



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN  
CORPORAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES  
ESCOLARIZADOS.

**Disertación de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga  
Clínica**

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

MYRIAM ELIZABETH VITERI TORO

**Director:**

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, MS.

Ambato - Ecuador

Abril – 2015

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y  
HÁBITOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS.

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

MYRIAM ELIZABETH VITERI TORO

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psc. Cl. Ms.

f. \_\_\_\_\_

CALIFICADOR

Adriana Lorena León Tamayo, Psc. Cl. Msc.

f. \_\_\_\_\_

CALIFICADORA

Eulalia Beatriz Becerra García, Dra. Mg.

f. \_\_\_\_\_

CALIFICADORA

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lic. Mg.

f. \_\_\_\_\_

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. \_\_\_\_\_

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato- Ecuador

Abril 2015

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Myriam Elizabeth Viteri Toro portadora de la cédula de ciudadanía 180332329-2 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Myriam Elizabeth Viteri Toro

CI 180332329-2

## **AGRADECIMIENTO**

A todas las personas que de una u otra forma a lo largo de mi vida han contribuido a la realización de este y muchos logros más, gracias por su apoyo, motivación y amor.

Un agradecimiento especial a mi director de tesis, quien de forma oportuna y paciente ha sabido darme claras directrices para la culminación de mi trabajo de grado.

A la danza mi pasión, mi terapia, mi libertad.

## **DEDICATORIA**

A los adolescentes que se enfrentan a diario a diversas situaciones de riesgo.

## RESUMEN

Los adolescentes son considerados sujetos vulnerables ante la influencia de estereotipos de cuerpos perfectos, bajo esta premisa el objetivo central del presente trabajo de investigación es identificar la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en adolescentes escolarizados. El presente estudio de investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con una muestra de adolescentes entre 12 a 17 años quienes asisten regularmente a la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle” en los cursos de 7mo año de EBG a 3ero de bachillerato, pretendiéndose prever a los adolescentes que podrían encontrarse en riesgo a futuro. Como instrumentos del proceso de investigación se utilizó una autorización de los padres de los adolescentes evaluados, una ficha socio-demográfica que permita conocer su contexto, el test de hábitos alimentarios (EAT- 26) y el test de imagen corporal (BSQ). Obteniéndose como resultado final la existencia de una correlación baja positiva entre las variables estudiadas en la población de 15 años en adelante, considerándose como determinantes de la relación entre la imagen corporal y los hábitos alimenticios en adolescentes al desarrollo evolutivo y la influencia del contexto social.

**Palabras Clave:** Adolescencia, imagen corporal, hábitos alimenticios, conductas de riesgo

## ABSTRACT

The teenagers are considered a vulnerable group to the influence of the stereotypes of perfect bodies therefore the main objective of this research is to identify the relationship between the perception of body image and eating habits in school adolescents. This correlational descriptive cross-sectional research was conducted with a sample of adolescents aged 12 to 17 years who regularly attend the Juan León Mera "La Salle" high school in grades 7th to 3rd year, pretending provide adolescents who may be at risk in the future. As instruments of the research process was used an authorization parents letter of the adolescents evaluated ,a socio - demographic profile designed to show its context, an eating habits test ( EAT- 26) and a test of body image (BSQ). As a result of this study was observed the existence of a low positive correlation between the variables studied in the population aged 15 and older, regarded as determining the relationship between body image and eating habits in adolescents evolutionary development and the influence of social context.

**Keywords:** Adolescence, body image, eating habits, risk behaviors

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### PRELIMINARES

|   |      |
|---|------|
| Declaración de autenticidad y responsabilidad ..... | III  |
| Agradecimiento .....                                | IV   |
| Dedicatoria .....                                   | V    |
| Resumen .....                                       | VI   |
| Abstract .....                                      | VII  |
| Índice de cuadros y gráficos.....                   | XIII |

### **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN ..... 1**

#### **1. SITUACIÓN PSICOSOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR..... 1**

|   |   |
|---|---|
| 1.1.Situación socio-económica de la adolescencia en el Ecuador .....                            | 1 |
| 1.2.Situación psicosocial de la adolescencia en el Ecuador.....                                 | 2 |
| 1.3.Situación escolar de la adolescencia en el Ecuador .....                                    | 3 |
| 1.4.Antecedentes investigativos en torno a la conducta alimentaria y a la imagen corporal ..... | 4 |
| 1.5.Justificación.....  | 6 |

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO..... 8**

#### **2. ASPECTOS TEÓRICOS EN TORNO AL DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA..... 8**

|  |   |
|--|---|
| 2.1.Aspectos teóricos y ontogénicos de la adolescencia ..... | 8 |
| 2.1.1.Introducción .....                                     | 8 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.1.2.Aspectos conceptuales en tono al término adolescencia y características bio-psico-sociales ..... | 9         |
| 2.1.3.Características de la adolescencia .....   | 12        |
| 2.1.4.Etapas evolutivas de la adolescencia.....  | 15        |
| 2.1.5.Etapas bio-psico-sociales de la adolescencia .....   | 16        |
| 2.1.6.Desarrollo en la adolescencia.....   | 21        |
| 2.2.Riesgo en la adolescencia .....  | 27        |
| 2.2.1.Introducción .....   | 27        |
| 2.2.2.Definición de términos riesgo, factor de riesgo, conducta de riesgo y situación de riesgo .....  | 28        |
| 2.2.3.Conductas de riesgo en la adolescencia .....   | 29        |
| 2.2.4.Factores de riesgo en la adolescencia.....   | 30        |
| 2.2.5.Situaciones de riesgo.....   | 31        |
| 2.2.6.Factores protectores en la adolescencia .....  | 32        |
| 2.3.Relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios... 34                |           |
| 2.3.1.Imagen Corporal.....   | 35        |
| 2.3.1.1.Definición de imagen corporal.....   | 35        |
| 2.3.1.2.Construcción psíquica de la imagen corporal .....  | 35        |
| 2.3.1.3.Formación de la imagen corporal.....   | 38        |
| 2.3.1.4.Imagen corporal positiva y negativa .....  | 39        |
| 2.3.1.5.Alteración de la imagen corporal .....   | 40        |
| 2.3.2.Hábitos Alimenticios.....  | 41        |
| 2.3.2.1.Introducción .....   | 41        |
| 2.3.2.2.Definición de los términos nutrición y alimentación .....                                      | 42        |
| 2.3.2.3.La alimentación y su función en el desarrollo del adolescente .....                            | 43        |
| 2.3.2.4.Alteración de los hábitos alimenticios .....   | 44        |
| 2.3.2.5.Riesgo de alteraciones nutricionales en la adolescencia .....                                  | 45        |
| 2.3.2.6.Conductas alimentarias de riesgo.....  | 46        |
| 2.3.2.7.Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) .....  | 47        |
| <b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>3. METODOLOGÍA .....</b>  | <b>49</b> |
| 3.1.Antecedentes del problema .....  | 49        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.2.Significado del problema .....   | 50        |
| 3.3.Definición del problema.....   | 50        |
| 3.4.Planteamiento del tema .....   | 50        |
| 3.5.Delimitación del tema .....  | 51        |
| 3.5.1.Contenido .....  | 51        |
| 3.5.2.Delimitación Espacial .....  | 51        |
| 3.5.3.Delimitación Temporal .....  | 51        |
| 3.5.4.Unidad de Observación .....  | 51        |
| 3.5.5.Sujetos de Observación .....   | 51        |
| 3.6.Hipótesis.....   | 51        |
| 3.7.Definición de variables e indicadores .....  | 52        |
| 3.7.1.Variable: Percepción de la Imagen Corporal .....   | 52        |
| 3.7.2.Variable: Hábitos Alimenticios.....  | 52        |
| 3.8.Objetivos .....  | 52        |
| 3.8.1.Objetivo General .....   | 52        |
| 3.8.2.Objetivos Específicos.....   | 53        |
| 3.9.Metodología .....  | 53        |
| 3.9.1.Paradigma de la investigación.....   | 53        |
| 3.9.2.Tipo y diseño de investigación.....  | 54        |
| 3.9.3.Preguntas de investigación.....  | 55        |
| 3.10.Análisis de población y muestra .....   | 56        |
| 3.11.Instrumentos.....   | 56        |
| 3.12.Procedimiento Metodológico .....  | 57        |
| <b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>4. RESULTADOS.....</b>  | <b>59</b> |
| 4.1.Análisis de datos socio-demográficos .....   | 59        |
| 4.2.Análisis de los datos de la muestra en referencias a variables de salud física y<br>mental ..... | 63        |
| 4.2.1.Salud física.....  | 63        |
| 4.2.2.Variables de salud mental .....  | 68        |
| 4.3.Análisis de las conductas de riesgo y de protección .....  | 73        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.4. Análisis descriptivo de los resultados referentes a hábitos alimenticios (EAT-26).<br>.....  | 81         |
| 4.4.1. Análisis de las categorías diagnósticas del EAT-26 .....   | 83         |
| 4.4.2. Análisis de consistencia interna del test EAT .....  | 86         |
| 4.4.3. Análisis comparado por género en el EAT .....  | 87         |
| 4.5. Análisis descriptivo de los resultados referentes a la imagen corporal (BSQ) .....   | 89         |
| 4.5.1. Análisis de consistencia interna del test BSQ .....  | 91         |
| 4.5.2. Análisis comparado por género referentes a la variable imagen corporal (BSQ).<br>.....   | 93         |
| 4.5.3. Análisis de categorías diagnósticas del BSQ .....  | 95         |
| 4.5.4. Distribución de los participantes por sexo de acuerdo a las categorías<br>diagnósticas del BSQ .....   | 96         |
| 4.6. Análisis de correlación .....  | 98         |
| 4.6.1. Correlación entre la edad y la preocupación por el peso y los hábitos<br>alimenticios .....  | 100        |
| 4.6.2. Análisis de la distribución por condición académica y por grupos de edad entre<br>los hábitos alimenticios y la preocupación por la imagen corporal .....                    | 101        |
| 4.6.3. Distribución de los participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos<br>alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal .....                             | 102        |
| 4.6.4. Correlación de las variables de los hábitos alimenticios con respecto a la<br>preocupación de la imagen corporal en participantes de 10mo año de EGB y<br>bachillerato ..... | 105        |
| <b>CAPITULO V: ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS.....</b>   | <b>107</b> |
| <b>5. Comprobación de Hipótesis .....</b>   | <b>107</b> |
| 5.1. Introducción .....   | 107        |
| 5.2. Hipótesis de trabajo .....   | 107        |
| 5.3. Variables de comprobación .....  | 107        |
| 5.4. Técnicas utilizadas para la comprobación de hipótesis .....  | 108        |
| 5.5. Resultados .....   | 108        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b> | <b>110</b> |
| <b>6.Discusión .....</b>                                | <b>110</b> |
| 6.1.Conclusiones .....                                  | 110        |
| 6.2.Recomendaciones.....                                | 113        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>                                | <b>114</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                     | <b>119</b> |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### CUADROS

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 2.1. Características Psicológicas .....                                     | 12 |
| Cuadro 2.2. Características Sociales .....   | 13 |
| Cuadro 2.3. Características Físicas/Biológicas .....                               | 14 |
| Cuadro 2.4. Características de la Adolescencia Temprana .....                      | 17 |
| Cuadro 2.5. Características de la Adolescencia Intermedia .....                    | 18 |
| Cuadro 2.6. Características de la Adolescencia Tardía.....                         | 20 |
| Cuadro 2.7. Principales Factores de Riesgo.....                                    | 30 |
| Cuadro 2.8. Principales Consecuencias al asumir el Riesgo.....                     | 32 |
| Cuadro 2.9. Factores de protección en la adolescencia.....                         | 33 |
| Cuadro 2.10. Componentes de la Imagen Corporal .....                               | 36 |
| Cuadro 2.11. Alteraciones nutricionales .....                                      | 46 |
| Cuadro 2.12. Factores que intervienen en los TCA. ....                             | 48 |
| Cuadro 4.1. Análisis descriptivos de las características socio- demográficas ..... | 60 |
| Cuadro 4.2. Análisis descriptivos de las variables de salud física por género..... | 64 |
| Cuadro 4.3. Análisis descriptivos de las variables de salud mental por género..... | 69 |
| Cuadro 4.4. Conductas de protección o de riesgo de la salud en general. ....       | 73 |
| Cuadro 4.5. Análisis descriptivo del test EAT-26 .....                             | 81 |
| Cuadro 4.6. Distribucion categorías diagnósticas del EAT-26.....                   | 83 |

|  |     |
|--|-----|
| Cuadro 4.7. Distribución de los participantes por sexo del EAT-26 .....                        | 85  |
| Cuadro 4.8. Análisis de fiabilidad del test EAT.....   | 87  |
| Cuadro 4.9. Análisis comparado por género de los resultados del EAT.....                       | 88  |
| Cuadro 4.10. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la evaluación del<br>BSQ..... | 90  |
| Cuadro 4.11. Análisis descriptivo de los resultados del test BSQ .....                         | 92  |
| Cuadro 4.12. Análisis comparado por género de los resultados del BSQ.....                      | 93  |
| Cuadro 4.13. Distribución de los participantes de acuerdo al BSQ.....                          | 95  |
| Cuadro 4.14. Distribución de los participantes por sexo de acuerdo al BSQ .....                | 97  |
| Cuadro 4.15. Correlación entre hábitos alimenticios e imagen corporal .....                    | 99  |
| Cuadro 4.16. Correlación entre edad, preocupación por el peso y hábitos alimenticios           | 100 |
| Cuadro 4.17. Distribución de los participantes por condición académica .....                   | 101 |
| Cuadro 4.18. Distribución de los participantes por grupos de edad.....                         | 103 |
| Cuadro 4.19. Análisis de correlación entre los hábitos alimenticios e imagen corporal          | 105 |

## **GRÁFICOS**

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 4.1. Distribución de la población por sexo. ....   | 61 |
| Gráfico 4.2. Distribución de la población por nivel de escolaridad.....  | 62 |
| Gráfico 4.3. Distribución de la población por percepción de las relaciones familiares...63   |    |
| Gráfico 4.4. Representación gráfica de la percepción de la salud física por género.....  | 65 |
| Gráfico 4.5. Representación gráfica por género de los resultados obtenidos con<br>relación a la realización de actividad física..... | 66 |

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 4.6. Representación gráfica del objetivo de la realización de la actividad física por género.....  | 67 |
| Gráfico 4.7. Representación gráfica de la población que recibe tratamiento para enfermedades crónicas por género. ....                             | 68 |
| Gráfico 4.8. Representación gráfica de la percepción de la salud mental por género. ....   | 69 |
| Gráfico 4.9. Representación gráfica de los antecedentes psicológicos personales por género.....  | 70 |
| Gráfico 4.10. Representación gráfica de los antecedentes psicológicos familiares por género.....   | 71 |
| Gráfico 4.11. Representación gráfica de los participantes que se encuentran bajo tratamiento médico por género.....                                | 72 |
| Gráfico 4.12. Representación gráfica del tiempo de sueño por género .....  | 74 |
| Gráfico 4.13. Representación gráfica de la hora de sueño por género.....   | 75 |
| Gráfico 4.14. Representación gráfica del gusto por los deportes por género. ....   | 76 |
| Gráfico 4.15. Representación gráfica del consumo ocasional de alcohol por género.....  | 77 |
| Gráfico 4.16. Representación gráfica del consumo de drogas por género.....   | 78 |
| Gráfico 4.17. Representación gráfica del consumo de productos adelgazantes por género.....   | 79 |
| Gráfico 4.18. Representación gráfica de la preocupación de la imagen corporal por género.....  | 80 |
| Gráfico 4.19. Representación gráfica de los resultados obtenidos en la evaluación del EAT- 26.....   | 82 |
| Gráfico 4.20. Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnosticas resultantes del EAT- 26..... | 84 |

|   |     |
|---|-----|
| Gráfico 4.21.Representación gráfica de la distribución de los participantes por género de acuerdo a las categorías diagnosticas resultantes del EAT- 26. ....                               | 85  |
| Gráfico 4.22.Representación gráfica del análisis comparado por sexo de los resultados del test EAT .....  | 88  |
| Gráfico 4.23.Representación gráfica del análisis comparado por sexo de los resultados del BSQ.....  | 94  |
| Gráfico 4.24.Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ. ....  | 96  |
| Gráfico 4.25.Representación gráfica de la distribución de los participantes por género de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ .....   | 98  |
| Gráfico 4.26.Representación gráfica de la distribución de los participantes por condición académica con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal..... | 102 |
| Gráfico 4.27.Representación gráfica de la distribución de los participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal .....     | 104 |
| Grafico 4.27.Representación gráfica de la correlación entre la preocupación por la imagen corporal y los hábitos alimenticios.....  | 106 |





# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1. SITUACIÓN PSICOSOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR**

#### **1.1. Situación socio-económica de la adolescencia en el Ecuador**

El último censo nacional (INEC, 2010) en relación a la situación poblacional a nivel nacional presenta un total de 1'754.142 adolescentes entre 12 a 17 años, equivalente a un porcentaje de 12,11% de la población, de los cuales se encuentran residiendo en el área urbana un 59% y en el área rural un 41%. En cuanto a la distribución por género la proporción de hombres y mujeres es casi paralela, pues difiere en un punto porcentual el número de mujeres 51% respecto al de hombres 49%.

En lo que respecta a la provincia de Tungurahua, se destaca de otras provincias pues su población está concentrada principalmente por edades jóvenes correspondientes al 9,8% de la población. Además en el cantón Ambato el 11,2% de la población corresponde al grupo de adolescentes entre 12 y 18 años.

Por otra parte la situación económica en el Ecuador se ve marcada por la pobreza, según datos de la Organización Humanium (2014), el 33% de la población adolescente vive por debajo del umbral de la pobreza. Además, el bienestar de los adolescentes y el respeto a sus derechos, está directamente relacionado con la

situación económica de sus familias. La pobreza limita drásticamente la oportunidad que tienen para prosperar, mayoritariamente en cuestiones relativas a educación, vivienda y asistencia sanitaria.

Entre las cifras proporcionadas por la *UNICEF* (2014) se puede observar que 6 de cada 10 jóvenes son pobres en el Ecuador y 3 de ellos viven en condiciones de extrema pobreza; la pobreza se concentra más en la población afro-ecuatoriana e indígena. Además 7 de cada 10 adolescentes de 15 a 18 años migran al extranjero y 4 de cada 10 migran del campo a la ciudad. La migración se da por igual en hombres y mujeres que salen en busca de oportunidad laboral. En torno a la situación laboral el 54% de los adolescentes comenzó a trabajar entre los 10 y 14 años de edad y el 18 % lo hace en la calle o en la construcción, sin protección alguna.

## **1.2. Situación psicosocial de la adolescencia en el Ecuador**

La situación psicosocial de los adolescentes en el Ecuador los sitúa como un grupo vulnerable ante diversas situaciones de riesgo como el embarazo adolescente, el matrimonio a corta edad, el consumo de alcohol y drogas, entre otros.

Es así que según cifras de Humanium (2014) el 22% de las chicas adolescentes contraen matrimonio antes de su mayoría de edad, ya que es totalmente legal según la legislación ecuatoriana, la cual establece que las niñas podrán contraer matrimonio a partir de los 12 años y los niños a partir de los 14.

En torno a los embarazos adolescentes en el Ecuador según cifras de UNICEF (2014) las cifras ubican al país en primer lugar de embarazos de adolescentes en Latinoamérica, estimándose que alrededor del 20% de la población serían

adolescentes embarazadas, en cuanto a la provincia de Tungurahua indica una equivalencia de 8% de la población existente.

En un estudio realizado por el *CONSEP* (2012) se determinó en torno al uso de estupefacientes que la edad promedio en la que los menores consumen algún tipo de droga es de 14,3 años, destacándose que la edad del primer contacto con la droga se ha retrasado en comparación a otros años.

Con respecto a la ingesta de bebidas alcohólicas, la investigación reveló que el 4,17% de la población adolescente usa esporádicamente poca cantidad en menos de un año desde su primer consumo el alcohol, mientras que el uso ocasional, poca cantidad pasado el año de su primer contacto es del 1,72%. Además según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2010) de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años.

En cuanto a la salud mental según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2010), los adolescentes en los últimos años se ven afectados por enfermedades como el estrés, alteraciones del estado de ánimo y la depresión, además de que el suicidio es considerada a nivel nacional la tercera causa de muerte entre los adolescentes, cabe destacar que la provincia de Tungurahua presenta al suicidio como la primera causa de muerte en adolescentes.

### **1.3. Situación escolar de la adolescencia en el Ecuador**

En cuanto a la situación escolar según un estudio realizado por UNICEF (2014) el porcentaje de adolescentes ecuatorianos que no poseen acceso a la

educación es del 16%. Indicativo de un incremento en el ingreso al sistema educativo, lo que tiene un impacto directo sobre la reducción del trabajo infantil.

Para el caso de los adolescentes de 15 a 17 años de edad, la cobertura de nivel bachillerato es bastante menor, la tasa de asistencia media es del orden de 75,53% lo que significa que existe un gran porcentaje 24,47% de adolescentes excluidos de su derecho a la educación. Los años de escolaridad promedio de los adolescentes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población adolescente completa sus estudios.

En la provincia de Tungurahua el porcentaje de adolescentes que no acceden a la educación, no saben leer ni escribir es del 7,5% de la población provincial. Mientras que en el cantón Ambato el porcentaje de adolescentes que no tienen acceso a la educación es equivalente a un 7% (INEC, Censo de Población y vivienda, 2010).

#### **1.4. Antecedentes investigativos en torno a la conducta alimentaria y a la imagen corporal**

En un estudio realizado por Fernández y otros (2002) en España en el que se trabajó con una muestra de 482 estudiantes universitarios a los mismos que se les evaluó con el test Eating Disorders Inventory (EDI) y un cuestionario sobre comportamientos alimentarios e imagen corporal; hallando como conclusiones que las mujeres en su mayoría se preocupaban por su peso e imagen, siendo ellas quienes en mayor grado recurren a dietas restrictivas para alcanzar el peso ideal. Por otra parte en un estudio similar realizado por Benedito (2003) en Valencia, España se exploró en una muestra de 373 adolescentes las relaciones existentes entre el

esquema acerca de su apariencia y las actitudes restrictivas como la preocupación por el peso y la dieta en la que se obtuvieron como conclusiones que los adolescentes más jóvenes eran quienes se implicaban en mayor medida en la práctica de dietas y en la oscilación de su peso a razón de una alteración en su imagen corporal.

En otro estudio realizado en Argentina por Rivarola (2003), se investigó sobre la imagen corporal en adolescentes mujeres y su valor predictivo en trastornos alimentarios, trabajando con una muestra conformada por 60 adolescentes mujeres pertenecientes a instituciones educativas del nivel medio y universitario, las cuales no presentaban diagnóstico médico de trastorno alimentario. Dentro de las conclusiones a las que llegó la autora entre otras fueron que la presencia de ciertos indicadores conductuales, cognitivos, emocionales están relacionados con la etapa evolutiva de crisis al comienzo de la adolescencia que influye en la formación y aceptación de la imagen corporal.

Además en un estudio de comparación por género realizado por García y Perezmitré (2003) en el que se estudió una muestra de 384 españoles y 386 mexicanos, entre hombres y mujeres con un rango de edad entre 15 y 18 años, hallaron que más mujeres que hombres están insatisfechos con su imagen corporal; en los varones la insatisfacción es porque quieren estar más fornidos, con más músculo, mientras que en las mujeres es porque quieren estar más delgadas, independientemente del peso real que tengan.

Finalmente en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Cordero Díaz (2009) en el que se trabajó con una muestra de 588 estudiantes de 4to a 6to año de tres colegios mixtos fiscales, el que se evidencio entre las conclusiones una

distorsión en la percepción de la imagen corporal de los adolescentes de ambos sexos además de la necesidad de estudios similares.

La revisión de estas investigaciones nos permite identificar y demostrar la necesidad de estudios relacionados en nuestro medio, pues se trata de un tema no abordado por otras instituciones en nuestra ciudad y que demanda la participación de quienes trabajamos por el bienestar psicológico de la colectividad.

### **1.5. Justificación**

En la actualidad el culto que se rinde al cuerpo y a los ideales estéticos de delgadez que la publicidad vende, llegan a impactar en el pensamiento y comportamiento de la población adolescente, quienes se encuentran viviendo una crisis al encontrarse en un proceso de transición entre el desprendimiento del cuerpo infantil y el proceso de vivir una serie de cambios, entre ellos el de tipo corporal, al hallarse con una nueva imagen reflejado frente al espejo, misma que podría despertar en ellos insatisfacción, ansiedad y preocupación excesiva o una sensación de aceptación y bienestar.

El presente estudio de investigación toma interés debido a que en la institución educativa Juan León Mera “La Salle”, de la cual proviene la población, por parte de los maestros, padres de familia y administrativos se ha podido conocer de la presencia de un alto porcentaje de adolescentes tanto hombres como mujeres que muestran inconformidad en torno a su imagen corporal y poseen una apreciación negativa de ‘sí mismos’, observándose como consecuencia la aplicación por parte de

los mismos de dietas restrictivas, además de preocupación por la ingesta de comida y poniendo en riesgo la salud.

Se espera entonces que los hallazgos que emerjan del presente estudio sean orientados a proporcionar información válida y actualizada que permita a la institución educativa explicar este fenómeno y establecer mecanismos de coordinación a fin de que se desarrollen estrategias, programas y talleres dirigidos a la población de riesgo y comunidad educativa con la finalidad de contribuir en la adopción de hábitos alimenticios saludables y en el fortalecimiento de la auto percepción de la imagen corporal.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. ASPECTOS TEÓRICOS EN TORNO AL DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA**

##### **2.1. Aspectos teóricos y ontogénicos de la adolescencia**

###### **2.1.1. Introducción**

A pesar de que el concepto de ‘adolescencia’ sea relativamente nuevo, ya que en el pasado no se consideraba a la transición de la niñez a la adultez como objeto de estudio; es gracias a los cambios políticos, económicos y culturales a partir de la segunda mitad del siglo XX que se ha centrado especial atención a este grupo poblacional. De esta individualización de la adolescencia como etapa de desarrollo surge el interés social por contribuir a que esta etapa transcurra exitosamente cubriendo las necesidades de salud y bienestar general.

La visibilización de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos empieza a tomar fuerza en el Ecuador con la aprobación de la Convención de los Derechos de la niñez, siendo este el primero en adoptarla a nivel latinoamericano y el tercero en el mundo. Es así que en la actual Constitución del Ecuador (2008) consta que: “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno

de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas” (Art.44).

Es así que la adolescencia en la actualidad es uno de los temas predominantes como objeto de estudio y de investigación en torno a la resolución de los conflictos relacionados a esta etapa de transición y a la búsqueda de soluciones frente a las situaciones de riesgo, por las que se ve acechado este grupo poblacional.

## **2.1.2. Aspectos conceptuales en tono al término adolescencia y características bio-psico-sociales**

### **2.1.2.1. Aspectos conceptuales**

La palabra adolescente viene del latín *adolescens* y *adolescentes*, que significa que está en período de crecimiento, que está creciendo. Este término frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad (REA, 2001). Esta confusión surge a razón de los cambios, crisis y transformaciones propios de esta etapa de transición, mismos que los adolescentes pueden percibir como dolorosos, mientras son los encargados de determinar su desarrollo y preparación hacia la vida adulta.

Con respecto a la definición del término adolescencia, existen diversas opiniones de autores, tomando como referencia a la Organización Mundial de la Salud *OMS* que define a la misma como: “El periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica” (1994, p. 34). Se

entiende entonces que la adolescencia prepara al individuo para en el futuro poseer las herramientas para enfrentar y conducirse en la vida adulta.

Por otra parte a criterio de Papalia (2001) la adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido entre los 11 y 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y también se busca alcanzar la madurez emocional y social. Siendo esta una definición más completa al indicar un periodo cronológico que abarcaría la adolescencia. Mientras Rascovan (2000) concibe a la adolescencia como un *segundo nacimiento*, en tanto entiende que en este periodo se reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebé, enfrentado a un mundo que le es caótico y desconocido. Indefensión que llegan a sentir los adolescentes al encontrarse frente a nuevas responsabilidades y retos que en el pasado le eran desconocidos.

Según Krauskopf (2011) la adolescencia es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. La conceptualización de esta autora a diferencia de Papalia (2001) hace referencia tanto a los aspectos psicológicos como sociales que permiten el posterior desarrollo del adolescente.

Además en cuanto a la definición de la adolescencia existen confusiones con los términos pubertad y juventud, mismos que se pueden aclarar mediante la adecuada conceptualización y diferenciación de estos términos. Según Pérez (2006) la 'pubertad' es el período de la vida de una persona durante el cual su cuerpo pasa de niño a adulto, acompañado por el proceso de maduración sexual. El inicio de la

misma, así como su velocidad de progresión es variable. En las niñas sanas puede iniciarse entre los 8 y los 14 años y en varones sanos, entre los 9 y los 15 años.

Para Muñoz Calvo (2011) la cronología de la pubertad es variable en función del componente genético y ambiental. En condiciones normales el inicio de la adolescencia coincide con el de la pubertad, pero si no ocurren simultáneamente, el adolescente tendrá que soportar ese desajuste como estrés añadido. Siendo la pubertad un hecho biológico, la adolescencia representa una etapa del hombre insertado en una cultura, siendo este aspecto cultural el que determina gran parte de sus manifestaciones y duración (Pedreira, 2000). A partir de las referencias de estos autores se puede esclarecer la evidente diferencia entre los términos al cada uno estar vinculado a diferentes componentes como lo son el contexto cultura en el caso de la adolescencia y el biológico en la pubertad.

Por otra parte respecto a la diferenciación con el término 'juventud' desde una perspectiva bio- psicológica, Urcola (2003) indica que la juventud comienza al final de la adolescencia y termina con la madurez o ingreso a la vida adulta. En la transición a este período que los sujetos sufren cambios tanto físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad que van dirigiendo hacia el desarrollo cabal de las personas. Entendiéndose así que la adolescencia y la juventud no son sólo procesos biológicos, sino psicológicos, sociales y culturales con características totalmente diferentes.

### 2.1.3. Características de la adolescencia

La adolescencia como etapa de desarrollo presenta características propias referentes tanto al ámbito psicológico, social, físico y biológico, mismas que vienen determinadas por el periodo transición que experimentan.

La etapa de la adolescencia implica una serie de cambios de la estructura psicológica del individuo (Ver Cuadro 2.1).

**Cuadro 2.1**  
**Características Psicológicas**

- 
- Búsqueda de sí mismos, de su identidad.
  - Necesidad de independencia.
  - Autoafirmación
  - Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
  - Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
  - Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
  - Puede sufrir desequilibrio emocional, períodos de desaliento y preocupaciones sobre la aceptación social.
  - Puede experimentar ansiedad, arrebatos ocasionales de enojo o de rebelión.
  - Tristeza, preocupaciones en lo relativo al sexo o bien dudas sobre su identidad.
- 

**Fuente:** Álvarez(2010).

Las características psicológicas de los adolescentes se ven ligadas a la autoafirmación del yo, la inestabilidad emocional, la identidad personal, el pensamiento formal, desarrollo cognitivo y del lenguaje.

En referencia a las características sociales los adolescentes presentan conductas con tendencia a la emancipación de su familia y al deseo de formar parte

de su grupo de pares, la preocupación hacia formar un proyecto de vida, entre otros (Ver Cuadro 2.2).

**Cuadro 2.2**  
***Características Sociales***

- 
- Tendencia grupal.
  - Relación conflictiva con los padres.
  - La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
  - Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.
  - Preocupaciones éticas.
  - Falta de criterios personales.
  - Idealismo social.
  - Desarrollo de la amistad.
  - Aparecimiento de grupos y pandillas.
- 

**Fuente:** Álvarez(2010)

Es en esta etapa la sociabilidad toma mayor importancia en la vida del sujeto pues busca ser parte de la vida de grupo y apartarse de su entorno familiar, para a partir de sus relaciones sociales descubrirse a si mismo, tomar un lenguaje, vestimenta y pensamientos propios; además de establecer las elecciones pertinentes para su futuro proyecto de vida.

La adolescencia marcada por aspectos físicos y biológicos presenta características diferentes tanto para los hombres como para las mujeres, siendo la cronología del desarrollo el predictor de estas características (Ver Cuadro 2.3).

**Cuadro 2.3**  
**Características Físicas/Biológicas**

| Hombres   | Mujeres   |
|---|---|
| -Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales.   | -Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales.   |
| -La testosterona induce el crecimiento de genitales externos.   | -La secreción de las hormonas folículo estimulante y luteinizante estimulan la maduración de los ovarios y los activan para producir estrógenos y progesterona.   |
| -Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. Se da la primera eyaculación. | -Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. Se produce la ovulación, se da la primera menstruación. |
| -Desarrollo de vello púbico, facial, y axilar   | -Los estrógenos, como el estradiol, estimulan el desarrollo mamario, de los genitales externos y del útero.   |
| -Desarrollo muscular y laríngeo, incremento de grasa corporal.  | -Incrementan la grasa corporal y aumentan la velocidad de crecimiento.  |
| -Estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario.  | -La progesterona tiene un papel en la maduración del endometrio y las mamas.  |
| -Mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicio.  | -Aumento de la testosterona, estimula el crecimiento del vello púbico y axilar.   |

**Fuente:** Casas & Ceñal (2005)

Las características físicas y biológicas propias de la adolescencia determinan el desarrollo físico, la aceleración del ritmo del crecimiento, el incremento de la estatura y peso, las diferencias en cuanto a las características sexuales secundarias y el ritmo de desarrollo por género, además de que influyen en cuanto a la preocupación por la imagen corporal de los individuos.

#### **2.1.4. Etapas evolutivas de la adolescencia**

En cuanto a la clasificación de la adolescencia por etapas evolutivas se debe tomar en cuenta que esta diferenciación es mayormente de carácter pedagógico e explicativo, pues la duración de cada etapa es variable y depende de diversos factores. Es así que para Carrasco (2007) existen numerosas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia, éste término es considerado como un periodo de cambios desde el comienzo y su duración es variable; está marcada por cambios independientes en el cuerpo, en la mente, y en las relaciones sexuales, y se puede decir que la adolescencia, en cuanto a la fase de desarrollo humano tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico y sociocultural.

Establecer límites cronológicos precisos para este período de desarrollo es complicado, de hecho existen criterios de diferentes autores al respecto, pero de acuerdo a criterios establecidos por la OMS (1994) se afirma que la adolescencia es la etapa que transcurre en la segunda década de la vida, es decir, entre los 10 y 19 años, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del desarrollo y crecimiento morfológico.

Por otra parte desde una perspectiva legal el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador (2003, p. 1) considera que: “Adolescente es la persona de ambos sexos entre los 12 y 18 años” (Art.4), con características importantes como cambios físicos mediante los cuales una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse. Ocurre de los 8 a 13 años en mujeres y de los 9 a 14 años en hombres.

Al igual, Gispert (1988) partiendo de un criterio social indica que la adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional, laboral y económica de la adultez. El crecimiento y las modificaciones del cuerpo al que se ve sometido el adolescente una vez llegada su pubertad, le imponen un cambio frente al mundo externo que, de no asumirlo, le será exigido por la sociedad.

Con respecto a la delimitación cronológica de la adolescencia Schlegel y Barry (1991) ofrecen dos directrices útiles en primer lugar, el inicio de la adolescencia tiende a definirse principalmente por la edad biológica del individuo y en segundo lugar, el final de la adolescencia se define con más facilidad a partir de la edad social de la persona. Razón por la que se continuara con el estudio de la adolescencia en función de sus etapas bio- psico- sociales, tomando en cuenta tanto el desarrollo evolutivo, como los factores psicológicos y sociales.

### **2.1.5. Etapas bio-psico-sociales de la adolescencia**

Tomando como referencia la clasificación bio- psico-social que se centra en el estudio de los cambios evolutivos acompañados del contexto social en el que los adolescentes se desenvuelven y en base a el criterio de la OPS/OMS (1994) las etapas de la adolescencia son:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años).
- Adolescencia media (14 a 16 años).
- Adolescencia tardía (17 a 19 años).

### a. Primera etapa: adolescencia temprana

La adolescencia temprana se da por iniciada en la pubertad entre los 10 y 12 años, presentando los primeros cambios físicos, e iniciando el proceso de maduración; el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes; estos cambios se denominan *crisis de entrada en la adolescencia*, además se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros y responsabilidades (Ver Cuadro 2.4).

**Cuadro 2.4**  
**Características de la Adolescencia Temprana**

| Personales  | Sociales                                   |
|---|--|
| Duelo por el cuerpo y relación infantil con los padres.       | Ansiedad de los padres.                    |
| Reestructuración del esquema corporal.                        | Dificultades en la familia.                |
| Ajustes a emergentes cambios sexuales.                        | Relaciones grupales con el mismo sexo.     |
| Incremento de capacidad de abstracción y reflexión.           | Deseo de no ser relacionado con los niños. |
| Afirmación a través de oposición.                             |  |
| Fluctuaciones del estado de ánimo.                            |  |
| Ansiedad transicional.  |  |
| Transición del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. |  |

**Fuente:** Papalia (2001).

En general esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático, el inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. El individuo se ve marcado por todos los cambios a nivel biológico, psicológico,

emocional y cognitivo que atraviesa, aparece en él cierta curiosidad sexual y tanto su conducta como su emotividad pueden variar de forma brusca.

### **b. Segunda etapa: adolescencia intermedia**

Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo el adolescente consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Papalia, 2001).

En esta etapa el adolescente posee mayor control de sus conductas y emociones, consigue la aceptación de su grupo de pares, además de que se ve enfrentado a la toma de decisiones y mayores responsabilidades (Ver Cuadro 2.5).

**Cuadro 2.5**  
**Características de la Adolescencia Intermedia**

| <b>Personales</b>  | <b>Sociales</b>  |
|--|--|
| Exploración de capacidades personales                                      | Diferenciación y des--idealización del grupo familiar. |
| La disciplina se acepta con reconocimiento de derechos y capacidades.      | Deseo de afirmar su atractivo sexual y social.         |
| Mayor aceptación cuando se fijan reglas con claridad del propio beneficio. | Relaciones grupales heterosexuales.                    |
| Búsqueda de autonomía  | Interés por nuevas actividades y vida social.          |
| Búsqueda de sentido a su presente.   | Intereses participativos.                              |

**Fuente:** Krauspkof (2011)

En referencia a la adolescencia intermedia se puede observar que en esta etapa las características personales se centran principalmente en la búsqueda tanto de su autonomía como de darle sentido a su presente mediante la exploración de sus capacidades y la aceptación de reglas y disciplina, mientras en cuanto al aspecto social el interés se vuelca por completa hacia su vida social, alejándose del entorno familiar.

### **c. Tercera etapa: adolescencia tardía**

Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía (Craig, 1997).

En la adolescencia tardía el desarrollo físico se da por terminado, los adolescentes están orientados hacia su futuro, se consideran más estables emocionalmente a pesar de que se ven enfrentados a las exigencias de incursionar en el mundo adulto (Ver Cuadro 2.6).

**Cuadro 2.6**  
**Características de la Adolescencia Tardía**

| Personales   | Social   |
|--|--|
| Ansiedad frente a decisiones que proyectan su futuro.  | Duelo de padres por el adolescente fantaseado.                                     |
| Duelo adolescente y renacer.                           | Cambio en el modelo de autoridad aceptado.   |
| Desarrollo de instrumentos para la adultez.            | Paulatina reestructuración de las relaciones familiares.                           |
| Exploración de opciones sociales y proyectos.          | Están cada vez mas orientados al mundo exterior y a la búsqueda de satisfacciones. |
| Avances y conflictos en la elaboración de la identidad | Grupos afines a sus intereses.   |
| Complejidad de autonomía en época actual.              | Iniciativas participativas.  |
| Capacidad de auto cuidado.                             | Inicio de relaciones de pareja con diferenciación e intimidad.                     |

**Fuente:** Krauskopf (2011)

En la adolescencia tardía se observa entre las principales características personales el desarrollo de la capacidad de auto cuidado y autonomía pues el individuo está completando esta etapa de desarrollo preparándose para la transición a la adultez, además de la búsqueda de proyectos a futuro, por otra parte frente a las características sociales el adolescente brinda mayor importancia al establecimiento de relaciones de pareja e intimidad, buscan ser parte de grupos afines a sus intereses personales.

### **2.1.6. Desarrollo en la adolescencia**

La adolescencia supone una etapa de transición en la que el individuo debe hacer frente a numerosos cambios en un breve periodo de tiempo, cambios que se producirían tanto a nivel físico o biológico, cognitivo, emocional y social.

#### **a. Desarrollo físico y biológico**

Al inicio de la adolescencia se producen cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo. Mientras que, generalmente, se piensa que los cambios biológicos se dan por completo en el período de la pubertad, existe un desarrollo continuo a lo largo de la adolescencia en cuanto a madurez y crecimiento físico (Petersen & Taylor, 1980). Razón por la que el adolescente observa cambios de inicio a fin de este periodo de transición, adaptándose y aceptando cada vez más a estos cambios.

En cuanto al desarrollo físico del adolescente Papalia (2001) indica que este desarrollo no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico.

## **b. Desarrollo Social**

Frente al desarrollo social que atraviesa durante la adolescencia, Bruckner (1974) menciona que en la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia.

Para Rice (2000) el desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes:

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homo social y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades hetero sociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Esta etapa de transición permite al individuo formar parte de un grupo, en el que verá reflejado en sus pares todas sus dudas e intereses, le permitirá adoptar nuevos roles y patrones de comportamiento social, además de que se interrogará a si mismo sobre su identidad.

Al respecto de esta búsqueda de identidad la teoría psicosocial de Erickson (1968) categoriza a la adolescencia como la etapa en que el sujeto se encuentra en el proceso de la búsqueda de la identidad vs la confusión. Menciona que la persona se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en vida, y hacia donde va. Los adolescentes deben adoptar muchos roles, adquirir un estatus nuevo propio de los adultos, deben adaptarse a su contexto social y planear su futuro.

### **c. Desarrollo cognitivo**

El desarrollo cognitivo se refiere al desarrollo de la capacidad de razonar y pensar; como tal el adolescente será capaz de procesar pensamientos más complejos, construir ideas, elaborar preguntas, debatir situaciones más confusas, a partir de capacidades crecientes relacionadas con la atención, retención, imaginación, memoria y las estrategias para adquirir y manipular la información.

Los adolescentes según Piaget (1969) llegan a la etapa de las operaciones formales, que se caracteriza por la capacidad de pensar de manera abstracta, pueden participar en el razonamiento hipotético deductivo. Pueden pensar en términos de posibilidades, abordar los problemas de manera flexible. La adolescencia como inicio de la etapa del pensamiento lógico deductivo, afecta en el adolescente la idea que se forma de sí mismo y de los demás. Empieza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro, se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico; se cuestiona sus ideas, comportamientos y actitudes.

#### **d. Desarrollo Moral**

Los adolescentes en cuanto a su desarrollo moral buscan adaptarse a los convencionalismos sociales de la vida adulta, piensan constantemente y se cuestionan sus conceptos del bien y mal, además de que se preparan hacia la consecución de reglas acordes a la ley.

Según Elkin y Bowen (1979) el adolescente desarrolla una forma de egocentrismo en la que no distingue entre sus intereses personales y los de otros. Genera un sentimiento de que lo vigilan y lo juzgan constantemente denominado audiencia imaginaria. Algunos crean una fábula personal, es decir, piensan que son tan especiales que no deberían estar sujetos a leyes naturales. El razonamiento moral se desarrolla durante la adolescencia de manera que aparece una creciente preocupación por cuestiones de orden social. Se ha considerado que este desarrollo es más pronunciado en hombres que en mujeres (Petersen & Ebata, 1984). Es así que durante su infancia habrían aceptado todo lo que las leyes dictaban, más al atravesar el umbral hacia la adolescencia empezaría a cuestionar a sus padres, maestros y figuras de autoridad, además de pretender revelarse ante las reglas que los rigen.

De acuerdo con Kohlberg (1992), lo que distingue el razonamiento moral post-convencional es el esfuerzo de los adolescentes por definir sus propias reglas morales en lugar de acatar simplemente las normas del grupo o de un individuo en particular, cada individuo reconoce que existe un contrato recíproco implícito entre el individuo y la sociedad. Además, durante esta fase existe un desarrollo posterior de principios, conciencia y juicios morales.

### **e. Desarrollo Psicológico**

En el desarrollo psicológico se enfocan algunos aspectos cognitivos y psicosociales comunes a esta edad, más el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante. Durante esta etapa el adolescente tiene que superar varios duelos para poder arribar a la madurez.

Según Aberastury (1969) los duelos son:

- a) Por el cuerpo infantil, sienten el cuerpo como ajeno.
- b) Por el rol y la identidad infantil, implica renunciar a la dependencia y aceptar responsabilidades.
- c) Por los padres de la infancia, implica renunciar a su protección, a sus figuras idealizadas, aceptar sus debilidades y su envejecimiento.

En torno al desarrollo psicológico Feldman (2007) considera que los chicos que maduran antes son más equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencia al liderazgo y son menos impulsivos. Por el contrario a las niñas no les gusta madurar pronto, cuando sucede tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas; son más introvertidas y podrían tener tendencia a la autoestima baja y no estar satisfechas con su cuerpo. Entendiéndose que la variable género influye considerablemente en las respuestas de los adolescentes frente al desarrollo psicológico, al proceso de maduración y al equilibrio emocional.

#### **f. Desarrollo psico-sexual**

El desarrollo psicosexual en los adolescentes se manifiesta a través de los cambios físicos siendo los encargados de prepararlos hacia una vida sexual adulta, el factor psicológico que determina el conocimiento y la curiosidad en torno a su sexualidad y el componente social que determina sus elecciones de objetos sexuales además de su involucración sexual con los otros.

La teoría psicosexual propuesta por Sigmund Freud (1905) se fundamenta en que la conducta del adolescente está controlada por poderosos impulsos inconscientes, pues durante la adolescencia ocurren cambios fisiológicos que realimentan el líbido, misma que actúa como la energía que estimula su sexualidad.

En la adolescencia temprana el impulso sexual y la curiosidad llevan a los individuos hacia la exploración de su sexualidad, manifestándose en ocasiones fantasías o conductas homosexuales aisladas, mismas que no representan una identidad homosexual; en contraste es a finales de la adolescencia cuando se espera que se consolide una orientación heterosexual misma que a futuro permitirá una adecuada relación de pareja. El significado que el adolescente atribuya a su sexualidad dependerá de su contexto siendo el más cercano su familia, por lo tanto dependerá de las enseñanzas y mitos familiares en torno a la sexualidad.

#### **g. Desarrollo emocional**

El desarrollo emocional viene ligado tanto a los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales que producen en los adolescentes sentimientos inconstantes entre la felicidad y la tristeza, además de una constante tendencia a la sensibilidad frente a la presión de su contexto social y a la búsqueda de sí mismo.

En torno al desarrollo emocional para Papalia (2001) la vida afectiva del adolescente va a fluctuar entre el retraimiento o aislamiento personal y la tendencia a relacionarse con otros. Pueden observarse diferentes etapas como la afirmación de sí, donde el individuo goza de la soledad y ve a la intimidad como algo muy valioso, el espíritu de independencia, el cual le lleva a separarse de quien hasta entonces ha ejercido un cierto dominio sobre él; o la conquista afectiva del mundo, en la cual, quiere que los demás reconozcan su valor.

El desarrollo del adolescente en cada una de sus áreas se puede ver alterado al enfrentarse a situaciones o factores de riesgo que llegan a truncar su curso normal y poner en peligro su integridad tanto física como psicológica, tema que se tratara en el siguiente apartado.

## **2.2. Riesgo en la adolescencia**

### **2.2.1. Introducción**

Los adolescentes están expuestos a una variedad de riesgos que no son más que las probabilidades de que acontezca un hecho indeseado que afecte a la salud o bienestar de los mismos. Tal como lo menciona Jiménez (2006) la adolescencia representa toda una complejidad psicológica y del mundo social. Pues durante su transcurso se generan algunas conductas que inciden negativamente en el desarrollo del individuo y se producen además prácticas inadecuadas, que afectan su calidad de vida y su adecuado desenvolvimiento.

Al ser un grupo vulnerable los adolescentes asumirán los riesgos en base a sus respuestas adaptativas previamente adquiridas, dejándose guiar por su egocentrismo

propio de la edad y por un sentimiento de inmunología que los lleva a sentirse a salvo de todo riesgo; entre las características propias de los adolescentes que estarían más propensos a buscar enfrentarse a estas situaciones está la necesidad de estimulación y búsqueda de aventura permanente, un elevado nivel de actividad, la dificultad para controlar impulsos, la necesidad de mostrarse independientes y la tendencia a comprometerse en conductas sin dar importancia las consecuencias negativas.

### **2.2.2. Definición de términos riesgo, factor de riesgo, conducta de riesgo y situación de riesgo**

Al referirse al término *riesgo* se habla directamente de la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño; Korstanje (2010) indica que mientras mayor es la vulnerabilidad, mayor es el riesgo y mientras más factible es el daño mayor es el peligro. Por lo tanto en el caso de los adolescentes mientras más vulnerables se encuentran más expuestos a los riesgos están.

Por otra parte Krauskopf (2002) ha definido el término factor de riesgo como la probabilidad de que suceda un evento adverso en un tiempo determinado; proponiendo hacer sutiles pero ordenadas diferenciaciones del término. Plantea a la conducta de riesgo como la originada por el comportamiento del joven, diferenciándola del factor de riesgo, referida como una circunstancia que se presenta en la vida del joven y que no está determinada por el comportamiento del mismo.

Además es necesario determinar en qué consiste una situación de riesgo; existe la probabilidad de que una conducta de riesgo lleve al adolescente hacia una

situación de riesgo cuando dicha conducta pone en peligro la vida o salud del adolescente u otros, no se ajusta a un principio de realidad, no es adaptativa a su contexto sociocultural y se configura como un patrón patológico.

### **2.2.3. Conductas de riesgo en la adolescencia**

La adolescencia implica como tal el asumir riesgos y la toma de decisiones previa a la entrada al mundo adulto, donde los adolescentes se aproximan sin cautela a los peligros como una muestra de superioridad ante sus pares para demostrar su capacidad de adaptarse a su futuro y como un deseo de reconocimiento. Es así que Hernández (2007) indica que cualquier comportamiento que comprometa los aspectos bio- psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente en su tránsito hacia la adultez son definidas como conductas de riesgo. Estas conductas pueden estar influidas por tres factores fundamentales:

- Como pertenencia al grupo, debido a la fuerte dependencia del grupo de pares y la búsqueda de identidad con ellos. Se considera que el motivo fundamental de la conducta de los adolescentes, del cual depende el bienestar emocional, es su aspiración a encontrar un lugar en el grupo, cuya opinión social posee mayor peso que la de los padres y maestros.
- Como resultado de pequeñas exploraciones en el mundo de los adultos, en el continuo proceso de convertirse en tales.
- Como expresión de la inseguridad que le produce al adolescente el aceptar que ha dejado de ser niño y que todavía no es adulto, que debe ser compensada para evitar la angustia.

Según la consideración de varios autores las conductas de riesgo no son valoradas del todo negativas ya que algunas intervendrían en la preparación del adolescente hacia su vida adulta dándoles mayor funcionalidad al asumir retos, lograr autonomía, afrontar fracasos, cuestionar su sistema de valores y consolidar su proceso de maduración.

#### **2.2.4. Factores de riesgo en la adolescencia**

Los factores de riesgo considerados como las probabilidades de daño o resultados no deseables para el individuo, sobre los cuales debe actuarse, pueden variar en su presencia e intensidad dependiendo de la etapa evolutiva que este atraviese; en el caso del adolescente la balanza en su mayoría se muestra en contra respecto a los factores de protección y a favor de los de riesgo, mismos que actúan como predictores de las conductas de riesgo.

En cuanto a la tipología de los factores de riesgo presentes en la adolescencia se pueden localizar factores tanto psicológicos como sociales y ambientales (Ver Cuadro 2.7).

#### **Cuadro 2.7**

##### ***Principales Factores de Riesgo***

- 
- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.
  - Patrones inadecuados de educación y crianza.
  - Ambiente frustrante.
  - Pertenencia a grupos antisociales
  - Familias disfuncionales
  - Deserción escolar
  - Accidentes
  - Consumo de alcohol y drogas
  - Sexualidad inadecuada.
  - Embarazo
  - Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación y bienestar social
  - Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- 

**Fuente:** Craig (1997) y Herrera(1998).

Es así que los diversos factores de riesgo se pueden ver reflejados sin discriminar estratos sociales, género y cultura, pues están inscritos en un contexto e historia social, permitiéndonos únicamente identificar a quienes se encuentran más expuestos a sufrir daños a futuro para poder modificarlos.

### **2.2.5. Situaciones de riesgo**

Las situaciones de riesgo como se aclaró anteriormente están determinadas por las conductas que pueden llegar a poner en juego el bienestar del individuo o su contexto tanto física como psicológicamente, donde el adolescente se ve obligado a tomar decisiones extremas que podrían exponer su identidad, integridad y amor propio. En el caso de adolescentes enfrentados a condiciones excesivamente problemáticas se podrían ver afectados en cuanto al desarrollo de sus potencialidades, y sus posibilidades de éxito a futuro.

Los adolescentes se involucran en estas situaciones de peligro en torno a su seguridad y salud, al encontrarse con condiciones externas como el acercamiento al consumo de drogas y bebidas alcohólicas, la exposición a grupos violentos y delincuenciales, entre otros; sobre todo si estas condiciones son predominantes frente a los factores de protección.

Cabe destacar que las conductas de riesgo como toda acción desataran una reacción o respuesta particular dependiendo de sus características, entre las consecuencias que se pueden destacar por el riesgo asumido tenemos consecuencias personales y contextuales (Ver Cuadro 2.8).

**Cuadro 2.8**  
**Principales Consecuencias al asumir el Riesgo**

---

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| - | Actividad sexual precoz.        |
| - | Embarazo adolescente            |
| - | Accidentes de tránsito          |
| - | Muerte, homicidio, suicidio     |
| - | ETS y Sida                      |
| - | Deserción escolar               |
| - | Dependencia al alcohol o drogas |
| - | Mala alimentación               |
| - | Depresión                       |

---

**Fuente:** Herrera (1998).

Las consecuencias de las conductas que asumen los adolescentes pueden incluir problemas emocionales, educativos, laborales y de salud, además de que varían de acuerdo al nivel de resiliencia y a los factores de protección con los que el adolescente cuenta.

### **2.2.6. Factores protectores en la adolescencia**

El fortalecimiento de factores de protección que apoyen y manejen adecuadamente las situaciones de riesgo, permitirán al adolescente ser menos propenso a enfrentarse o sufrir un problema dado.

Entre los factores de protección más comunes se puede destacar una actitud crítica frente a factores de riesgo, la resiliencia, el acceso a actividades y recursos positivos, vínculos afectivos y comunicacionales adecuados, estilos efectivos de resolución de conflictos, roles claros y respeto a figuras de autoridad, entre otros; pudiendo diferenciarse entre factores protectores individuales e interpersonales (Ver Cuadro 2.9).

**Cuadro 2.9**  
***Factores de protección en la adolescencia***

| <b>Factores Individuales</b>            | <b>Factores Interpersonales</b>                           |
|---|---|
| Poseer sensación de logro y valoración. | Grupo familiar estable.                                   |
| Tener buena capacidad de comunicarse.   | Buen nivel de comunicación con los miembros de la familia |
| Proyectos personales claros.            | Existencia de una red social de apoyo.                    |
| Sentido de pertenencia y compromiso.    | Grupo de pares favorecedor de solidaridad y ayuda mutua.  |
| Hallar placer en la cotidianidad.       | Protagonismo y compromiso social.                         |

**Referencia:** Plan de prevención de adicciones(2010)

Se puede determinar que el contexto social más próximo al adolescente como es su familia y grupo de pares influye enormemente en su comportamiento y la toma de decisiones, siendo un soporte frente a los riesgos, además de que aquellos que poseen un plan de vida claro, sentido de pertenencia y compromiso están menos vulnerables frente a situaciones de riesgo.

Cabe destacar que según Ramírez (2005) entre las conductas de riesgo más referidas en investigaciones a pesar de la existencia de factores de protección se destacan el tabaquismo, la ingestión de alcohol y otras sustancias tóxicas, los malos hábitos nutricionales, la alteración de la percepción de la imagen corporal, el sedentarismo, la promiscuidad y práctica de relaciones sexuales no protegidas. Razón por la que este estudio se centra en la relación de dos de estas conductas y sus alteraciones como son la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios.

### **2.3. Relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios**

Los adolescentes al verse inmersos en un mundo nuevo para ellos buscan adaptarse y formar parte este, adoptando nuevas responsabilidades, conductas y también preocupaciones sobre todo en referencia a cumplir con las expectativas de sí mismos y de la sociedad, como son los ideales estéticos corporales que se les impone, lo que les lleva a poseer altos niveles de insatisfacción y buscar posibles soluciones, la gran parte de veces atentando a su salud para alcanzar este objetivo. Como lo afirman Trujano y otros (2010) una de las exigencias culturales más dañinas es la presión de satisfacer el ideal de delgadez extrema como medio de aceptación y popularidad social, que está impulsando a la gente cada vez más joven al circuito de la restricción alimentaria. Razón por la que en la actualidad se consideran una problemática de salud emergente a las conductas de riesgo provocadas por la percepción negativa de la imagen corporal y la alteración de los hábitos alimenticios.

A partir de esta concepción varios autores han buscado relacionar en sus estudios la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios, como Leiderman y Triskier (2004) quienes plantearon que la disconformidad con el peso y la imagen corporal conducen a la realización de dietas y de conductas compensatorias inapropiadas, las cuales son factores que se encuentran relacionados con los trastornos alimentarios y las conductas alimentarias de riesgo. Es así que partiendo de este y otros aportes teóricos se considera necesario profundizar en el estudio individual de estas variables para poder relacionarlas.

### **2.3.1. Imagen Corporal**

#### **2.3.1.1. Definición de imagen corporal**

El cuerpo como la parte más externa de nuestro ser, para los adolescentes toma el papel de una carta de presentación ante sus pares e influye en su accionar dependiendo de la percepción que cada uno construya en torno a este. Es conocida además como un constructo complejo formado por la percepción del cuerpo en su totalidad y de cada una de sus partes, los sentimientos y emociones que surgen de su valoración.

Por otra parte Aguado (2004) refiere que la imagen corporal como un concepto complejo que se ha utilizado para referirse a una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente de nuestro cuerpo, esta imagen corporal incluye dos dimensiones: una social y una individual.

Es decir la imagen corporal a partir de las definiciones citadas, es la apreciación consciente e inconsciente del propio cuerpo y cada una de sus partes, partiendo de su conocimiento real y de los sentimientos, emociones, cogniciones alrededor de este; sumado además al feed-back social que cada uno recibe de su contexto.

#### **2.3.1.2. Construcción psíquica de la imagen corporal**

La percepción o valoración propia de la imagen corporal depende de diferentes componentes que lo van construyendo, en base a la vivencia del propio

cuerpo y al desarrollo evolutivo del individuo que va alterando esta valoración de acuerdo a la etapa de desarrollo que atraviesa (Ver Cuadro 2.10).

**Cuadro 2.10**  
***Componentes de la Imagen Corporal***

---

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Aspectos perceptivos</b>          | Se refiere a la percepción del tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en general o en sus partes. Las alteraciones en la percepción de la imagen corporal pueden dar como resultado sobreestimaciones o subestimaciones. |
| <b>Aspectos cognitivos-afectivos</b> | Las actitudes, sentimientos y pensamientos que nacen a partir de la valoración del cuerpo, su tamaño, peso, forma o algunas partes de él.  |
| <b>Aspectos emocionales</b>          | A partir de la valoración de la imagen corporal se desprenden emociones de placer, displacer, satisfacción, disgusto, aceptación e impotencia.   |
| <b>Aspectos conductuales</b>         | De la percepción y los sentimientos asociados al cuerpo se desprenden conductas como la exhibición, evitación, comprobación, los rituales, el camuflaje, entre otros.  |

---

**Fuente:** Cash y Pruzinky (1990)

La percepción de la imagen corporal está constituida entonces por componentes perceptivos enfocados en el peso y la forma del cuerpo, cognitivos a través de los pensamientos y valoraciones que salen del cuerpo, emocionales referentes a los sentimientos y conductuales a los comportamientos que surgen frente a los pensamientos y emociones, sumados todos a la etapa de desarrollo

evolutivo que atraviesa mediante el cambio del cuerpo infantil hacia una nueva reestructuración de su imagen.

Además Ochoa (2005) hace connotaciones específicas de la construcción de la imagen corporal respecto a tres conceptos fundamentales: cuerpo real, cuerpo simbólico y cuerpo imaginario. Refiriéndose con el cuerpo real al anatómico, la carne y huesos, el cuerpo simbólico remite un cuerpo que se desea y es deseado por uno mismo y por los otros, está formado por lo que los demás dicen que somos y deseamos ser y el cuerpo imaginario es el de las fotografías, el cual se construye a partir de las características que creemos poseer. Respecto al encuentro del adolescente con su imagen real Grinberg y Grinberg (1976) mencionan que el mirarse al espejo puede ser una experiencia que puede angustiar y movilizar a una persona, principalmente porque es en ese momento cuando surgen las comparaciones con sus ideales y se enfrentan con la apariencia del aquí y ahora que deberán aprender a aceptar.

La imagen corporal como experiencia subjetiva está directamente relacionada con los sentimientos, sin la necesidad de que exista una correlación con la realidad; está ligada a como se percibe y experimenta el propio cuerpo como un constructo dinámico que puede variar en función de lo que dicta la sociedad y de las propias experiencias vividas, por lo tanto no sería consistente con la experiencia real o física.

### **2.3.1.3. Formación de la imagen corporal**

En la formación de la imagen corporal existe una extensa serie de factores que predisponen a los adolescentes hacia una imagen corporal positiva o negativa, misma que los acompañara en su desarrollo e influirá en su comportamiento y toma de decisiones a futuro.

Entre los factores predisponentes a la formación de la imagen corporal en los adolescentes se encuentra el factor social y cultural pues en la actualidad se propone un ideal estético que se relaciona con el autoestima y la belleza. A respecto Toro (1988) señala que la presión que ejerce el contexto social sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre referente a la fuerza y la masculinidad, podría contar como un factor predisponente. Siendo el contexto social uno de los factores más importantes en la formación de una imagen corporal negativa y de sentimientos de frustración.

Mientras Craig (1997) mantiene que los adolescentes son muy sensibles respecto a su apariencia ya que se encuentran con la necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal, cuando su autoimagen no corresponde a lo que ven en los medios o al grupo en el que se desenvuelven. Por lo tanto los adolescentes estarían considerados como un grupo vulnerable frente a los estereotipos que se publicitan en los medios de comunicación.

Además los modelos familiares y amistades influirán de manera significativa, el modelado frente a figuras importantes como son los padres y familiares que tienden a estar preocupados por su cuerpo, sus cuidados, con continuos pensamientos negativos sobre el mismo y prestando excesiva atención hasta que estas actitudes

sean aprendidas. Mientras, el ser criticado, sufrir burlas hacia el cuerpo y discriminación por parte del grupo de pares hace a una persona mucho más vulnerable; sobre todo si en la infancia han existido experiencias dolorosas relacionadas con el cuerpo.

La búsqueda por lograr un aspecto físico perfecto como objetivo central está ligada a la compensación de sentimientos como la inseguridad, el bajo nivel de autoestima, los sentimientos de incompetencia, la crisis por los cambios corporales, entre otros. Además el haber elegido alguna afición o carrera que conceda gran importancia al peso como el modelaje, el físico culturismo, la danza entre otras.

#### **2.3.1.4. Imagen corporal positiva y negativa**

La autovaloración de la imagen corporal puede ser positiva o negativa dependiendo de diversos factores, entre ellos las características propias de la persona y la presión social a la que puede estar expuesta; así a partir de la aceptación de su esquema corporal se puede determinar esta valoración como positiva o negativa.

La apreciación positiva se caracteriza por un esquema corporal bien integrado, comodidad respecto a su apariencia, percepción muy aproximada a la realidad de las formas corporales, leve preocupación por el peso, deseos de mantenerse saludable, motivación positiva por el cuidado del cuerpo.

En contraste una valoración negativa se compone por la insatisfacción por el propio cuerpo, la sensación de incomodidad respecto a su apariencia, preocupación excesiva por el peso, la comida y las zonas consideradas como anti estéticas, percepción alejada de la realidad, ansiedad y vergüenza en torno a su aspecto, falta

de aceptación personal, aislamiento social, entre otros. Según Le Boulch (1971) al existir una visualización de la imagen corporal negativa se produce un déficit entre el sujeto y el mundo exterior influyendo esencialmente en tres aspectos: en la percepción errónea del cuerpo ya sea por sobrestimación o subestimación, en referencia a la motricidad y al no sentirse a gusto por los propios movimientos y en la relación con el otro presentando incomodidad o vergüenza frente a los demás.

### **2.3.1.5. Alteración de la imagen corporal**

Se entiende como alteración de la imagen corporal a una valoración que no va acorde a la realidad, es decir que no concuerda con las medidas reales ni el peso del cuerpo. La búsqueda de la perfección corporal podría llevar a la alteración de uno o más de los componentes de la imagen corporal frente a la consecución de esta meta auto impuesta.

Las alteraciones de la imagen corporal según criterio de Cash y Brown (1986), pueden referirse a aspectos tanto cognitivos y afectivos relacionados a la insatisfacción corporal, sentimientos negativos y alteraciones en la percepción que acarrearán distorsiones de la imagen corporal en cuanto a la apreciación del cuerpo, su tamaño y su forma.

La mayor insatisfacción con la imagen corporal puede llevar a conductas restrictivas relacionadas con su alimentación, como la auto imposición de dietas, uso de laxantes y productos para bajar de peso, entre otros medios no saludables de resolver el problema, tema que se abordará a continuación.

## **2.3.2. Hábitos Alimenticios**

### **2.3.2.1. Introducción**

La adolescencia es una etapa muy vulnerable en cuanto a estilos de vida y hábitos saludables, ya que en ella se adquieren los hábitos y costumbres que determinarán en gran medida la alimentación del adulto.

Según Serna (2008) la conducta y los hábitos alimentarios, que influyen en las preferencias de alimentos, se adquieren de forma gradual desde la primera infancia, en un proceso en el que el niño aumenta el control e independencia frente a sus padres, hasta llegar a la adolescencia. Como resultado final se obtiene la configuración de los hábitos alimentarios que marcarán, en la edad adulta, preferencias y aversiones definitivas. Esos hábitos van a influir de forma positiva o negativa no sólo en el estado de salud actual, sino que serán promotores de salud o riesgo a enfermar en las etapas posteriores de la vida. Es así que todos los hábitos duraderos saludables o poco saludables, que se establecen en la adolescencia, se consolidan para toda la vida del individuo.

Al igual Aranceta (2001) opina que la configuración del modelo de alimentación de cada individuo se inicia en el núcleo familiar materno. Este modelo perdura y sigue desarrollando al paralelo de la persona, sufre algunas variaciones y agrega innovaciones como resultado de las relaciones interpersonales y con su medio social. Al estar insertados en un nuevo contexto los adolescentes tienden a mantener sus hábitos de la niñez y combinarlos adquiriendo algunos de los hábitos de sus pares, ingiriendo mayor cantidad de comida rápida y descuidando sus horarios de comidas.

### **2.3.2.2. Definición de los términos nutrición y alimentación**

En torno al estudio de los hábitos alimenticios existe confusión con los términos nutrición y alimentación los cuales son usados muchas veces como sinónimos a pesar de ser términos diferentes, mismos que se pueden aclarar en base a una adecuada conceptualización y diferenciación; es así que para Jácome (2010) la nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, su metabolismo o transformaciones químicas en las células y excreción o eliminación del organismo. Mientras la alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

Es decir el término nutrición hace referencia a la satisfacción de necesidades dietéticas del organismo en la búsqueda de un buen estado de salud y la prevención de futuras enfermedades, como a las funciones biológicas desde la ingesta, la asimilación hasta la expulsión de los alimentos; mientras la alimentación se relaciona con las acciones que permiten que se produzca la nutrición y que están condicionadas además por su contexto social, cultura, familia, religión y condición económica.

### **2.3.2.3. La alimentación y su función en el desarrollo del adolescente**

El papel de la alimentación en todas las etapas de desarrollo es brindar al organismo la energía suficiente y los nutrientes necesarios para funcionar correctamente, además de garantizar el crecimiento y desarrollo del individuo; en especial la adolescencia como una fase de crecimiento continuo necesita satisfacer los requerimientos nutricionales y ampliar la cantidad de alimentos para poder prevenir alteraciones y trastornos de salud.

La alimentación según Aranceta (2001) se define como un acto voluntario, el cual se lleva a cabo de manera consciente, es una decisión libre del ser humano, sin embargo se encuentra condicionada por diversos factores, siendo algunos sociales, biológicos, culturales, genéticos, otros se encuentran en la parte del inconsciente humano.

Una alimentación recomendable dará como resultado en la mayoría de los casos un individuo adulto sano. En la actualidad se están modificando los hábitos alimenticios debido a cambios, sobre todo socioculturales, sociales, familiares, nuevas ideas sobre la imagen, la salud, y una cultura voluble a los cambios. Los adolescentes al verse inmersos en estos cambios alteraran de igual forma sus hábitos de alimentación, buscando revelarse ante costumbres familiares, conducirse a favor de la moda y perder peso.

#### **2.3.2.4. Alteración de los hábitos alimenticios**

La alteración de los hábitos alimenticios en los adolescentes pueden conducirlos a favor de su deseo de perder peso, corriendo el riesgo de perder su salud en el intento. Para consideración de Serna (2008) la nutrición juega un papel crítico en el desarrollo del adolescente y el consumo de una dieta inadecuada puede influir desfavorablemente sobre el crecimiento somático y la maduración sexual.

Los alimentos brindan una identidad al adolescente, lo que le permite formar parte de un grupo, llevándole a adoptar con facilidad diversidad de dietas, el control de su peso, el aumento de masa muscular, etc. En ocasiones utilizan la comida para canalizar la angustia y la no adaptación, adquiriéndose hábitos de no comer o comer por compulsión en grandes cantidades. La preocupación que tienen los adolescentes por su imagen corporal les condiciona a llevar a cabo dietas restrictivas para acercarse a un ideal de belleza, influenciados por los modelos sociales del momento y que pueden dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria.

Frente a la influencia de los pares, el contexto familiar y los medios de comunicación los adolescentes adoptan hábitos alimenticios de riesgo que pueden situarlos en peligro de padecer un trastorno o alteración nutricional. Según Hidalgo (2012) entre los hábitos inadecuados que integran la cotidianidad de los adolescentes se encuentra la supresión de las comidas sobre todo del desayuno considerada de gran importancia en el aprendizaje y rendimiento escolar, la ingesta de comida chatarra a manera de snacks entre comidas que tiende a disminuir el apetito, favorecer la obesidad y la aparición de caries, comer fuera de casa es un hábito que ha pasado a formar parte del estilo de vida de los adolescentes, les resultan atractivas

por ser baratas y su repercusión en la salud depende de su frecuencia de consumo, entre los hábitos más preocupantes se encuentra el uso de medidas restrictivas como dietas para bajar de peso, el uso de vómitos , laxantes y diuréticos.

#### **2.3.2.5.Riesgo de alteraciones nutricionales en la adolescencia**

Los adolescentes son individuos vulnerables frente a la presión de modelos estéticos e ideales de belleza actuales, sumado al desconocimiento de sus necesidades dietéticas, llegan a ponerse en riesgo frente a la modificación de su ingesta nutricional. Al respecto Lancho (2007) refiere que la población adolescente en materia de nutrición, actualmente no posee los conocimientos y conducta suficiente, separándose cada vez más del cuidado de la salud, encontrándose tanto con altas cifras de obesidad como de personas afectadas de trastornos de la conducta alimenticia. Entre los factores de riesgo nutricional de los adolescentes hay que considerar el incremento de sus necesidades producido por sus cambios biológicos, por ello requieren importantes cantidades de macro y micronutrientes, que están en relación con su estadio de desarrollo.

En el momento actual se aprecia también en este grupo de edad, un aumento del consumo de proteínas, grasas saturadas, colesterol, hidratos de carbonos refinados y sal. Por el contrario este es bajo en hidratos de carbonos complejos, fibras, frutas y vegetales (Ver Cuadro 2.11).

**Cuadro 2.11**  
**Alteraciones nutricionales**

| <b>Exceso de energía y nutrientes</b> | <b>Déficit de energía y nutrientes</b>       |
|---------------------------------------|--|
| Obesidad                              | Malnutrición                                 |
| Hiperlipidemia                        | Anorexia Nerviosa / Bulimia Nerviosa         |
| Caries dental                         | Déficit de Calcio, Hierro, Zinc y vitaminas. |

**Fuente:** Hidalgo (2012)

Las modificaciones que se producen en la adolescencia y los cambios que adoptan en torno a su conducta alimentaria ponen en riesgo su salud y bienestar, mismo que puede estar ligado al exceso o la falta de energía y nutrientes de las cuales se pueden desprender diferentes situaciones de riesgo.

### **2.3.2.6. Conductas alimentarias de riesgo**

Las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes están directamente asociadas con patrones poco saludables de la ingesta de alimentos. Para Saucedo Molina (2003) la conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta da origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria.

Para la consideración de Unikel (2004) las conductas alimentarias de riesgo (CAR) también denominadas disfuncionales son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad. Entre las conductas alimentarias de riesgo tenemos: atracones o episodios

de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito auto inducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal. Estas conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones alarmantes que no se pueden pasar por alto pues podrían conducir a los adolescentes a correr mayores riesgos relativos a su salud en su futuro.

### **2.3.2.7.Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**

Como ya se aclaró anteriormente los trastornos de la conducta alimentaria surgen al ser mayor la intensidad de las conductas alimenticias de riesgo, refiriéndose entonces a una población clínica que necesita de forma inminente de una intervención terapéutica al estar sobrellevando daños tanto físicos como psicológicos. Según Aceituno (2007) los TCA son patologías psiquiátricas que se caracterizan por una alteración grave en la cantidad y forma de comer, que se acompaña en general de una preocupación exagerada respecto a la comida, el peso y la forma corporal y que llevan a la persona a situaciones físicas que comprometen riesgos para su salud. En el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria intervienen múltiples factores (Ver Cuadro 2.12).

**Cuadro 2.12.**  
***Factores que intervienen en los TCA.***

|  |   |
|--|---|
| <b>Factores predisponentes.</b>                  | Son aquellos que ponen en riesgo de padecer algún TCA, aunque no por tenerlos se padecerá necesariamente alguno de estos trastornos.                    |
| <b>Factores precipitantes o desencadenantes.</b> | Son aquellas situaciones que llevaran a padecer algún TCA   |
| <b>Factores mantenedores.</b>                    | Son aquellas conductas compensatorias inapropiadas, como los atracones, y las secuelas fisiológicas y psicológicas que no permiten salir del trastorno. |

**Fuente:** Chinchilla (2003)

Los TCA pueden adoptar diversas formas que están relacionadas entre sí, la persona que los padece puede ir de una a otra. Estas modalidades son la anorexia, la bulimia y los trastornos de la conducta alimenticia no especificados, en los cuales se presentan percepciones erróneas respecto a la forma de alimentarse, el peso y la figura corporal de quienes los padecen, un miedo intenso a subir de peso y una autoestima basada en la figura corporal (Gorab, 2005). Por lo tanto desde este criterio se puede predecir que existe una relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en los adolescentes, sobre todo en aquellos que han interiorizado esquemas de delgadez y perfección corporal y que buscan alcanzar estos objetivos alterando su dieta.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3. METODOLOGÍA**

##### **3.1. Antecedentes del problema**

Los adolescentes brindan gran importancia al propio aspecto físico, jugando un papel clave en la formación de la imagen de sí mismos, es un elemento que se convierte para la mayoría en la máxima preocupación, ya que constituye un objeto de rechazo por parte de las otras personas si no responde a las expectativas del estereotipo que impone un sector de nuestra sociedad. Para Quiles (2003) en esta etapa los jóvenes suelen tener criterios muy idealizados sobre el atractivo y la belleza física, mediatizando las relaciones interpersonales, la aceptación, el deseo, la atracción y hasta el enamoramiento.

Es así que en nuestro medio se presencia adolescentes envueltos en conductas alimenticias poco saludables como dietas restrictivas, consumo de productos adelgazantes, preocupación por las cantidades calóricas de los alimentos que ingieren, obsesión en la búsqueda de una imagen corporal ideal.

Entre las variadas consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal y el poco agrado con su apariencia física se encuentra una baja autoestima, inseguridad personal, sentimientos de ineficacia, ansiedad ante las relaciones interpersonales, conflictos en el desenvolvimiento social, familiar o educativo, conductas restrictivas

no saludables; las mismas que pueden derivar en problemas de la conducta alimentaria más graves.

### **3.2. Significado del problema**

El presente estudio resulta de gran interés debido a que en la Institución educativa del cual proviene la población, por parte de los maestros, padres de familia y administrativos se ha podido conocer de la presencia de un porcentaje de adolescentes tanto hombres como mujeres que muestran inconformidad en torno a su imagen corporal y poseen una apreciación negativa de sí mismos, observándose como consecuencia que empiezan a surgir dietas restrictivas y preocupación por la ingesta de comida poniendo en peligro su salud y generándose además grupos focales vulnerables.

### **3.3. Definición del problema**

El presente trabajo de investigación comprende un estudio de la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en adolescentes escolarizados, para determinar la presencia o no de relación entre las dos variables, además de dar un acercamiento a varios indicadores propios de las mismas, como el factor dieta, control oral, preocupación por la imagen corporal, insatisfacción general, entre otros.

### **3.4. Planteamiento del tema**

Relación entre la percepción de la Imagen Corporal y Hábitos alimenticios en adolescentes escolarizados.

### **3.5. Delimitación del tema**

#### **3.5.1. Contenido:**

**Campo:** Salud

**Área:** Psicopedagogía

**Aspecto:** Imagen corporal y hábitos alimenticios.

#### **3.5.2. Delimitación Espacial:**

**Provincia:** Tungurahua

**Cantón:** Ambato

**Institución:** Unidad educativa Juan León Mera “La Salle”

#### **3.5.3. Delimitación Temporal:**

Octubre- Marzo 2015

#### **3.5.4. Unidad de Observación:**

Unidad educativa Juan León Mera “La Salle”

#### **3.5.5. Sujetos de Observación:**

Adolescentes escolarizados de 7mo año de básico a tercero de bachillerato.

### **3.6. Hipótesis**

La percepción de la imagen corporal provoca cambios en los hábitos alimenticios de los adolescentes escolarizados

### **3.7. Definición de variables e indicadores**

#### **3.7.1. Variable: Percepción de la Imagen Corporal**

##### **Indicadores:**

- Preocupación por el peso relacionado con la ingesta de comida
- Aspectos antiestéticos de la figura
- Preocupación corporal
- Preocupación por la parte inferior del cuerpo
- Vómitos y laxantes
- Insatisfacción general

#### **3.7.2. Variable: Hábitos Alimenticios**

##### **Indicadores:**

- Dieta.
- Preocupación por la comida.
- Control Oral.

### **3.8. Objetivos**

#### **3.8.1. Objetivo General**

Analizar la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en los adolescentes escolarizados.

### 3.8.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar los tipos de percepción acerca de la imagen corporal en adolescentes escolarizados.
- b. Valorar los hábitos alimenticios en los adolescentes escolarizados.
- c. Desde un modelo empírico explicativo establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios.
- d. Construir un modelo empírico explicativo<sup>1</sup> de la relación entre la Imagen Corporal y los Hábitos alimenticios.

### 3.9. Metodología

La metodología a utilizarse será de tipo descriptiva relacional de corte transversal bajo el método hipotético deductivo.

#### 3.9.1. Paradigma de la investigación

El paradigma de investigación se centra en un modelo de indagación de carácter descriptivo relacional a propósito de esto Ávila (2006) manifiestan que este tipo de investigación describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Pues aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. En este caso se

---

<sup>1</sup> **Modelo empírico explicativo:** modelo de investigación científica que se basa en aproximaciones empíricas producto de la observación o experimentación, permite revelar y explicar relaciones esenciales y características fundamentales del objeto de estudio, para de ese modo contrastar o aprobar la hipótesis.

desea describir la relación existente entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en adolescentes escolarizados.

A su vez, al tratarse de una investigación descriptiva, ésta se apoya en un modelo de investigación empírico explicativo, respecto a lo que Ramírez (1999) refiere que esta investigación utiliza técnicas estadísticas descriptivas que permiten por medio de encuestas y otros instrumentos acercarse a lo estudiado, observar, organizar y comparar datos.

### **3.9.2. Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación comprende un estudio descriptivo, exploratorio, relacional de corte transversal entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios.

Es un estudio descriptivo ya que se busca conocer las distintas situaciones, conductas y actitudes predominantes teniendo como objetivo primordial la identificación de las relaciones que existen entre las dos variables. Es exploratorio porque pretende dar una visión general y aproximativa respecto a la relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios, procurando aumentar el grado de interrelación entre los objetos de estudio.

Es correlacional porque busca encontrar una asociación entre las dos variables, una vez culminado el proceso investigativo. Finalmente es de corte transversal porque los datos son levantados temporalmente en un mismo momento, accediendo a la evaluación psicométrica de los participantes, sin importar que tiempo mantengan esta característica, ni el momento que la adquirieron.

### 3.9.3. Preguntas de investigación

- **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

Los adolescentes se ven presionados a preocuparse de forma excesiva por su imagen corporal, alterando sus hábitos alimenticios con el fin de ajustarse a los estereotipos actuales de belleza.

- **¿Por qué se origina?**

Por una combinación de factores tanto biológicos, psicológicos y sociales que producen la búsqueda de los adolescentes escolarizados de una imagen ideal.

- **¿Qué lo origina?**

La presión e influencia social, la necesidad de pertenencia a grupos, el auto concepto, una apreciación negativa del tamaño corporal, baja estima por la apariencia, la insatisfacción corporal en general.

- **¿Cuándo se origina?**

En la adolescencia considerado como periodo de cambios y transiciones.

- **¿Dónde se detecta?**

En la alteración de las conductas y hábitos alimenticios, en el discurso acerca de la insatisfacción con la imagen corporal, en cambios físicos, en el desempeño social y académico, preocupación excesiva.

### 3.10. Análisis de población y muestra

La muestra quienes son adolescentes entre 12 a 17 años asistiendo regularmente a la Unidad educativa Juan León Mera “La Salle” en los cursos de 7mo año de básico a 3ero de Bachillerato distribuidos entre hombres y mujeres con un total de 994 estudiantes. Para la obtención del tamaño de la muestra se trabajó con un nivel de confianza de 95%, error de 5%, probabilidad de acierto y fracaso de 50%, cálculo del que se obtuvo una muestra de 275 estudiantes. El muestreo fue probabilístico estratificado en función de los niveles de estudio y del sexo de los participantes.

### 3.11. Instrumentos

**Variable percepción de la imagen corporal:** Para medir esta variable se utilizó el cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) en su adaptación española (Raich, Mora, Soler, & Avila, 1996) el cual tiene 34 preguntas que evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: insatisfacción corporal y preocupación por el peso. El cuestionario es auto administrado y tiene una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde nunca hasta siempre. La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas. El objetivo central de la prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas. Los ítems se pueden dividir en cinco factores: preocupación por el peso, preocupación por los

aspectos antiestéticos, insatisfacción corporal, insatisfacción respecto a la parte inferior del cuerpo y empleo de vómito y laxantes.

**Variable hábitos alimenticios:** Para la medición de esta variable se recurrió a la prueba de conductas alimentarias (EAT- 26) en su adaptación española (Castro, Toro, Salamero, & Guimera, 1991) siendo su objetivo identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que va desde nunca hasta siempre. Sus ítems pueden valorar tres sub escalas referentes al factor dieta, preocupación ante la ingesta de alimentos y control oral.

Esta prueba en un inicio constaba de 40 ítems, mismos que al ser analizados se redujeron a 26 puesto que los 14 eliminados se consideraban repetitivos, además en cuanto a estudios de validez, sensibilidad y confiabilidad como propiedades psicométricas se lo ha descrito como adecuado para su uso en muestras grandes como filtro o tamizaje para reconocer poblaciones clínicas o en riesgo de padecer un TCA, se asume además que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano.

### **3.12. Procedimiento Metodológico**

Para la presente investigación en primera instancia se procedió a la identificación del problema, mediante la observación en la unidad educativa Juan León Mera “La Salle”. Posterior a ello se realizó la investigación teórica previa con fundamentación en un enfoque Cognitivo, además de la formulación de hipótesis a comprobar mediante la utilización de los instrumentos de evaluación. Se continuó

con la aplicación de los instrumentos de evaluación en los participantes seleccionados a partir de los que se pudo realizar el análisis de los datos obtenidos, examinando datos sociodemográficos, resultados de los test aplicados (EAT -26) y (BSQ), correlación entre las variables hábitos alimenticios e imagen corporal además de estudios de comparación en la correlación de las variables distribuidos por grupos de edad y por condición académica. A partir de este proceso se continuó con la verificación de la hipótesis y la construcción de un modelo empírico explicativo de la relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios. Finalmente se plantearon las conclusiones y recomendaciones resultantes del estudio de investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE DATOS

#### 4. RESULTADOS

##### 4.1. Análisis de datos socio-demográficos

Las variables socio-demográficas son definidas como aquellos datos que permiten conocer la dinámica y características propias de la población (Cazau, 2006). Las variables consideradas para el propósito del estudio socio-demográfico fueron: edad de los participantes, sexo, nivel de escolaridad y percepción de las relaciones familiares; consideradas suficientes frente al logro de los objetivos propuestos para esta investigación.

Para la variable cuantitativa: edad, se ha representado a continuación los resultados a través del uso de la media aritmética ( $M$ ) y la desviación estándar ( $Ds$ ). Mientras que para las variables de orden cualitativas: sexo, nivel de escolaridad y percepción de las relaciones familiares, se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.1).

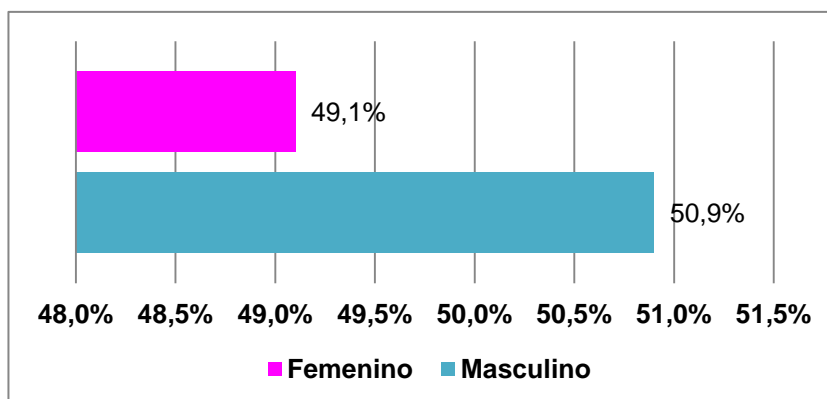
**Cuadro 4.1.**  
**Análisis descriptivos de las características socio- demográficas**

|  | <i>Media</i>      | <i>Desviación</i> | <i>Contraste</i>     |
|--|-------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Edad</b>                                    | 14,1              | 1,74              |                      |
| <i>Variables</i>                               | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> | <i>X<sup>2</sup></i> |
| <b>Sexo</b>                                    |                   |                   |                      |
| Masculino                                      | 145               | 50,9%             | (1) 4,099*           |
| Femenino                                       | 140               | 49,1%             |                      |
| <b>Nivel</b>                                   |                   |                   |                      |
| 7mo  | 44                | 15,4%             | (6) ,228             |
| 8vo  | 42                | 14,7%             |                      |
| 9no  | 47                | 16,5%             |                      |
| 10mo   | 55                | 19,3%             |                      |
| Primero bachillerato                           | 35                | 12,3%             |                      |
| Segundo bachillerato                           | 35                | 12,3%             |                      |
| Tercero bachillerato                           | 27                | 9,5%              |                      |
| <b>Percepción de las relaciones familiares</b> |                   |                   |                      |
| Malo   | 4                 | 1,4%              | 7,697*               |
| Regular  | 42                | 14,7%             |                      |
| Bueno  | 239               | 83,9%             |                      |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Con respecto a la edad, los participantes de la presente investigación mostraron que tienen una edad mínima de 11 años y máxima 17 años, con una media de  $M=14.1$  años con una desviación de  $Ds= 1,74$ , lo que revela que el grupo de participantes está constituido por adolescentes en su totalidad.

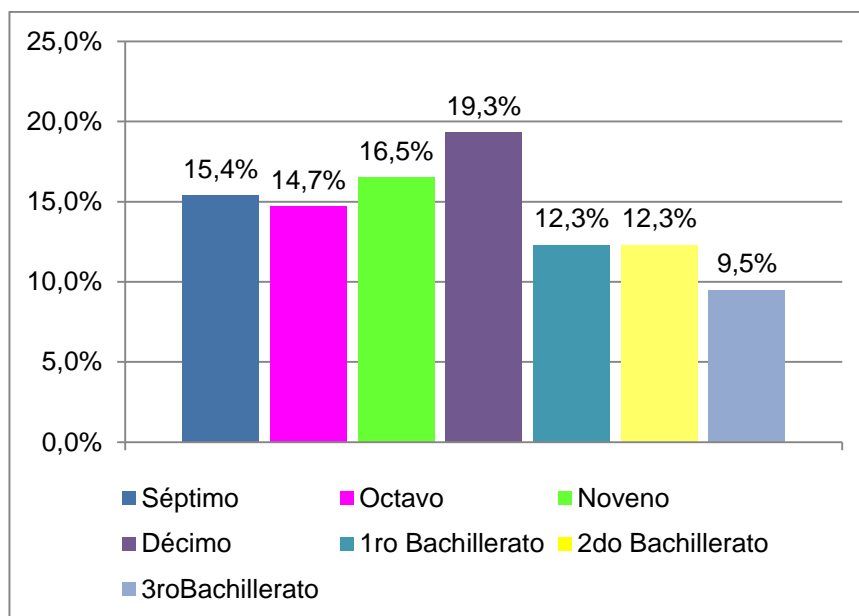
En lo concerniente a la distribución por sexo, se observa una leve prevalencia del sexo masculino (50,9%) frente al sexo femenino (49,1%). La prueba Ji cuadrado  $X^2= 4,099$ ;  $p < ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas (Ver gráfico 4.1).



*Gráfico 4.1. Distribución de la población por sexo.*

Con respecto al sexo se puede observar que los resultados no son compatibles con la distribución por género de la provincia de Tungurahua que indica un mayor porcentaje de mujeres que hombres (INEC, 2010); en esta investigación se observó en la muestra una mayor predominancia del sexo masculino.

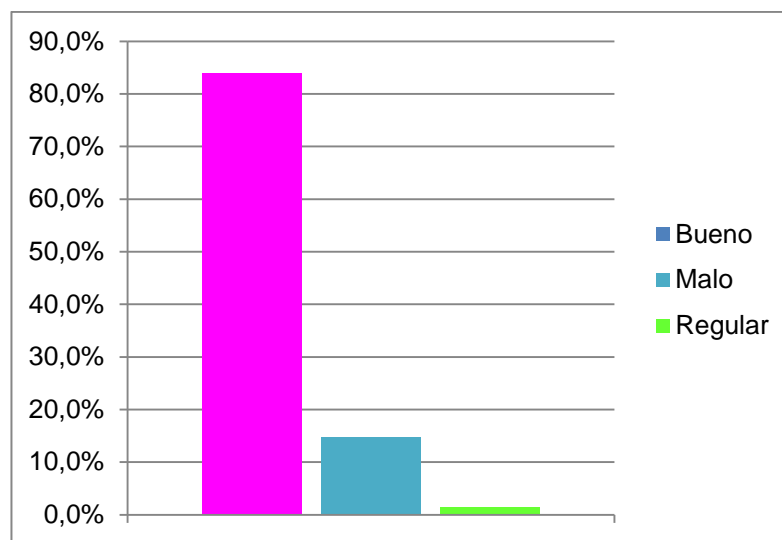
Frente al nivel de escolaridad la muestra se encuentra distribuida su mayor porcentaje en décimo año (19,3%), seguido por noveno año (16,5%), séptimo año (15,4%), octavo año (14,7%), primero bachillerato (12,3%), segundo bachillerato (12,3%) y tercero bachillerato (9,5%). La prueba Ji cuadrado  $X^2 = ,228$ ;  $p > ,5$  mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.2).



**Gráfico 4.2. Distribución de la población por nivel de escolaridad.**

Se puede apreciar que el mayor porcentaje pertenece al décimo año de escolaridad, seguido por noveno, séptimo, octavo, primero y segundo bachillerato en un porcentaje igual y tercero bachillerato. Dando como resultado que existe una distribución proporcional de la muestra en los diferentes niveles de escolaridad.

En relación a la variable percepción de las relaciones familiares se pudo observar que el 83,9% de los participantes percibe tener una buena relación familiar, el 14,7 % las percibe como regular y un 1,4% como mala. La prueba Ji cuadrado  $X^2=7,697$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.3).



**Gráfico 4.3.** *Distribución de la población por percepción de las relaciones familiares.*

A partir de los resultados se puede determinar que la mayor parte de la muestra percibió que sus relaciones familiares son buenas. Es decir, sienten la presencia de un clima familiar positivo o bueno, mismo que se compone por cohesión familiar, vinculación emocional y apoyo.

## **4.2. Análisis de los datos de la muestra en referencias a variables de salud física y mental**

### **4.2.1. Salud física**

En torno al estudio de la salud física se consideraron las variables cualitativas: percepción de la salud física, realización de actividad física, objetivo de la realización de la actividad física y tratamiento médico de una enfermedad crónica. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo

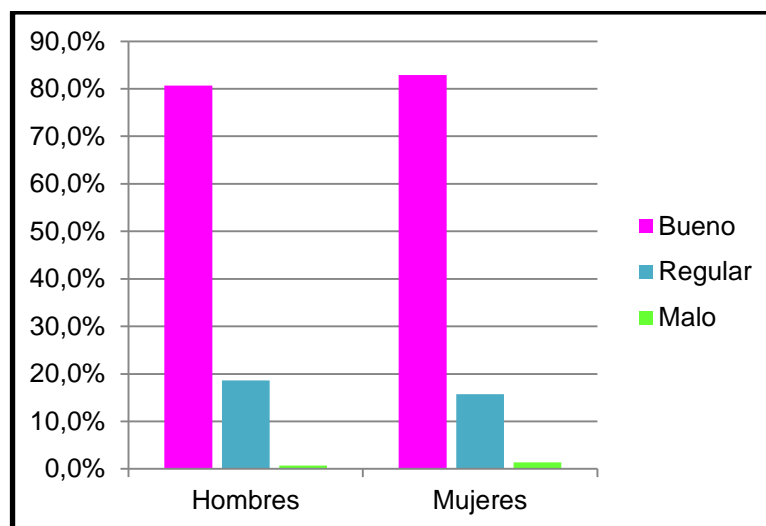
(%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.2).

**Cuadro 4.2.**  
**Análisis descriptivos de las variables de salud física por género**

| Variables  | Hombres |       | Mujeres |       | Contraste<br>$X^2$ |
|--|---------|-------|---------|-------|--------------------|
|  | f       | %     | f       | %     |                    |
| <b>Percepción de la salud física</b>                     |         |       |         |       |                    |
| Malo   | 1       | 0,7%  | 2       | 1,4%  | (2),760            |
| Regular  | 27      | 18,6% | 22      | 15,7% |                    |
| Bueno  | 117     | 80,7% | 116     | 82,9% |                    |
| <b>Realización de actividad física</b>                   |         |       |         |       |                    |
| Nunca  | 3       | 2,1%  | 8       | 5,7%  | (3),525            |
| Ocasionalmente   | 26      | 17,9% | 25      | 17,9% |                    |
| Regularmente   | 75      | 51,7% | 80      | 57,1% |                    |
| Siempre  | 41      | 28,3% | 27      | 19,3% |                    |
| <b>Objetivo de la realización de la actividad física</b> |         |       |         |       |                    |
| Pasatiempo o hobby                                       | 42      | 29,0% | 37      | 26,4% | (3),726            |
| Mantenerse en forma                                      | 62      | 42,8% | 57      | 40,7% |                    |
| Quemar calorías  | 41      | 28,3% | 46      | 32,9% |                    |
| <b>Bajo tratamiento para enfermedades crónicas</b>       |         |       |         |       |                    |
| Sin tratamiento  | 129     | 89,0% | 124     | 88,6% | (1)1,044           |
| Bajo tratamiento   | 15      | 10,3% | 16      | 11,4% |                    |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

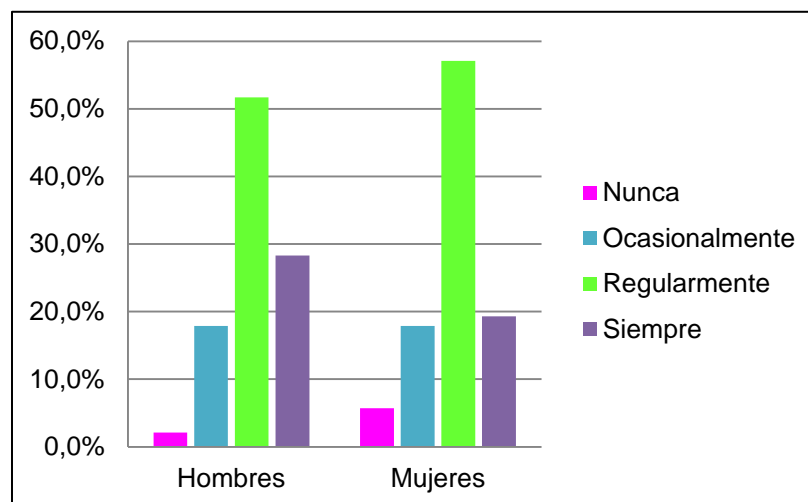
En cuanto a la variable percepción de la salud física en un análisis por género se pudo observar que los hombres perciben en un 80,7% que su salud es buena, un 18,6% regular y un 0,7% mala; en contraste las mujeres perciben que su estado de salud física es buena en un 82,9%, regular un 15,7% y un 1,4% mala. La prueba Ji cuadrado  $X^2=,760$ ;  $p > ,5$  mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas por género (Ver gráfico 4.4).



**Gráfico 4.4. Representación gráfica de la percepción de la salud física por género.**

Se puede observar que tanto los hombres como las mujeres en su mayoría perciben que su estado de salud física es bueno; según Moyano y Ramos (2007) una percepción positiva del estado de salud en adolescentes esta correlacionada con indicadores de satisfacción vital y bienestar subjetivo.

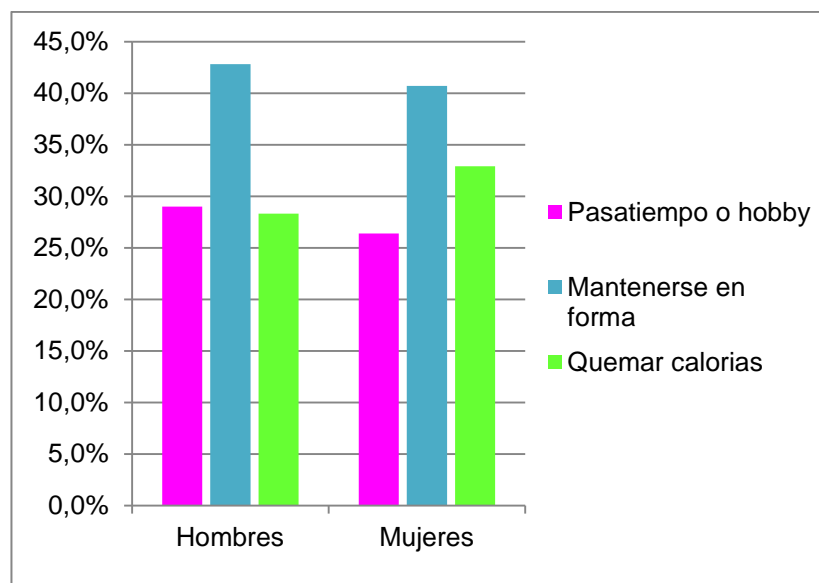
Frente a la variable realización de actividad física en un análisis por género se puede observar que los hombres en un mayor porcentaje 51,7% indican realizar actividad física regularmente, el 28,3% siempre, el 17,9% ocasionalmente y 2,1% nunca. Las mujeres indican realizar actividad física regularmente el 57,1%, un 19,3% siempre, el 17,9% ocasionalmente y un 5,7% nunca. La prueba Ji cuadrado  $X^2=,525$ ;  $p> ,5$  mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas (Ver gráfico 4.5).



**Gráfico 4.5.** *Representación gráfica por género de los resultados obtenidos con relación a la realización de actividad física.*

De acuerdo a lo observado los hombres y mujeres de la muestra indican realizar actividad física de forma regular, siendo mayor el índice de realización de actividad física el de los hombres que el de las mujeres, valores equivalentes a lo esperado.

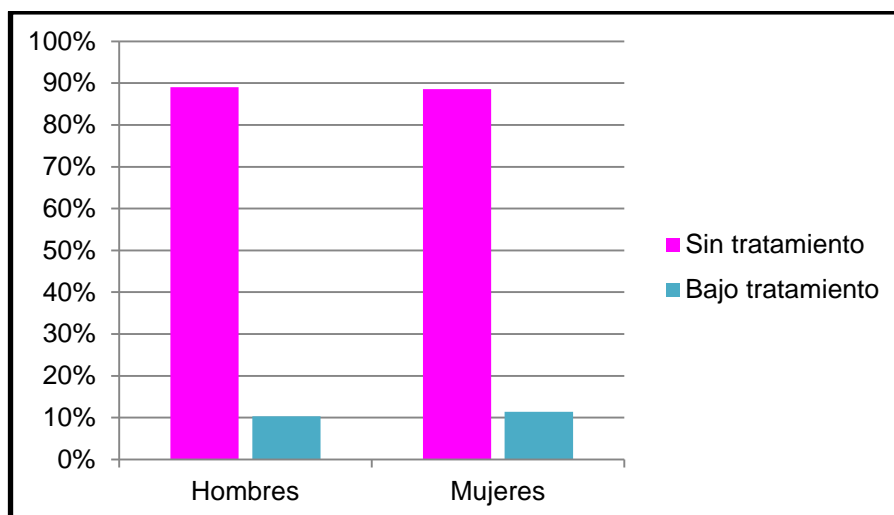
Con respecto al objetivo de la realización de la actividad física al ejecutar un análisis por género se observó que los hombres en un porcentaje de 42,8% buscan mantenerse en forma al realizar actividad física, un 29% como pasatiempo o hobby y un 28,3% con el objetivo de quemar calorías. Por otra parte las mujeres indican que su objetivo al realizar actividad física en un 40,7% es mantenerse en forma, un 32,9% es quemar calorías y un 26,4% lo realiza como pasatiempo o hobby. La prueba Ji cuadrado  $X^2=,726$ ;  $p> ,5$  mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas (Ver gráfico 4.6).



**Gráfico 4.6. Representación gráfica del objetivo de la realización de la actividad física por género.**

Se puede observar que el principal objetivo al realizar actividad física tanto de hombres como de mujeres es mantenerse en forma, además de que como segundo objetivo las mujeres en mayor porcentaje buscan quemar calorías a partir de sus actividades físicas en contraste con los hombres que indican considerar a estas actividades como pasatiempos o hobbies.

En cuanto a la variable bajo tratamiento para enfermedades crónicas al realizar un análisis por género se observó que los hombres en un 89% indican no encontrarse siguiendo un tratamiento médico, mientras el 10,3% se encuentran bajo tratamiento de una enfermedad crónica. Frente a esta variable se observó en las mujeres que el 88,6% no se encuentra siguiendo tratamiento médico, mientras el 11,4% recibe tratamiento al padecer de una enfermedad crónica. La prueba Ji cuadrado  $X^2=1,044$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.7).



*Gráfico 4.7. Representación gráfica de la población que recibe tratamiento para enfermedades crónicas por género.*

Se puede identificar en la representación gráfica que tanto los hombres como las mujeres de la muestra en un mayor porcentaje no se encuentran bajo tratamiento médico de enfermedades crónicas, indicativo de un buen estado de salud física.

#### **4.2.2. Variables de salud mental**

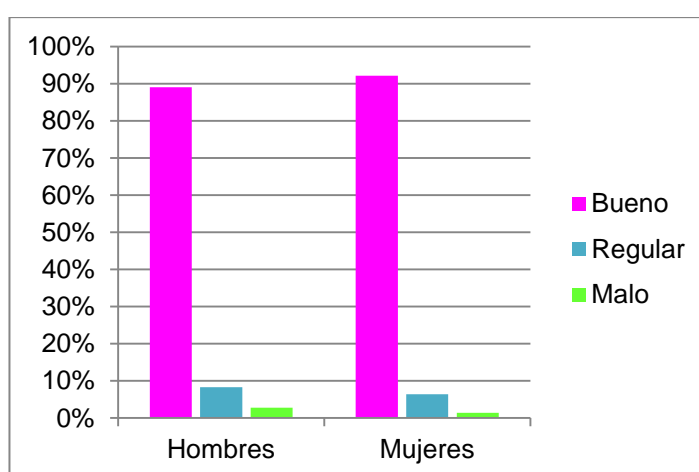
En cuanto al estudio de la salud mental se consideraron las variables: percepción de la salud mental, antecedentes psicológicos personales, antecedentes psicológicos familiares y tratamiento psicológico. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.3).

**Cuadro 4.3.**  
**Análisis descriptivos de las variables de salud mental por género**

| Variables                                   | Hombres (n=145) |       | Mujeres (n=140) |       | Contraste<br>X <sup>2</sup> |
|---|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------------------|
|   | f               | %     | f               | %     |                             |
| <b>Percepción de la salud mental</b>        |                 |       |                 |       |                             |
| Malo  | 4               | 2,8%  | 2               | 1,4%  | (2) 1,008                   |
| Regular                                     | 12              | 8,3%  | 9               | 6,4%  |                             |
| Bueno                                       | 129             | 89,0% | 129             | 92,1% |                             |
| <b>Antecedentes psicológicos personales</b> |                 |       |                 |       |                             |
| No  | 137             | 94,5% | 127             | 90,7% | (1)1,428                    |
| Si  | 8               | 5,5%  | 13              | 9,3%  |                             |
| <b>Antecedentes psicológicos familiares</b> |                 |       |                 |       |                             |
| No  | 136             | 93,8% | 132             | 94,3% | (1),031                     |
| Si  | 9               | 6,2%  | 8               | 5,7%  |                             |
| <b>Bajo tratamiento psicológico</b>         |                 |       |                 |       |                             |
| No  | 143             | 98,6% | 135             | 96,4% | (1)1,429                    |
| Si  | 2               | 1,4%  | 5               | 3,6%  |                             |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

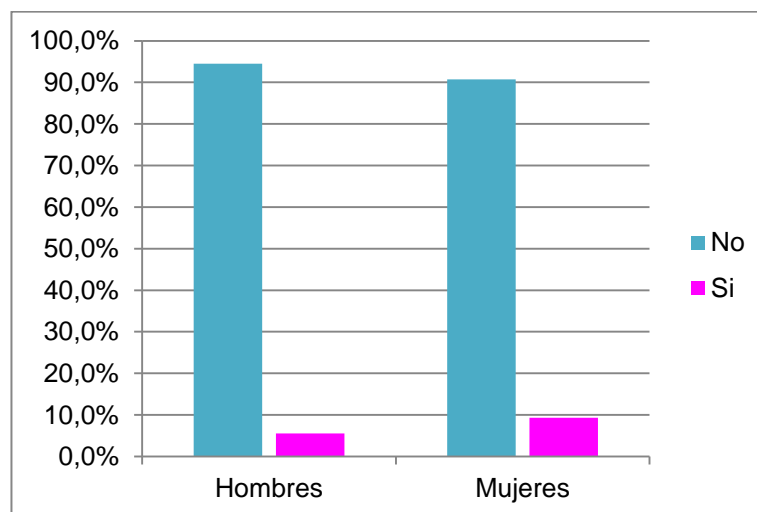
En torno a la variable percepción de la salud mental se observó que los hombres perciben su salud mental como buena en un 89%, regular en un 8,3% y mala en un 2,8%. Por otra parte las mujeres perciben su salud mental como buena en un 92,1%, regular un 6,3% y malo un 1,4%. La prueba Ji cuadrado  $X^2=1,008$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.8).



**Gráfico 4.8.** Representación gráfica de la percepción de la salud mental por género.

A partir de lo observado se puede determinar que tanto los hombres como las mujeres de la muestra perciben su estado de salud mental como bueno, lo que según criterio de la OMS (2013) indica que poseen bienestar psicológico y emocional, además de que se desempeñan adecuadamente en sus actividades cotidianas.

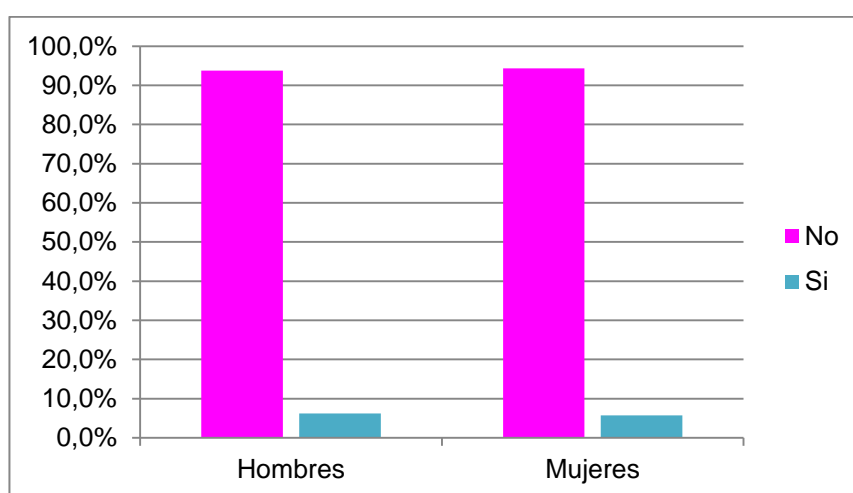
Frente a la variable antecedentes psicológicos personales se puede determinar que un 94,5% de los hombres indican no poseer antecedentes psicológicos personales, mientras un 5,5% si los poseen. Además un 90,7% de las mujeres refiere no tener antecedentes psicológicos personales y un 9,3% indica tener antecedentes. La prueba Ji cuadrado  $X^2=1,428$ ;  $p> ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.9).



**Gráfico 4.9. Representación gráfica de los antecedentes psicológicos personales por género.**

En base a lo observado se puede señalar que tanto los hombres como las mujeres de la muestra en un mayor porcentaje indican no presentar antecedentes psicológicos personales, resultado que ratifica los valores de la variable percepción de salud mental.

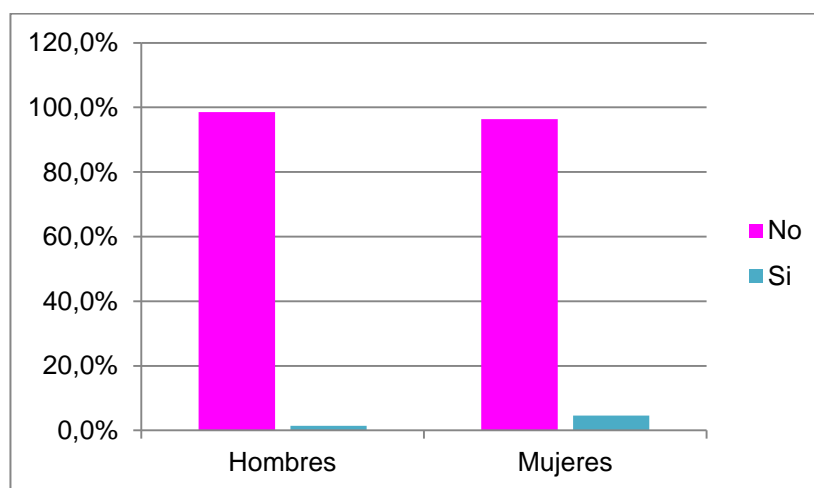
En referencia a la variable antecedentes psicológicos familiares se observó que los hombres en un 93,8% poseen antecedentes familiares, mientras un 7,2% no los poseen. Por otra parte las mujeres el 94,3% indican no poseer antecedentes mientras que el 5,7% si los tienen. La prueba Ji cuadrado  $X^2=,031$ ;  $p> ,5$  mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.10).



**Gráfico 4.10.** Representación gráfica de los antecedentes psicológicos familiares por género.

Se puede determinar de acuerdo a lo observado que tanto los hombres como las mujeres de la población en un mayor porcentaje no presentan antecedentes psicológicos familiares.

Frente a la variable bajo tratamiento psicológico a través de un análisis por género se observó que un 98,6% de los hombres refieren no encontrarse bajo tratamiento psicológico, mientras un 1,4% si lo están. Al igual las mujeres indicaron que un 96,4% no se encuentran bajo tratamiento psicológico y un 3,6% si lo están. La prueba Ji cuadrado  $X^2=1,429$ ;  $p> ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.11).



**Gráfico 4.11.** Representación gráfica de los participantes que se encuentran bajo tratamiento médico por género.

De acuerdo a lo observado es leve el porcentaje de hombres y mujeres que al momento de ser encuestados se encontraban bajo tratamiento psicológico.

### 4.3. Análisis de las conductas de riesgo y de protección

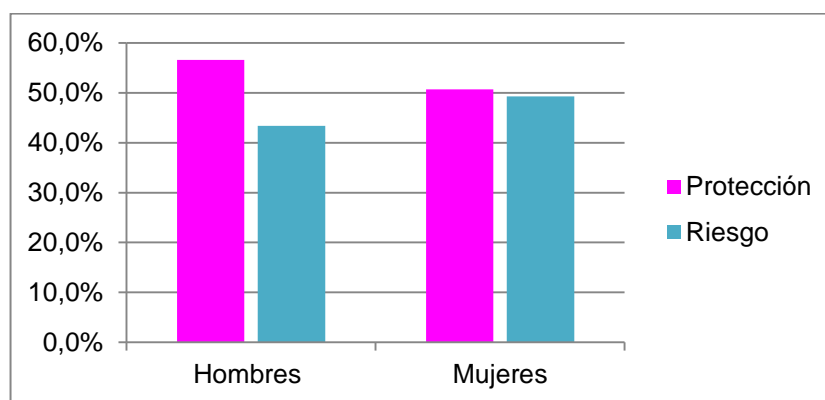
Al considerar el estudio de conductas de riesgo y de protección se consideraron las variables: tiempo de sueño, hora de sueño, gusto por la práctica de deportes, ingesta de alcohol ocasional, consumo de drogas en al menos una ocasión, ingesta de productos para reducir peso y preocupación por la imagen corporal. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); la correlación entre los factores se medirá a través de la  $V$  de Cramer ( $V_{(Cramer)}$ ) (Ver cuadro 4.4).

**Cuadro 4.4.**  
**Análisis descriptivos de las conductas de protección o de riesgo de la salud en general.**

| Variables  | Hombres (n=145) |              | Mujeres (n=140) |              | V<br>Cramer   |
|--|-----------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|
|  | f               | %            | f               | %            |               |
| <b>Tiempo de sueño</b>                           |                 |              |                 |              |               |
| Protección                                       | 82              | 56,6%        | 71              | 50,7%        | ,059          |
| Riesgo   | 63              | 43,4%        | 69              | 49,3%        |               |
| <b>Hora de sueño</b>                             |                 |              |                 |              |               |
| Protección                                       | 93              | 64,1%        | 72              | 51,4%        | ,129*         |
| Riesgo   | 52              | 35,9%        | 68              | 48,6%        |               |
| <b>Gusto por la práctica de deportes</b>         |                 |              |                 |              |               |
| Riesgo   | 11              | 7,6%         | 21              | 15,0%        | ,117*         |
| Protección                                       | 134             | 92,4%        | 119             | 85,0%        |               |
| <b>Ingesta de alcohol ocasional</b>              |                 |              |                 |              |               |
| Protección                                       | 29              | 20,0%        | 32              | 22,9%        | ,035          |
| Riesgo   | 116             | 80,0%        | 108             | 77,1%        |               |
| <b>Consumo de drogas en al menos una ocasión</b> |                 |              |                 |              |               |
| Riesgo   | 7               | 4,8%         | 8               | 5,7%         | ,02           |
| Protección                                       | 138             | 95,2%        | 132             | 94,3%        |               |
| <b>Ingesta de productos para reducir peso</b>    |                 |              |                 |              |               |
| Protección                                       | 16              | 11,0%        | 22              | 15,7%        | ,069          |
| Riesgo   | 129             | 89,0%        | 118             | 84,3%        |               |
| <b>Preocupación por la imagen corporal</b>       |                 |              |                 |              |               |
| Protección                                       | 53              | 36,6%        | 60              | 42,9%        | ,277          |
| Riesgo   | 92              | 63,4%        | 80              | 57,1%        |               |
| <b>Variables</b>                                 | <b>Media</b>    | <b>Desv.</b> | <b>Media</b>    | <b>Desv.</b> | <b>t(283)</b> |
| Conductas de Protección                          | 5               | 1,22         | 4,96            | 1,23         | ,243          |
| Conductas de Riesgo                              | 2               | 2,04         | 1,22            | 1,29         | -,243         |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Frente a la variable tiempo de sueño se observó que en los hombres las conductas de protección ocupan un 56,6%, mientras que las conductas de riesgo un 43,4%. En las mujeres se observó un 50,7% en cuanto a conductas de protección y 49,3% en conductas de riesgo. El coeficiente de correlación V de Cramer  $V_{(Cramer)} = ,059$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor del tiempo de sueño en los adolescentes (Ver gráfico 4.12).

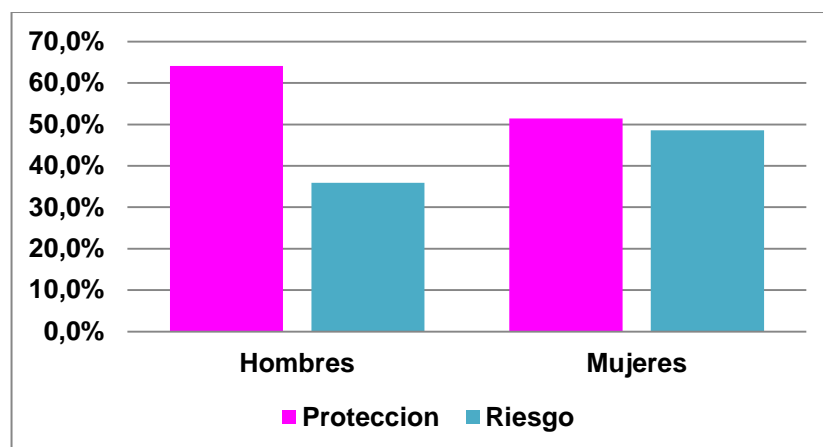


**Gráfico 4.12. Representación gráfica del tiempo de sueño por género.**

A partir del análisis de los datos se puede determinar que tanto hombres como mujeres presentan conductas de protección frente al tiempo de sueño, a pesar de que las mujeres tienden a dormir menor cantidad de horas que los hombres.

En cuanto a la variable horas de sueño a partir de lo observado se determinó que los hombres poseen un mayor porcentaje de conductas de protección 64,1% y un 35,9% de conductas de riesgo. Mientras las mujeres indican poseer 51,4% de conductas de protección y un 48,6% de conductas de riesgo. El coeficiente de correlación V de Cramer mostró  $V_{(Cramer)} = ,159$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias

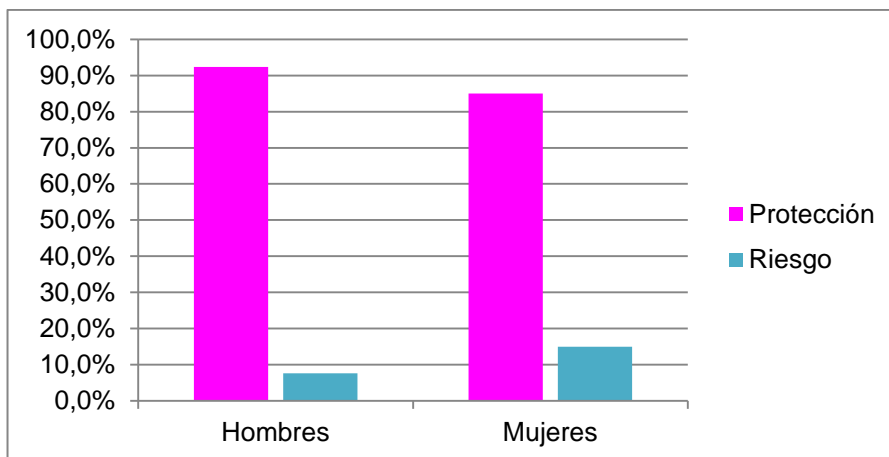
significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor de la hora de sueño en los adolescentes (Ver gráfico 4.13).



*Gráfico 4.13. Representación gráfica de la hora de sueño por género.*

Se puede determinar que en referencia a la variable hora de sueño los hombres poseen un mayor porcentaje de conductas de protección, mientras que las mujeres tienden a desvelarse con mayor frecuencia.

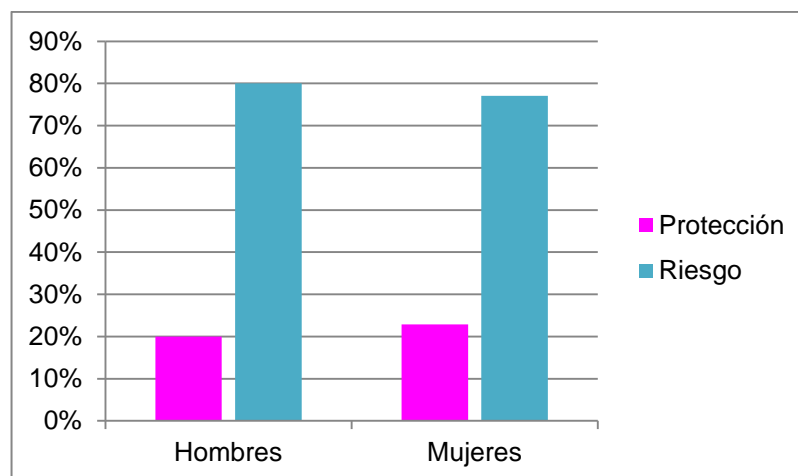
En relación a la variable gusto por los deportes a partir del análisis por género se observó en los hombres un 92,4% de conductas de protección y un 7,6% de conductas de riesgo. Mientras que en las mujeres se encontró un 85% de conductas de protección y un 15% de conductas de riesgo. El coeficiente de correlación V de Cramer  $V_{(Cramer)} = ,117; p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor del gusto por los deportes en los adolescentes (Ver gráfico 4.14).



**Gráfico 4.14. Representación gráfica del gusto por los deportes por género.**

En torno al análisis realizado se puede determinar que los hombres muestran un mayor gusto hacia los deportes que las mujeres, criterio acorde a lo esperado.

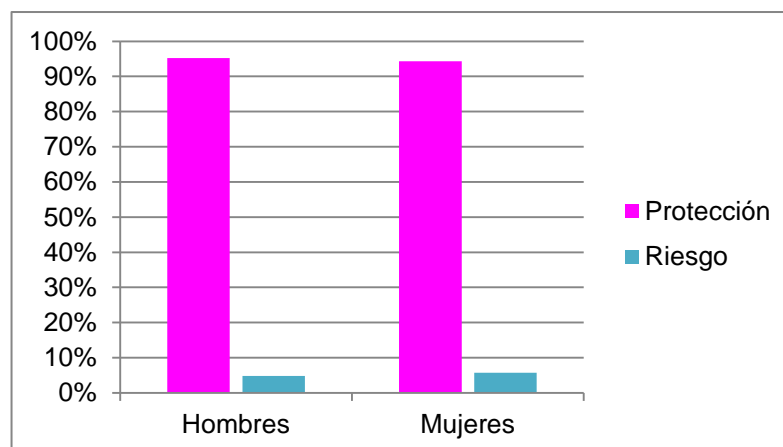
En el análisis por género de la variable sobre consumo de alcohol se observó que los hombres poseen un 80% de conductas de riesgo y un 20% de conductas de protección; mientras que las mujeres indicaron un 77,1% de conductas de riesgo y un 22,9% de conductas de protección. El coeficiente de correlación V de Cramer mostró  $V_{(Cramer)} = ,035$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor del consumo ocasional de alcohol (Ver gráfico 4.15).



**Gráfico 4.15.** Representación gráfica del consumo ocasional de alcohol por género.

Se puede resaltar que existe un alto porcentaje de consumo ocasional de alcohol en la población tanto masculina como femenina, convirtiéndose en una conducta alarmante de riesgo para la población.

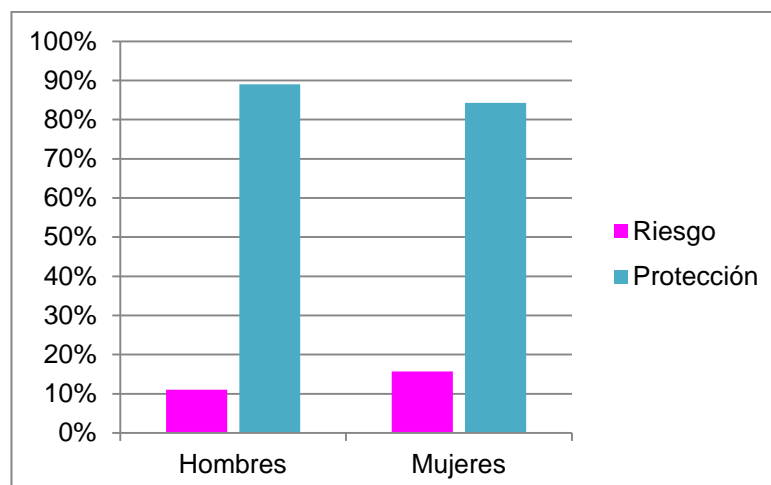
Frente a la variable consumo de drogas en al menos una ocasión, se observó que en los hombres existe un 95,2% de conductas de protección y un 4,8% de conductas de riesgo; por otra parte las mujeres mostraron que un 94,3% posee conductas de protección frente a esta variable y un 6,7% conductas de riesgo. El coeficiente de correlación V de Cramer  $V_{(Cramer)} = ,02$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor del consumo de drogas en al menos una ocasión en los adolescentes (Ver gráfico 4.16).



**Gráfico 4.16. Representación gráfica del consumo de drogas por género.**

En el análisis de la variable consumo de drogas en al menos una ocasión se halló que los adolescentes encuestados poseen un alto porcentaje de conductas de protección frente a esta variable pues indican no haber consumido drogas.

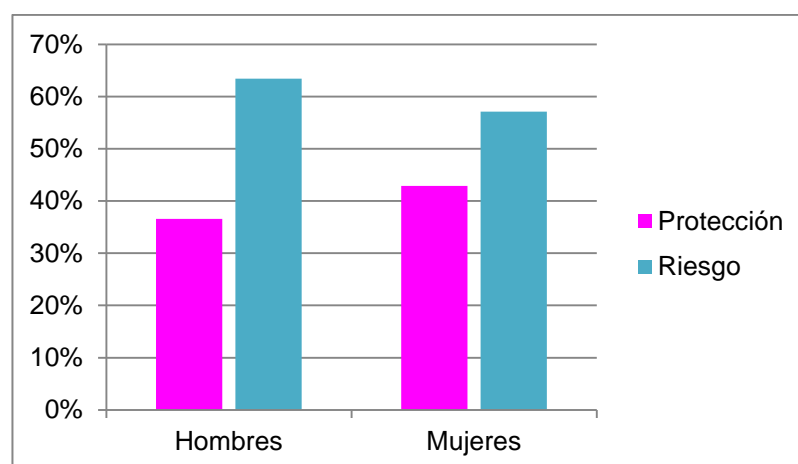
En torno a la variable ingesta de productos adelgazantes a partir de un análisis por género se observó que los hombres en un 89% no emplean productos adelgazantes considerándose conductas de protección y un 11% poseen conductas de riesgo, además las mujeres indicaron en un 84,3% mantener conductas de protección y un 15,7% conductas de riesgo. El coeficiente de correlación  $V$  de Cramer mostró  $V_{(Cramer)} = ,069$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor de la ingesta de productos adelgazantes en adolescentes (Ver gráfico 4.17).



**Gráfico 4.17. Representación gráfica del consumo de productos adelgazantes por género.**

Se puede observar que tanto hombres como mujeres poseen un mayor porcentaje de conductas de protección frente a esta variable, a pesar de que las mujeres indicaron consumir en mayor cantidad productos adelgazantes, lo que se interpreta como una conducta socialmente aprendida pues los productos adelgazantes que se comercializan en su mayoría están enfocados hacia el consumo del género femenino.

En cuanto a la variable preocupación por la imagen corporal en un análisis por género, los hombres indicaron sentirse preocupados en un 63,4% y poseer conductas de protección en un 36,6%; mientras que las mujeres refirieron preocuparse por su imagen corporal en un 57,1% y conductas de protección en un 43,9%. El coeficiente de correlación V de Cramer  $V_{(Cramer)} = ,159$ ;  $p > ,05$  no mostró diferencias significativas, por lo tanto existe una correlación casi nula entre el sexo como criterio predictor de la preocupación por la imagen corporal en los adolescentes (Ver gráfico 4.18).



***Gráfico 4.18. Representación gráfica de la preocupación de la imagen corporal por género.***

Se puede inferir en base a lo observado que tanto hombres como mujeres indican en un mayor porcentaje sentirse preocupados por su imagen corporal; además de que los hombres se sienten más preocupados por su imagen en contraste con lo esperado.

#### 4.4. Análisis descriptivo de los resultados referentes a hábitos alimenticios (EAT-26)

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) tiene por objetivo identificar a través del auto reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Con el objetivo de describir las puntuaciones resultantes del instrumento de evaluación utilizado, se ha realizado el análisis de sus indicadores: dieta, preocupación por la comida y control oral; describiendo los valores mínimo (*Min*), máximo (*Máx*), la media (*M*), desviación típica (*V*) y el error típico (*Etm*) (Ver cuadro 4.5).

**Cuadro 4.5.**

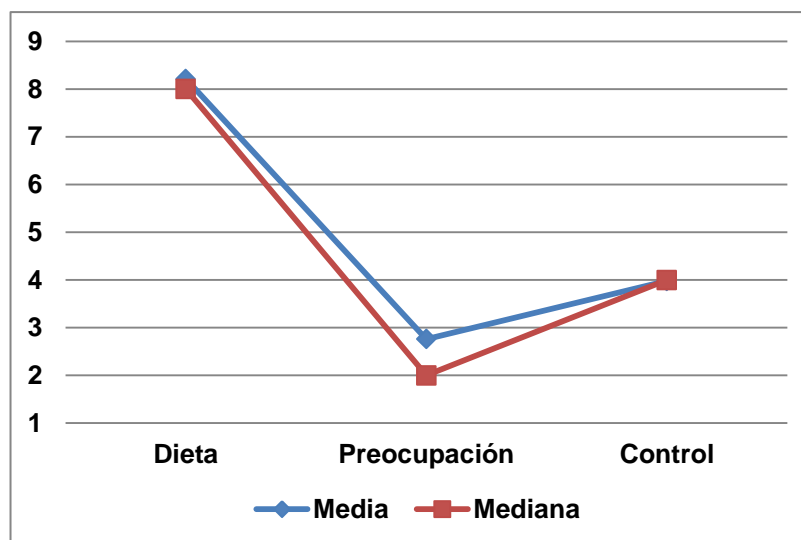
**Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la evaluación del EAT**

| Indicadores  | Mínimo | Máximo | Media       |              | Desv. típ. |
|--------------|--------|--------|-------------|--------------|------------|
|              |        |        | Estadístico | Error típico |            |
| Dieta        | ,00    | 19,0   | 8,21        | ,235         | 3,975      |
| Preocupación | ,00    | 10,0   | 2,76        | ,136         | 2,29       |
| Control      | ,00    | 15,0   | 3,98        | ,175         | 2,947      |
| Puntajetotal | 1,00   | 36,0   | 16,0        | ,431         | 7,27       |

**Nota:** *n*= 285 observaciones.

Con respecto al indicador Dieta, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de *Min*= 0, el Máximo de *Máx*= 19, la media y la desviación típica de *M*= 8,21 puntos; *Ds*= 3,975 y el error típico de *Etm*= ,235. En cuanto al indicador Preocupación por la comida, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de *Min*= 0, el Máximo de *Máx*= 10, la media y la desviación típica de *M*= 2,76 puntos; *Ds*= 2,29 y el error típico de *Etm*= ,136. En referencia al indicador

Control Oral, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min= 0$ , el Máximo de  $Máx= 15$ , la media y la desviación típica de  $M= 3,98$  puntos;  $Ds= 2,947$  y el error típico de  $Etm= ,175$  (Ver gráfico 4.19).



*Gráfico 4.19. Representación gráfica de los resultados obtenidos en la evaluación del EAT- 26.*

A partir de la representación gráfica se puede observar que los valores de los indicadores del EAT-26 se encuentran acordes a los de la Media; además de que se presencia que el indicador Dieta es el que mayor preeminencia tiene en la muestra de trabajo, lo que indica que los adolescentes se centran sobre todo en la auto-imposición de dietas alimenticias. En base a los valores de control oral se puede determinar que la población mientras se rige a una dieta, se controla ante el impulso de comer e ingerir ciertos alimentos, evitando aquellos que puedan alterar su peso.

#### 4.4.1. Análisis de las categorías diagnósticas del EAT-26

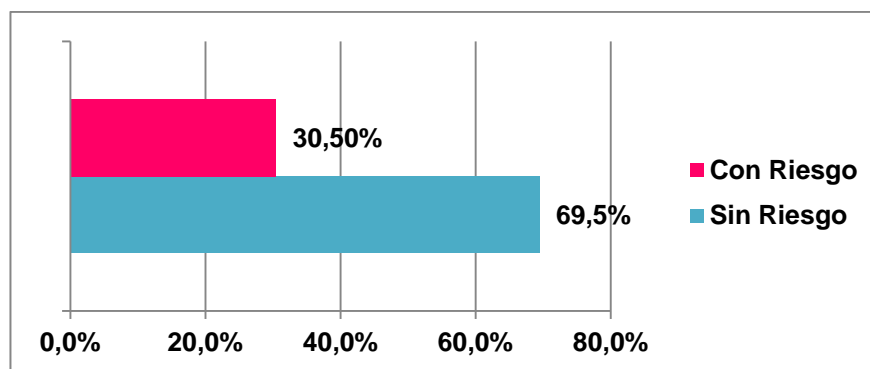
Las categorías diagnósticas del EAT- 26 están determinadas por un punto de corte que las clasifica en: población sin riesgo, con riesgo de padecer un T.C.A. y población clínica. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.6).

**Cuadro 4.6.**  
***Distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del EAT-26***

| <b><i>Categorías</i></b> | <b><i>Frecuencia</i></b> | <b><i>Porcentaje</i></b> | <b><i>Contraste<br/><math>X^2</math></i></b> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Sin riesgo               | 198                      | 69,5%                    | 18,178***                                    |
| Con riesgo               | 87                       | 30,5%                    |  |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

En cuanto a la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas resultantes del EAT- 26 se puede observar que el 69,5% de la población no se encuentra en riesgo, mientras que el 30,5% se define como población en riesgo. La prueba Ji cuadrado  $X^2=18,178$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.20).



*Gráfico 4.20. Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas resultantes del EAT- 26.*

Se puede inferir que el mayor porcentaje de la población no se encuentra en riesgo es decir sus hábitos alimenticios son considerados sanos y acordes a las necesidades propias de los adolescentes, constando de una dieta equilibrada con las tres comidas, además de raciones de frutas y vegetales, agua y consumo de calcio, proteínas y vitaminas para su adecuado crecimiento. En contraste las unidades muestrales que están categorizada como en riesgo, indican, como sugiere Fernández (2002) tendencia hacia padecer en un futuro un trastorno de la conducta alimenticia o por lo menos problemas derivados de la ingesta alimenticia. Además de que sus hábitos alimenticios son inadecuados, carentes de nutrientes, caracterizadas por dietas restrictivas y bajas en calorías. Cabe resaltar el porcentaje de participantes que muestran conducta de riesgo, que bordea el 30% de las observaciones, hecho que al parecer puede sugerir un fenómeno generalizado que afecta a grupos específicos de la población de donde se extrajo a los participantes y que requerirá algún grado de intervención.

Por otra parte, en cuanto a la distribución de los participantes por sexo de acuerdo a las categorías diagnósticas del EAT- 26 se muestran los datos mediante

frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.7).

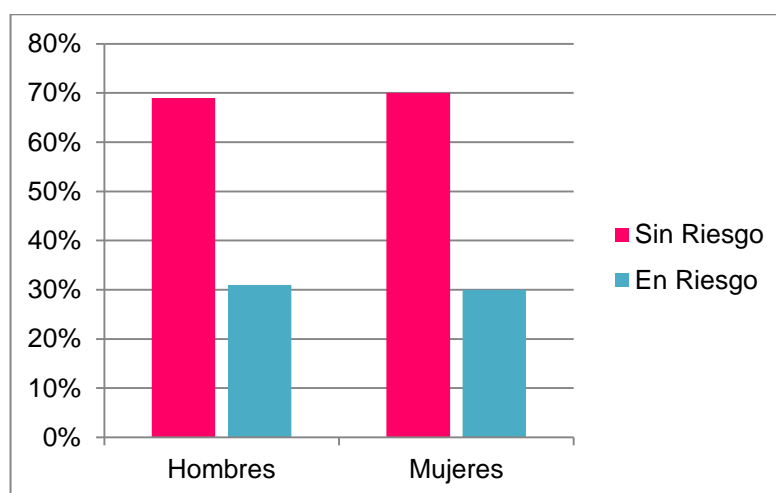
**Cuadro 4.7.**

**Distribución de los participantes por sexo de acuerdo a las categorías diagnósticas del EAT-26**

| Categorías | Masculino  |            | Femenino   |            | Contraste<br>$X^2$ |
|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|
|            | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |                    |
| Sin riesgo | 100        | 69,0%      | 98         | 70,0%      | ,036               |
| Con riesgo | 45         | 31,0%      | 42         | 30,0%      |                    |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Con el objetivo de determinar la distribución de los participantes por sexo se puede observar que los hombres en un 69% no se encuentran en riesgo y el 31% están dentro de la categoría de riesgo; mientras que en las mujeres un 70% están categorizadas sin riesgo y el 30% en situación de riesgo. La prueba Ji cuadrado  $X^2=,036$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.21).



**Gráfico 4.21.** Representación gráfica de la distribución de los participantes por género de acuerdo a las categorías diagnósticas resultantes del EAT- 26.

Se observa en el gráfico que hombres y mujeres por igual poseen un mayor porcentaje de su población dentro de la categoría sin riesgo es decir con hábitos alimenticios saludables, mientras el porcentaje que se encuentra en riesgo de padecer un posible T.C.A. no muestra diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género.

#### **4.4.2. Análisis de consistencia interna del test EAT**

El método de análisis de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems medidos en escala tipo likert miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

A continuación se procede a la realización de la consistencia del test EAT-26a través de la aplicación de un análisis de fiabilidad, hecho que se lo realiza con la utilización del Coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), cuyo enunciado afirma que mientras el coeficiente más se acerca a uno, existe mayor fiabilidad. Los componentes que se sujetan al análisis y sus respectivos ítems fueron: Componente 'Dieta' con los ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25. Componente 'Preocupación por la comida' con los ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 26. Y componente 'Control oral' cuyos ítems fueron: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 (Ver cuadro 4.8).

**Cuadro 4.8. Análisis de fiabilidad del test EAT**

| <i>Indicadores</i> | <i>Items</i> | <i>Alpha</i>       |
|--------------------|--------------|--------------------|
|                    |              | <i>Estadístico</i> |
| Dieta              | 13           | ,458               |
| Preocupación       | 6            | ,260               |
| Control Oral       | 7            | ,318               |
| Puntaje total      | 26           | ,592               |

**Nota:** *n=285 observaciones.*

En el componente ‘Dieta’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha= ,458$  que se interpreta como un nivel medio de confiabilidad del instrumento utilizado. Frente a la ‘Preocupación por la comida’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha= ,260$  lo que indica que este instrumento tiene un bajo grado de confiabilidad. En referencia al componente ‘Control Oral’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha= ,318$  que se interpreta como indicador de un bajo grado de confiabilidad.

El índice de confiabilidad en conjunto muestra un coeficiente total de  $\alpha= ,592$  del que se interpreta que el instrumento de evaluación tiene un grado medio de confiabilidad, consistencia y validez interna.

#### **4.4.3. Análisis comparado por género en el EAT**

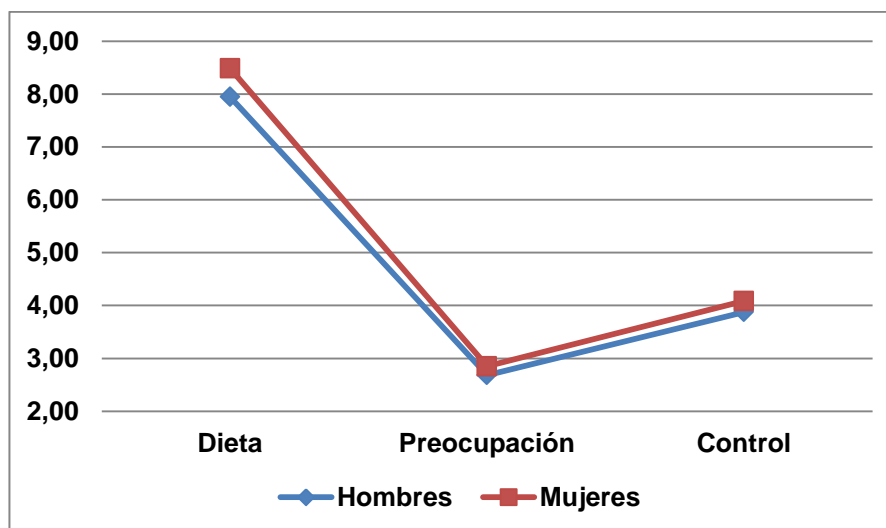
A continuación se realizó un análisis comparado por género de los resultados obtenidos del test EAT- 26. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se utilizó la prueba  $t$  ( $t$  de Student), con el fin de contrastar la hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal (Ver cuadro 4.9).

**Cuadro 4.9.**  
**Análisis comparado por género de los resultados del EAT**

| Variables     | Hombres (n=145) |         | Mujeres (n=140) |         | t(283) |
|---------------|-----------------|---------|-----------------|---------|--------|
|               | Media           | Desv.   | Media           | Desv.   |        |
| Dieta         | 7,9448          | 4,10416 | 8,4857          | 3,83187 | -1,149 |
| Preocupación  | 2,6828          | 2,17850 | 2,8500          | 2,40481 | -,616  |
| Control Oral  | 3,8759          | 2,69486 | 4,0857          | 3,19281 | -,600  |
| Puntaje total | 15,6276         | 7,21683 | 16,3929         | 7,33053 | -,888  |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

En torno al análisis comparado de los indicadores del test EAT- 26 por género se obtuvieron para la población masculina los valores  $M = 7,9448$  frente al indicador dieta,  $M = 2,6828$  en torno al indicador preocupación por la comida y  $M = 3,8759$  en referencia al control oral; por otra parte las mujeres obtuvieron en cuanto al indicador dieta  $M = 8,4857$ , el indicador preocupación por la comida puntuó  $M = 2,8500$  y el indicador control oral obtuvo  $M = 4,0857$  (Ver gráfico 4.22).



**Gráfico 4.22.** Representación gráfica del análisis comparado por sexo de los resultados del test EAT

A partir del gráfico se puede interpretar que los valores obtenidos por el género femenino están por encima del masculino sobretodo en cuanto al indicador dieta, deduciéndose que las mujeres son más propensas hacia la búsqueda y el establecimiento de dietas restrictivas en comparación con los hombres.

#### **4.5. Análisis descriptivo de los resultados referentes a la imagen corporal (BSQ)**

El cuestionario de la forma corporal fue diseñado con el objetivo de medir la preocupación por el peso y la imagen, la insatisfacción producida por su propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física puede atraer la atención (Raich et all., 1996).

Con el objetivo de describir las puntuaciones resultantes del instrumento de evaluación utilizado, se ha realizado el análisis de sus indicadores: preocupación por el peso, preocupación por aspectos antiestéticos del cuerpo, preocupación corporal, preocupación por las partes inferiores del cuerpo, vómitos o laxantes e insatisfacción general; describiendo los valores mínimo (*Min*), máximo (*Máx*), la media (*M*), desviación típica (*V*) y el error típico (*Etm*) (Ver cuadro 4.10.).

**Cuadro 4.10.**  
**Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la evaluación del BSQ**

| <b>Indicadores</b>               | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b>       |                     | <b>Desv. típ.</b> |
|----------------------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------------|-------------------|
|                                  |               |               | <b>Estadístico</b> | <b>Error típico</b> |                   |
| Preocupación por el peso         | 6,0           | 35,0          | 14,02              | ,502                | 8,482             |
| Aspectos Antiestéticos           | 4,0           | 24,0          | 9,27               | ,333                | 5,619             |
| Preocupación corporal            | 3,0           | 18,0          | 5,75               | ,202                | 3,402             |
| Preoc. parte inferior del cuerpo | 2,0           | 12,0          | 4,16               | ,165                | 2,779             |
| Vómitos y laxantes               | 2,0           | 11,0          | 3,35               | ,152                | 2,56              |
| Insatisfacción General           | 17,0          | 95,0          | 40,54              | 1,258               | 21,24             |
| Puntaje total                    | 34,0          | 177,0         | 75,81              | 2,304               | 38,904            |

**Nota:**  $n=285$  observaciones.

En referencia al indicador Preocupación por el peso, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min=6,0$  el Máximo de  $Máx=35$ , la media y la desviación típica de  $M=14,02$  puntos;  $Ds=8,48$  y el error típico de  $Etm=.502$ . En torno a los aspectos antiestéticos de la figura, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min=4$ , el Máximo de  $Máx=24$ , la media y la desviación típica de  $M=9,27$  puntos;  $Ds=5,619$  y el error típico de  $Etm=.333$ . Con respecto al indicador preocupación corporal, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min=3$ , el Máximo de  $Máx=18$ , la media y la desviación típica de  $M=5,75$  puntos;  $Ds=3,402$  y el error típico de  $Etm=.202$ .

En cuanto al indicador preocupación por la parte inferior del cuerpo, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min=2$ , el Máximo de  $Máx=12$ , la media y la desviación típica de  $M=4,16$  puntos;  $Ds=2,779$  y el error típico de  $Etm=.165$ . Con respecto al indicador vómitos y laxantes, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min=2$ , el Máximo de  $Máx=11$ , la media y la desviación típica de  $M=3,35$  puntos;  $Ds=2,56$  y el error típico de  $Etm=.165$ .

Frente al indicador insatisfacción general, en el análisis descriptivo se encontró que el valor mínimo de  $Min= 17$ , el Máximo de  $Máx= 95$ , la media y la desviación típica de  $M= 40,54$  puntos;  $Ds= 21,24$  y el error típico de  $Etm= 1,258$ .

#### **4.5.1. Análisis de consistencia interna del test BSQ**

La confiabilidad de tipo consistencia interna como se lo mencionó antes, se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos. A continuación se procede a la realización de la consistencia interna del test BSQ a través de la aplicación de un análisis de fiabilidad, hecho que se lo realiza con la utilización del Coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), cuyo enunciado afirma que mientras el coeficiente más se acerca a uno, existe mayor fiabilidad.

Los componentes que se sujetan al análisis y sus respectivos ítems fueron: Componente “Preocupación por el peso relacionado con la ingesta de comida” con sus ítems: 2, 6, 14, 17, 19, 21, 23. Componente “Aspectos antiestéticos de la figura” con sus ítems: 5, 16, 28, 30. Componente “Preocupación corporal” con sus ítems: 7, 18, 13. Componente “Preocupación por la parte inferior del cuerpo” con sus ítems: 3, 10. Componente “Vómitos y laxantes” con sus ítems: 26, 32. Componente Insatisfacción general con sus ítems: 2, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 19, 17, 20, 21, 23, 25, 29, 34 (Ver cuadro 4.11).

**Cuadro 4.11. Análisis descriptivo de los resultados del test BSQ**

| <i>Indicadores</i>               | <i>Items</i> | <i>Alpha</i>       |
|----------------------------------|--------------|--------------------|
|                                  |              | <i>Estadístico</i> |
| Preocupación por el peso         | 7            | ,921               |
| Aspectos Antiestéticos           | 4            | ,827               |
| Preocupación corporal            | 3            | ,680               |
| Preoc. parte inferior del cuerpo | 2            | ,670               |
| Vómitos y laxantes               | 2            | ,843               |
| Insatisfacción General           | 17           | ,946               |
| Puntaje total                    | 34           | ,968               |

**Nota:** *n= 285 observaciones.*

En el componente ‘Preocupación por el peso’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,921$  que se interpreta como un nivel alto de confiabilidad del instrumento utilizado. Frente a los ‘Aspectos antiestéticos de la figura’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,827$  que se interpreta como un nivel alto de confiabilidad del instrumento utilizado. En el componente ‘Preocupación corporal’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,680$  que se interpreta como un nivel medio de confiabilidad del instrumento utilizado. En el componente ‘Preocupación por la parte inferior del cuerpo’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,670$  que se interpreta como un nivel medio de confiabilidad del instrumento utilizado. Referente a ‘Vómitos y laxantes’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,843$  que se interpreta como un nivel alto de confiabilidad del instrumento utilizado. En cuanto a ‘Insatisfacción general’ se obtuvo como resultados un Alpha de Cronbach de  $\alpha = ,946$  que se interpreta como un nivel alto de confiabilidad del instrumento utilizado.

El índice de confiabilidad en conjunto muestra un coeficiente total de  $\alpha = ,968$  del que se interpreta que el instrumento de evaluación tiene un grado alto de confiabilidad, consistencia y validez interna.

#### 4.5.2. Análisis comparado por género referentes a la variable imagen corporal (BSQ)

A continuación se realizó un análisis comparado por género de los resultados obtenidos del test BSQ. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se utilizó la prueba T de Student, con el fin de contrastar la hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal (Ver cuadro 4.12.)

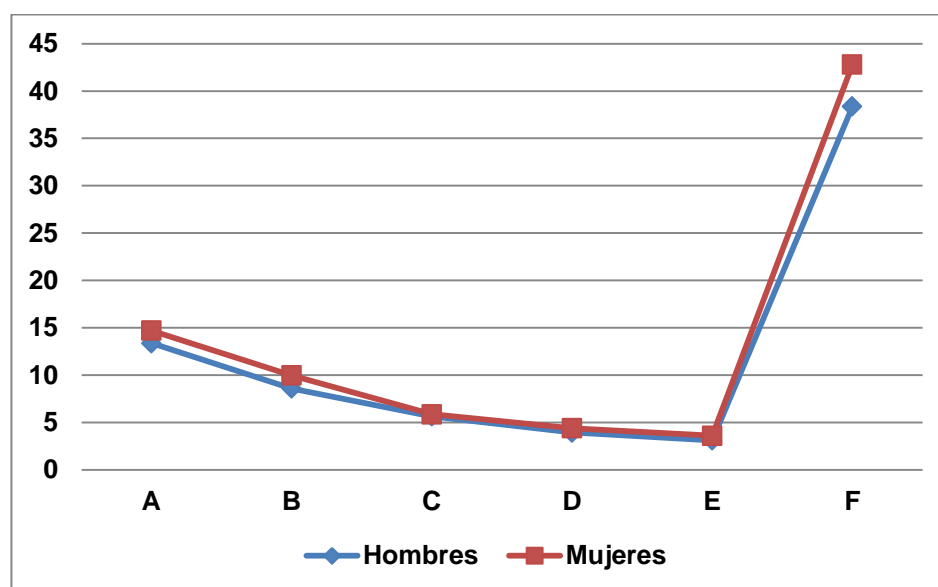
**Cuadro 4.12.**  
**Análisis comparado por género de los resultados del BSQ**

| <i>Variables</i>                 | <i>Hombres (n=145)</i> |              | <i>Mujeres (n=140)</i> |              | <i>t(283)</i> |
|----------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|---------------|
|                                  | <i>Media</i>           | <i>Desv.</i> | <i>Media</i>           | <i>Desv.</i> |               |
| Preocupación por el peso         | 13,3655                | 7,86060      | 14,7000                | 9,05991      | -1,330        |
| Aspectos Antiestéticos           | 8,5862                 | 5,11206      | 9,9786                 | 6,03761      | -2,104*       |
| Preocupación corporal            | 5,6414                 | 3,35964      | 5,8571                 | 3,45489      | -,535         |
| Preoc. parte inferior del cuerpo | 3,9448                 | 2,58408      | 4,3857                 | 2,95916      | -1,341        |
| Vómitos y laxantes               | 3,1172                 | 2,28675      | 3,5929                 | 2,80261      | -1,572        |
| Insatisfacción General           | 38,3655                | 19,33039     | 42,8000                | 22,90273     | -1,769++      |
| Puntaje total                    | 71,7034                | 35,60843     | 80,0714                | 41,74859     | -1,823+       |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Al realizar un análisis comparado por sexo de los resultados del BSQ se obtuvo que los hombres en cuanto al indicador preocupación por el peso alcanzaron una media  $M = 13,3655$ , frente al componente aspectos antiestéticos puntuaron  $M = 8,5862$ , en torno a la preocupación corporal  $M = 5,6414$ , en la preocupación por la parte inferior del cuerpo  $M = 3,944$ , en el indicador vómitos y laxantes se obtuvo  $M = 3,1172$  y en cuanto al componente insatisfacción general  $M = 38,3655$ . Mientras que las mujeres puntuaron en torno al componente preocupación por el peso  $M = 14,7000$ , aspectos antiestéticos  $M = 9,9786$ , en cuanto al indicador preocupación corporal  $M = 5,8571$ , frente a la preocupación por la parte inferior del cuerpo  $M =$

4,3857, en el indicador vómitos y laxantes  $M= 3,5929$  y en cuanto al indicador insatisfacción general obtuvieron  $M= 42,8000$  (Ver gráfico 4.23).



Clave: A: Preocupación por el Peso; B: Aspectos antiestéticos de la figura; C: Preocupación corporal; D: Preocupación por la parte inferior del cuerpo; E: Vómitos y laxantes; F: Insatisfacción general.

**Gráfico 4.23. Representación gráfica del análisis comparado por sexo de los resultados del BSQ**

A partir del gráfico se puede observar que tanto en las mujeres como en los hombres los indicadores del test BSQ tuvieron un orden semejante, siendo las mujeres quienes puntúan valores levemente superiores; en cuanto a los componentes, el que mayor relevancia presentó fue el de insatisfacción general, indicador de preocupación y malestar ante la presión que ejerce la sociedad sobre los adolescentes con los actuales modelos estético corporales delgados y factor predisponente de baja autoestima y conflictos emocionales.

### 4.5.3. Análisis de categorías diagnósticas del BSQ

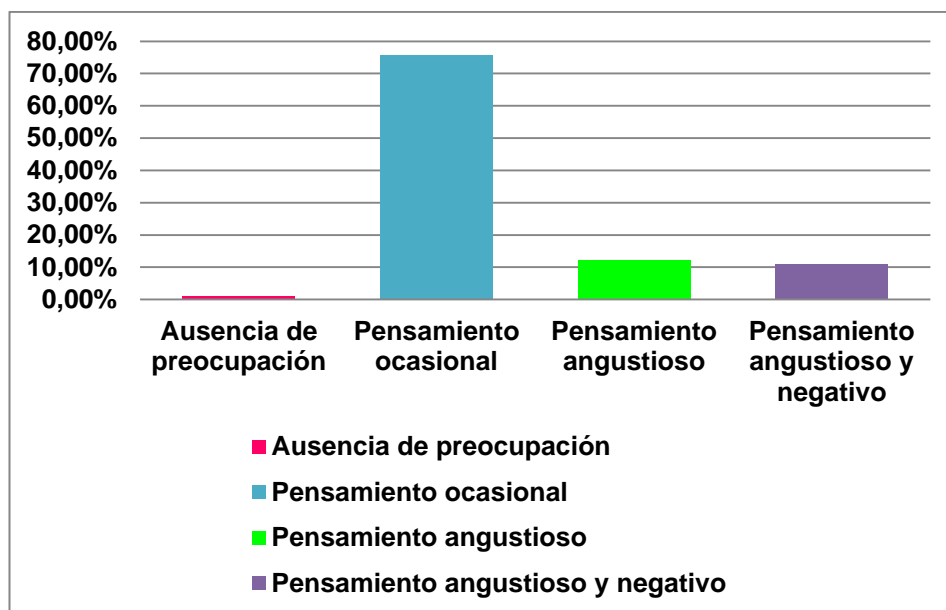
Las categorías diagnósticas del test BSQ están determinadas por un punto de corte que las clasifica en: ausencia de preocupación por la imagen corporal, pensamiento ocasional, pensamiento angustioso y pensamiento angustioso y negativo en cuanto a la imagen corporal. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.13.).

**Cuadro 4.13.**  
**Distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ**

| <b>Categorías</b>                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Contraste<br/><math>X^2</math></b> |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Ausencia de preocupación          | 3                 | 1,1%              | 78,237***                             |
| Pensamiento ocasional             | 216               | 75,8%             |                                       |
| Pensamiento angustioso            | 35                | 12,3%             |                                       |
| Pensamiento angustioso y negativo | 31                | 10,9%             |                                       |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

En torno a la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas resultantes del BSQ se puede observar que el 75,8% de la población indica pensar ocasionalmente con preocupación respecto a su imagen corporal, un 12,3% presenta pensamiento angustioso, un 10,9% refiere pensamiento angustioso y negativo en torno a su imagen corporal, mientras que el 1,1% de la población indicó ausencia de preocupación. La prueba Ji cuadrado  $X^2=78,237$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.24).



*Gráfico 4.24. Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ.*

En base a la representación gráfica se aprecia que la mayor parte de la muestra posee pensamientos ocasionales de preocupación en torno a su imagen corporal, lo que revela que gran parte de los adolescentes evaluados no se sienten completamente satisfechos en cuanto a su imagen, pudiendo sentirse afectados cognitivamente, emocionalmente y conductualmente.

#### **4.5.4. Distribución de los participantes por sexo de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ**

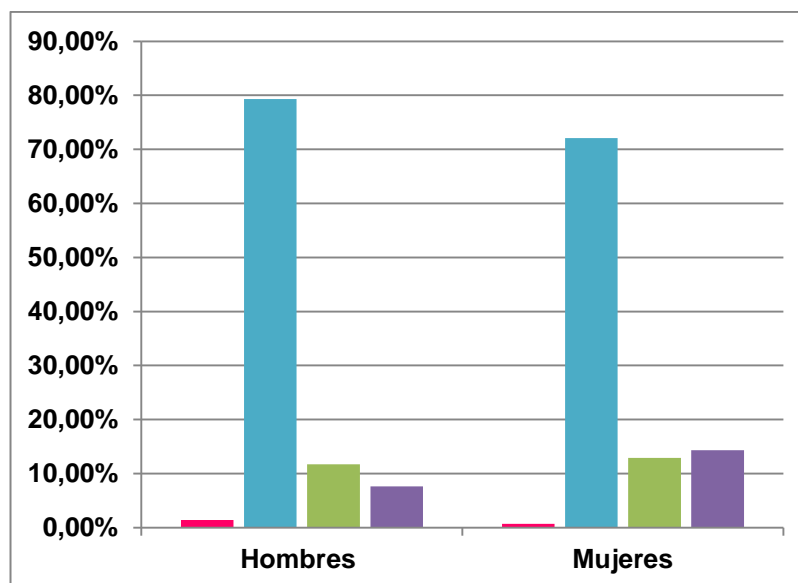
A continuación se realizó un análisis comparado por género de las categorías diagnósticas obtenidas del test BSQ. Se muestran los datos mediante frecuencia ( $f$ ) y el porcentaje obtenido con el símbolo (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji-Cuadrado ( $X^2$ ) (Ver cuadro 4.14.).

**Cuadro 4.14.**  
**Distribución de los participantes por sexo de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ**

| Categorías                        | Masculino |            | Femenino |            | Contraste<br>X <sup>2</sup> |
|-----------------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------------------------|
|                                   | Frec.     | Porcentaje | Frec.    | Porcentaje |                             |
| Ausencia de preocupación          | 2         | 1,4%       | 1        | 0,7%       | 3,796                       |
| Pensamiento ocasional             | 115       | 79,3%      | 101      | 72,1%      |                             |
| Pensamiento angustioso            | 17        | 11,7%      | 18       | 12,9%      |                             |
| Pensamiento angustioso y negativo | 11        | 7,6%       | 20       | 14,3%      |                             |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

En cuanto a la distribución de las categorías diagnósticas por sexo se puede apreciar que en los hombres en un 79,3% existe pensamiento ocasional con respecto a su cuerpo, seguido por un 11,7% con pensamiento angustioso, 7,6% pensamiento angustioso y negativo y un 1,4% presenta ausencia de preocupación; en referencia al género femenino encontramos que un 72,1% de las mujeres poseen un pensamiento ocasional de preocupación en torno a su cuerpo, un 14,3% indicaron un pensamiento angustioso y negativo, el 12,9% pensamiento angustioso y un 0,7% ausencia de preocupación. La prueba Ji cuadrado  $X^2=3,796$ ;  $p > ,5$  mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las observaciones y los valores esperados (Ver gráfico 4.25).



*Gráfico 4.25. Representación gráfica de la distribución de los participantes por género de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ*

En base a la representación gráfica de la distribución de los participantes por género de acuerdo a las categorías diagnósticas del BSQ se puede apreciar que por parte de los hombres y mujeres la categorización de pensamiento ocasional en torno a su imagen corporal es la de mayor relevancia, destacándose además que en las mujeres el pensamiento angustioso y negativo está presente en mayor proporción que en los hombres como un referente de malestar y ansiedad en cuanto a la percepción de su propio cuerpo.

#### **4.6. Análisis de correlación**

A continuación se realizó un análisis de correlación con el fin de conocer la relación existente entre las variables hábitos alimenticios e imagen corporal. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se describió la correlación

(r) entre los indicadores de la imagen corporal (BSQ) y los hábitos alimenticios (EAT- 26) (Ver cuadro 4.15).

**Cuadro 4.15.**

***Análisis de correlaciones entre los hábitos alimenticios (EAT) y los componentes de la imagen corporal (BSQ)***

| <b><i>Indicadores</i></b>               | <b><i>Media</i></b> | <b><i>r</i></b>   | <b><i>R<sup>2</sup></i></b> |
|---|---------------------|-------------------|-----------------------------|
| Preocupación por el peso                | 14,02               | ,163**            | 0,026                       |
| Aspectos Antiestéticos                  | 9,27                | ,159**            | 0,025                       |
| Preocupación corporal                   | 5,75                | ,128*             | 0,016                       |
| Preoc. por la parte inferior del cuerpo | 4,16                | ,140 <sup>^</sup> | 0,020                       |
| Vómitos y laxantes                      | 3,35                | ,101              | 0,010                       |
| Insatisfacción general                  | 40,54               | ,158**            | 0,025                       |
| BSQ puntaje                             | 75,81               | ,165**            | 0,027                       |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Con respecto a la correlación existente de los resultados del EAT con el componente Preocupación por el peso se encontró luego del análisis de correlación un resultado de  $r = ,163$ ;  $P < ,01$  lo que se traduce como una inexistencia de una correlación. En cuanto a la correlación existente con el componente aspectos antiestéticos se halló un resultado de  $r = ,159$ ;  $P < ,01$  lo que indica que no existe una correlación. Frente al componente Preocupación corporal se obtuvo un resultado de  $r = ,128$ ;  $P < ,01$  lo que se interpreta como una falta de correlación. En el indicador Preocupación por la parte inferior del cuerpo  $r = ,140$ ;  $P < ,01$  lo que manifiesta que no existe una correlación. En base a vómitos y laxantes se observó que  $r = ,159$ ;  $P < ,01$  lo que se traduce que no existe una correlación, por ultimo en referencia a la insatisfacción general se halló un  $r = ,158$ ;  $P < ,01$  lo que se traduce como la falta de una correlación.

#### 4.6.1. Correlación entre la edad y la preocupación por el peso y los hábitos alimenticios

Se procedió al análisis de la correlación de los hábitos alimenticios y la preocupación por la imagen corporal, con el fin de verificar si existe relación de las variables con la edad de los participantes. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que además de que se describió la correlación ( $r$ ) entre las variables estudiadas. (Ver cuadro 4.16.)

**Cuadro 4.16.**  
**Análisis de correlaciones entre la edad y la preocupación por el peso y los hábitos alimenticios (EAT)**

| <b>Indicadores</b>                  | <b>Media</b> | <b><math>r</math></b> | <b><math>R^2</math></b> |
|-------------------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------|
| Hábitos alimenticios                | 16           | -,136*                | 0,018                   |
| Preocupación por la imagen corporal | 85,7         | ,222**                | 0,049                   |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Con respecto a la correlación existente entre la edad de los participantes y los hábitos alimenticios se encontró luego del análisis de correlación un resultado de  $r = -0,136$ ;  $P < ,01$  lo que se traduce que no existe una correlación. Al igual al relacionar la edad de los participantes con la preocupación de la imagen corporal se obtuvo un resultado de  $r = ,222$ ;  $P < ,01$  lo que se interpreta que no existe una correlación.

#### 4.6.2. Análisis de la distribución por condición académica y por grupos de edad entre los hábitos alimenticios y la preocupación por la imagen corporal

Se realizó además el análisis de la distribución de participantes por condición académica con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal con el fin de verificar si existe relación de las variables con la condición académica de los participantes. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se utilizó la prueba  $t$  ( $t$  de Student), con el fin de contrastar la hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal (Ver cuadro 4.17).

##### **Cuadro 4.17.**

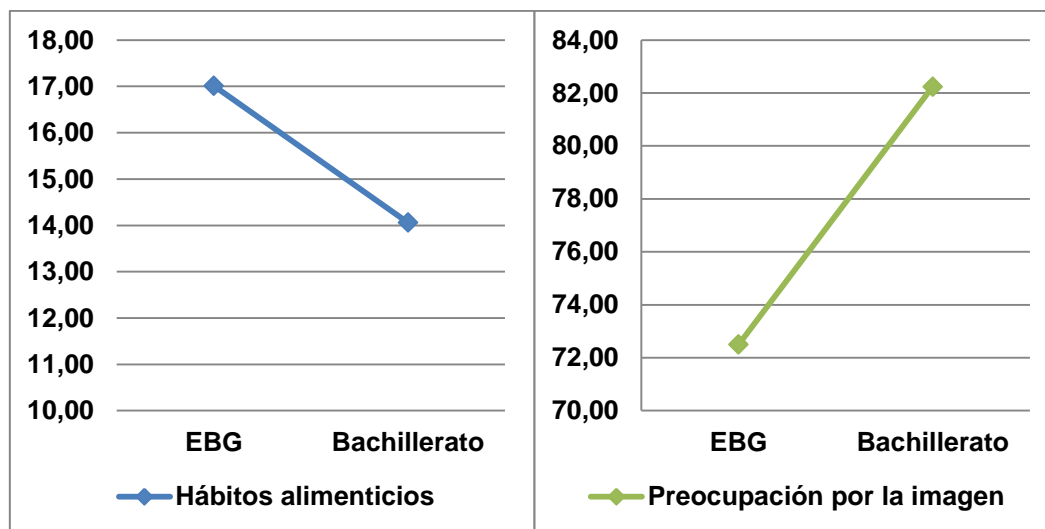
**Distribución de los participantes por condición académica con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal**

| Categorías                 | EBG<br><i>n</i> =188 |       | Bachillerato<br><i>n</i> =97 |       | Contraste<br><i>t</i> (283) |
|----------------------------|----------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------------------|
|                            | Media                | Desv. | Media                        | Desv. |                             |
| Hábitos alimenticios       | 17,01                | 6,94  | 14,06                        | 7,53  | 3,294***                    |
| Preocupación por la Imagen | 72,5                 | 39,34 | 82,24                        | 37,41 | -2,013*                     |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Al realizar un análisis comparado por la condición académica de los participantes con respecto a los hábitos alimenticios se obtuvo que los estudiantes del ciclo básico, obtuvieron una media  $M = 17,01$ , frente a los estudiantes del bachillerato quienes consiguieron una media  $M = 14,06$ .

En cuanto a la variable preocupación por la imagen corporal el grupo perteneciente al ciclo básico general obtuvieron una media  $M = 72,5$ , mientras los estudiantes del bachillerato alcanzaron una media  $M = 87,24$ . (Ver gráfico 4.26).



*Gráfico 4.26. Representación gráfica de la distribución de los participantes por condición académica con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal*

A partir del gráfico se puede observar que en relación a la condición académica el grupo perteneciente al nivel básico refiere mejores hábitos alimenticios que en el bachillerato. Por otra parte en contraste la preocupación por la imagen corporal es mayor mientras los participantes asciende de curso; indicador de que las dos variables podrían encontrarse relacionadas al contexto social de los adolescentes.

#### **4.6.3. Distribución de los participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal**

Se realizó también el análisis de la distribución de participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal con el fin de verificar si existe relación de las variables con la edad de los

participantes. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se utilizó la prueba  $t$  ( $t$  de Student), con el fin de contrastar la hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal (Ver cuadro 4.18.)

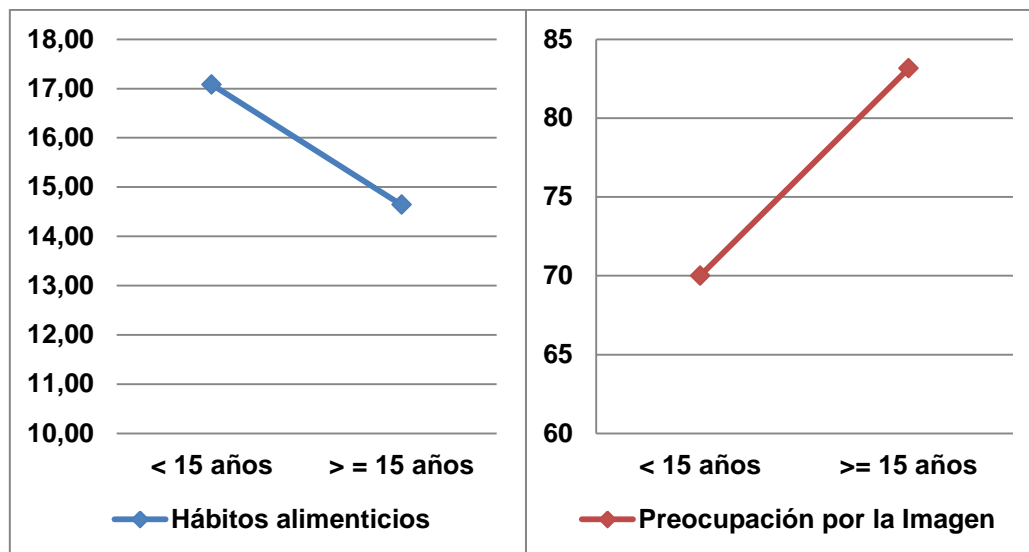
**Cuadro 4.18.**  
***Distribución de los participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal***

| <b>Categorías</b>          | <b>&lt; 15 años</b>       |              | <b>&gt;= 15 años</b>      |              | <b>Contraste<br/><math>t(283)</math></b> |
|----------------------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|--|
|                            | <b><math>n=159</math></b> |              | <b><math>n=126</math></b> |              |  |
|                            | <b>Media</b>              | <b>Desv.</b> | <b>Media</b>              | <b>Desv.</b> |  |
| Hábitos alimenticios       | 17,08                     | 6,998        | 14,64                     | 7,41         | -2,848**                                 |
| Preocupación por la Imagen | 70                        | 37,63        | 83,15                     | 39,39        | 2,87**                                   |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Al realizar un análisis comparado por los grupos de edad de los participantes con respecto a los hábitos alimenticios se obtuvo que los estudiantes menores de 15 años alcanzaron una media  $M = 17,08$ , frente a los estudiantes mayores de 15 años quienes consiguieron una media  $M = 14,64$ .

En contraste en torno a la variable preocupación por la imagen corporal los menores de 15 años presentaron una media  $M = 70$ , mientras los mayores de 15 años indicaron una media  $M = 83,15$ . (Ver gráfico 4.27).



*Gráfico 4.27. Representación gráfica de la distribución de los participantes por grupos de edad con respecto a los hábitos alimenticios y a la preocupación por la imagen corporal*

En torno al gráfico se puede determinar que el factor edad como representante del desarrollo evolutivo es un predisponente frente a las variables hábitos alimenticios y preocupación por la imagen corporal; pues se observa que mientras mayor es la edad de los sujetos la preocupación corporal semejantemente es mayor, pues con el tiempo los adolescentes van completando su desarrollo corporal, tomando características físicas que los acompañaran en la vida adulta, mismas que causan en ellos ansiedad y preocupación al poseer ciertas expectativas de una imagen ideal.

En oposición los hábitos alimenticios indican ser levemente más saludables al inicio de la adolescencia, demostrando mayor preocupación por una alimentación adecuada en los adolescentes de menor edad.

#### 4.6.4. Correlación de las variables de los hábitos alimenticios con respecto a la preocupación de la imagen corporal en participantes de 10mo año de EGB y bachillerato.

En torno al análisis de la correlación de los hábitos alimenticios y la preocupación por la imagen corporal con el fin de verificar si existe relación de las variables en participantes de 10mo año de EGB y bachillerato. Se describieron los valores de la Media ( $M$ ), además de que se describió la correlación ( $r$ ) entre las variables estudiadas. (Ver cuadro 4.19).

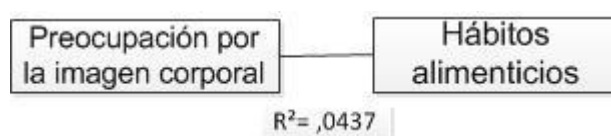
**Cuadro 4.19.**  
**Análisis de correlaciones entre los hábitos alimenticios (EAT) y los componentes de la imagen corporal (BSQ) con participantes de 10mo año y bachillerato**

| Indicadores                             | Media | $r$    | $R^2$  |
|---|-------|--------|--------|
| Preocupación por el peso                | 15,15 | ,227** | 0,0515 |
| Aspectos Antiestéticos                  | 9,87  | ,199*  | 0,0396 |
| Preocupación corporal                   | 6,31  | ,177*  | 0,0313 |
| Preoc. por la parte inferior del cuerpo | 4,5   | ,154   | 0,0237 |
| Vómitos y laxantes                      | 3,54  | ,249** | 0,0620 |
| Insatisfacción general                  | 43,13 | ,186*  | 0,0346 |
| BSQ puntaje                             | 80,81 | ,209** | 0,0437 |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Con respecto a la correlación existente de los resultados del EAT con el componente Preocupación por el peso se encontró luego del análisis de correlación un resultado de  $r = ,227$ ;  $P < ,01$  lo que indica que si existe una correlación. En cuanto a la correlación existente con el componente Aspectos antiestéticos se halló un resultado de  $r = ,199$ ;  $P < ,01$  lo que indica una leve correlación. Frente al componente Preocupación corporal se obtuvo un resultado de  $r = ,177$ ;  $P < ,01$  indicador de una leve correlación ente estos componentes.

En el indicador Preocupación por la parte inferior del cuerpo  $r = ,154$ ;  $P < ,01$  lo que se transcribe como existencia baja de una correlación. En base a vómitos y laxantes se observó que  $r = ,249$ ;  $P < ,01$  lo que indica que si existe una correlación. Y en referencia a la insatisfacción general se halló un  $r = ,186$ ;  $P < ,01$  lo que se traduce como existencia de una correlación leve. En cuanto a el puntaje general se obtuvo un  $r = ,209$ ;  $P < ,01$  indicador de una correlación baja positiva entre las variables hábitos alimenticios e imagen corporal.



***Grafico 4.27. Representación gráfica de la correlación entre la preocupación por la imagen corporal y los hábitos alimenticios.***

Se determinó la existencia de una correlación de carácter baja positiva entre la preocupación por la imagen corporal y los hábitos alimenticios en el que se obtuvo un coeficiente de determinación de  $R^2 = ,0437$  mismo que sugiere que la preocupación por la imagen corporal puede predecir en un 4,37% los cambios que se producen en los hábitos alimenticios.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

#### 5. Comprobación de Hipótesis

##### 5.1. Introducción

En esta sección se procedió a realizar el análisis de correlación entre las subdimensiones de la preocupación por la imagen corporal y los hábitos alimenticios. Para identificar el grado de correlación se procedió a la implementación del Coeficiente producto-momento de Pearson ( $r$ ) y determinar la existencia a su vez de diferencias estadísticamente significativas.

##### 5.2. Hipótesis de trabajo

- **Hipótesis alternativa (H1):** La percepción de la imagen corporal provoca cambios en los hábitos alimenticios de los adolescentes escolarizados.
- **Hipótesis nula (H0):** La percepción de la imagen corporal no provoca cambios en los hábitos alimenticios de los adolescentes escolarizados.

##### 5.3. Variables de comprobación

- Percepción de la imagen corporal.
- Hábitos alimenticios.

#### 5.4. Técnicas utilizadas para la comprobación de hipótesis

Para validar los resultados obtenidos, se utilizó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson ( $r$ ) para las muestras relacionadas, procedimiento con el cual se realizó la comprobación estadística de la hipótesis planteada mediante su relación.

#### 5.5. Resultados

A continuación se muestra los resultados obtenidos de la ejecución del Coeficiente de correlación producto-momento de Pearson ( $r$ ) para la comprobación de la hipótesis. Tomando en cuenta que la muestra inicial de participantes fue de 275 estudiantes entre 7mo año EBG y tercero de bachillerato, más al realizar el estudio estadístico se realizó un corte con los estudiantes de décimo año en adelante, al comprobar que a partir de este nivel de escolaridad se podía observar diferencias estadísticamente significativas (Ver cuadro 4.19).

**Cuadro 4.19.**

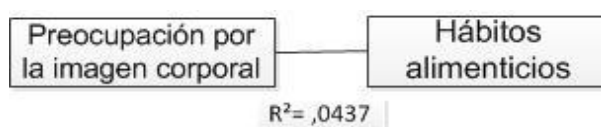
***Análisis de correlación entre los hábitos alimenticios (EAT) y los componentes de la imagen corporal (BSQ) con participantes de 10mo año y bachillerato***

| <b>Indicadores</b>                      | <b>Media</b> | <b><math>r</math></b> | <b><math>R^2</math></b> |
|---|--------------|-----------------------|-------------------------|
| Preocupación por el peso                | 15,15        | ,227**                | 0,0515                  |
| Aspectos Antiestéticos                  | 9,87         | ,199*                 | 0,0396                  |
| Preocupación corporal                   | 6,31         | ,177*                 | 0,0313                  |
| Preoc. por la parte inferior del cuerpo | 4,5          | ,154                  | 0,0237                  |
| Vómitos y laxantes                      | 3,54         | ,249**                | 0,0620                  |
| Insatisfacción general                  | 43,13        | ,186*                 | 0,0346                  |
| BSQ puntaje                             | 80,81        | ,209**                | 0,0437                  |

**Nota:** \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

A partir del análisis de correlación entre los hábitos alimenticios y los componentes de la imagen corporal en los participantes de 10mo año y bachillerato se pudo determinar que si existe una correlación positiva baja entre estas variables, misma que esta presente a partir de una rango de edad de 15 años en adelante, determinando que la edad de la muestra es un determinante ante la preocupación por la imagen corporal y la alteración de los hábitos alimenticios como un comportamiento de riesgo.

Se pudo identificar además un mayor grado de correlación entre los indicadores del test de imagen corporal (BSQ) preocupación por el peso y vómitos, uso de laxantes, con los indicadores del test de hábitos alimenticios (EAT-26), pudiéndose observar en los adolescentes estudiados como conductas más comunes el pensamiento corporal angustioso y persistente, el uso de laxantes y otros productos para bajar de peso, además del manejo de dietas restrictivas y que pondrían en riesgo su salud.



## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6. Discusión**

##### **6.1. Conclusiones**

En base al trabajo de investigación realizado se concluye:

-Al establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios se pudo determinar que la correlación existente entre estas variables se encuentra condicionada tanto por la edad de los evaluados como por su condición académica (Ver cuadro 4.19), estando por lo tanto directamente ligados al factor evolutivo y al contexto social. Como concluyeron Baile y Guillen (2002) el rango de edad en el que se encuentran los adolescentes influye en su auto percepción de la imagen corporal pues mientras mayor es la edad su percepción puede ir cambiando, además de que en cuanto a los hábitos alimenticios determinaron que a inicios de la adolescencia la alimentación es más balanceada pues se conservan los hábitos nutricionales de la niñez, mismos que se van perdiendo por influencia del contexto social y de su desarrollo evolutivo.

-De la investigación realizada se observa que en la unidad educativa estudiada los adolescentes tienen en un porcentaje superior a lo esperado sobre la percepción negativa frente a sus relaciones familiares. Cerca de un 14,7% percibe sus relaciones como regulares y un 1,4% como malas (Ver gráfico 4.04), situación que puede resultar inquietante al ser la familia la que juegue un papel fundamental en la formación de la identidad y el adecuado desarrollo social de los adolescentes.

-Además se conoció con preocupación que el consumo ocasional de alcohol en la población evaluada se presenta en un porcentaje de 77% en mujeres y 80% en varones, convirtiéndose en una conducta alarmante de riesgo que podría desencadenar en repercusiones en su salud física y mental y en el desarrollo normal de transición hacia la vida adulta.

-Igualmente la investigación revela que la preocupación por la imagen corporal está presente tanto en hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes puntúan valores levemente superiores, además los indicadores insatisfacción general y preocupación corporal son los componentes que exteriorizan con mayor frecuencia (Ver cuadro 4.12). Tomando en cuenta que los pensamientos angustiosos y de malestar se presentan como referentes de ansiedad en torno a la percepción de su cuerpo.

-De este estudio se desprende que son las mujeres quienes en un mayor rango porcentual 15,7% recurren a laxantes, dietas u otros productos para bajar de peso (Ver gráfico 4.17). Considerando que la publicidad, la presión ejercida por la sociedad y los ideales estéticos de delgadez se enfocan mayormente en este grupo poblacional, determinando al género como criterio predictor de la ingesta de productos adelgazantes en adolescentes.

-Es particularmente significativo que al valorar los hábitos alimenticios en los adolescentes escolarizados un 30% de la población estuvo considerado como en situación de riesgo (Ver gráfico 4.20). Situación que puede sugerir un fenómeno generalizado que afecta a grupos vulnerables de la población de donde se extrajo a los participantes y que indica la necesidad inminente de intervención en la institución educativa.

- A través de un análisis de consistencia interna se observó que el cuestionario de hábitos alimenticios (EAT- 26), utilizado durante la investigación no posee un índice recomendable de consistencia interna, validez y confiabilidad (Ver cuadro 4.08). Además de que sus características como filtro para identificar riesgo en poblaciones no clínicas, presentan dificultad al no reconocer ciertos individuos de la muestra por exteriorizar síntomas intermedios o de un trastorno no especificado.

-En cuanto a la revisión teórica realizada se determina que existe material bibliográfico suficiente en torno al estudio de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en la adolescencia, más en referencia a la relación de estas dos variables no se dispone de un considerable fundamento teórico.

## 6.2. Recomendaciones

Se proponen las siguientes recomendaciones:

-Dado que el porcentaje de adolescentes escolarizados estudiados que se encuentran categorizados como población en riesgo fue significativamente mayor a lo esperado, se considera necesario que la institución educativa coordine el desarrollo de estrategias, programas y talleres con la finalidad de contribuir en la adopción de hábitos alimenticios saludables y en el fortalecimiento de la auto percepción de la imagen corporal.

-Se sugiere para próximas investigaciones sobre la percepción de imagen corporal, el uso del cuestionario de la forma corporal (BSQ) mismo que a través del análisis de consistencia se mostró como un instrumento de evaluación con alto grado de validez y fiabilidad interna en sus resultados.

-A partir de los resultados obtenidos, se propone para posteriores investigaciones sobre imagen corporal y hábitos alimenticios, el manejo de una población de adolescentes a partir de los 15 años en adelante, siendo este rango de edad en el que se ven especialmente involucrados en su contexto social y adaptándose a sus procesos evolutivos.

-Finalmente debido al corto tiempo de estudio en el que fue llevado esta investigación, se recomienda abordar este tema mediante un estudio de tipo longitudinal que permita entender el fenómeno y sus cambios con mayor profundidad, para así poder comprobar o descartar los resultados presentados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1969). El adolescente y la libertad. *Revista Uruguaya de Psicología*, 15- 34.
- Aceituno M, e. a. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clinica de Barcelona* . Barcelona: Editorial Nerea.
- Adicciones, P. P. (2010). *Documento de Apoyo*. Mendoza: Gobierno de Mendoza.
- Adolescencia, C. d. (3 de Enero de 2003). *CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA*. Obtenido de OEI Ecuador: [http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod\\_ninez.pdf](http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf)
- Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal*. Mexico: UNAM.
- Alvarez, J. (28 de Marzo de 2010). *Innovación experiencias educativas*. Obtenido de Características de los adolescentes: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_28/JUANA\\_MARIA\\_ALVAREZ\\_JIMENEZ\\_01.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUANA_MARIA_ALVAREZ_JIMENEZ_01.pdf)
- Aranceta, J. (2001). *Estudios de dieta total*. Madrid: Editoral Médica Panamericana.
- Ávila Baray, H. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. México: Martinez Coll.
- Baile, J., & Guillen, F. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el BSQ, efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 439- 450.
- Benedito, M., Tordera, C., Arbona, C., & Rivera, R. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *In Anales de Pediatría* , 268-272.
- Bruckner, P. (1974). *Psicología social del antiautoritarismo*. Mexico: Siglo XXI.
- Carrasco, R. (16 de Enero de 2007). *La sexualidad en el adolescente*. Obtenido de Psicología Científica: [www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-235-1-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformación-de-la-conciencia.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-235-1-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformación-de-la-conciencia.html)
- Casas, J., & Ceñal, M. (2005). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, sociales y biológicos*. Madrid: Pediatría Integral.
- Cash, T., & Brown, T. (1986). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 421-439.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimera, E. (1991). *The eating attitudes test: validation of the spanish version*. España: Psychological Assesment.

- Cazau, P. (Marzo de 2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Obtenido de red de psicología online: [www.galeon.com/pcazau](http://www.galeon.com/pcazau)
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- CONSEP. (13 de 12 de 2012). *Cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Obtenido de Observatorio Nacional de drogas: [www.consep.gob.ec/descargas/Resumen\\_Ejecutivo\\_4ta\\_ENCUESTA\\_A\\_ESTUDIANTES\\_2012\\_2.pdf](http://www.consep.gob.ec/descargas/Resumen_Ejecutivo_4ta_ENCUESTA_A_ESTUDIANTES_2012_2.pdf)
- CONSTITUYENTE, A. N. (2008). *Constitucion Politica de la Republica del Ecuador*. Montecristi: Registro oficial.
- Cordero, P. (2009). *Autopercepción de la imagen corporal comparada con el índice de masa corporal en adolescentes de 15 a 18 años*. Cuenca.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Elkind, D., & Bowen, R. (1979). *Imaginary audience behavior in children and adolescents*. New York: Developmental psychology.
- Erickson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. Madrid: Prentice-Hall.
- Fernández, M. e. (17 de Mayo de 2002). *Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastorno alimentario*. Obtenido de Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud: [http://aepe.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-58.pdf](http://aepe.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-58.pdf)
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre la teoria sexual*. Madrid: Alianza.
- Garcia, M., & Perezmitré, G. (2003). Insatisfacción Corporal y seguimiento de dieta: una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 9-21.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 871- 878.
- Gispert, C. (1988). *Consultor de psicología infantil y juvenil*. España: Oceano.
- Gorab, A. I. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia*. México: Universidad autónoma de México.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1976). *Identidad y Cambio*. Argentina: Paidós.
- Hernández, M., Valdés, F., & García, R. (2007). *Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes Roche*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Herrera, P. (1998). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en los adolescentes. *Revista Cubana Pediatría*, 39- 42.

- Hidalgo, M. (12 de Febrero de 2012). *APEPA*. Obtenido de La adolescencia, una etapa de riesgo nutricional:  
[http://www.apepa.org/index.php?menu=documentos&id=5&id\\_doc=12&show=1](http://www.apepa.org/index.php?menu=documentos&id=5&id_doc=12&show=1)
- INEC. (12 de Mayo de 2010). *Censo de Población y vivienda*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-2010/>
- INEC. (2010). *Ecuador en cifras*. Obtenido de población y demografía:  
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/poblacion-y-demografia/>
- Jácome, P. (28 de Octubre de 2010). *Manejo de la nutrición en adolescentes*. Obtenido de Salud sexual y reproductiva:  
<http://www.prenatal.tv/lecturas/mod5/con5.pdf>
- Jiménez, T. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: el papel mediador de los recursos psicosociales*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Siglo XXI.
- Korstanje, M. (2010). *Reconsiderando el Concepto de Riesgo en Niklas Luhmann*. Chile: Universidad de Chile.
- Krauskopf, D. (2002). *Juventud en riesgo y violencia*. El Salvador: PNUD.
- Krauskopf, D. (20 de Marzo de 2011). *El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones sociales y los derechos en una época de cambios*. Obtenido de Revista Psicología.com:  
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1270/>
- Lancho, M. (2007). Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 600-634.
- Le Boulch, J. (1971). *Hacia una ciencia del movimiento humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Leiderman, E., & Triskier, F. (2004). Actitudes, conductas alimentarias, rasgos obsesivo compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex: Revista argentina de psicología*, 175- 179.
- M, Y., M, S., & Cantero, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista internacional de psicología clínica y salud*, 313- 333.
- Moreta, R., & Viteri, E. (06 de Enero de 2015). Ficha sociodemográfica . Ambato, Ecuador.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 185- 200.

- Muñoz Calvo, M., & Pozo Roman, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral*, 507- 518.
- Ochoa, M. (2005). *Los estudios sobre la memoria y los usos del pasado: perspectivas teóricas y metodológicas*. Costa Rica: Flacso.
- OMS. (2013). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de Temas de salud: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- ONG. (09 de Julio de 2014). *Humanium ayuda a los niños*. Obtenido de Humanium: <http://www.humanium.org/es/ecuador/>
- OPS/OMS, O. P. (1994). *Manual de Salud para la atención del adolescente*. Mexico: Paltex.
- Papalia, D. (2001). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Ed. McGraw-Hill.
- Pedreira, J. L. (2000). *Desarrollo psicosocial de la adolescencia*. España: Documentacion social.
- Pérez, A. (2006). Trastornos de la pubertad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias*, 265.
- Petersen, & Taylor. (1980). *The biological approach to adolescence*. New York: Adelson.
- Petersen, A., & Ebata, A. (1984). *Psychopathology in Adolescence: Does Development Play a Role?* Rockville: National Inst. of Mental Health .
- Piaget, J. (1969). *Psicología y Pedagogía*. Barcelona: Ariel.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., & Avila, C. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 51-66.
- Ramírez Ortiz, M. (2005). *Investigación en salud de adolescentes II (1999-2003)*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ramirez, T. (1999). *Como Hacer un Proyecto de Investigación*. Caracas: Editorial Panapo.
- Rascovan, S. (2000). *Los jóvenes y el futuro*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- REA. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Rice, P. (2000). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. Mexico: Pearson.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 149-161.
- Saucedo Molina, T. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. . México : Universidad Nacional Autónoma de México.

- Schelegel, A., & Barry, H. (1991). *Adolescence: An anthropological inquiry*. New York: Free Press.
- Serna, I. (2008). *Guía de Nutricio y alimentacion saludable en el adolescente*. Valencia : Concejalía de sanidad del Ayuntamiento de Valencia.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 23- 48.
- Trujano, P., Nava, C., Limon, G., Merino, T., & alariste, A. (2 de Julio de 2010). *Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género*. Obtenido de Anales de psicología: [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_2/12-26\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/12-26_2.pdf)
- UNICEF. (2014). *Como está la situación de la niñez y adolescencia ecuatoriana*. Quito: Noción.
- Unikel, C., Chapela, I., & Carreño, S. (2004). *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*. México: Salud Publica México.
- Urcola, M. (11 de Noviembre de 2003). *Redalyc*. Obtenido de Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87761105.pdf>
- Villatoro J, e. a. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *revista de Investigación Clínica*, 15- 27.
- Welch, S., & Comer, J. (1988). *Quantitative Methods for Public Administration: Techniques and Applications*. Mishawaka : Dorsey Press.

## ANEXOS

### **Anexo 1:** Carta de consentimiento informado

Sr. / Sra. ....

Responsable directo del Sr./ Srta. ...., por medio de la presente quisiéramos obtener su autorización para que se le incluya a su representado como objeto de estudio en el proyecto de investigación: RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS, investigación llevada a cabo por parte de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- sede Ambato en la Unidad educativa Juan León Mera “La Salle”, supervisada por Psc. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, en calidad de Director de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA.

El objetivo de esta investigación es analizar la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en los adolescentes escolarizados, es decir se desea conocer mediante instrumentos de evaluación la percepción de la imagen corporal de los adolescentes y su relación con sus hábitos alimenticios.

En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para que su representado participe en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar unos instrumentos de evaluación, además de una ficha, en la que se harán diversas preguntas referidas a datos socio demográficos. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, su representado podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta que su representado participe de la investigación, por favor llene esta carta de consentimiento, firmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación Ps. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms.

- Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

\_\_\_\_\_  
Elizabeth Viteri

Investigador Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma representante investigado/a

C.C. \_\_\_\_\_

## Anexo 2: Formato de Ficha Socio Demográfica

### Fecha de evaluación:

Cod.

### Ficha Socio Demográfica

*Viteri E., Moreta R. (2015)*

**Objetivo:** El objetivo de la siguiente ficha es la recolección de datos socio demográficos para el correcto desarrollo del proyecto de investigación.

#### 1. Información general:

**Edad:** .....

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

#### 2. Salud física y mental

**Estado de salud física actualmente:**

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

**¿Recibe tratamiento médico?**

Si ( ) No ( ) .....

**Estado de salud mental actualmente:**

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

**¿Recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico?**

Si ( ) No ( ) .....

**¿Tiene antecedentes psicológicos personales?**

Si ( ) No ( ) .....

**¿Tiene antecedentes psicológicos familiares?**

Si ( ) No ( ) .....

**¿Realiza actividad física?:**

Siempre ( ) Regularmente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

**¿Cuál es su principal objetivo al realizar actividad física?**

Quemar calorías ( ) Mantenerse en forma ( ) Pasatiempo/ Hobby ( )

### 3. Ambiente familiar- escolar y social

¿Cómo calificarías tus relaciones familiares?

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

¿Cómo calificarías tu rendimiento escolar?

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

¿Te sientes parte de tu grupo de pares o compañeros de clase?

Si ( ) No ( )

¿Consideras adecuada tu socialización?

Si ( ) No ( )

### 4. Conductas y hábitos de salud y de ocio

| Conteste en cada uno de los literales la idea que más le caracterice a usted (una respuesta por literal). |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Duermo 8 horas diarias o más.   |  | Duermo menos de 8 horas diarias.                 |  |
| Duermo temprano los días de trabajo o estudio.  |  | Duerme a altas horas de la noche casi siempre.   |  |
| Gusto de la práctica de algún deporte.  |  | No practico ningún deporte.                      |  |
| Ingiero alcohol ocasionalmente.   |  | No ingiero alcohol.                              |  |
| En algún momento he consumido drogas.   |  | No he consumido drogas.                          |  |
| Ingiero laxantes, tés, pastillas u otros productos con el objetivo de bajar de peso.                      |  | No ingiero ninguna sustancia para bajar de peso. |  |
| Estoy preocupado por mi imagen corporal con frecuencia.   |  | Estoy satisfecho con mi imagen corporal.         |  |

## 5. Hábitos alimenticios

| <b>Conteste en cada uno de los literales la idea que más le caracterice a usted (una respuesta por literal).</b> |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Como siempre a las horas adecuadas.  |  | No tengo horas fijas para comer.   |  |
| Mi alimentación es balanceada.   |  | Mi alimentación no es balanceada.  |  |
| Desayuno, almuerzo y cena todos los días.  |  | Suelo saltar comidas frecuentemente.                                     |  |
| Consumo frutas, verduras y hortalizas con frecuencia.  |  | Evito el consumo de frutas, verduras y hortalizas.                       |  |
| Bebo agua regularmente.  |  | Mi consumo de agua es muy bajo.  |  |
| A diario como un desayuno saludable y equilibrado.   |  | Prefiero saltar el desayuno por falta de tiempo, hambre u otras razones. |  |
| Considero que mi ingesta de comidas rápidas es elevado.  |  | Consumo comidas rápidas con moderación.                                  |  |
| Llevo una dieta alimenticia que me prohíbe la ingesta de ciertos alimentos.                                      |  | Mi alimentación no restringe ningún alimento.                            |  |
| Investigo con frecuencia nuevas dietas para bajar de peso.   |  | Me siento a gusto con mi peso actual.                                    |  |
| Disfruto de las comidas.   |  | No disfruto de las comidas.  |  |

**Anexo 3:** Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT – 26)**Fecha de evaluación:****Cod.****CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA COMIDA (EAT – 26)**

*Garner y Garfinkel- Adaptación al español de Castro, Toro, Salamera y Guimara*  
(1991)

En el siguiente cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor, lea con atención cada ítem y conteste según corresponda nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre o siempre.

|   | Nunca | Casi Nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi Siempre | Siempre |
|---|-------|------------|---------------|-----------------|--------------|---------|
| 1. Me gusta comer con otras personas.   |       |            |               |                 |              |         |
| 2. Procuro no comer aunque tenga hambre.  |       |            |               |                 |              |         |
| 3. Me preocupo mucho por la comida.   |       |            |               |                 |              |         |
| 4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. |       |            |               |                 |              |         |
| 5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.  |       |            |               |                 |              |         |
| 6. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono.            |       |            |               |                 |              |         |
| 7. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.                  |       |            |               |                 |              |         |
| 8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.                               |       |            |               |                 |              |         |
| 9. Vomito después de haber comido.  |       |            |               |                 |              |         |
| 10. Me siento muy culpable después de comer.  |       |            |               |                 |              |         |
| 11. Me preocupa el deseo de estar más delgada.                                      |       |            |               |                 |              |         |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.          |  |  |  |  |  |  |
| 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.            |  |  |  |  |  |  |
| 14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.          |  |  |  |  |  |  |
| 15. Tardo en comer más que las otras personas.                |  |  |  |  |  |  |
| 16. Procuero no comer alimentos con azúcar.                   |  |  |  |  |  |  |
| 17. Como alimentos de régimen.                                |  |  |  |  |  |  |
| 18. Siento que los alimentos controlan mi vida.               |  |  |  |  |  |  |
| 19. Me controlo en las comidas.                               |  |  |  |  |  |  |
| 20. Noto que los demás me presionan para que coma.            |  |  |  |  |  |  |
| 21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. |  |  |  |  |  |  |
| 22. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.            |  |  |  |  |  |  |
| 23. Me comprometo a hacer régimen.                            |  |  |  |  |  |  |
| 24. Me gusta sentir el estómago vacío.                        |  |  |  |  |  |  |
| 25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.              |  |  |  |  |  |  |
| 26. Me siento incómoda después de comer dulces.               |  |  |  |  |  |  |

**Anexo 4:** Cuestionario de la forma corporal (BSQ)**Fecha de evaluación:****Cod.****CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL (BSQ)**

*Cooper & Otros (1987)- Adaptada a la versión española Raich, Mora, Soler, Avila (1996)*

En el siguiente cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor, lea con atención cada ítem y conteste siempre, casi siempre, a menudo, a veces, raramente, nunca, según corresponda.

|  | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Casi | Siempre |
|--|-------|-----------|---------|----------|------|---------|
| 1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?   |       |           |         |          |      |         |
| 2. Has estado tan preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta                        |       |           |         |          |      |         |
| 3. Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo. |       |           |         |          |      |         |
| 4. Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)   |       |           |         |          |      |         |
| 5. Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme.   |       |           |         |          |      |         |
| 6. Sentirte lleno después de la comida te ha hecho sentir gordo/a.   |       |           |         |          |      |         |
| 7. Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello.  |       |           |         |          |      |         |
| 8. Has evitado correr para que tu piel no saltara.   |       |           |         |          |      |         |
| 9. Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura.  |       |           |         |          |      |         |
| 10. Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas.                           |       |           |         |          |      |         |
| 11. El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a.                        |       |           |         |          |      |         |

|     |   |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|
| 12. | Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente.                    |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)        |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Has evitado llevar ropa que marcara tu figura.  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo.   |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?                                 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?               |  |  |  |  |  |  |
| 19. | ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?   |  |  |  |  |  |  |
| 22. | ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?                    |  |  |  |  |  |  |
| 23. | ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos) |  |  |  |  |  |  |
| 24. | ¿Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?   |  |  |  |  |  |  |
| 25. | ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?   |  |  |  |  |  |  |
| 26. | ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio? (Ej. En un autobús).                   |  |  |  |  |  |  |
| 28. | ¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?   |  |  |  |  |  |  |
| 31. | ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?                      |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?                          |  |  |  |  |  |  |
| 33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?    |  |  |  |  |  |  |
| 34. La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio. |  |  |  |  |  |  |

## Anexo 5: Registros Fotográficos



Indicaciones generales sobre los instrumentos de evaluación.



Estudiantes de séptimo año EBG.



Evaluación a los estudiantes de segundo año bachillerato.



Proceso de evaluación de los test BSQ y EAT- 26.

