(puntajes iguales o sobre 30)	104	25,5
Bajo riesgo(puntajes bajo 30)	304	74,5
Mediana23.62		
Total	408	100

Tabla N°1.Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40

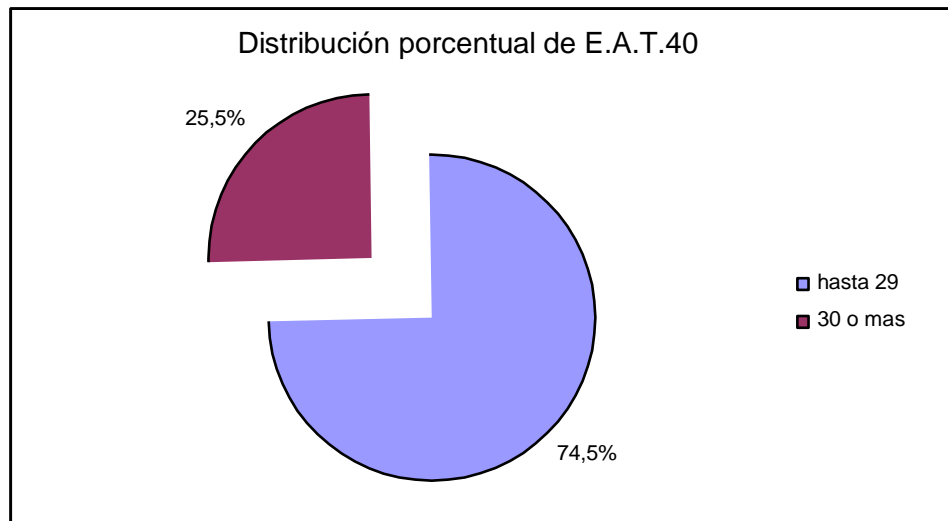


Figura N° 1. Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40

A partir de la aplicación del EAT-40 se puede establecer que en la población total encuestada, 104 sujetos, es decir el 25,5% tendría riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y 304 jóvenes, el 74,5% tendría un bajo riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

Según estudios realizados la prevalencia de los TCA basados en el EAT varían entre un 5% y un 23% de las mujeres europeas y americanas (Ballester,2002).

En Chile Behar publicó los resultados de un estudio en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, los que evalúan el riesgo de evolucionar hacia algún trastorno de la conducta alimentaria, encontrando en escolares de III y IV Medio de la V Región del país que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%. No se ha publicado un seguimiento de estos grupos, lo que permitiría evaluar la capacidad de predecir TCA en estas jóvenes (cit en Marín , V., 2002).

1.1.b Resultados en el EAT-40 en el grupo entre 13 y 15 años

Rango EAT-40	N	%
Riesgo(puntajes iguales o sobre 30)	65	25,19
Bajo riesgo(puntajes bajo 30)	195	74,81
Mediana	20.64	
Total	260	100

Tabla N°2. Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40 en el grupo de 13 a 15 años.

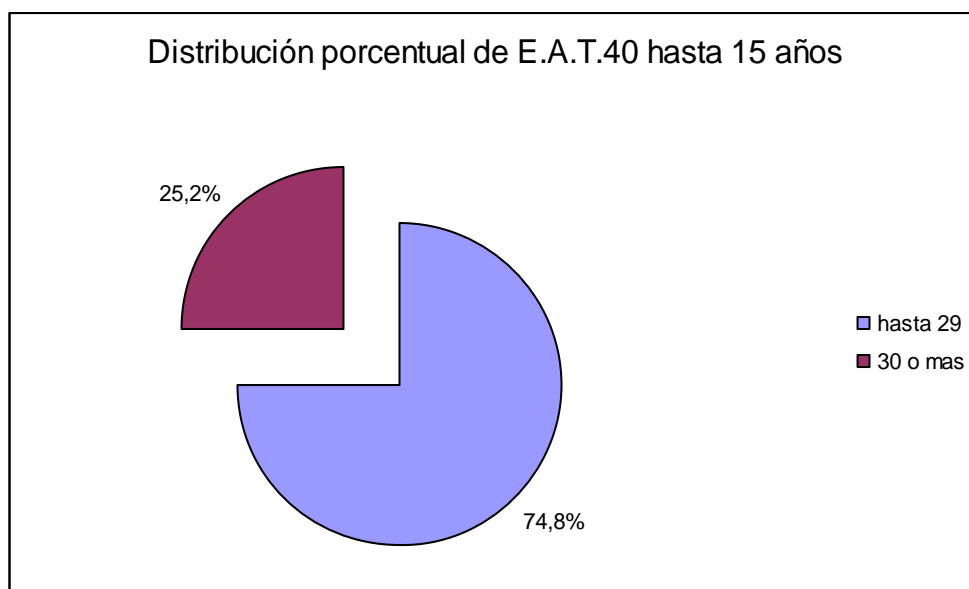


Figura N°2. Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40, en el grupo desde 13 hasta 15 años.

A partir de los resultados obtenidos en el EAT- 40 en el grupo etario de 13 a 15 años (N = 260) 65 jóvenes, lo que equivale a un 25,19% del total de este

grupo presentarían riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y 195 no presentarían riesgo lo que equivale a un 74,81%.

1.1.c Resultados en el EAT-40 en el grupo entre 16 y 18 años

Rango EAT-40	N	%
Riesgo(puntajes iguales o sobre 30)	39	26,00
Bajo riesgo(puntajes bajo 30)	111	74,00
Mediana	24.14	
Total	148	100

Tabla N°3. Rangos (alto y bajo riesgo) obtenidos mediante la aplicación del EAT-40 en el grupo de 16 a 18 años.

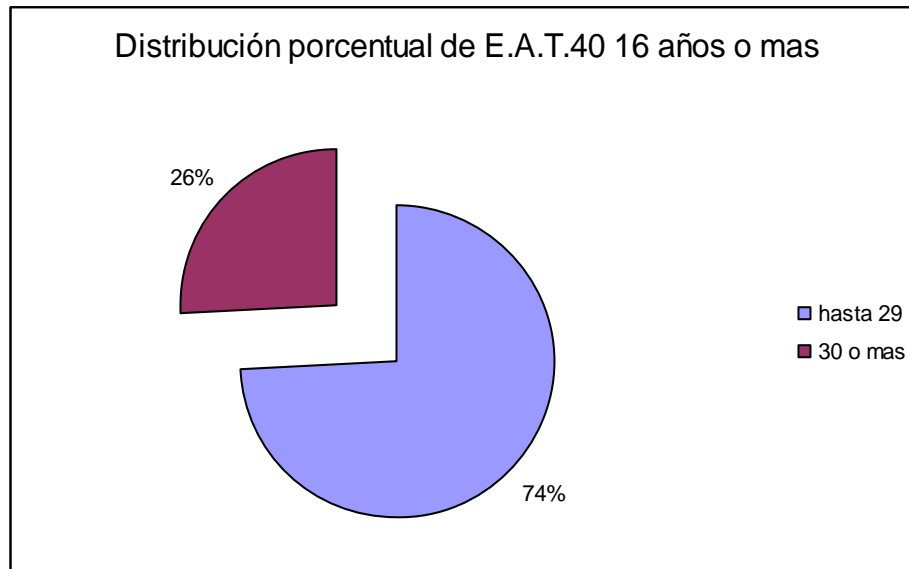


Figura N°3 Porcentajes obtenidos de riesgo y bajo riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria a través del EAT-40, en el grupo desde 16 hasta 18 años

A partir de los resultados obtenidos en el EAT- 40 en el grupo etario de 16 a 18 años (N =148) 39 jóvenes, lo que equivale a un 26,00% del total de este grupo presentarían riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y 111 no presentarían riesgo lo que equivale a un 74,00% del grupo.

Al comparar ambos grupos etarios podemos ver que no existen diferencias significativas respecto del nivel de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria entre grupos.

1.2 Resultados obtenidos en la escala de insatisfacción corporal del EDI de Gardner

1.2. a Resultados obtenidos en el grupo completo(Nº= 408)

Percentil	Puntos de corte	N	%	Nivel de insatisfacción corporal
0-33	4	136	33.3	Baja
34-65	5-9	136	33.3	Media
66-100	10	136	33.3	Alta
Puntaje máximo obtenido	23			
Puntaje total	26			
Mediana	7			

Tabla Nº4 Puntajes obtenidos en el grupo completo

1.2. b Resultados obtenidos en el grupo de 13 a 15 años (Nº=260)

Percentil	Puntos de corte	N	%	Nivel de insatisfacción corporal
0-33	4	86	33	Baja
34-65	5-8	87	33	Media
66-100	9	87	33	Alta
Puntaje máximo obtenido	23			
Puntaje Total	26			
Mediana	6			

Tabla Nº 5 Puntajes obtenidos en el grupo correspondiente a las edades entre 13 y 15 años

1.2. c Resultados obtenidos en el grupo de 16 a 18 años (N=148)

Percentil	Puntos de corte	N	%	
0-33	6	50	33	Baja
34-65	7-11	49	33	Media
66-100	12	49	33	Alta
Puntaje máximo obtenido	23			
Puntaje Total	26			
Mediana	8			

Tabla N°6 Puntajes obtenidos en el grupo correspondiente a las edades entre 16 y 18 años

Al comparar los dos grupos etarios de la muestra podemos observar que los puntos de corte del grupo de mayor edad son más altos (6 para percentil 33 y 8 para percentil 66), en cambio en el grupo correspondiente a las edades entre 13 y 15 años los puntos de corte fueron: 4 y 6 respectivamente, de esto podemos deducir que las jóvenes entre 16 y 18 años, de la muestra, se encuentran más insatisfechas con su cuerpo.

Además si comparamos las medianas entre grupos, se puede observar que, al igual que en la comparación de puntos de corte en el grupo de mayor edad obtiene una mediana de 8 puntos y 6 puntos el grupo de menor edad), lo que nos lleva a concluir, una vez más que el grupo mayor presenta mayor insatisfacción corporal.

Si comparamos las del grupo total de la presente investigación (8), con la del grupo control del estudio original realizado por Garner (4), podemos observar que

el primero presenta un mayor nivel de insatisfacción corporal al momento de realizar la prueba.

En la presente investigación, tal como se señaló en el apartado anterior, se estableció dividir la muestra en tres grupos, Baja insatisfacción (puntaje de corte 4 puntos), nivel de insatisfacción corporal media (puntaje de corte de 9 puntos) y alta insatisfacción corporal (con un puntaje de corte de 10 puntos), si comparamos los grupos extremos con los de la investigación realizada por Garner, podemos observar que el puntaje de corte del grupo que presenta una baja insatisfacción corporal (4) es coincidente con la mediana (4) de los sujetos del grupo control de la investigación realizada por el autor, es decir, el nivel de insatisfacción corporal del grupo control de la investigación original, coincide con la de los sujetos menos insatisfechos del presente estudio. En el otro extremo, los sujetos más insatisfechos, obtienen una mediana de 10 puntos, más baja que la obtenida por el grupo de casos clínicos del estudio de Garner (12), esto tendría que ver con que la presente investigación no se realizó en población clínica. Por lo tanto el grupo con un alto nivel de insatisfacción corporal del presente estudio, tiene una menor manifestación del rasgo evaluado que el grupo de casos clínicos de la investigación realizada por Garner.

1.3 Resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos

Debido a que el cuestionario de hábitos dietéticos es un instrumento creado especialmente para el presente estudio, se optó por dividir los puntajes en percentiles, así los sujetos que obtuvieran un puntaje bajo el percentil 33 estarían dentro del rango “conductas para perder peso de bajo riesgo”, aquellos sujetos que obtuvieran un porcentaje entre el percentil 33 y 66, se considerarían dentro del rango “conductas para perder peso de riesgo medio” y finalmente aquellos puntajes sobre el percentil 66 corresponderían a “conductas para perder peso de alto riesgo”.

1.3.a Resultados obtenidos en el grupo total.

Percentil	Puntos de corte	N	%	Nivel de riesgo de las conductas para perder peso
0-33	3	136	33.3	Bajo
34-65	4-8	136	33.3	Medio
66-100	9	136	33.3	Alto
total	24	408	100%	
Mediana	6			

Tabla N°7. Resultados obtenidos en el grupo total.

1.3.a.1.a Promedios obtenidos por los sujetos en el cuestionario de hábitos dietéticos.

Nº de Pregunta	Factor	Rango de puntaje	Promedio	Desv.estandar
1	Nº de días a dieta en el año.	0-3	0.2206	0.5826
2	Uso de purgas.	0-3	0.1569	0.623
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	0.049	0.2577
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	0.701	1.008
5	Nº de comidas que Se saltan.	0-3	0.5343	0.8077
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	0.9069	0.9173
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	0.2647	0.7207
8	Edad de inicio de las dietas.	0-3	0.8676	0.7596
9	Duración de las dietas.	0-3	0.951	1.0291
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	1.651	1.484

Tabla N°8. Tabla resumen de las conductas para bajar de peso del grupo total

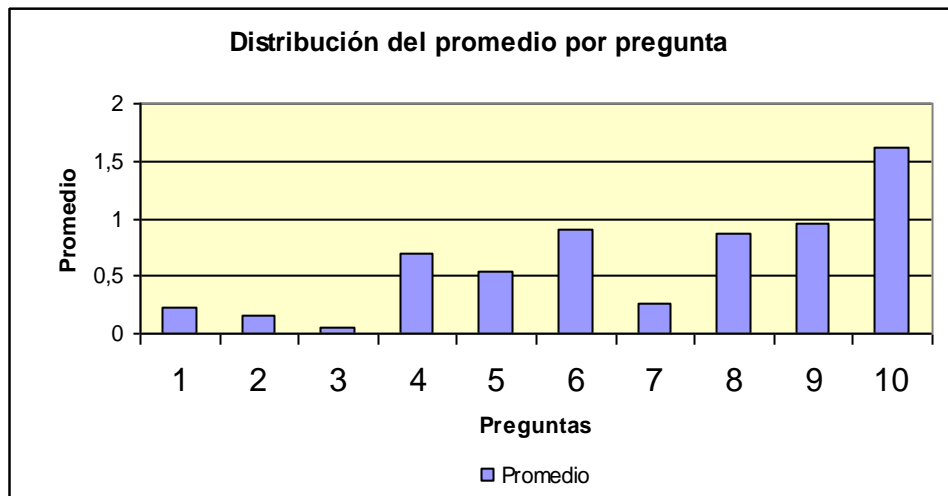


Figura N° 4: Distribución del promedio por pregunta del cuestionario para bajar de peso del grupo total.

A continuación se analizarán las respuestas de las jóvenes del grupo total con relación al promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario de Hábitos dietéticos en orden decreciente.

-Tipo de dieta: suprimen golosinas y disminuyen el consumo del grupo de hidratos de carbono y grasas.

- Realizan dietas que duran entre 2 y 6 días.

- Hacen ejercicios para perder peso entre 1 y 3 veces a la semana.

- Hacen la primera dieta entre los 13 y 15 años.

- Se saltan comidas para perder peso de 1 a 4 veces en el mes.

- Cuando se saltan comidas para perder peso, lo hacen solo una vez al día.

- Se provocan vómitos para perder peso menos de una vez al mes, cuando lo hacen.

- Pasan entre 0 y 30 días al año a dieta.

- Han tomado laxantes y/o diuréticos para perder peso entre 0 y 6 veces en el último año.

- En el último año han tomado pastillas adelgazantes entre 0 y 30 días.

A partir de los datos nos podemos dar cuenta que este grupo, en promedio, realiza conductas para perder peso con un nivel de riesgo nulo, obteniendo los promedios más altos en las siguientes conductas, tipo de dieta realizada, duración de las dietas, frecuencia de salto de comidas, realización de ejercicios para perder peso.

1.3.a.1.b Comparación de los promedios de los sujetos pertenecientes a los grupos de alto y bajo riesgo obtenidos el cuestionario de hábitos dietéticos.

Nº de Pregunta	Factor	Rango de puntaje	Promedio Grupo bajo riesgo	Promedio grupo alto riesgo
1	Nº de días a dieta en el año.	0-3	0	0.61
2	Uso de purgas.	0-3	0	0.471
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	0	0.11
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	0	1.647
5	Nº de comidas que se saltan.	0-3	0.029	1.125
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	0.404	1.434
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	0.015	1.676
8	Edad de inicio de las dietas.	0-3	0.25	1.294
9	Duración de las dietas.	0-3	0.074	1.86
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	0.213	3.015

Tabla Nº9. Tabla resumen de los resultados obtenidos en los sujetos con conductas de **Alto y bajo riesgo** para perder peso.

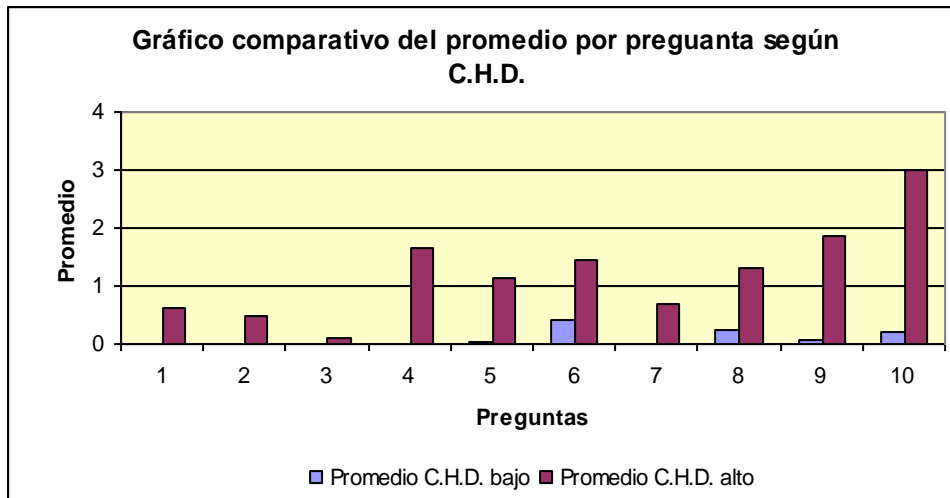


Figura N°5: Gráfico comparativo. Promedios de preguntas de los grupos de alto y bajo riesgo.

Si comparamos los promedios entre grupos podemos ver que las mayores diferencias se encuentran en las siguientes conductas, frecuencia de salto de comidas, duración de las dietas, frecuencia en el uso de vómitos y tipo de dietas que realizan, esto quiere decir que las jóvenes del grupo de mayor riesgo realizan conductas para perder peso más frecuentemente, más estables en el tiempo y de mayor duración.

1.3.a.2 Frecuencia de respuestas del cuestionario de hábitos dietéticos en el grupo total

Pregunta N°	Factor	Rango	A Riesgo nulo		B Riesgo bajo		C Riesgo medio		D Riesgo alto		E Dieta extremadamente riesgosa	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de días a dieta en el año.	0-3	345	84.6	45	11	10	2.5	8	2		
2	Uso de purgas. Diuréticos y/o laxantes	0-3	382	93.6	2	0.5	10	2.5	14	3.4		
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	392	96	12	2.9	4	0.98	0	0		
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	256	62.7	48	11.8	74	18.1	30	7.4		
5	N° de comidas que se saltan.	0-3	261	63.9	90	22.1	45	11	12	2.9		
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	171	41.9	128	31.4	87	21.3	22	5.4		
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	348	85.3	30	7.4	12	2.9	18	4.4		
8	Edad de inicio de las dietas.	3-0	140	34.3	190	46.6	70	17.2	8	2		
9	Duración de las dietas.	0-3	185	45.3	102	25	79	19.4	42	10.3		
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	132	32.4	80	19.6	100	24.5	12	2.9	84	20.6

Tabla N° 10: Número de respuestas por alternativa para la CHD en el grupo total.

Al analizar el comportamiento del grupo nos podemos dar cuenta que un porcentaje significativo de jóvenes, 84.6% (345 sujetos) no realizan dietas o lo hacen en un promedio de menos de 30 días al año, lo que en la presente investigación se considera una conducta de riesgo nulo, destaca también en este sentido que el 93.6% de esta muestra (382 sujetos) utiliza purgas para

adelgazar con un riesgo nulo, el 96% (38 jóvenes), utiliza pastillas adelgazantes, con este mismo nivel de riesgo y 132 no restringen alimentos (32.4 %) sin embargo, en este grupo las conductas con algún grado de riesgo están presentes en porcentajes importantes de niñas. El 20.6% (84 jóvenes) realizan dietas en las cuales suprimen más de un nivel de la pirámide alimentaria, conducta altamente riesgosa, en un nivel de riesgo alto 100 niñas (25.4%) realizan dietas donde suprimen el grupo de los hidratos de carbono y las grasas, 42 jóvenes (19.4%), realizan dietas que duran más de cuatro semanas, 22 jóvenes (21.3%) realizan ejercicios más de una vez al día, 70 inician las dietas (17.2%) inician las dietas entre los 10 y 12 años y 30 de estas (7.4%) se provocan vómitos para perder peso una vez a la semana o más, siendo estas conductas de alto riesgo.

1.3.3.b Resultados obtenidos en el grupo de 13 a 15 años.

Percentil	Puntos de corte	N	%	Nivel de riesgo de las conductas para perder peso
0-33	2		33.3	Bajo
34-65	6		33.3	Medio
66-100	8		33.3	Alto
Puntaje total del cuestionario	31	260	100%	
Mediana	6			

Tabla N°11. Resultados en el grupo de 13 a 15 años

1.3.3.c Resultados obtenidos en el grupo de 16 a 18 años.

Percentil	Puntos de corte	N	%	Nivel de riesgo de las conductas para perder peso
0-33	3		33.3	Bajo
34-65	4-6		33.3	Medio
66-100	7		33.3	Alto
Total de puntos del cuestionario	31	260	100%	
Mediana	5			

Tabla N°12. Resultados en el grupo de 16 a 18 años

Al observar y comparar los gráficos anteriores podemos observar que existen leves diferencias entre los grupos etareos, el grupo menor presenta, tanto puntos de corte como mediana mayores, lo que nos lleva a pensar que este grupo realiza conductas más riesgosas para perder peso que el grupo mayor.

1.3.b Resultados obtenidos en el Cuestionario de Hábitos dietéticos según EAT-40 sobre y bajo el riesgo:

1.3.b.1 Análisis comparativo de los promedios por respuesta en el cuestionario de hábitos dietéticos entre grupo de alto y bajo riesgo según EAT-40.

Nº de Pregunta	Factor	Rango de puntaje	Promedio Grupo bajo riesgo	Promedio grupo alto riesgo
1	Días haciendo dieta en el año.	0-3	0.086	0.615
2	Uso de purgas.	0-3	0	0.615
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	0.02	0.135
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	0.408	1.558
5	Nº de comidas que se saltan.	0-3	0.329	1.135
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	0.75	1.365
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	0.059	0.865
8	Edad de inicio de las dietas.	0-3	0.737	1.25
9	Duración de las dietas.	0-3	0.711	1.654
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	1.184	2.885

Tabla N°13. Tabla resumen de los resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos en los sujetos **Alto riesgo y bajo riesgo** según EAT-40

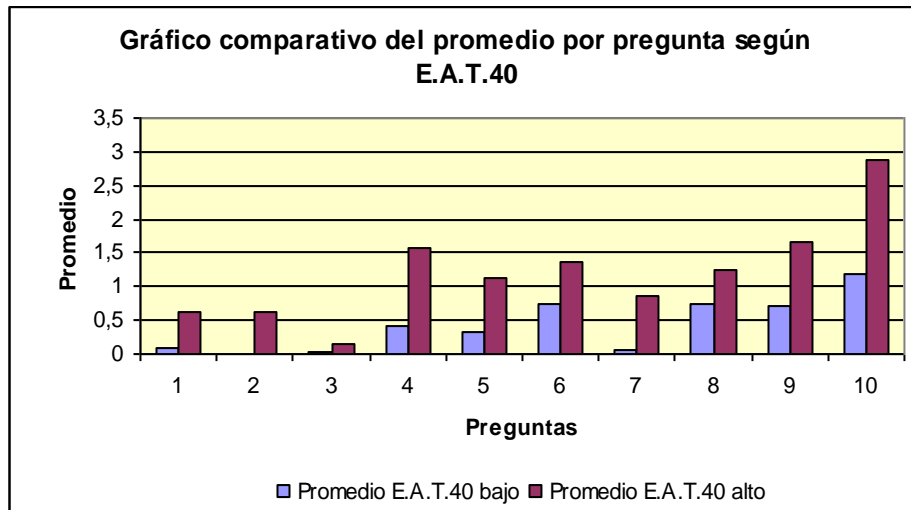


Figura N°6: Gráfico comparativo. Promedios de preguntas obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos de los grupos de alto y bajo riesgo según EAT-40

Si nos basamos en los promedios obtenidos por preguntas en ambos grupos podemos concluir que el grupo de riesgo de TCA realiza dietas para bajar de peso que son más riesgosas debido a que realizan todas las conductas para perder peso de una manera más estable en el tiempo y con mayor frecuencia.

Llama la atención que solo en el grupo de riesgo encontraron personas que utilizan laxantes y diuréticos para perder peso y además es importante destacar que en el grupo de bajo riesgo, en promedio las conductas realizadas por este grupo no representan riesgo para las jóvenes.

1.3.b.2 Comparación de frecuencia de respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con riesgo y bajo riesgo de trastorno alimentario:

Preguntas N°	Factor	Rango	Nivel de riesgo	A Riesgo nulo		B Riesgo bajo		C Riesgo medio		D Riesgo alto		E Dieta extremadamente riesgosa	
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de días a dieta en el año.	0-3	Bajo	280	92	22	7.2	2	0.6	0	0		
			Alto	64	51.5	24	23	8	7.6	8	7.6		
2	Uso de purgas. Laxantes y/o diuréticos.	0-3	Bajo	304	100	0	0	0	0	0	0		
			Alto	78	7.5	2	1.9	10	9.6	14	13.4		
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	Bajo	298	98	6	0.3	0	0	0	0		
			Alto	94	90	6	5.7	4	3.8	0	0		
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	Bajo	228	75	36	11.8	32	10.5	8	2.6		
			Alto	28	26.9	12	11.5	42	40.3	22	21.1		
5	N° de comidas que se saltan.	0-3	Bajo	226	74.3	58	19.0	18	5.9	2	0.6		
			Alto	34	32.6	32	30.7	28	26.9	10	9.6		
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	Bajo	148	48.6	94	30.9	52	17.1	10	3.2		
			Alto	22	21.1	34	32.6	36	34.6	12	11.5		
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	Bajo	288	94.7	14	4.6	2	0.6	0	0		
			Alto	60	57.6	16	15.3	10	9.6	18	17.3		
8	Edad de inicio de las dietas.	3-0	Bajo	128	42	132	43.4	40	13.5	4	1.3		
			Alto	12	11.5	58	55.7	30	28.8	4	3.8		
9	Duración de las dietas.	0-3	Bajo	172	56.5	68	22.3	44	14.4	20	6.5		
			Alto	12	11.5	34	32.6	36	34.6	22	21.1		
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	Bajo	124	40.7	66	21.7	80	26.3	2	0.6	32	10.5
			Alto	6	5.7	14	13.4	20	19.2	10	9.6	54	51.9

Tabla N° 14 Tabla comparativa del número de respuestas por alternativa en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alto y bajo riesgo de TCA.

A partir del análisis del porcentaje de respuestas por alternativa de los sujetos con alto y bajo riesgo de TCA destaca que los sujetos con bajo riesgo de TCA, tienen un mayor porcentaje de respuestas en aquellas alternativas que corresponden a los niveles de riesgo nulo o bajo, sin embargo en este grupo 20 jóvenes (6.5%) realizan dietas que duran más de dos meses, 10 hacen ejercicios más de una vez al día (3.2%) y 32 (10.5%) realizan dietas extremadamente peligrosas, todas estas conductas se presentan de acuerdo a su frecuencia, en un nivel de riesgo alto, en cambio en el grupo de alto riesgo de trastorno alimentario, 94 adolescentes (90%) no utiliza pastillas adelgazantes o lo hacen entre 0 y 30 días al año, 60 (57.6%) no se han provocado vómitos en los últimos tres meses, resulta interesante además destacar que en este grupo 54 jóvenes (51.9%) realizan dietas extremadamente peligrosas, en las que suspenden más de un nivel de la pirámide alimentaria, en este mismo sentido 30 (28.8%) jóvenes inicia las dietas entre los 10 y 12 años, 4 antes de los 10 años (3.8%)y 14 utiliza las purgas(13.4%), una vez a la semana o más seguido, con respecto a la provocación de vómitos 18 (17.3%) jóvenes es decir el17.3% se los provoca dos veces a la semana o más, en relación a estos datos las jóvenes con riesgo de trastorno alimentario realizan conductas para perder peso, que en esta investigación, son consideradas con un nivel de riesgo medio o alto.

1.3.c Resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos según escala de insatisfacción corporal del inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner (EDI), alta y baja insatisfacción corporal:

1.3.c.1 comparación de promedios obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos por los sujetos con baja y alta insatisfacción corporal:

Nº de Pregunta	Factor	Rango de puntaje	Promedio Grupo bajo riesgo	Promedio grupo alto riesgo
1	Días haciendo dieta en el año.	0-3	0.059	0.434
2	Uso de purgas.	0-3	0	0.426
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	0.015	0.118
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	0.103	1.162
5	Nº de comidas que se saltan.	0-3	0.169	0.904
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	0.735	1.022
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	0.059	0.596
8	Edad de inicio de las dietas.	0-3	0.596	1.037
9	Duración de las dietas.	0-3	0.493	1.25
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	0.838	2.235

Tabla Nº14. Tabla resumen de los resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos por los sujetos **con alta y baja insatisfacción corporal según EDI**

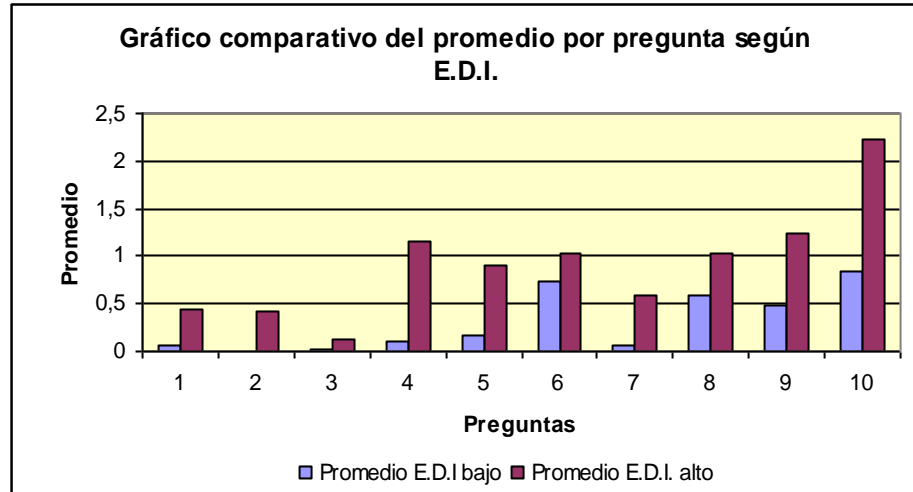


Figura N°7: Gráfico comparativo. Promedios de preguntas en el cuestionario de hábitos dietéticos en los grupos de alta y baja insatisfacción corporal según EDI.

Al comparar los promedios por respuesta obtenidos por los sujetos con alta y baja satisfacción corporal en el Cuestionario de hábitos dietéticos, se destaca que ambos grupos realizan el mismo tipo de conducta para bajar de peso, sin embargo la principal diferencia entre grupos es la frecuencia y duración de estas conductas, el grupo de alta insatisfacción corporal realiza conductas para perder peso que son más frecuentes y estables en el tiempo lo que convierte a sus hábitos dietéticos, en hábitos de riesgo, en cambio el grupo de baja insatisfacción realiza las mismas conductas de manera menos frecuente y más inestables temporalmente por lo que estas conductas, a pesar de ser realizadas, no tienen un riesgo significativo para los jóvenes.

1.3.c.2 Comparación de frecuencia de respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alta y baja insatisfacción corporal:

Preguntas N°	Factor	Rango	Nivel de Insatisfacción corporal	A Riesgo nulo		B Riesgo bajo		C Riesgo medio		D Riesgo alto		E Dieta extremadamente riesgosa	
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de días a dieta en el año.	0-3	Baja	130	95.5	4	2.9	2	1.4	0	0		
			Alta	95	69.8	2	10	10	7.3	12	8.8		
2	Uso de purgas. Laxantes y/ diuréticos	0-3	Baja	136	100	0	0	0	0	0	0		
			Alta	112	92.3	2	1.4	10	7.3	12	8.8		
3	Uso de pastillas adelgazantes.	0-3	Baja	134	98.5	2	1.4	0	0	0	0		
			Alta	124	91.1	8	5.8	4	2.9	0	0		
4	Frecuencia de salto de comidas.	0-3	Baja	128	94.1	4	2.9	2	1.4	2	1.4		
			Alta	51	37.5	24	17.6	49	36	12	8.8		
5	N° de comidas que se saltan.	0-3	Baja	119	87.5	11	8	6	4.4	0	0		
			Alta	59	43.3	41	30	26	19.1	10	7.3		
6	Frecuencia de ejercicios para adelgazar.	0-3	Baja	75	55.5	26	19.1	31	22.7	4	2.9		
			Alta	43	31.6	56	41.1	28	20.5	28	20.5		
7	Frecuencia de uso de vómitos.	0-3	Baja	132	87	2	1.4	0	0	2	1.4		
			Alta	93	58.3	19	13.9	10	7.3	14	10.2		
8	Edad de inicio de las dietas.	3-0	Baja	82	60.2	31	22.7	19	13.9	4	2.9		
			Alta	2	1.4	27	19.8	81	59.5	26	19.1		
9	Duración de las dietas.	0-3	Baja	98	72.0	15	11	17	12.5	6	1.4		
			Alta	39	28.6	42	30.8	37	27.2	18	13.2		
10	Tipo de dietas (restrictividad).	0-4	Baja	74	54.4	24	17.6	30	22.0	2	1.4	6	4.4
			Alta	19	13.9	26	19.1	38	27.9	10	7.3	43	31.6

Tabla N°15. Tabla comparativa de las respuestas en el cuestionario de hábitos dietéticos de los sujetos con alta y baja insatisfacción corporal.

Resulta interesante destacar que al comparar los grupos con alta y baja insatisfacción corporal, un porcentaje significativo de jóvenes, realizan conductas de riesgo nulo para perder peso, por ejemplo, en el grupo de bajo riesgo el 95% es decir 130 jóvenes no realizan dieta o lo hacen en un promedio de menos de 30 días al año, destaca también que todas las jóvenes de este mismo grupo no realizan purgas y 134 (98.5%) no utiliza pastillas adelgazantes o lo hacen menos de 30 días al año, en el grupo con mayor insatisfacción corporal, 95 (69.8%) jóvenes realizan dietas menos de 30 días al año, 112 (92.3%), no utiliza las purgas y 124 (91.1%) no utilizan pastillas adelgazantes. Resalta además que 4 (2.9%) jóvenes en el grupo de baja insatisfacción corporal iniciaron sus dietas antes de los 10 años, 4 realizan ejercicios más de una vez al día (2.9%) y 2 (1.4%) vomitan 2 veces a la semana o más con el fin de perder peso. En el grupo de mayor insatisfacción corporal 43 jóvenes (31.6%) realizan dietas etremadamente riesgosas, 18 (13.2%) se mantienen a dieta más de dos meses, y 14 (10,2%) se provocan vómitos dos veces a la semana o más., conductas que en su totalidad se consideran de alto riesgo, en este sentido, podemos observar que el grupo de mayor insatisfacción corporal realiza conductas para perder peso de una manera más frecuente, más estable en el tiempo y a una edad menor.

1.4 Análisis del IMC de los sujetos

1.4.1 Análisis de los sujetos según nivel de riesgo de IMC

Nivel de riesgo IMC	Bajo lo normal 15-17		Bajo peso 18-19		Peso normal 20-24		Sobrepeso 25-29		Obesidad 30-39		Obesidad Mórbida 40	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Instrumento												
EAT-40 Bajo	15	88.2	72	94	68	59.2	50	71.4	4	66	0	0
EAT- 40 alto	2	13.3	4	5.2	153	30.7	20	28.5	2	33.3	2	100
EDI Bajo	7	41.1	46	60.5	75	33.9	4	5.7	2	33.3	0	0
EDI alto	2	23.5	6	7.8	85	38.4	44	62.4	2	33.3	2	100
CHD bajo	17	100	51	57.1	67	30.3	12	17.4	0	0	0	0
CHD alto	0	0	6	7.8	71	32.1	28	40	2	33.3	0	0
Nº y % total	17	4.1	76	18.6	221	54.1	70	17.1	6	2.6	2	0.4

Tabla Nº 16 Distribución de resultados de la investigación según IMC

Si analizamos a los sujetos según su nivel de riesgo de IMC podemos ver que la mayoría de estos (Nº221, 54.1%) presentan un IMC que corresponde a un peso normal, pero se destaca que en este grupo un 30% de sujetos presenta riesgo de TCA, un 5% más del obtenido en el grupo general, la distribución del nivel de insatisfacción corporal es del 33% con una baja insatisfacción y un 38% con alta insatisfacción, las conductas para perder peso se distribuyen de manera similar. Las jóvenes que presentan un IMC de bajo peso no realizan conductas altamente riesgosas para perder peso, solo el 7.8% se siente altamente insatisfecha con su cuerpo y el 5.2 % presenta riesgo de TCA, además en el grupo de las jóvenes con bajo peso también hay un porcentaje inferior que tiene riesgo de trastorno alimentario, no realizan conductas de riesgo para perder peso, al parecer, el tener un peso menor al normal que se asemeje al ideal impuesto por la sociedad, hace que las jóvenes se encuentren más satisfechas con sus cuerpos, ya que si

nos acercamos a los niveles de IMC superiores a lo normal también nos encontramos con más sujetos con riesgo de trastorno alimentario, el 28% de los sujetos con sobrepeso, el 33.3% de los sujetos obesos y el 100% de los obesos mórbidos tendría riesgo de trastorno alimentario, porcentajes muy por sobre la norma (10-11%) en este sentido también en los grupos de mayor IMC se encuentran más sujetos insatisfechos con su cuerpo un 62% de los Sujetos con sobrepeso, 33.3% de las obesas y el 100% del grupo de las obesas mórbidas se sienten altamente insatisfechas con su cuerpo. En relación a la realización de conductas riesgosas para perder peso, también se da esta tendencia, el 40% de las personas con sobrepeso y el 33% de las obesas realizan conductas de riesgo para perder peso, no así las obesas mórbidas que no realizan conductas de riesgo alto para perder peso.

1.4.2 Análisis de los sujetos según el promedio de IMC

Grupo	Promedio IMC
Grupo total	21.9
Grupo entre 13 y 15 años	21.8
Grupo entre 16 y 18 años	22

Tabla N°17: IMC. Del grupo total

A partir de estos datos se podemos observar que el grupo, en promedio se encuentra dentro de un rango de IMC equivalente a un peso normal. El grupo de

más edad (16-18 años) promedia un IMC mayor que el grupo menor (13-15 años), pero de igual modo se encuentran en el peso normal.

1.4.2.1 IMC en grupos de riesgo de riesgo y bajo riesgo de trastorno alimentario según EAT-40:

A continuación se utilizará la mediana (valor medio o central del grupo) del IMC en relación con las otras variables en estudio, comparando grupos de alto y bajo riesgo de trastorno alimentario, alta y baja insatisfacción corporal y grupos que realizan dietas de alto y bajo riesgo.

EAT	Mediana I.M.C.
EAT-40 bajo riesgo	21
EAT- 40 riesgo	22

Tabla N° 18: Median del IMC de los sujetos según EAT alto y bajo.

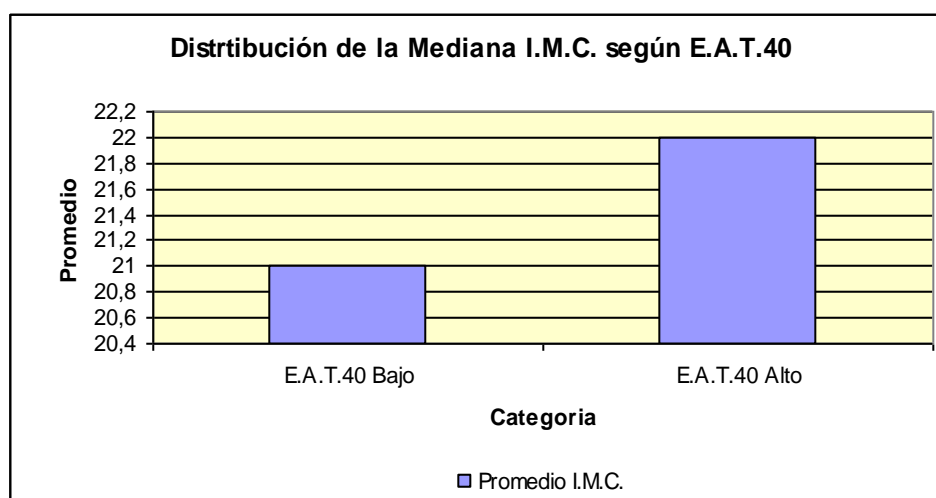


Figura N° 8: Distribución de la mediana según EAT alto y bajo el riesgo.

Al hacer el análisis del IMC en relación con el riesgo de trastorno alimentario podemos observar que las jóvenes con riesgo de trastorno tienen un mayor IMC que aquellas que estén por debajo del riesgo, pero en el rango de peso normal.

1.4.2.2 IMC según EDI. Nivel de Insatisfacción corporal.

EDI	Mediana I.M.C.
EDI Baja insatisfacción corporal	20
EDI alta insatisfacción corporal	23

Tabla N° 19: Mediana del IMC de los sujetos según EDI alto y bajo.

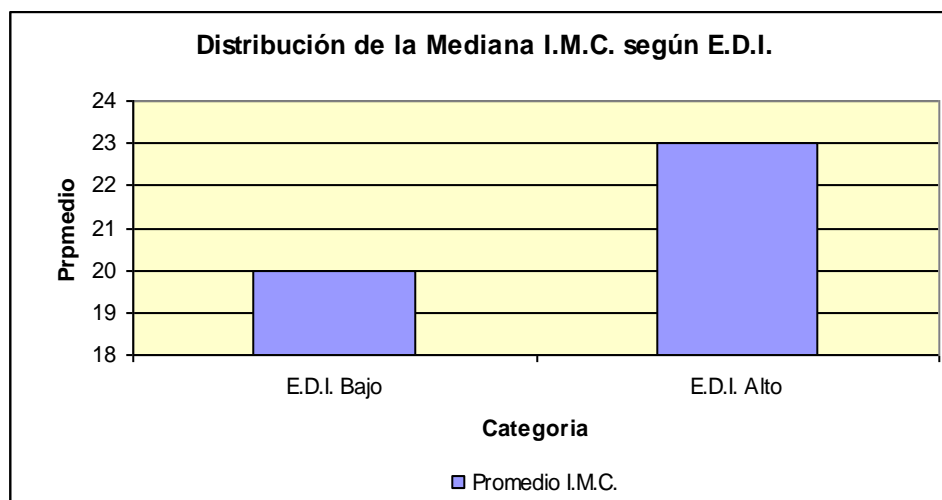


Figura N° 9: Distribución de la mediana según EDI alto y bajo

Si bien ambos grupos se encuentran dentro del rango normal de IMC aquellas jóvenes que se sienten más insatisfechas con su cuerpo tienen un mayor IMC (de acuerdo a la mediana)

1.4.2.3 IMC según CHD alto y bajo Nivel de Riesgo de las conductas para perder peso

CHD	Mediana I.M.C.
CHD Bajo	20
CHD alto	23

Tabla N° 20: Mediana del IMC de los sujetos según CHD bajo y alto.

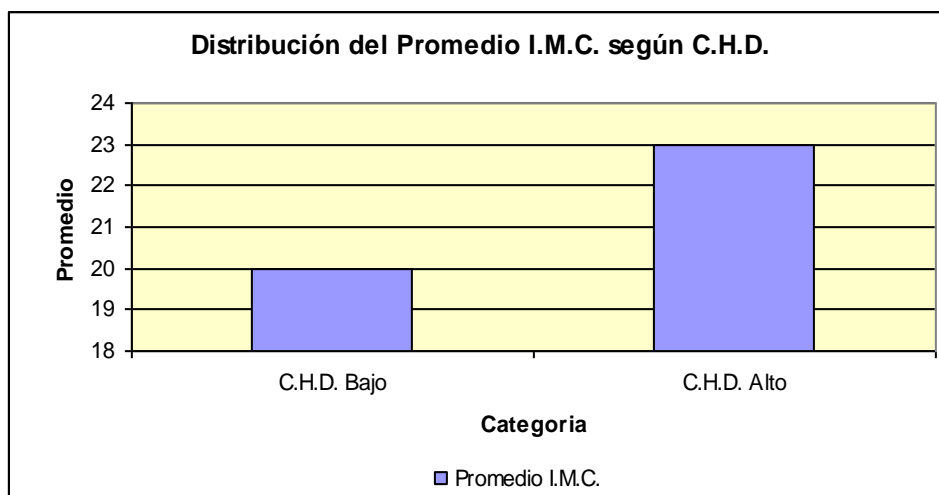


Figura N° 10: Distribución de la mediana del IMC según CHD alto y bajo.

Si bien la mediana de ambos grupos se encuentra en el rango normal, el grupo que realiza dietas más riesgosas según CHD tiene una mediana más alta en el IMC.

A partir de esto podemos señalar que el grupo se encuentra dentro de un rango de peso normal, que aquellas jóvenes que tienen riesgo de trastorno alimentario presentan un IMC levemente superior que aquellas jóvenes bajo el riesgo y además, aquellas jóvenes que realizan dietas de alto riesgo, tienen un

IMC superior al de aquellas que realizan conductas de bajo riesgo para perder peso.

2.Análisis comparativo

2.1 Correlación de Pearson

H1: Existe una relación directa y significativa entre insatisfacción corporal y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

H2: Existe una relación directa y significativa entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y las conductas para bajar de peso.

H3: Existe una relación directa y significativa entre insatisfacción corporal y las conductas para bajar de peso.

Instrumento	EAT-40	EDI	CHD
EAT- 40	1		
EDI	0.541	1	
CHD	0.730	0.525	1

Tabla N°21. Analisis correlacional entre las variables.

A partir de los resultados observados en la tabla N°:39, podemos establecer que existe una correlación positiva, entre el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal, entre el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y las conductas para bajar de peso y entre insatisfacción corporal y las conductas para bajar de peso, en consecuencia se aceptan las hipótesis 1,2 y 3.

CAPITULO IV

DISCUSION

Los resultados obtenidos indican que el porcentaje de mujeres adolescentes que presentan un riesgo potencial de padecer algún tipo de trastorno alimentario es del 25.5%, 104 sujetos, si comparamos por edades, del grupo de jóvenes entre 13 y 15 años un 25.19%, 65 de las jóvenes presenta riesgo de trastorno alimentario y el 56 %,39 de las jóvenes entre 16 y 18 años, como podemos ver no existe diferencia de riesgo por grupos etareos.

La prevelencia de trastorno alimentario según estudios realizado con el EAT varían entre un 5% y un 22% de las mujeres europeas y americanas (Ballester, 2002), un estudio realizado en Nápoles arrojó que el 23% de las adolescente encuestadas a través del EAT presentaba riesgo potencial de TCA, cifra similar a la encontrada en el presente estudio, Chile Behar cit. en Marín (2002), realizó un estudio en población adolescente de la V región del país, encontrando una prevalencia de un 18% de adolescentes con riesgo de trastorno.

Con relación a la insatisfacción corporal, el grupo completo obtuvo una mediana de 7 puntos, el grupo de 13 a 15 años obtuvo una mediana de 6 y el grupo de mayor edad, 16 a 18 años 8, investigaciones realizadas por Shore y Porter (Garner,1998) en adolescentes con la escala de insatisfaccion corporal de Garner observaron que al aumentar la edad se obtenían valores mas altos en insatisfacción corporal, a partir de los 14 años se produce un aumento significativo de insatisfacción corporal en los sujetos.

A partir de los resultados obtenidos es posible afirmar la pertinencia de las hipótesis de investigación propuestas. Es decir, en el contexto de la presente investigación:

Las adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de trastorno alimentario también presentan asociada una mayor insatisfacción corporal ($r=54$). Aquellas que presentan mayor Insatisfacción corporal también presentan mayor riesgo en las conductas para perder peso ($r=52$). Así mismo aquellas que presentan mayor riesgo de trastorno alimentario también presentaran conductas mas riesgosas para perder peso.

Al igual que Toro (1989) cit. en Merino (2001) se comprobó que cuando mas insatisfecho se siente un sujeto con su cuerpo y apariencia externa, mayor es su historia de dietas y frecuencia de dietas y como consecuencia mayor es el puntaje en el EAT. Estos datos sugieren que aquellos sujetos que presentan un comportamiento alimentario anómalo (dietas restrictivas con el objetivo de perder peso y una intensa insatisfacción corporal pueden ser incluidos dentro del grupo de riesgo para el desarrollo de una patología alimentaria.

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario de hábitos dietéticos, se pudo observar que; los sujetos de la muestra en un porcentaje significativo 86%, 345 sujetos, no realizan dietas o las realizan menos de 30 días al año, lo que se encuentra en un nivel de riesgo nulo. El 93,6% 382 sujetos, usa purgas también en un nivel nulo de riesgo. El 96% 392 sujetos, utiliza pastillas adelgazantes en este mismo nivel de riesgo. El 32,4% 132 sujetos, no restringen alimentos para adelgazar.

Todos estos datos indicarían que este grupo de jóvenes realizan conductas poco riesgosas para perder peso, sin embargo, las conductas para perder peso con algún nivel de riesgo que realizan estas jóvenes, son las siguientes:

El 20,6% 84 sujetos, realizan dietas en las cuales suprimen mas de un nivel de la pirámide alimentaria, conducta que se encuentra en un nivel de riesgo alto. El 21,3% 87 sujetos, realizan ejercicios para perder peso mas de una vez al día. El 19,4% 79 sujetos, realizan dietas que duran mas de 4 semanas. El 17% 70 sujetos, inician las dietas entre los 10 y 12 años. El 7,4% 30 sujetos, se provocan vómitos mas de una vez a la semana.

A partir de estos datos podemos deducir que la realización de ciertas conductas para perder peso es algo común entre las adolescentes, pero, ciertas conductas son menos utilizadas, por ejemplo; el uso de purgas y pastillas adelgazantes y las conductas a las que mas recurren las jóvenes son los ejercicios físicos, las dietas y la practica de saltarse comidas. Es importante señalar que el vomito es una practica que el 14% 60 sujetos, realiza con algún nivel de riesgo. Esto comprueba que a pesar que las dietas son una practica habitual entre las adolescentes, hay un numero de sujetos que recurre a conductas desadaptativas tales como vómitos auto inducidos uso indebido de laxantes y/o diurético y ejercicio intenso como método para perder peso.

Si comparamos las conductas para perder peso en los sujetos con alto y bajo riesgo de trastorno alimentario, podemos ver que los sujetos con riesgo, en todas las preguntas un mayor porcentaje de estos realiza conductas de alto riesgo para perder peso, por el contrario los sujetos con bajo bajo riesgo de trastorno alimentario, en un porcentaje mas alto realizan conductas de riesgo nulo, en

todas las preguntas, por ejemplo; el uso de purgas, uso de pastillas adelgazantes, y vómitos auto inducidos ningún sujeto de este grupo realiza estas conductas en un nivel de riesgo alto. Al comparar las dietas que realizan ambos grupos nos daremos cuenta que el grupo de alto riesgo de trastorno alimentario, realiza conductas de alto riesgo para perder peso, debido a que estas son realizadas de manera estable en el tiempo y con una mayor frecuencia.

Estos datos concuerdan con los encontrados en la literatura que dicen que la practica de dietas es una conducta habitual entre las adolescentes, sin embargo, aquellas que presentan alto riesgo de trastorno alimentario inician sus dietas antes, realizan dietas más restrictivas más duraderas (Morande, 2002), tendencia que se comprueba en el presente estudio.

Al comparar las conductas para perder peso en los sujetos con alta y baja insatisfacción corporal obtienen porcentajes mas altos de sujetos que realizan conductas de alto riesgo para perder peso, en comparación al grupo de baja insatisfacción corporal, en cambio los sujetos con baja insatisfacción corporal en un porcentajes mas alto realizan estas conductas en un nivel de riesgo nulo, por ejemplo; en conductas como el uso de purgas, uso de pastillas adelgazantes, ningún sujeto de este grupo realizan estas conductas en un nivel de riesgo alto.

Al comparar las dietas que realizan ambos grupos, nos daremos cuenta, que el grupo de alta insatisfacción corporal que realiza conductas para bajar de peso mas riesgosas, debido a que todas estas, son mas estables en el tiempo y mas frecuentes. La literatura señala que aquellas jóvenes que se sienten más insatisfechas con su cuerpo, realizan dietas más riesgosas con el objetivo de perder peso que aquellas que se sienten más satisfechas con su cuerpo

(Morandé,2002), tendencia que se encuentra presente en los sujetos del presente estudio

En relación al índice de masa corporal (IMC) podemos ver, que el promedio del grupo estudiado fue de un 21,9. El promedio del grupo entre 13 y 15 años fue de 21,8. En el grupo entre 16 y 18 años 22. Estos promedios se encuentran dentro de un rango de peso normal. Si analizamos el grupo total 408 sujetos según el IMC, podemos ver que el 54,2% 221 sujetos, se encuentran dentro de un peso normal, pero se destaca que el 30% 153 sujetos, presenta alto riesgo de trastorno alimentario, el 38,4% 85 sujetos, alta insatisfacción corporal y el 32,1% 71 sujetos, conductas de alto riesgo para perder peso.

De las jóvenes que presentan un IMC de bajo peso 18,6% 72 sujetos, el 5,2% 4 sujetos, presentan alto riesgo de trastorno alimentario, el 7,8% 6 sujetos, realizan conductas de alto riesgo para perder peso y el 7,8% 6 sujetos, presentan una alta insatisfacción corporal. Al parecer el tener un peso bajo lo normal que se asemeje a lo ideal impuesto por la sociedad hace que las jóvenes se encuentren mas satisfechas con su cuerpo. Las adolescentes que presentan IMC superior a lo normal, se encuentran mas insatisfechas con su cuerpo y realizan conductas para perder peso mas riesgosas, además las jóvenes obesas y obesas mórbidas presentan en porcentajes mas altos riesgo de trastorno de la conducta alimentaria 33,3% y 100% respectivamente, en comparación al grupo de peso normal 30%, esta tendencia coincide con investigaciones realizadas que señalan que el presentar un sobre peso es un factor de riesgo para trastorno alimentario (Gaderi, 1999). Resulta interesante destacar que las jóvenes que presentan un peso bajo lo normal también se encuentran mas satisfechas con su cuerpo

41,1% y no realizan conductas de alto riesgo para perder peso 100%, en comparación al resto de los grupos. Al parecer, el tener un peso menor al normal que se asemeje al ideal impuesto por la sociedad hace que las jóvenes se encuentren más satisfechas con sus cuerpos.

Proyecciones de la investigación

Es posible proyectar, por ejemplo:

- a) Estudios orientados a la vinculación de mensajes normativos relativos al peso y la silueta transmitidos y sostenidos por la familia y los pares en relación a la realización de dietas de alto riesgo.
- b) Estudios orientados a establecer la relación entre dietas de alto riesgo y factores de riesgo como autoestima baja, influencia de los medios de comunicación, factores traumáticos.

Limitaciones de la investigación

Este estudio presenta limitaciones frente a las cuales debemos considerar con cierta cautela las conclusiones que aquí se discuten:

La muestra escogida, de carácter no probabilístico implica que no es posible generalizar los resultados al resto de la población.

La carencia del cálculo de confiabilidad para el cuestionario de hábitos dietéticos, resta exactitud a los datos obtenidos de su aplicación. Resulta necesario el cálculo de la confiabilidad para el instrumento de medición

elaborado, puesto que la falta de este constituye uno de los elementos que restan potencia a las conclusiones de esta investigación.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes, es posible considerar la aplicación de este diseño a una muestra representativa de las adolescentes entre 13 y 18 años de la V Región. Si además se realizaran estudios complementarios, como los mencionados anteriormente que exploren e identifiquen otros factores de riesgo de trastornos alimentarios, sería posible el diseño de estrategias de prevención e intervención en relación a los trastornos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga, M., 2003.

<http://gonzalomorande.eresmas.net/factores.htm>.

- Aranguiz A., Leiva A., Romero C., Seminario de Titulo de Factores de Riesgos de Trastornos Alimentarios, Valparaíso, Chile, 2003.

- Ballester F, de Gracia Blanco M, Patiño J, Actitudes alimentarias y satisfacción corporal es adolescentes: un estudio de prevalencia. Actas Españolas de Psiquiatría, N° 30 vol. pags. 207-212, 2002.

- Baile J., ¿ Que es la imagen corporal?. Revista de Medicina clínica Esp. N° 121 vol. 4, 2003.

- Behar R., Figueroa G., Apreciaciones de interes sobre Anorexia nerviosa y Bulimia, Valparaíso ,Chile, 1993.

-Carretero M, Palacios J, Marchesi A, psicología evolutiva Tomo 3. Adolescencia, madurez y senectud. Editorial Alinza, 1985, Madrid España

- Chinchilla A., Guía Teórico Practica de los Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, Editorial Masson, España, 1995.

- Espina A., La Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios, Psicothema Vol. 13, Nº 4, Pags. 533-538, 2001.

- Garner D., Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Editorial TEA, Madrid, España, 1998.

- Ghaderi A, Review of risk factors for eating disorders: Implications for primary prevention and cognitive behavioral therapy. Scandinavian Journal of Behavioral Therapy Vol. 30 Nº 2 Págs. 57-74, 2001.

- Ghaderi A, Scott B, Prevalence incidence and prospective for eating disorders. Psychiatric Scand.Nº104, Pags.122-130, 2001.

- Ghaderi A, Anderson G, Meta analysis of CBT for Bulimia nervosa: Investigating the effects using DSM- III R and DSM-IV criteria. Scandinavian Journal of Behavioral Therapy. Vol. 28, Nº 2, Págs. 79-87, 1999.

- Gismero E., Evaluación del Autoconcepto, la Satisfacción Corporal y las Habilidades Sociales en la Anorexia y Bulimia Nerviosas. Clínica y Salud Vol. 12, Nº 3, Pags. 289-304, 2001.

- Gómez-Peresmitré G, Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural. Psicothema, Vol. 14, Nº 2, Pags. 221-226, 2002.

- Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación. Editorial Mac Graw Hill, México, 1998.

- Hyde J., Psicología de la Mujer, la otra mitad de la experiencia humana. Ediciones Morata, Madrid, España, 1995.

- Hurlock E. Psicología de la adolescencia. Editorial Paidos, 1980, México.
- “Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales” DSM IV. Editorial Masson S.A.; 1995.

- Marín B., Revista Chilena de Nutrición, Vol. 29, N° 2, 2002.

- Martínez M., Las Influencias de los Medios de Comunicación y el Comienzo de los Desórdenes Alimentarios. Pediatrics Vol. 111, N° 2, 2003.

- Merino, H ,Pombo M G. Evaluación de actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes, Psicothema .VOL.23, nº 4 pags.539-545, 2001.

- Morandé G., La Insatisfacción corporal como factor de riesgo en el desarrollo de la Anorexia nerviosa del niño y del adolescente, Revista de psicología del niño y del adolescente nº 1 vol. 2, Págs. 50-54,2002.

- Noordenbos, Greta., Vandereycken Walter, compiladores. “La prevención de los trastornos alimentarios”. Ediciones Granica S.A., 2000.

- Pearson J., Comunicación y Genero. Editorial Paidos, Barcelona, España, 1993.

- Rausch C., Anorexia Nerviosa y Bulimia, Amenazas a la Autoestima. Editorial Paidós, Barcelona, España, 1995.

- Sepúlveda A., La Alteración de la Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: Un Meta – Análisis, Psicothema, Vol. 13, Nº 1, Págs. 7-16, 2001.

- Spear B., Nutrición y Dieta terapia de Krause, Naham K. & Escoll - Stemp S., 1998. Capítulo 11: Nutrición en la Adolescencia. Editorial Mc Graw Hill, México.

- Vera M., El Cuerpo, ¿Culto o Tiranía?, Psicothema, Vol. 10, Nº 1, Págs. 111-125, 1998.

ANEXOS

ANEXO A
CUESTIONARIO EAT-40

Peso.....Kg

Talla.....Cms

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para los demás pero yo no como lo que cocino.
3. Me Angustio antes de comer.
4. Me aterra estar con sobrepeso.
5. Evito comer cuando tengo hambre.
6. Escuento que me preocupo por el alimento.
7. Me ha puesto feliz a comer y a beber en grandes cantidades.
8. Corto mis alimentos en pequeños pedazos.
9. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que como.
10. Evito los alimentos con alto en carbohidratos(ejm; Pan, arroz, papas).
11. Me siento hinchada después de las comidas.
12. Creo que los demás preferirían que yo comiera más.
13. Vomito después que he comido comido.
14. Me siento extremadamente culpable después que he comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
16. Hago ejercicios enérgicamente para quemar calorías.
17. Me peso varias veces durante el día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Me gusta comer carne.
20. Me despierto pronto por las mañanas.
21. Como las mismas comidas todos los días.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo períodos menstruales regulares.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
25. Me preocupa pensar que pudiera tener grasa en mi cuerpo
26. Me demoro más que los demás en comer las comidas.
27. Me gusta comer en restaurantes.
28. Tomo laxantes o purgantes.
29. Evito los alimentos que tengan azúcar.
30. Consumo alimentos diet.
31. Siento que el alimento controla mi vida.
32. Demuestro autocontrol en relación a los alimentos.
33. Siento que los demás me presionan para que coma.
34. Pienso mucho en los alimentos.
35. Sufro de constipación (estitiquiez).
36. Me siento incómoda después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer dieta.
38. Me gusta que mi estómago vacío.
39. Disfruto probando alimentos nuevos y ricos.
40. Siento el impulso de vomitar después de las comidas.

	A	B	C	D	E	F
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

ANEXO B

ESCALA DE INSATISFACCIÓN CORPORAL DE GARNER (EDI)

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

I .Debes contestar cada frase que se propone a continuación con relación a la frecuencia en que te sientes o te ocurre lo sugerido, intenta contestarlas todas. marca con una cruz (x), el número que corresponda.

0 nunca	1 pocas veces	2 a veces	3 a menudo	4 casi siempre	5 siempre
-------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

- 1.Creo que mi estomago es demasiado grande.
- 2.Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
- 3.Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado.
- 4.Me siento satisfecho con mi figura.
- 5.Me gusta la forma de mi trasero.
- 6.Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 7.Creo que el tamaño de mis muslos es el adecuado.
- 8.Creo que mi trasero es demasiado grande.

0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5

ANEXO C
CUESTIONARIO DE HÁBITOS DIETÉTICOS (CHD)

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DIETÉTICOS

A continuación debes contestar cada frase que se propone en relación a la frecuencia en que realizas lo siguiente, intenta contestarlas todas, marca con una cruz la alternativa que corresponda.

1. En el último año, ¿Cuántos días calculas haber estado a dieta PARA PERDER PESO?

- a) 0 a 30 días b) 31 a 90 días c) 91 a 180 días d) más de 180 días

2. En el último año. ¿Con qué frecuencia has tomado **laxantes y/o diuréticos** PARA PERDER PESO?, ¿Cual? (anota el nombre en la línea)_____

- a) entre 0 y 6 veces al año. b) Cada dos meses
c) entre una y tres veces al mes. d) una vez a la semana o más seguido

3. En el último año ¿cuántos días has tomado pastillas adelgazantes?

- a) 0 a 30 días b) 31 a 90 días c) 91 a 180 días d) más de 180 días

4. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia te has saltado comidas PARA PERDER PESO?

- a) entre 0 y 2 veces b) 1 a 4 veces al mes.
c) entre dos o tres veces a la semana d) más de 4 veces a la semana

5. Cuando te saltas comidas PARA PERDER PESO, ¿cual o cuales te saltas?, (puedes marcar más de una)

- a) desayuno b) almuerzo c) once d) cena

6. En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?

- a) menos de una vez por semana b) entre una y tres veces a la semana.
c) una vez al día d) más de una vez al día

7. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?

- a) Nunca b) una vez al mes o menos c) una vez a la semana. d) 2 veces a la semana o más


8. ¿A qué edad hiciste la primera dieta PARA PERDER PESO?

- a) antes de los 10 años. b) 10 -12 años. c) 13-15 años. d) 16 años en adelante.

9. ¿cuánto tiempo duran tus dietas?

- a) 1 día. b) de 2 a 6 días. c) de 2 a 4 semanas. d) dos meses o más.

10. Marca con una cruz (X) los alimentos que dejas de comer completamente cuando haces dieta para perder peso y con un circulo (O) los que disminuyes su consumo cuando estas a dieta para perder peso.

					
Hamburguesas	Galletas	Papas fritas	helados	golosinas	vienesas
					
Pescados	Pollo	Carnes rojas	huevos	legumbres	
					
Leche	queso	yogurt			
					
Zanahoria	Verduras verdes(p.ej.lechuga)	tomate	alcachofa	zapallo	
					
naranja	Manzana	plátano	pera	uva	
					
choclo	Fideos	Papas	pan	arroz	cereal

ANEXO D
REACTIVOS PARA JUECES

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DIETÉTICOS.

A continuación debes contestar cada frase que se propone en relación a la frecuencia en que realizas lo siguiente, intenta contestarlas todas, marca con una cruz la alternativa que corresponda.

1. En el último año, ¿Con que frecuencia has estado a dieta para perder peso?
a) entre 0 y 3 veces al año. b) entre 4 y 6 veces al año.
c) entre 8 y 9 veces al año. d) 10 veces al año o más.
2. En el último año. ¿Con que frecuencia has tomado laxantes o diuréticos para perder peso?
a) entre 0 y 2 veces al año. b) entre 3 y 6 veces al año (cada dos meses aprox.)
3. En el último año, ¿con que frecuencia te has saltado comidas para perder peso?
a) entre 0 y seis veces al año (cada dos meses aprox)
b) entre siete veces al año y una vez al mes.
c) entre dos o tres veces al mes. d) una vez a la semana o más.
4. En el último año ¿con que frecuencia has hecho ejercicios para perder peso?
a) entre 0 y tres veces al mes. b) entre una y tres veces a la semana.
c) una vez al día. d) más de una vez al día.
5. En el último año ¿con que frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para perder peso?
a) entre 0 y 6 veces al año. (cada dos meses aprox.) b) entre una y tres veces al mes.
c) una vez a la semana. d) una vez al día o más.
6. En el último año ¿con que frecuencia has tomado pastillas adelgazantes?
a) entre 0 y 2 veces al año. b) entre 3 y 6 veces al año.
c) entre una y tres veces al mes. d) una vez a la semana o más.
7. ¿A que edad hiciste la primera dieta para perder peso?
a) 8-10 años. b) 11-13 años. c) 14-16 años. d) 17 años en adelante.
8. ¿cuánto tiempo duran tus dietas?
a) 1 día. b) de 2 a 6 días. c) de 2 a 4 semanas. d) dos meses o más.

10. Marca con una cruz (X) los alimentos que dejas de comer completamente cuando haces dieta para perder peso y con un circulo (O) los que disminuyes su consumo cuando estas a dieta para perder peso.

					
Hamburguesas	galletas	Papas fritas	helados	golosinas	
					
pescados	Pollo	Carnes rojas	huevos	legumbres	
					
Leche	queso	yogurt			
					
zanahoria	Verduras verdes(p.ej.lechuga)	tomate	alcachofa	zapallo	
					
naranja	manzana	plátano	pera	uva	
					
choclo	Fideos	papas	pan	arroz	cereal

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DIETÉTICOS

A continuación debes contestar cada frase que se propone en relación a la frecuencia en que realizas lo siguiente, intenta contestarlas todas, marca con una cruz la alternativa que corresponda.

1. En el último año, ¿Cuántos días calculas haber estado a dieta PARA PERDER PESO?

- a) 0 a 30 días b) 31 a 90 días c) 91 a 180 días d) más de 180 días

2. En el último año. ¿Con qué frecuencia has tomado **laxantes y/o diuréticos** PARA PERDER PESO?, ¿cual? (anota el nombre en la línea)_____

- a) entre 0 y 6 veces al año. b) Cada dos meses
c) entre una y tres veces al mes. d) una vez a la semana o más seguido

3. En el último año ¿cuántos días has tomado pastillas adelgazantes?

- a) 0 a 30 días b) 31 a 90 días c) 91 a 180 días d) más de 180 días

4. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia te has saltado comidas PARA PERDER PESO?

- a) entre 0 y 2 veces b) 1 a 4 veces al mes.
c) entre dos o tres veces a la semana d) más de 4 veces a la semana

5. Cuando te saltas comidas PARA PERDER PESO, ¿cual o cuales te saltas?, (puedes marcar más de una)

- a) desayuno b) almuerzo c) once d) cena

6. En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?

- a) menos de una vez por semana b) entre una y tres veces a la semana.
c) una vez al día d) más de una vez al día

7. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?

- a) Nunca b) una vez al mes o menos c) una vez a la semana. d) 2 veces a la semana o más

8. ¿A qué edad hiciste la primera dieta PARA PERDER PESO?

- a) antes de los 10 años. b) 10 -12 años. c) 13-15 años. d) 16 años en adelante.

9. ¿cuánto tiempo duran tus dietas?

- a) 1 día. b) de 2 a 6 días. c) de 2 a. c) de 2 a 4 semanas. d) dos meses o más.

10. Marca con una cruz (X) los alimentos que dejas de comer completamente cuando haces dieta para perder peso y con un circulo (O) los que disminuyes su consumo cuando estas a dieta para perder peso.

					
Hamburguesas	galletas	Papas fritas	helados	golosinas	
					
pescados	pollo	Carnes rojas	huevos	legumbres	
					
leche	queso	yogurt			
					
zanahoria	Verduras verdes(p.ej.lechuga)	tomate	alcachofa	zapallo	
					
naranja	manzana	plátano	pera	uva	
					
choclo	fideos	papas	pan	arroz	cereal