

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

RELACIÓN ENTRE LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES FEMENINAS DE ENTRE 14 Y 20 AÑOS
DE EDAD, DEL COLEGIO 24 DE MAYO DE LA CIUDAD DE QUITO,
DURANTE LOS MESES DE JUNIO A JULIO DEL 2015.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES:

GABRIELA SORAYA VELA LOZANO

PAOLA JEANNETH CHILES RODRÍGUEZ

DR. HERNÁN CHÁVEZ

Director

DR. CÉSAR YUMISEVA

Director metodológico

QUITO, 2015

DEDICATORIA

A MIS PADRES

En este arduo camino hubo muchos tropiezos pero también triunfos y alegrías, existieron muchas personas esporádicas, sin embargo los que siempre estuvieron presentes constantemente fueron nuestros padres, esos seres que nos dieron la vida y que con su infinito amor son artífices de esta meta cumplida.

Por su ejemplo de sacrificio y perseverancia para lograr los objetivos planteados, siempre preocupados por buscar la forma de como disminuir nuestras presiones. A ellos dedicamos nuestro trabajo por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la oportunidad de cumplir con nuestros sueños.

A nuestras familias por la paciencia y apoyo incondicional.

A nuestros hermanos que con sus locuras disminuían nuestra tensión emocional.

A nuestros amigos más cercanos que durante estos seis años nos levantaron el ánimo con una palabra de aliento e hicieron menos complicada esta batalla.

A nuestro querido director que durante este proceso estuvo presto a ayudar.

A nuestro director metodológico que compartió sus conocimientos para que esto sea posible.

A los diferentes profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina que durante este tiempo nos guiaron con su sabiduría para ampliar nuestras mentes en el conocimiento de esta hermosa carrera.

A las autoridades del Colegio "24 de Mayo" por abrirnos las puertas de la institución para llevar a cabo el estudio.

A las queridas chivitas que con su entusiasmo y colaboración que las caracteriza estuvieron dispuestas a compartir con nosotras algo de su tiempo para colaborar con el estudio.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.	5
1.3 PROBLEMA.	6
1.4 OBJETIVOS.....	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
1.5 HIPOTESIS:.....	9
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	10
2.1.1 CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.	10
2.1.2 HISTORIA.	12
2.1.3 CONSTRUCCIÓN EVOLUTIVA DE LA IMAGEN CORPORAL.	20
2.1.4 INFLUENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA.	24
2.1.5 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.	27
2.1.6 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.	39
2.2.1 BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE AUTOESTIMA	51
2.2.2 CONCEPTO DE AUTOESTIMA.....	53
2.2.3 FUNDAMENTOS DE LA AUTOESTIMA	54
2.2.4 GRADOS DE AUTOESTIMA.....	54
2.2.5 ESCALERA DE LA AUTOESTIMA.....	55
2.2.6 LOS TRES ESTADOS DE LA AUTOESTIMA.	56
2.2.7 CAUSAS Y EFECTOS DE LA AUTOESTIMA.	58
2.2.8 REPERCUSIÓN DE LOS DESEQUILIBRIOS DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES.	61
CAPÍTULO III MÉTODOS.....	64
3.1 TIPO DE ESTUDIO.	64
3.2 ÁREA DE ESTUDIO.	64
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	64

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	65
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	66
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	66
3.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	68
3.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.	70
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	72
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	93
CAPÍTULO VI.....	97
6.1 CONCLUSIONES:.....	97
6.2 RECOMENDACIONES:.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	107
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO	107
ANEXO 2 BODY SHAPE QUESTIONNAIRE.....	109
ANEXO 3 TEST DE ROSENBERG.....	112
ANEXO 4 TEST DE GOLDBERG	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las estudiantes agrupadas según la etapa de adolescencia.	73
Gráfico 2. Distribución en porcentaje de los estadios de la adolescencia.....	74
Gráfico 3. Distribución de las estudiantes según su especialidad.....	75
Gráfico 4. Representación en porcentaje de las estudiantes según su Especialidad...76	
Gráfico 5. Distribución de las estudiantes según el nivel de bachillerato.....	77
Gráfico 6. Representación en porcentaje de las estudiantes según el nivel de bachillerato.....	78
Gráfico 7. Distribución de las estudiantes por nivel socioeconómico.....	79
Gráfico 8. Representación en porcentaje de las estudiantes por nivel socioeconómico.	80
Gráfico 9. Distribución de insatisfacción corporal de acuerdo a la edad.....	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las estudiantes según edad.....	72
Tabla 2. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el BSQ.....	81
Tabla 3. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según la edad.....	82
Tabla 4. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel de bachillerato.	83
Tabla 5. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el IMC.	83
Tabla 6. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel socioeconómico.....	84
Tabla 7. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel de autoestima.	84
Tabla 8. Relación entre los niveles de insatisfacción corporal con los niveles de autoestima.....	85
Tabla 9. Relación entre insatisfacción corporal con probable ansiedad	85
Tabla 10. Relación entre insatisfacción corporal con probable depresión	86
Tabla 11. Distribución de la insatisfacción corporal según la especialidad.....	86
Tabla 12. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y autoestima.....	87
Tabla 13. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y ansiedad.....	88

Tabla 14. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y depresión.....88

Tabla 15. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y la edad.
.....89

Tabla 16. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y el IMC.
.....90

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Test de Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983)	41
FIGURA 2 Test de las siluetas de Colling (1991)	42
FIGURA 3 Contour Drawing Rating Scale	43
FIGURA 4 Test de siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006)	44
FIGURA 5 Harris y cols. (2008) BMI- based Body size Guides.....	45

RESUMEN

En los últimos años la imagen corporal se ha convertido en uno de los principales temas de interés para la sociedad, en especial entre adolescentes. La insatisfacción de la imagen corporal se asocia con alteraciones del estado de ánimo como: depresión y baja autoestima, considerando así un factor desencadenante de trastornos en la conducta alimentaria.

Objetivo: Determinar la relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, la autoestima, ansiedad y depresión de las adolescentes del Colegio Experimental 24 de Mayo.

Metodología: Estudio transversal en estudiantes de bachillerato del Colegio Experimental 24 de Mayo de Quito. Después de solicitar la autorización a las autoridades del colegio para realizar el estudio, se firmó el consentimiento y el asentimiento informado. Las personas evaluadas llenaron los cuestionarios: Body Shape Questionnaire, Escala de autoestima de Rosenberg y Escala de Goldberg. Una vez obtenidos los datos en ciertos casos agrupamos a nuestra población: según la edad (adolescencia temprana, media y tardía), según su índice de masa corporal (peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad), según el grado de insatisfacción corporal (leve, moderada, extrema) y según en nivel de autoestima (normal, media y baja); con la información recolectada se creó una base de datos en el Excel con la que se obtuvieron los resultados

descriptivos y sirvió para ingresarla en el programa SPSS 19 y analizar los datos con la correlación de Pearson y Odds Ratio.

Resultados: Se determinó que la media por edad se encuentra en 16,5 años con una desviación estándar de 1,14. El 25,2% presentó insatisfacción corporal leve, el 8% insatisfacción moderada y el 4,62% insatisfacción extrema. La insatisfacción corporal tiene correlación con la baja autoestima (r 0,275), ansiedad (r 0,696) y depresión (r 0,674); y se asocia con la edad y el índice de masa corporal (IMC) aunque estas asociaciones no son estadísticamente significativas.

Conclusiones: Existe un nivel significativo de insatisfacción corporal en las adolescentes, que en algunos casos se acompaña de alteraciones afectivas como ansiedad y depresión. Entre los factores que influyen en el desarrollo de insatisfacción corporal se incluyen la edad, el nivel socioeconómico y el IMC, por lo que es importante que se realice un plan de diagnóstico y manejo dentro de la institución.

Palabras claves: ANSIEDAD, AUTOESTIMA, DEPRESIÓN, INSATISFACCIÓN CORPORAL

ABSTRACT

In the last years the corporal image has become in one of the main topics of interest to the society, especially among teenagers. The dissatisfaction of body image is associated with mood disorders such as: depression or low self-esteem, it is also considered a factor triggering of eating behavior disorders.

Objective: Determine the relationship between corporal image dissatisfaction, self-esteem, anxiety and depression among adolescents of the Experimental College 24 de Mayo.

Methodology: Cross sectional study in middle school students of the Experimental College 24 de Mayo of Quito. After requesting the relevant permits to the school authorities to conduct the study, consent was signed and informed the assent. The people evaluated filled the questionnaires: Body Shape Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale and Scale Goldberg. After obtaining the data in some cases we group our population: by age (early, middle and late adolescence), according to body mass index (underweight, normal weight, overweight and obesity), depending on the degree of body dissatisfaction (mild, moderate and extreme) and as in self-esteem (normal, medium and low); with the collected information a database was created in Excel with which were obtained the descriptive results and served to enter it in the SPSS 19 program and analyze data with Pearson correlation and Odds Ratio.

Results: It was determined that the stocking for age is 16, 5 years with a standard deviation of 1,14. The 25.2% had mild body dissatisfaction, 8% moderate and the 4.62% extreme dissatisfaction. Body dissatisfaction is correlated with low self-esteem (r 0.275), anxiety (r 0.696) and depression (r 0.674); and it is associated with age and body mass index (BMI), although these associations were not statistically significant.

Conclusions: There is a significant level of body dissatisfaction in adolescents, which in some cases is accompanied by affective disorders such as anxiety and depression. Among the factors that influence the development of body dissatisfaction are included age, socioeconomic status and the IMC, so it is important that a plan of management and diagnosis is performed within the institution.

Keywords: ANXIETY, SELF-ESTEEM, DEPRESSION, CORPORAL DISSATISFACTION

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN.

Según Trejo y colaboradores “la imagen corporal representa la manera en que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. No es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia. Esta última etapa es considerada de gran vulnerabilidad hacia la apariencia física debido a que se desarrolla el sentido de identidad y del rol sexual, por consiguiente es el período más sensible para el inicio de la insatisfacción corporal”.¹

En la actualidad la imagen corporal es altamente valorada en nuestra sociedad particularmente por las mujeres. La imagen corporal es la representación interna de nuestra propia apariencia y dicha representación es afectada por tres componentes: perceptual, cognitivo/afectivo y conductual^{2,3,4}.

La imagen corporal es una representación mental que se hace del cuerpo, en la cual se ven involucrados los sentimientos, valoraciones, actitudes y conductas hacia el mismo⁵.

Se sabe que la mayoría de las personas se encuentran inconformes con alguna parte de su cuerpo, sin embargo esto no ha sido motivo para que realicen estrategias de modificación corporal, ni cambien su vida cotidiana, a esto se le

conoce como malestar normativo. Mientras que a las conductas nocivas para la salud realizadas con la finalidad de modificar la imagen corporal, se le conoce como insatisfacción corporal ⁶.

La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres adolescentes con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física, como mental⁷.

Para los adolescentes, es muy importante cómo son percibidos por sus compañeros(as); algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación que les genera estrés, frustración y tristeza. La aceptación del grupo de pares, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia que se correlacionan con la autoestima⁸.

Para integrar su autoimagen, los adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia, tales como: prendas de vestir, maquillaje, peinados, gestos, manera de hablar, expresiones y posturas. Estas posibilidades, por lo general, son las que están de moda y tienden a seguirlas para no sentirse excluidos y ser aceptados en el grupo de interés⁹.

Las investigaciones que han comparado a niños y pre-adolescentes con adolescentes han indicado que con el paso de los años el problema es aún mayor. Mientras que el 55% de las niñas de 7 a 12 años desean estar más delgadas, en la adolescencia el porcentaje asciende hasta el 80%, presentándose en esta etapa también niveles de autoestima más bajo¹⁰.

Son varias las formas de describir a la autoestima, entre las cuales destacan tres. La primera es en términos de dignidad, o como Rosenberg (1965 p.60) dice, "Autoestima, es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, el yo." La alta autoestima expresa el sentimiento que uno es lo suficientemente bueno". Pero al entenderla como un fenómeno interno, como una actitud, creencia o sentimiento, nos lleva a simplificar su concepto y dimensión.

La segunda tendencia existente es la de conceptualizar la autoestima en términos de eficacia. Cuando William James habló de la autoestima en 1890, la describió como una fracción o la relación entre nuestros logros y nuestras aspiraciones. Según este enfoque, nuestra autoestima depende totalmente de lo que nosotros mismos hagamos y en lo que nos apoyamos. Se determina por la relación de nuestros éxitos en relación a las metas que tengamos. Esta

orientación sobre la definición de autoestima hace más fácil centrarse en pensar o investigar las conexiones entre la autoestima y acciones individuales.

El tercer enfoque se basa en que la autoestima tiene dos aspectos interrelacionados: implica un sentido de eficacia personal y un sentimiento de valía personal. Es la suma integrada de confianza en sí mismo y dignidad. Es la convicción de que uno es competente para vivir y digno de la vida. Entiende la autoestima como un fenómeno más complejo que consta de tres componentes en lugar de sólo uno. La competencia es uno de ellos, lo que significa que la autoestima se refleja en una clase determinada de comportamiento, a saber, comportamiento que es eficaz o exitoso. Otro componente es el mérito, lo que implica la sensación de que se es en cierto sentido bueno y que se merece respeto. El tercer componente, es la existencia de una relación entre lo que se hace en el mundo y cómo se siente un individuo acerca de sí mismo.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita formar una identidad firme, es decir sentirse y saberse un individuo distinto a los demás, al conocer su talento y sentirse valioso como persona. La autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro condiciones: vinculación, singularidad, poder y modelos¹¹.

Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente a desarrollar relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente. Y si el adolescente termina esta etapa de la vida con una buena autoestima, podrá entrar a la vida adulta con buenos cimientos para llevar una existencia productiva y satisfactoria¹².

Considerando todo lo antes mencionado, creemos importante valorar tanto la satisfacción acerca de la imagen corporal como la autoestima en los adolescentes, puesto que estas dos variables influyen positiva o negativamente en los mismos y al parecer resultan trascendentales durante esta etapa de la vida en la que están buscando su identidad. Además creemos importante investigar otras alteraciones psicológicas bastante relacionadas con el tema, entre las que consideramos significativas la depresión y la ansiedad a causa de una imagen corporal insatisfecha.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Muchos de los problemas emocionales que tienen que afrontar los adolescentes, en la actualidad, están relacionados con la insatisfacción de su imagen corporal, que se ve influenciada por el bombardeo a través de los medios de comunicación, que imponen modelos de belleza, logrando así que

interioricemos dichos modelos y los copiemos para sentirnos satisfechos con la misma, puesto que todo aquello que se aleje de tales modelos no nos gusta.

La mayoría de las familias desconocen realmente cómo se sienten sus hijos en relación a su imagen corporal y cómo esta apreciación afecta su estado psicológico, social y de salud.

Por lo tanto, el propósito de realizar este estudio es aportar con los datos suficientes sobre cómo se ven afectados los adolescentes que presentan insatisfacción con su imagen corporal.

Los datos obtenidos servirán tanto para estudios posteriores como para brindar una orientación adecuada a los adolescentes, a la familia y a la institución sobre cómo puede afectar la insatisfacción de la imagen corporal en la vida de un adolescente y como pueden ayudarlos a superar los problemas desarrollados en relación a esta situación.

1.3 PROBLEMA.

En España se estima que el 4,2 % de las adolescentes se encuentran insatisfechas con su cuerpo, en contraposición con el 23 % de adolescentes

latinoamericanas, misma que tiene su pico entre los 13 a 15 años y se mantiene hasta los 18 años, de ahí la necesidad de investigar su prevalencia y emprender acciones preventivas y/o limitantes.

Dávila y Carrión (2014) en la ciudad de Cuenca encontraron que el 11,9% presentó insatisfacción leve, el 8,6% insatisfacción moderada y el 2,7 % insatisfacción extrema; en relación a la edad encontraron mayor insatisfacción en mayores o iguales a los 19 años.

La insatisfacción corporal conlleva a un rechazo hacia la propia imagen, causada por la percepción distorsionada de la misma relacionándose así con una baja autoestima que puede concluir en problemas afectivos y alimenticios.

También es importante destacar que en la población femenina, puede ser un factor de riesgo en los desórdenes alimenticios.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación entre insatisfacción de la imagen corporal y autoestima en las adolescentes.

- Determinar si existe relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de alteraciones afectivas como ansiedad y depresión.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la frecuencia de insatisfacción de imagen corporal en adolescentes femeninas del colegio “24 de Mayo” en Junio - Julio del 2015
- Establecer la prevalencia de insatisfacción corporal con afectación de la autoestima, en adolescentes del colegio “24 de Mayo”.
- Establecer la prevalencia de insatisfacción corporal que se acompaña de ansiedad y depresión, en adolescentes del colegio “24 de Mayo”.
- Demostrar la relación de las variables sociodemográficos y la insatisfacción de la imagen corporal (edad, instrucción, IMC, nivel socioeconómico).

1.5 HIPOTESIS:

- Existencia de un alto porcentaje de adolescentes que no estén satisfechas con su imagen auto - concebida.
- Existencia de mayor porcentaje de insatisfacción corporal en la adolescencia media.
- La insatisfacción corporal se presenta en mayor porcentaje en adolescentes cuyo IMC no esté dentro del rango normal.
- El nivel de insatisfacción de la imagen corporal tiene una relación inversamente proporcional con el nivel de autoestima.
- La insatisfacción corporal puede causar alteraciones afectivas como ansiedad y depresión.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IMAGEN CORPORAL

2.1.1 CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.

Existen un sinnúmero de definiciones acerca de lo qué es la imagen corporal, entre las que tenemos el enfoque de Schilder que la define como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”¹³.

Según Rosen (1992) imagen corporal hace referencia a la manera en que uno se percibe, imagina siente y actúa respecto a su cuerpo. Es decir se involucran diferentes aspectos que incluyen: los perceptivos, subjetivos (satisfacción o no, preocupación evaluación cognitiva, ansiedad hacia su cuerpo) y los conductuales.

Para Fisher (1986) la imagen corporal es más un conjunto de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, partiendo de este concepto Bennis y Hollon

(1990) mencionan la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia el mismo, teniendo en cuenta que al involucrar sentimientos ya sean positivos o negativos hacia lo que puede ser o no una representación correcta del cuerpo corremos el riesgo de que esta se vea influenciada obteniendo como resultado una idea errónea de la propia imagen.

Thompson (1990) considera que es la representación interna de la propia apariencia y que está influenciada por tres componentes:

- Componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, especialmente su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- Componente conductual: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc^{3, 4}.

Para Cash (1990), la imagen corporal también involucra tres aspectos: un perceptual que incluyen imágenes y valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo, un cognitivo que hace referencia a como se llega a focalizar en la importancia del cuerpo, las creencias sobre el mismo y a la experiencia que tienen con él, y un emocional que comprende experiencias de placer, displacer, satisfacción, insatisfacción relacionados con la apariencia externa¹⁴.

Slade dice que es “una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores, históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”¹⁵.

No existe un acuerdo en lo referente al concepto de imagen corporal pero ésta resulta crucial para revelar aspectos trascendentales de la personalidad como la autoestima o el auto concepto, explicar ciertas psicopatologías como ansiedad y/o depresión debidas a la percepción del propio cuerpo.

2.1.2 HISTORIA.^{16, 17,18}

Es importante mencionar que la preocupación por la imagen corporal no es un problema reciente, simplemente a lo largo de la historia se han ido modificando

los estándares de belleza y la preocupación acerca de la imagen y las características de la misma también han ido variando siempre ligada a un ambiente social y cultural.

En la prehistoria (40.000 -50.000 a.C), la Venus de Willendorf es la primera representación del cuerpo femenino. En esta época la belleza estaba relacionada con la reproducción, el bienestar y el triunfo de la evolución, por lo que la mujer bella era aquella con un cuerpo voluminoso es decir pechos, vientre y caderas anchas, al que se le atribuía una reproducción exitosa disminuyendo el riesgo de muerte durante el parto tanto de ella como del niño..

Para los egipcios (2955-322 a.C) el concepto de belleza involucra armonía y perfección. El cuerpo debía ser proporcionado, puesto que el cuerpo humano era utilizado para el arte, principalmente en la pintura, debiendo ser delgado, con miembros pequeños, caderas anchas, pechos pequeños y torneados.

Utilizaban el puño como unidad de medida, por ejemplo la estatura perfecta de una persona eran 18 puños, 2 para el rostro, 10 desde los hombros hasta las rodillas y 6 para las piernas y pies. La belleza era importante por lo que ya en esta época se utilizaban pelucas, joyas y bisutería como complementos.

Su preocupación por el cuerpo hizo que conocieran bien la naturaleza y se ayudaran de ella para conseguir un cuerpo perfecto. La higiene era sinónimo de

belleza, por lo mismo el baño era todo un ritual en el que se utilizaban aceites y ungüentos. Se preocupaba por su piel y fabricaban cremas que utilizaban para combatir las arrugas. En esta época se documenta el inicio de la utilización de maquillaje, tanto en hombres como mujeres, sobre todo en los ojos. Otro punto importante era la vestimenta, al principio usaban vestidos de tirantes anchos hasta la rodilla, que poco a poco fueron cambiando a vestidos que perfilaban más la figura y mostraban partes del cuerpo. Todo esto pertenecía la clase alta, aunque la clase baja intentaba imitarlos en lo posible.

En la antigua Grecia (S. VIII – I a.C) la belleza no se relacionaba con el cuidado del cuerpo o con el adorno artificial de este, si no que se centraba en la simetría, la belleza era considerada la proporción perfecta de cada parte del cuerpo y en conjunto con el mismo. Se valoraba lo exacto y lo medible, mientras que lo que escapaba de la armonía era considerado impropio. Se considera al mundo y sus seres como una obra de arte. Incluso en la actualidad las investigaciones revelan que una persona cuyos rasgos faciales son simétricos y proporcionados resulta más atractiva que aquellas cuyos rasgos no lo son.

En el siglo V el cuerpo perfecto debía medir 7 cabezas y para el siglo IV pasó a ser 7 cabeza y media.

Al observar esculturas de aquella época nos encontramos con mujeres proporcionadas, robustas, sin sensualidad, ojos grandes, nariz afilada, bocas y

orejas ni grandes ni pequeñas mejillas y mentón que marcaran un perfil triangular, cabello ondulado y senos pequeños pero torneados.. Para los hombres la belleza consistía en poseer un cuerpo atlético, como representación de los Dioses. En la cultura Romana el ideal de belleza se mantuvo, con la diferencia que al tratarse de un pueblo guerrero el hombre estaba representado con armadura y debía tener las siguientes características, ser alto, musculoso de piernas largas, abundante cabellera, frente alta y amplia como signo de inteligencia, boca pequeña y mandíbula poderosa.

En la edad media (S. V – XV), interviene el Cristianismo introduciendo la idea de que la belleza depende de la intervención de Dios. La mujer bella era aquella con piel blanca (pureza), caderas estrechas y senos pequeños pero firmes, cabello rubio, y largo, rostro ovalado, labios pequeños, torso delgado. La belleza masculina era representada por guerreros con armadura, altos, delgados, fuertes y vigorosos, pecho y hombros anchos, piernas largas y rectas como símbolo de elegancia, manos grandes que demostraban habilidad con la espada.

Se imponen dos tipos de belleza la externa o física que a medida que pasa el tiempo se acaba y la espiritual que perdura a través del tiempo, permaneciendo en el interior de las personas.

La vestimenta era recatada y desaprecio el uso de maquillaje puesto que alteraba la belleza de la creación de Dios.

Sin embargo en esta época el cuerpo era despreciado, puesto que era un impedimento para estar junto a Dios, solía ser castigado debido a que se creía que por medio del sufrimiento corporal se acercaban a Dios.

En el Renacimiento (S. XV – XVI) la belleza se basaba en la armonía y proporción. Las mujeres bellas debían tener: piel blanca, cabello rubio y largo, frente despejada, ojos grandes y claros, hombros y cintura estrechos, caderas y estómago redondeados y senos pequeños, firmes y torneados, manos delgadas y pequeñas como signos de delicadeza y elegancia, pies delgados, dedos largos y finos, cuello largo y delgado. Debía poseer 3 elementos blancos (piel, dientes y manos), 3 rojos (labios, mejillas y uñas) y 3 negros (ojos, cejas y pestañas). En los hombres el ideal era el cabello largo, cejas pobladas y marcadas, mandíbula fuerte y pectorales anchos.

Usan vestimenta ostentosa, además utilizan rubor para obtener la tonalidad rosa de las mejillas.

En esta época al igual que en la Edad Media el cuerpo tiene una connotación religiosa, pero la diferencia radica en que ahora se considera que el cuerpo es perfecto, ya que está hecho a imagen y semejanza de Dios, sin importar la edad del mismo. Por lo que se vuelve importante el cuidado del cuerpo, tanto físico como en salud, puesto que ya no se considera un objeto despreciable.

El Barroco (S. XVII – XVIII), fue la época de la elegancia y la coquetería. La belleza era bastante artificial para lo que se utilizaban pelucas, perfumes, carmines, lunares postizos o pintados, peinados pomposos y joyas. Los cuerpos eran más gorditos que en el Renacimiento, eran mujeres con pechos bastante prominentes, caderas anchas y cinturas estrechas y para resaltar sus atributos usaban corsés, encajes, ropas suntuosas, zapatos de tacón se exaltaban la palidez, el rubor, el rojo de los labios y el cabello. En los hombres era importante el cabello por lo mismo usaban pelucas, piel muy blanca y mejillas rosadas y trajes llamativos.

En el siglo XX la belleza tuvo una sustancial influencia del cine. En los años 50 el ideal de belleza era un cuerpo con curvas y formas redondeadas, con una piel bronceada. En cuanto a la publicidad empieza a darle importancia al cuidado del cuerpo. En los 60 los estándares de belleza imponen la delgadez extrema, se valora un cuerpo esbelto, denominado tubular o andrógino. Este ideal de belleza es el que rige hasta la actualidad.

El cuerpo en la sociedad posmoderna es más bien un cuerpo diseñado para consumir y mostrar placer y deseo. Un cuerpo que rinde culto a la apariencia, al punto de valorar más lo externo, quedando poco a poco en el olvido la personalidad. Se busca un cuerpo donde se exaltan la delgadez, la juventud e incluso la fama como indicadores de belleza.

El modelo estético que se pretende en el hombre se basa en la apariencia juvenil, fuerte, viril, bronceado, musculoso y galán; en el caso de la mujer el ideal es una mujer joven, atractiva, alta, delgada, sin grasa ni arrugas, bien peinada y seductora.

En la actualidad, nuestra sociedad impone como modelo ideal un cuerpo delgado que no solamente es sinónimo de belleza sino también de éxito personal y profesional, poder, valía, inteligencia, etc. Además es el medio perfecto para obtener cierto estatus social. De esta manera ir en contra de esta tendencia es el camino directo al fracaso, llegando así a la conclusión de que estar gorda es sinónimo de fealdad, incapacidad e ineficiencia. Como consecuencia se discrimina a la gente obesa y se sobrevalora la idea de la delgadez.

El mensaje es transmitido a diario por todos los medios de comunicación, los que se encargan de vendernos la idea de que la imagen perfecta tiene que ver con las medidas del cuerpo, somos bombardeados por publicidad que nos muestra la imagen ideal, tanto anuncios sobre cómo conseguir un cuerpo esbelto ya sea por medio de gimnasios, prendas y medicinas mágicas o con cirugías a precios cómodos o simplemente con el hecho de que todos aquellos que están en la televisión tanto como presentadores, actores o son parte de los anuncios son personas que encajan dentro de la imagen que ofrecen, es de esta manera como a diario nos cuestionamos sobre nuestra imagen, realizamos

comparaciones y terminamos por concluir que nuestra imagen no es la “ideal” y por tanto no nos gusta.

Toro et al, analizaron la publicidad en torno a la esbeltez, incluida en 10 revistas femeninas de gran tiraje en España y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso¹⁶.

Un estudio realizado con 238 estudiantes universitarios ha puesto de manifiesto que en las mujeres, la exposición a distintos medios de comunicación promueve una imagen extrema del cuerpo ideal, creando así una insatisfacción por el propio cuerpo, que conduciría a incrementar la sintomatología relativa a los trastornos del comportamiento alimentario. Stice et al, (1993); citado en Toro (1996).¹⁹

La imagen ideal raya en lo absurdo, es algo irreal, no es natural, difícil o imposible de conseguir en ciertos casos y como consecuencia actualmente existe un crecimiento en la práctica de cirugías estéticas, o el uso de tratamientos de belleza de difícil acceso para los adolescentes, por lo que estos optan por otras opciones como dietas sin supervisión médica, ejercicio extremo, uso de laxantes o remedios milagrosos, los cuales pueden llegar a tener consecuencias graves como el desarrollo de trastornos alimenticios o la muerte.

En conclusión la presión social que se ejerce sobre nosotros para encajar en los estándares de belleza termina por cambiar nuestras creencias, para que apetezcamos convertirnos en una fiel copia de aquello que vemos y

consideramos bueno o adecuado, y es claro que como no logramos conseguirlo terminamos por sentirnos insatisfechos con nuestra imagen corporal dándole una puñalada a nuestra autoestima.

Vivimos en una lucha constante por alcanzar los cánones de belleza que se imponen, cambiando así la forma de concebir la dietética pasando de ser una forma de cuidar el cuerpo y mantenerse saludable a ser una forma en la que se controla lo que se ingiere, con esta nueva perspectiva a partir de los 90 aparecen patologías relacionadas con el cuerpo como los trastornos de la conducta alimentaria y relacionados con la Insatisfacción Corporal.

2.1.3 CONSTRUCCIÓN EVOLUTIVA DE LA IMAGEN CORPORAL.

Según Vayer, P. (1985): el desarrollo del esquema corporal se realiza de forma céfalo – caudal y próximo - dista. Y esto se consigue a través de una relación constante con el exterior.

Se puede dividir dicho proceso en 4 etapas progresivas, en las cuales los límites entre cada una son relativamente flexibles, ya que cada niño es un ser único, es decir, tiene su propia historia y sus propias vivencias.²⁰

- ETAPA DESDE EL NACIMIENTO A LOS 2 AÑOS: Período maternal, el niño pasa desde los primeros reflejos (reflejos nucleares) a la marcha y a las primeras coordinaciones motrices a través de un diálogo tónico madre-niño muy cerrada al principio, luego cada vez más suelto, pero, sin embargo, siempre presente.

- ETAPA DE 2 a 5 AÑOS: Período global de aprendizaje y del uso de sí. A través de la acción la aprehensión se hace cada vez más precisa, estando asociada a los gestos y a una locomoción cada vez más coordinada. Motricidad y cinestesia permiten al niño el conocimiento y, por ende, la utilización cada vez más diferenciada, cada vez más precisa de su cuerpo por completo.

La relación con el adulto es siempre un factor esencial de esta evolución que permite al niño desprenderse del mundo exterior y de reconocerse en tanto que individuo.

- ETAPA DE 5 a 7 AÑOS: Período de transición. El niño pasa del estadio global y sincrético al de la diferenciación y análisis. La asociación de las sensaciones motrices y kinestésicas a los otros datos sensoriales, especialmente visuales, permiten pasar progresivamente de la acción del cuerpo a la representación; viene entonces: el desarrollo de las posibilidades de control postural y respiratorio; la afirmación definitiva de

la lateralidad; el conocimiento de la derecha y de la izquierda; la independencia de los brazos con relación al tronco. La presencia del adulto sigue siendo un factor en el establecimiento de los diversos modos de relación consigo mismo y con el mundo de su entorno.

- ETAPA DE 7 a 11-12 AÑOS: Elaboración definitiva del esquema corporal. Gracias a la toma de conciencia de los diferentes elementos corporales y al control de su movilización con vistas a la acción, se desarrollan e instalan: las posibilidades de relajamiento global y segmentario; la independencia de los brazos y piernas con relación al tronco; la independencia de la derecha respecto a la izquierda; la independencia funcional de los diversos segmentos y elementos corporales; la transposición del conocimiento de sí al conocimiento de los demás, teniendo como consecuencias el desarrollo de las diversas capacidades de aprendizaje así como de relación con el mundo exterior. El niño tiene ahora ya los medios para conquistar su autonomía. La relación con el adulto, que sigue presente, irá haciéndose cada vez más distanciada hasta llegar a la cooperación y a compartir las responsabilidades.

Al llegar a la adolescencia se entra en una etapa de transición y reafirmación personal en la que la aceptación de imagen corporal juega un rol importante.

Así pues tenemos tres etapas²¹:

- Adolescencia Temprana (11 a 14 años): en esta etapa se acelera el crecimiento corporal, se inicia del pensamiento abstracto, y se reestructura el esquema e imagen corporal, y se busca la independencia.
- Adolescencia Media (15 y 17 años): en esta etapa aumenta el interés por la sexualidad. Toma importancia la interacción social, se busca el atractivo sexual y social, búsqueda de capacidades personales, interés por nuevas actividades y búsqueda de autonomía.
- Adolescencia Tardía (18 y 20 años): en esta etapa se reafirma la personalidad, los valores y preferencias vocacionales, se busca establecer el proyecto personal, elaboración de la identidad.

Teniendo en cuenta todo lo que implica esta etapa, se vuelve evidente que es durante este periodo en el que se va a ver afectado el desarrollo de la imagen corporal, ya que es el más vulnerable y dependerá totalmente de este lo que el adolescente crea adecuado a lo largo de su vida.

2.1.4 INFLUENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA.

La formación de la imagen corporal se fundamenta en su importancia para la formación de la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la percepción de la imagen corporal intervienen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.²²

Factores predisponentes:

- a) Sociales y culturales: aquellos que plantean un ideal corporal a partir del cual se ve influenciada la autoestima, el atractivo y la competencia personal, acarreado como consecuencia ideas erradas como: solo lo bello es bueno, la delgadez es sinónimo de belleza y el enredo de la publicidad que vende productos milagrosos para la manipulación del peso y del cuerpo.

- b) Modelos familiares y amistades: Es bien sabido que somos lo que vemos, como seres humanos aprendemos de aquello que vemos es por eso que la familia y los amigos son parte fundamental en el proceso de aceptación de nuestra imagen corporal, ya que al vernos influenciados

por familiares cercanos que están excesivamente preocupados por su cuerpo seguramente nosotros aprenderemos de esas actitudes. Por otro lado están las amistades que pueden criticar o hacer burla de nosotros y es bien sabido que para poder encajar en un grupo hay que parecerse de cierta manera a ellos, es decir que si no cumplimos con una imagen corporal acorde para ellos simplemente no podremos formar parte de su grupo.

- c) Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos sobre qué tan útil se puede ser, conllevan a pensar que se puede opacar todos estos defectos al obtener un cuerpo perfecto.
- d) Desarrollo físico y feedback social: el desarrollo puberal precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso, la talla y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- e) Otros factores: la obesidad, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en actividades físicas, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. hacen más autoconsciente a una persona sobre la importancia de su apariencia

física. Todos estos factores influyen en la construcción de la imagen corporal.

Factores de mantenimiento:

Se refieren a aquellos acontecimientos que logran activar el esquema de imagen corporal negativa causando malestar en el individuo.

Entre los que encontramos:

- La exposición pública del cuerpo
- El escrutinio social
- La comparación social
- La solicitud de un cambio

Entre las consecuencias de una imagen corporal insatisfecha tenemos: baja autoestima, depresión, ansiedad, inhibición y disfunción social, el uso de tratamientos tanto cosméticos como quirúrgicos encaminados a mejorar el aspecto físico.

Aquellos que presentan alteraciones de la imagen corporal, tienen cuatro niveles de respuesta ante situaciones en las que se consideran observados.

1. Nivel psicofisiológico: activación del sistema nervioso autónomo con respuestas como sudoración, dificultad para respirar, temblor, etc.
2. Nivel conductual: utilización de técnicas de evitación, camuflaje, realización de dietas y ejercicio.
3. Nivel cognitivo: incluyen excesiva preocupación, creencias infundadas, distorsión, sobre o subestimación sobre el cuerpo.
4. Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza.

A la larga la preocupación excesiva por alcanzar el cuerpo “ideal” sumada a la formación de una imagen corporal negativa, pueden traer como consecuencia el desarrollo de diferentes patologías.

2.1.5 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.²³

Se considera como alteración de la imagen corporal a las evaluaciones que cada persona tiene respecto a las percepciones sobre creencias acerca del cuerpo ideal. Entre las que tenemos:

A) PROPIAS DE LA IMAGEN CORPORAL.

- Alteraciones Cognitivo- afectivas = insatisfacción corporal: es la presencia de emociones o pensamientos negativos por la apariencia física.
- Alteraciones perceptuales = distorsión de la imagen corporal: que es la incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal.^{24,25}

B) ASOCIADAS CON LA IMAGEN CORPORAL.

La constante preocupación por la apariencia física trae como consecuencia el desarrollo de trastornos de la conducta alimenticia en especial en mujeres y de trastornos dismórficos corporales en los hombres, por medio de los cuales busca alcanzar éxito y felicidad.

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA (TCA).**

Estos son considerados una de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres. Que se caracterizan por alteraciones en el patrón de ingesta y conducta sobre el peso que producen deterioro físico y psicosocial. Incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y trastornos de conducta alimentaria no especificada o atípicos (EDNOS).^{26,27}

Anorexia Nerviosa.

Es una enfermedad psicosomática que se caracteriza por una alteración de la imagen corporal en la que se sobreestima el peso y un trastorno de la conducta alimentaria que incluye la negativa por alimentarse por un miedo irracional a ganar peso.²⁸

Existen dos formas de presentación:

- Típica o restrictiva: ayuno
- Purgativa: ayuno más vómitos auto inducidos, laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo.

Se estima que su prevalencia en adolescentes va entre el 0,1% – 1.5%.^{29, 30,31}, suele ser más frecuente en mujeres y suele iniciarse en la adolescencia media y tardía.^{31, 32,33}

Criterios diagnósticos³⁴

DSM-IV	<ul style="list-style-type: none">– Rechazo a mantener un peso en un nivel mínimamente normal para la edad y sexo (por debajo del 85%).– Miedo intenso a engordar.– Distorsión de la imagen corporal.– Negación de la situación de peligro.– Amenorrea secundaria (con ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos) o primaria (retraso de la menarquia).– Se establecen dos tipos de AN: purgativo o restrictivo, en función de que existan o no conductas purgativas y/o episodios de atracones.
--------	--

Bulimia Nerviosa.

Es una enfermedad psicósomática que se caracteriza por una autoevaluación excesivamente influida por la silueta y el peso corporal y un trastorno de la conducta alimentaria que involucra episodios de descontrol en los que las pacientes consumen grandes cantidades de comida (atracones) para luego efectuar rituales encaminados a neutralizar los efectos de los mismos, entre los que se incluyen: inducción del vómito, ejercicio intenso, dietas restrictivas, utilización de diuréticos o laxantes.^{26,35}

Se clasifican en dos tipos:

- Purgativo: durante el episodio, se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas.
- No purgativo: durante el episodio, emplea conductas como el ayuno, ejercicio intenso, pero no usa regularmente los métodos purgantes.

Se estima su prevalencia entre 0,1% y 2%, de las cuales el 90% son mujeres.^{29, 30,31}

Criterios diagnósticos³⁴

DSM-IV	<ul style="list-style-type: none">– Episodios recurrentes de ingesta voraz, al menos 2 semanales durante 3 meses– Conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido: vómitos auto provocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio físico excesivo.– Distorsión de la imagen corporal– También se establecen dos tipos: purgativo (vómitos auto provocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas en exceso) y no purgativo (utilizan el ayuno o el ejercicio físico excesivo)
--------	--

- **TRASTORNOS DISMÓRFICOS CORPORALES (TDC).**

Trastorno dismórfico corporal.

Es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por una preocupación excesiva por un defecto imaginario de la apariencia.

Se considera una alteración grave de la imagen corporal, incluida dentro de los trastornos somatomorfos.³⁶

Los estudios epidemiológicos mencionan una prevalencia del 0,7 % al 2,4% en la población general^{36, 37,38}. En el ámbito dermatológico se ha encontrado una prevalencia del 11.9%³⁹ y en el ámbito estético una prevalencia del 3% al 53%^{39,40}. Aparentemente la enfermedad comienza en la adolescencia.

Las áreas del cuerpo que presentan mayor preocupación son:^{41,42}

Área	%
Piel	73
Cabello	56
Nariz	37

Criterios diagnósticos³⁴

DSM-IV	A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
--------	---

	<p>B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).</p>
--	---

Dismorfia muscular o Vigorexia.

Es una psicopatología somática, caracterizada por una alteración de la imagen corporal en la que el individuo se ve pequeño y se considera débil, cuando realmente no lo es, por lo que tienden a tener pensamientos obsesivos relacionados con su cuerpo y a realizar ejercicio físico de una manera excesiva, dieta inapropiada y consumir sustancias peligrosas.⁴³ Sobreestiman los beneficios de poseer un cuerpo musculoso.

Afecta en su mayoría a hombres y tiene repercusiones en la vida cotidiana.

Se ha estimado una prevalencia del 10% en usuarios de gimnasios⁴⁴. Uno de los principales problemas de esta obsesión es el uso

indiscriminado de esteroides y anabólicos para obtener músculo que se sitúa en un 42%.⁴⁵

- **TRASTORNOS AFECTIVOS ASOCIADOS A ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.**

Ansiedad.

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos. No obstante, esta puede alcanzar niveles excesivamente altos en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. Como consecuencia de la ansiedad se pueden desarrollar trastornos físicos y mentales.

Entre los físicos tenemos: trastornos cardiovasculares, trastornos digestivos, trastornos respiratorios, trastornos dermatológicos y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.), entre los mentales los principales son los trastornos de ansiedad, pero también encontramos diferentes niveles de ansiedad en trastornos como : depresión mayor, distimia, anorexia, bulimia, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos, trastornos somatomorfos .

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del ánimo, constituyen una alta tasa de morbilidad^{46, 47}. La ansiedad patológica dificulta la funcionalidad en el medio en el que se desenvuelve, limitando su autonomía.

La prevalencia de en la población general está, entre el 10% y el 20%^{48,49}. Se encuentra una prevalencia más alta en mujeres (20,8%) que en varones (14,2%)⁵⁰.

A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata.

Depresión.

La OMS la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Existen dos tipos de depresión⁵¹:

Depresión mayor.- incluye síntomas que afectan la vida del paciente en diferentes aspectos como trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. Ésta incapacita a la persona impidiéndole desenvolverse con normalidad. Puede ocurrir solo una vez en el curso de vida, pero usualmente, tiende a ser recurrente durante toda su vida.

Distimia.- involucra síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves que la depresión mayor, no suele incapacitar a una persona pero sí le impide desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia pueden padecer uno o más episodios de depresión mayor.

Criterios diagnósticos DSM- IV

Depresión Mayor
<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).</p>

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

<p>Distimia</p> <p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.</p> <p>Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.</p>
<p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza
<p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p>
<p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p>
<p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p>
<p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p>
<p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>

2.1.6 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

La evaluación de la imagen corporal se debe realizar de una manera integral, incluyendo los siguientes aspectos.^{14, 52,53}

- **Perceptual:** se encarga de evaluar el grado de precisión con la que los pacientes perciben su cuerpo, tanto en tamaño como en forma. Para su estudio lo dividiremos en dos grupos aquellos que evalúen las partes corporales y los que evalúen el cuerpo en su totalidad.⁵⁴

A) Estimación de partes corporales

Métodos analógicos: la persona evaluada debe estimar la amplitud frontal o lateral de un segmento corporal a partir de dos puntos luminosos, cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad del individuo. La discrepancia que exista entre dicha estimación y las medidas reales, permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño. Fundamentados en este principio existen diferentes métodos de estudio.

Trazado de imagen: con el mismo principio del anterior, pero en lugar de utilizar dos puntos, se utilizan dos piezas de madera o un cordón sostenido con ambas manos, por medio de los cuales el individuo deberá representar las

dimensiones de una parte de su cuerpo, de la misma que después se tomaran sus medidas reales y se calculará el siguiente índice:

Precisión Perspectiva: $IPP = [(estimación \text{ (cm)} / medida \text{ real (cm)})] 100$.

Donde una IPP de 100 corresponde a una estimación exacta a la real, una IPP >120 se considera una sobreestimación y una IPP < 80 una subestimación.

B) Estimación global

Por distorsión de la imagen corporal: se utilizan video, espejos o fotografías, por medio de esto el individuo debe estimar su tamaño y forma la cual posteriormente será comparada con la real, la diferencia que exista entre la imagen presentada y la real permite calcular un índice de precisión perceptiva.

Es preciso mencionar que hasta el momento, no existe un método de evaluación óptimo de la precisión perceptiva.

Siluetas y fotografías corporales: suelen ser los más utilizados para la medición del tamaño, forma y peso del cuerpo y su satisfacción. Las escalas tienen entre 5 y 12 siluetas, de entre las cuales debe seleccionar la figura que cree que lo representa y la figura que considera la ideal. La diferencia entre

estas se llama índice de discrepancia y se considera que representa la insatisfacción corporal⁵⁵. Entre estas tenemos:

Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983): Incluyen nueve figuras tanto masculinas como femeninas, que van desde muy delgado a muy obeso.

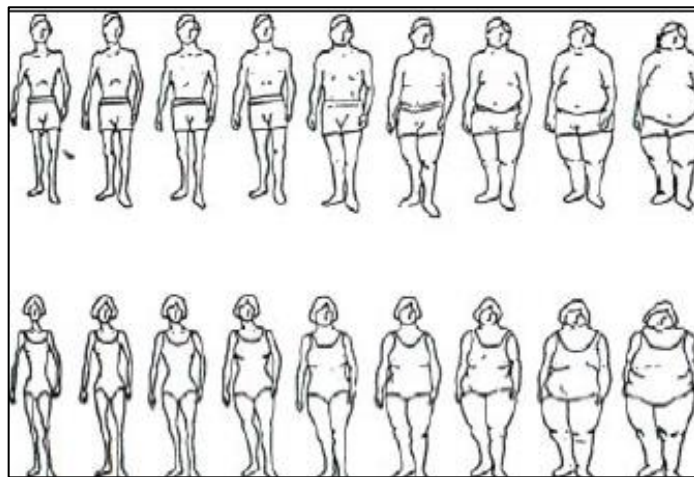


FIGURA 1 Test de Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983)

Test de las siluetas de Colling (1991)

Incluyen 7 figuras para hombres y para mujeres preadolescentes para evaluar su percepción y preferencia sobre la figura corporal y detectar preocupaciones acerca del peso.

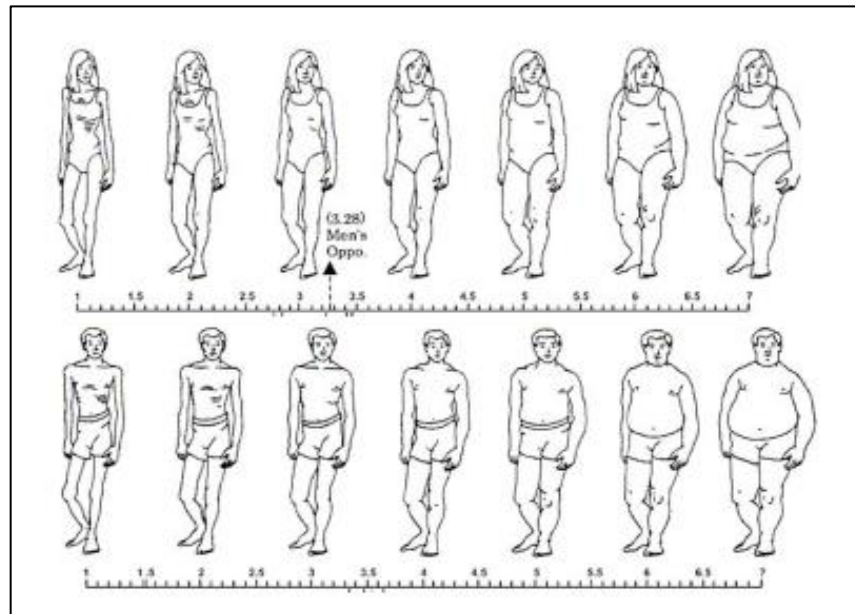


FIGURA 2 Test de las siluetas de Colling (1991)

Test de siluetas de Thompson y Gray (1995)

La Contour Drawing Rating Scale contiene 9 figuras femeninas y 9 masculinas vistas de frente. Se realizan las siguientes preguntas: señala cuáles te parecen delgadas, normales y gordas tanto de las figuras femeninas como de las masculinas, ¿qué figura representa tu peso actual?, ¿cuál sería tu figura ideal?

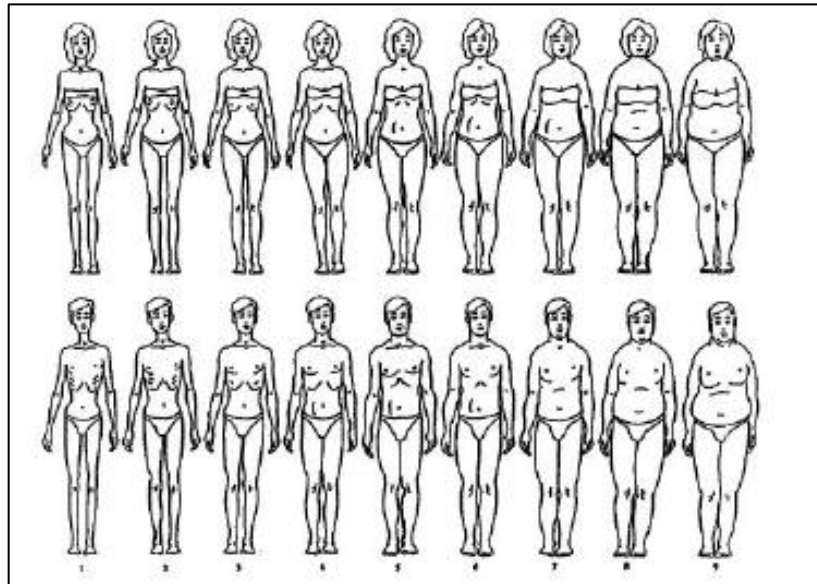


FIGURA 3 Contour Drawing Rating Scale

Test de siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006)

Dirigida a la población adulta, determina la percepción. Consta de 9 siluetas en las cuales los dibujos 1-3 son normales, del 4-6 sobrepeso y del 7-9 obesidad.

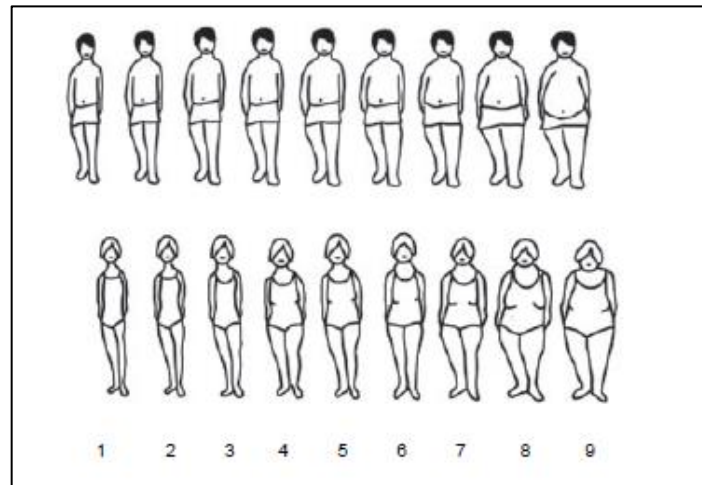


FIGURA 4 Test de siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006)

Test de Fotografías corporales de Harris y col. (2008)

Incluyen 10 fotografías tanto de mujeres como de hombres y su diferencia con otras escalas es que estas representaciones tienen una relación precisa con el IMC, puesto que las fotografías son obtenidas de voluntarios a los que se les calculó su IMC. La escala va desde bajo peso (IMC 18,5) a obesidad III (IMC > 40).



FIGURA 5 Harris y cols. (2008) BMI- based Body size Guides

- **Cognitivo:** este hace una evaluación acerca de las creencias, pensamientos y emociones que los individuos tienen sobre su propio cuerpo tanto global como por partes, y las actitudes que estas crean hacia el cuerpo⁵⁶.

Entre estos instrumentos tenemos:

a) Entrevistas

Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)

Desarrollado por Rosen y Reiter en 1995 y fue adaptada por Raich, Torras y Mora en 1997. Se encarga de evaluar principalmente la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico, además aspectos cognitivos y conductuales, e ideas sobrevaloradas de la apariencia física. Tiene adecuada consistencia interna, fiabilidad y validez concurrente y predictiva.

b) Cuestionarios

Eating Disorders Inventory (EDI)

Desarrollado por Garner, Olmstead y Polivy en 1983. Este está compuesto por 11 subescalas que evalúan diferentes áreas relacionadas con el desarrollo de TCA, entre ellas está la subescala para insatisfacción corporal. Tienen una adecuada consistencia interna (alpha 0,8), fiabilidad y validez concurrente y predictiva.

Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

Fue desarrollado en 1983 y en aquel entonces constaba de 294 ítems los cuales han ido disminuyendo hasta llegar a ser 69 (Cash, 1990), los mismos que evalúan aspectos actitudinales con relación a la imagen corporal. La traducción y adaptación al español fue realizada por Raich, Torras y Mora (1997) y esta consta de 45 ítems. Incluyen 3 subescalas especiales entre la que se encuentra la escala de satisfacción respecto a áreas corporales. Su uso se recomienda desde los 15 años. Este instrumento se considera el más completo y multidimensional, tiene una consistencia interna adecuada (0.884).

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Es un cuestionario diseñado por Cooper, Taylor y Fairburn en 1987 para valorar la insatisfacción corporal. Consta de 34 preguntas que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción, preocupación por el peso y figura. Se puntúa en una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta: 1) nunca, 2) raramente, 3) algunas veces, 4) a menudo, 5) muy a menudo, 6) siempre.

Así se obtiene puntuaciones entre 34 y 204 puntos y se clasifican en 4 categorías, de la siguiente manera: < 81 no hay insatisfacción corporal, 81-110 leve insatisfacción corporal, 111-140 moderada insatisfacción corporal y > 140 extrema insatisfacción corporal. Resultando muy útil para la valoración de pacientes que tienen insatisfacción corporal y poder definir cuál es el grado de la misma. La adaptación española la realizó Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996), tiene una alta consistencia interna (alpha: 0,95 y 0,97) y una validez convergente con la subescala de EDI de 0,78 y con el EAT 0,71.

Escala de Satisfacción Corporal (ESC)

Ésta valora la satisfacción de los adolescentes hacia su cuerpo en forma global y de sus partes. Tiene 17 ítems, de los cuales 16 hacen referencia a partes del cuerpo divididos en cuatro grupos : cara (pelo,

ojos, nariz y boca), torso superior (hombros, pecho, estómago, y cintura), torso inferior (caderas, nalgas, muslos y piernas) y otros (tono muscular, piel, altura y peso), los mismos que se puntúan del 0 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho) y el último ítem valora el aspecto físico global y tiene una puntuación que va del 1(muy insatisfecho) al 10 (muy satisfecho).

Existe una versión adaptada (Maganto, Cruz, del Río y Roíz, 2002), este está compuesto de 24 ítems, los 20 primeros evalúan las partes del cuerpo en una escala del 1 al 10, agrupadas como ya ha sido mencionado y los 4 últimos valoran las categorías anteriores pero como conjunto y su aspecto general.

Este instrumento ha demostrado correlaciones significativas con la subescala EDI-I ($p < 0.001$).

Adaptación del Body Image Ideal Questionnaire (BIIQ)

Adaptado por Cash y Szymanski en 1995. Es un cuestionario con 16 preguntas encargadas de valorar por una parte cuanto se aproxima el individuo a su persona ideal y por otra que tan importantes considera los puntos evaluados. Los aspectos físicos evaluados son: altura, piel, caderas, pelo, cintura, rasgos faciales, labios, tono muscular, peso, pecho, nalgas, muslos, fuerza y apariencia general.

Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)

Desarrollado por Rosen, Salzberg, Srenick y Went en 1990. Este instrumento mide la frecuencia con que se practican conductas que muestran preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 19 ítems y 4 subescalas para vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse. Tiene aceptables garantías psicométricas.

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal (CIMEC)

Desarrollado por Toro, Salamero y Martínez en 1994. Este instrumento evalúa las influencias socioculturales de los TCA. Fue adaptado y validado por Vázquez, Álvarez y Mancilla en población mexicana en el 2000, encontrándose una consistencia interna (α . 0,94). Consta de 40 ítems para evaluar la presión de los medios de comunicación y el entorno social, que percibe cada individuo.

- **Conductual:** este aspecto se ha introducido recientemente dentro de la evaluación y se basa en averiguar sobre las conductas a causa de la alteración de la imagen corporal, entre las que encontramos: la evitación de ciertas situaciones, las dietas o ejercicio excesivo. Entre los instrumentos con los que contamos están:

El SIBID de Cash: el cual mide reacciones de malestar e insatisfacción con el cuerpo a causa de varias situaciones, contextos o actividades.

Cuestionario de Evitación de la Imagen corporal (BIAQ) (Rosen, Salzberg, Srebnik y Wendt, 1991): que se encarga de evaluar la frecuencia con la que un individuo lleva a cabo conductas de evitación en situaciones que se relacionen con la imagen corporal.

- **Otros problemas psicológicos:** que evaluará problemas relacionados con las alteraciones de la imagen corporal, entre los que se incluyen: depresión, trastornos alimenticios, ansiedad, disfunción sexual, etc.
- **Dimensiones de personalidad:** entre las que tenemos: autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación, las mismas que pueden estar afectadas al existir IC.

AUTOESTIMA

2.2.1 BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO.⁵⁷

Un aspecto importante que no se puede dejar de señalar en la tarea de precisar el concepto de autoestima, se deriva del análisis sobre la evolución del concepto a lo largo de su historia, ya que conocer el origen y desarrollo de cualquier concepto ayuda, sin duda, a su mejor comprensión.

En este sentido, hay que decir que desde el primer intento de definición de la autoestima realizado por William James en 1890 en su obra “Principles of Psychology”, en el que describe la autoestima como el resultado de la proporción entre éxito alcanzado y las pretensiones (Autoestima= Éxito/Pretensiones), hasta el momento actual, se han producido importantes cambios en este concepto.

El concepto de autoestima ha sido definido y utilizado por numerosos psicólogos desde prácticamente todas las corrientes de psicología, por lo que son incontables la cantidad de definiciones o concepciones que se pueden recoger en la bibliografía. A pesar de ello, son seis los autores que parecen haber influenciado más en el desarrollo de este concepto.

En primer lugar, cabe destacar a William James, el cual es creador de este concepto, y cuyo enfoque inicial considera la autoestima como un fenómeno afectivo que se experimenta como una sensación o emoción.

En segundo lugar, cabe destacar las aportaciones de Rober White, 1963, el cual ve a la autoestima como un fenómeno que se ve afectado por la experiencia y a su vez efectúa y genera el comportamiento.

En tercer lugar, se pueden destacar las aportaciones de Morris Rosenberg, 1965, desde una aproximación sociocultural. Aquí la autoestima es definida como una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene sobre sí misma.

En cuarto lugar, desde la perspectiva conductual, Stanley Coopersmith, 1967, adoptó una comprensión de la autoestima semejante a la de Rosenberg, ya que consideraba la autoestima como una actitud y una expresión de la dignidad.

En quinto lugar, la perspectiva humanista de Nathaniel Branden, 1969, también es de gran relevancia para el desarrollo de este concepto. Se define la autoestima como una necesidad humana básica y se hace especial énfasis en los sentimientos de auto valía y competencia.

En sexto lugar, desde el enfoque cognitivo conductual, Seymour Epstein, 1985, considera la autoestima como una necesidad humana basada en la dignidad y que esta constituye una fuente de motivación para el individuo.

La autoestima es una competencia específica de carácter socio – afectivo, que constituye una de las bases mediante las cuales el sujeto realiza o modifica sus acciones. Se expresa en el individuo a través de un proceso psicológico complejo que involucra a la percepción, la imagen, la estima y el autoconcepto que este tiene de sí mismo. En este proceso, la toma de conciencia de la valía personal se va construyendo y reconstruyendo durante toda la vida, tanto a través de las experiencias vivenciales del sujeto, como de la interacción que este tiene con los demás y con el ambiente.

2.2.2 CONCEPTO DE AUTOESTIMA.

La **autoestima** es “un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto”, y señala que es “lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad”. C. Rogers (1967).

La autoestima es un sentimiento valorativo de quiénes somos, consiste en valorar y reconocer lo que uno es y lo que puede llegar a ser. Esta se puede aprender, cambiar y/o mejorar.

2.2.3 FUNDAMENTOS DE LA AUTOESTIMA

La capacidad de desarrollar una confianza y un respeto saludables por uno mismo es inherente a todos los seres humanos, es el producto de la interacción del hombre y del mundo. El estado natural del ser humano debe ser una autoestima alta, sin embargo esto no siempre se encuentra en los individuos de nuestra sociedad, es frecuente encontrar una autoestima inferior a la teóricamente normal.

Esto se debe a que, a lo largo del desarrollo hasta la época actual han aumentado las tensiones que intervienen en el dominio de las relaciones humanas debido a que las personas se alejan de la auto conceptualización positiva, suelen juzgarse a ellos mismos por algún error cometido, por haber faltado a los valores propios o simplemente por influencia negativa de los demás.

Una forma de subsanar este comportamiento disfuncional es la de enfocarse en uno mismo sin que se dependa de la mirada del otro, buscar la propia valoración y respeto.

2.2.4 GRADOS DE AUTOESTIMA.⁵⁸

La autoestima es un concepto gradual. Desde este punto de vista se puede dividirla en tres estados:

- Tener una **autoestima alta** equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.
- Tener una autoestima baja es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.
- Tener un **término medio de autoestima** es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias en la conducta actuar, unas veces, con sensatez, otras, con irreflexión, reforzando, así, la inseguridad.

En la práctica, la autoestima puede disminuir o aumentar debido a múltiples sucesos ya sea que estos incluyan a la familia, amigos y en si al entorno en el que se desarrolla la persona. Esto también dependerá de la personalidad de cada uno, existen personas con mayor sensibilidad que otras, por ende estas serán más susceptibles a una autoestima inestable.

2.2.5 ESCALERA DE LA AUTOESTIMA.⁵⁹

Todo empieza por el propio ser, el juzgarse a sí mismo, sea esto de forma positiva o negativa.

Auto reconocimiento: Es reconocerse a sí mismo, saber detectar sus necesidades, habilidades, debilidades, cualidades corporales o psicológicas, observar sus acciones y de ser necesario corregirlas.

Auto aceptación: Es un estado en el que el individuo desarrolla la capacidad de aceptarse tal cual es, tanto en lo físico como en lo psicológico y social. Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como forma de ser y sentir.

Auto valoración: Es buscar y valorar todo aquello que le haga sentirse orgulloso de sí mismo, valorar las cosas buenas y que le satisfacen, que le permitan crecer como persona.

Auto respeto: es la sensación de considerarse merecedor de todo lo que le rodea, de la felicidad que siente con cada meta cumplida.

Auto superación: Si la persona es capaz de reconocer sus aciertos, será capaz de reconocer sus errores, pero los reconocerá como condiciones que deben superarse y corregirse, esto le ayudara a crear conciencia de sus debilidades y así superarlas y mejorar cada día.

2.2.6 LOS TRES ESTADOS DE LA AUTOESTIMA.⁶⁰

Según Martín Ross se distinguen tres estados de la Autoestima, haciendo una comparación entre las hazañas y las anti-hazañas de la persona.

Autoestima Derrumbada

Cuando la persona tiene un concepto negativo en cuanto a su autovaloración.

Esta puede estar marcada por una anti hazaña como evento causal para este estado.

Un ejemplo claro de esto en los adolescentes, es cuando consideran que pasar de cierta edad es una anti-hazaña, cuando él observa que en su entorno existen muchachos de menor edad y están en el mismo nivel de educación. Se juzga de forma negativa conceptualizándose como “viejo”.

Autoestima Vulnerable

En este estado el individuo es capaz de tener un buen concepto sobre sí mismo. Sin embargo su Autoestima es demasiado frágil a la posible llegada de anti-hazañas y opta como mecanismo de defensa el nerviosismo por miedo a fracasar. Es el típico individuo que evita tomar decisiones.

Autoestima Fuerte

Tiene una buena imagen de sí, se muestra seguro ante cualquier eventualidad, con fortaleza para que las anti-hazañas no lo derriben. Suelen no presumir de las hazañas, no lo ven necesario porque están seguros de que las personas lo reconocen sin estar alardeando de él mismo. Menor miedo al fracaso. Son

personas con muchos ánimos que ponen toda su buena predisposición para emprender algún nuevo proyecto.

Sin embargo, ninguna Autoestima es infranqueable y cualquier individuo es vulnerable a que su autoestima se vea afectada por alguna situación en la vida.

2.2.7 CAUSAS Y EFECTOS DE LA AUTOESTIMA.⁶¹

La autoestima puede verse afectada debido a múltiples sucesos en el entorno del individuo estos pueden ser relacionados con la familia, la escuela, la comunidad y el universo, y esto va a depender de la sensibilidad del sujeto.

Existen personas que son muy sensibles ante cualquier estímulo negativo que ellos capten como por ejemplo un gesto desagradable, una frase, un pequeño incidente familiar o una crítica en el colectivo. Por lo general los niños genuinamente son muy susceptibles y muchos a diario son afectados por los pequeños sucesos que ocurren en la casa o escuelas. Así lo demuestra estudios realizados en Estados Unidos (1997) en él se comprobó mediante audífonos colocados en los oídos de niños de cuatro años de edad que escuchaban un elogio y nueve reprimendas y media cada veinticuatro horas.

Lo que conlleva a que desde pequeños se vea afectada su autoestima y por ende su desarrollo emocional que a su vez engloba alteraciones en el desempeño normal de sus actividades.

Las causas que bajan la autoestima son múltiples: el miedo, la tensión, los fracasos, las enfermedades, la angustia, la ansiedad, la disfunción sexual, la insatisfacción con la imagen corporal, el incumplimiento de las metas, y las adicciones, entre otras, mientras que los éxitos, las buenas relaciones y el amor pueden aumentarla.

Importancia de la autoestima positiva

La autoestima permite a las personas enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia, optimismo y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos.⁶²

Permite tener mayor seguridad en cada una de las decisiones que se tome, en cada proyecto que se quiera emprender, mostrarse al mundo con una actitud de líder, ser ambicioso en cuanto a lograr cumplir con sus objetivos y así permitir desarrollarse en el ámbito personal, profesional y emocional.

La importancia de la autoestima radica en que la persona debe darse cuenta que lo contrario a está es la desestima propia, lo que inmerge al individuo en una infelicidad crónica que conlleva a estados de depresión.

Mejorar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices; la autoestima permite tener el convencimiento de merecer la felicidad, de apreciar las cosas

buenas que nos brinda la vida, por más pequeñas que sean éstas, darle el valor que nos impulse a ser mejor persona cada día.

Llegar a comprender esto es fundamental y difícil pero necesario por los beneficios que nos brinda. Tener una autoestima positiva aumenta nuestra capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, mejorando así las relaciones interpersonales.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Rosenberg (1965) describe a la autoestima como un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales. La autoestima se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias. El nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción del sí mismo en comparación con los valores personales.

La autoestima es un constructo de gran interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos, así como por su asociación con la conducta de búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés y con el bienestar general. (Vázquez, Jiménez & Vázquez, 2004.

Cuando la autoestima se ve afectada negativamente esta se puede ver asociado con cuadros como la depresión, los trastornos alimentarios, los

trastornos de personalidad, la ansiedad, y la fobia social. Se ha descrito a la autoestima como un excelente predictor de la depresión.

Por tanto, es importante el estudio de la autoestima, teniendo a disponibilidad instrumentos adecuadamente validados para la investigación psicopatológica.

La Escala de Autoestima de Rosenberg es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.

2.2.8 REPERCUSIÓN DE LOS DESEQUILIBRIOS DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES.

Los desequilibrios de autoestima pueden presentarse de formas como las siguientes:⁶³

Trastornos psicológicos:

- Ideas de suicidio.
- Falta de apetito.
- Pesadumbre.
- Poco placer en las actividades (anhedonia).
- Pérdida de la visión de un futuro.
- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío persistente.
- Desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.

- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Trastornos en el sueño.
- Inquietud, irritabilidad.
- Dolores de cabeza.
- Trastornos digestivos y náuseas.

Trastornos afectivos:

- Dificultad para tomar decisiones.
- Enfoque vital derrotista.
- Miedo.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.

Trastornos intelectuales:

- Mala captación de estímulos.
- Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
- Dificultad de comunicación.
- Auto devaluación (baja autoestima)
- Incapacidad de enfrentamiento.
- Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

Trastornos de conducta:

- Descuido de las obligaciones y el aseo personal.
- Mal rendimiento en las labores.
- Tendencia a utilizar sustancias nocivas.

Trastornos somáticos:

- Insomnio.
- Inquietud en el sueño.
- Anorexia.
- Bulimia.
- Vómitos.
- Tensión en músculos de la nuca.
- Enfermedades del estómago.
- Alteraciones en la frecuencia del ritmo cardíaco.
- Mareos.
- Náuseas.

Por todo esto indispensable detectar a tiempo en los niños y adolescentes algún trastorno en el nivel de su autoestima. Pero lo más importante es prevenir esto, con paciencia, comprensión y sobre todo mucho amor para que se desarrollen en un ambiente saludable.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo transversal

3.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en estudiantes del colegio experimental “24 de Mayo” de la ciudad de Quito durante el periodo académico 2014-2015.

3.3 Universo y Muestra.

El universo estaba conformado por estudiantes de primero a tercer año de bachillerato, repartidos en 44 paralelos, teniendo en total 2080 estudiantes.

El tamaño de la muestra se calculó de la siguiente manera:

Se calculó el número de estudiantes a participar sobre la base de un intervalo de confianza del 90%, 50% de prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal, un margen de ellos del 5%, y universo finito, obteniendo como muestra

238 estudiantes. Se aplicó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P q}{d^2}$$

Dónde:

- n es el tamaño de la muestra
- $Z_{\alpha/2}^2$ es el valor de la distribución normal estándar para una confiabilidad $(1-\alpha)$ deseada.
- p es la proporción de la población que posee la característica de interés
- q 1-p
- d es el error de estimación o ancho medio del intervalo deseado

Posteriormente, se realizó la selección de los paralelos participantes utilizando el método aleatorio por conglomerados, siendo escogidos los siguientes: 1° de bachillerato en ciencias C, 1° de bachillerato en contabilidad D, 2° de bachillerato en ciencias E, 2° de bachillerato en contabilidad C, 3° de bachillerato en ciencias F, 3° de bachillerato en contabilidad B.

3.4 Criterios de inclusión.

- Estudiantes que se encuentren matriculados en el colegio por el periodo lectivo.
- Estudiantes del sexo femenino

- Estudiantes de los paralelos y niveles que resultaron seleccionados dentro del muestreo y se encuentren presentes el día de la encuesta.
- Estudiantes cuyos padres, representantes legales y/o apoderados legales firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

3.5 Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes de sexo masculino.
- Estudiantes con trastornos alimenticios.
- Estudiantes con trastornos de ansiedad o depresión.

3.6 Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Años cumplidos	Cuantitativa continua	Intervalar Adolescencia media Adolescencia tardía
Nivel de bachillerato	Años cursados de educación.	Año de bachillerato	Cualitativa	Ordinal Primero Segundo Tercero
Especialidad	Especialidad es de bachillerato reconocida en la institución.	Pregunta del instrumento de recolección de datos	Cualitativa	Nominal Ciencias Contabilidad
Índice de masa	Razón de peso	Medición de	Cuantitativa	Intervalar

corporal	por talla al cuadrado	talla (m)y peso(kg)	continua	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
Insatisfacción con la imagen corporal	Percepción del grado de agrado con la imagen corporal, que cada uno crea acerca de la forma y tamaño del cuerpo a partir de pensamientos, creencias, sentimientos y actitudes para formularse una imagen de sí mismo	BSQ	Cualitativa	Ordinal Sin insatisfacción Insatisfacción leve Insatisfacción moderada Insatisfacción severa
Nivel socioeconómico	Lugar ocupado por las personas dada una determinada distribución de bienes económicos.	Pregunta del instrumento de recolección de datos	Cualitativa	Ordinal Bajo Medio Alto
Autoestima	Sentimiento valorativo, de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad	Escala de autoestima de Rosenberg	Cualitativa	Ordinal Baja Media Alta
Ansiedad	Es un estado emocional	Test de Goldberg	Cualitativa	Nominal Si

	consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenazas, acompañados de activación del sistema Nervioso Autónomo			No
Depresión	Estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o alguna en particular y por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio; una alteración del humor o la afectividad, la cual se acompañada usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo	Test de Goldberg	Cualitativa	Nominal Si No

3.7 Métodos, técnicas e instrumentos.

1. Se solicitó el permiso de las autoridades del Colegio experimental "24 de Mayo".

2. Se firmaron el consentimiento y el asentimiento informado.
3. Se aplicaron las encuestas, mediante una entrevista personalizada con las estudiantes. Dicha entrevista se la realizó en distintos días con grupos de 20 estudiantes por día hasta completar la muestra.
4. Los cuestionarios utilizados fueron 3:

Body Shape Questionnaire (BSQ): el mismo que es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal. Consta de 34 preguntas que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción, preocupación por el peso y figura. Se puntúa en una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta: 1) nunca, 2) raramente, 3) algunas veces, 4) a menudo, 5) muy a menudo, 6) siempre. Así se obtiene puntuaciones entre 34 y 204 puntos y se clasifican en 4 categorías, de la siguiente manera: < 81 no hay insatisfacción corporal, 81-110 leve insatisfacción corporal, 111-140 moderada insatisfacción corporal y > 140 extrema insatisfacción corporal. Resultando muy útil para la valoración de pacientes que tienen insatisfacción corporal y poder definir cuál es el grado de la misma.

Escala de autoestima de Rosenberg: éste tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Consta de 10 preguntas, 5 de los ítems están redactados positivamente en el sentido de la autoestima y 5 en sentido negativo, que se califican con una

escala tipo Likert con 4 opciones: 1) muy de acuerdo, 2) de acuerdo , 3) en desacuerdo, 4) muy desacuerdo. Así se obtiene puntuaciones entre 10 y 40 puntos y se clasifican en 3 categorías, de la siguiente manera: 30-40 autoestima normal, 26-29 autoestima media, 25 autoestima baja. Esta escala ha sido traducida y validada en castellano.

Escala de Goldberg: Es un instrumento para detectar probables casos de ansiedad y depresión. Consta de dos subescalas, una para ansiedad y otra para depresión. Cada una se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje. (ANEXO 4)

Tiempo aproximado de aplicación: 20 minutos

3.8 Tabulación y análisis.

Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS. Se creó una base de datos en Excel, en la cual se ingresaron los datos codificados, los mismos que fueron utilizados para realizar los gráficos para hacer una descripción de los mismos. Dicha tabla también se utilizó para el ingreso de los datos en el programa SPSS, por medio del cual se obtuvieron los resultados estadísticos.

3.9 Aspectos éticos.

Una vez aprobado el protocolo, se solicitó aprobación del consentimiento y asentimiento informado por parte del comité de bioética de la facultad de medicina, los mismos que una vez aprobados se entregaron a las participantes, los que en palabras sencillas y claras explicaban para qué serían utilizados los datos obtenidos y la confidencialidad de los mismos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio.

Se logró recolectar el 100% de la muestra establecida es decir 238 estudiantes del Colegio Experimental “24 de Mayo”, la recolección de los datos se llevó a cabo según lo establecido y a continuación se presentan los resultados.

5.2 Características generales de la población.

Tabla 1. Distribución de las estudiantes según edad.

EDAD	N	%
14	8	3,4
15	34	14,3
16	77	32,4
17	74	31,1
18	36	15,1
19	7	2,9
20	2	0,8

X 16,5 y DE 1,14

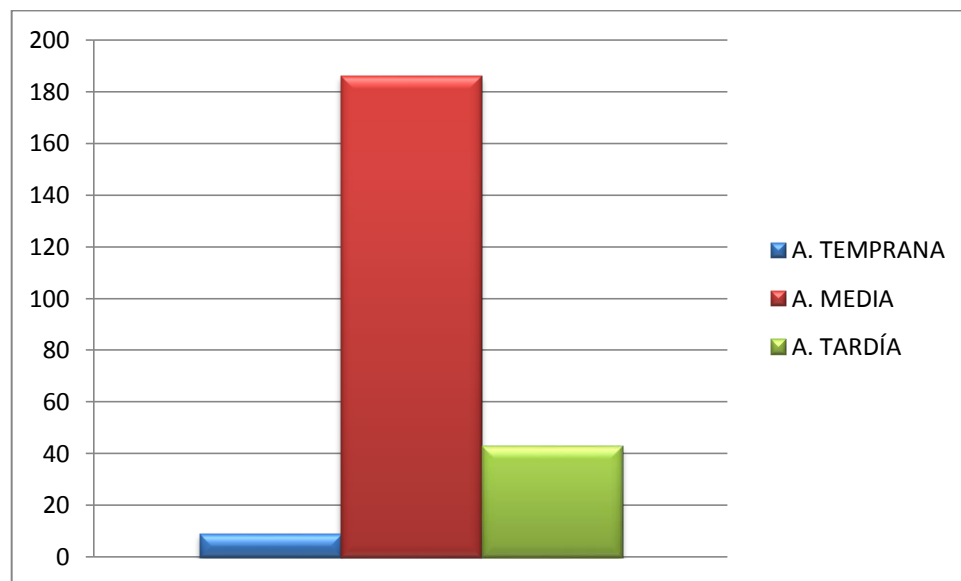
Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La tabla muestra la distribución de estudiantes según la edad, rescatando como valores importantes que el porcentaje más representativo es del grupo de 16

años con un 32,4%, seguido del de 17 con un porcentaje de 31,1% y el menos representativo es el grupo de 20 años con un porcentaje de 0,8%.

Gráfico 1. Distribución de las estudiantes agrupadas según la etapa de adolescencia.



A.T: 11-14 a

A.M: 15-17 a

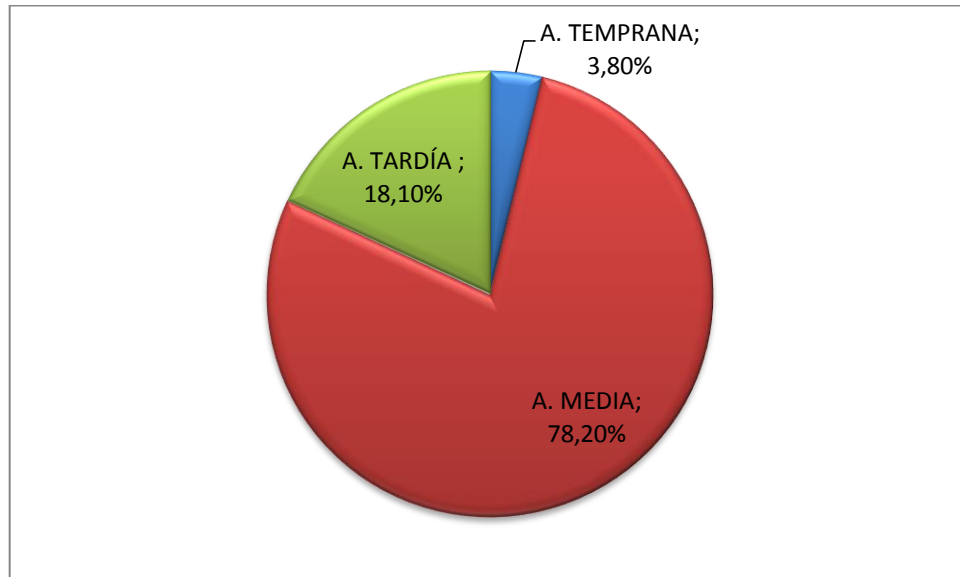
A. Ta: 18-20 a

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

En este gráfico podemos observar la distribución de las estudiantes según la etapa de adolescencia: adolescencia temprana 9, adolescencia media 186 y adolescencia tardía 43 estudiantes, así existe mayor número de estudiantes en adolescencia media.

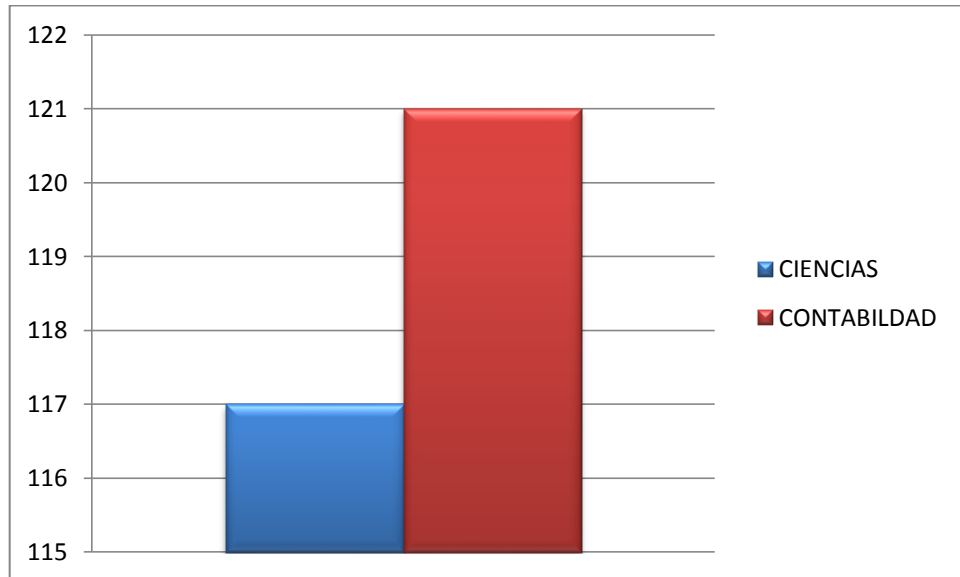
Gráfico 2. Distribución en porcentaje de los estadios de la adolescencia.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Como complemento del grafico anterior tenemos la representación porcentual de los grupos estudiados, adolescencia media con un 78,2 %, adolescencia tardía con un 18,1 % y adolescencia temprana con un 3,8% de la población de estudio.

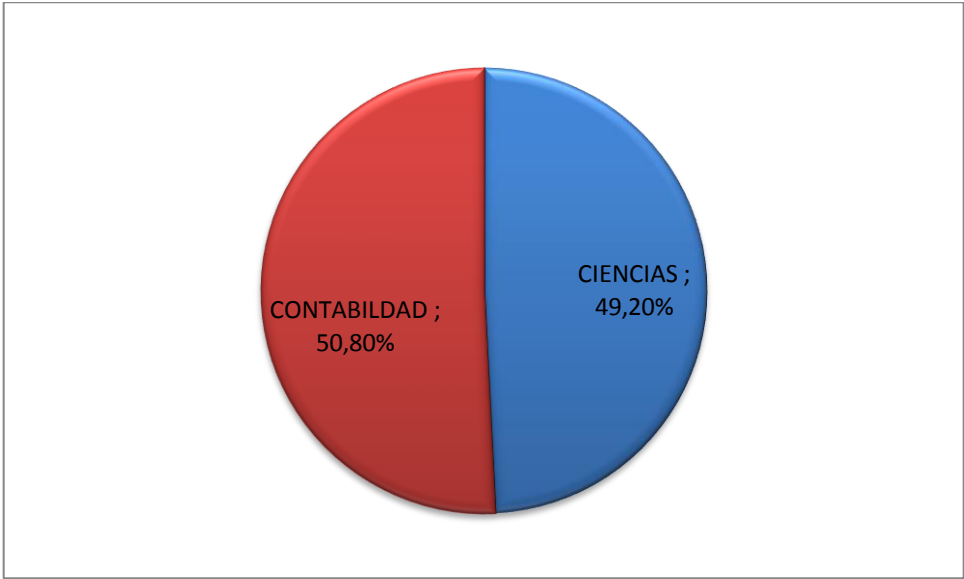
Gráfico 3. Distribución de las estudiantes según su especialidad.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Al dividir a la población por su especialidad tenemos que 121 estudiantes son de contabilidad y 117 de ciencias, teniendo así una diferencia mínima entre ambos grupos.

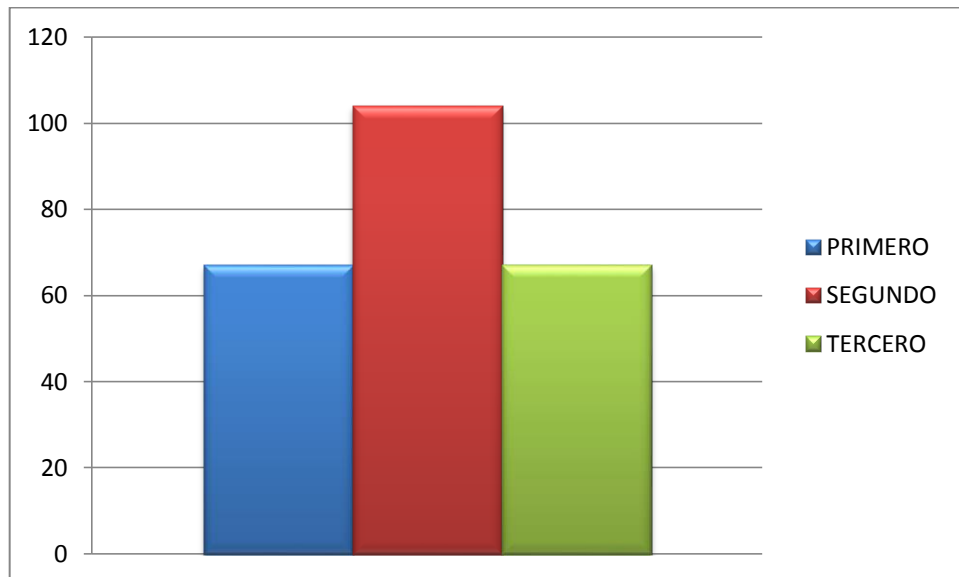
Gráfico 4. Representación en porcentaje de las estudiantes según su especialidad.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Complementando el gráfico anterior los porcentajes por especialidad son los siguientes, 50,8% contabilidad y 49,2% ciencias. Por lo tanto tenemos una representación casi equitativa de ambos grupos.

Gráfico 5. Distribución de las estudiantes según el nivel de bachillerato.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Hemos dividido a la población de estudio por niveles de bachillerato obteniendo los siguientes resultados, 104 estudiantes cursan el segundo año de bachillerato siendo este el valor más representativo, primero y tercer año de bachillerato tienen 67 estudiantes respectivamente.

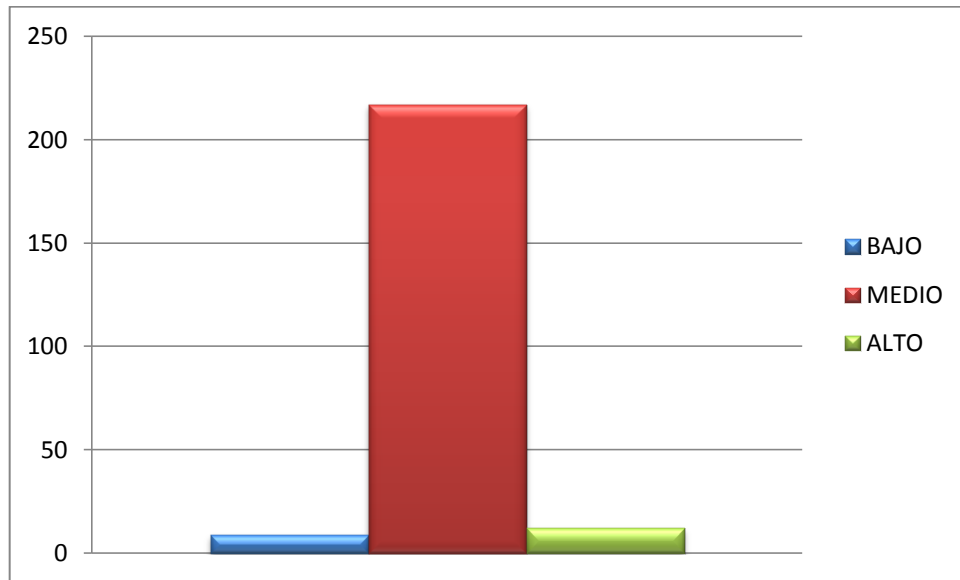
Gráfico 6. Representación en porcentaje de las estudiantes según el nivel de bachillerato.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Como complemento del gráfico anterior tenemos como valor más representativo al segundo año de bachillerato con un 43,7%.

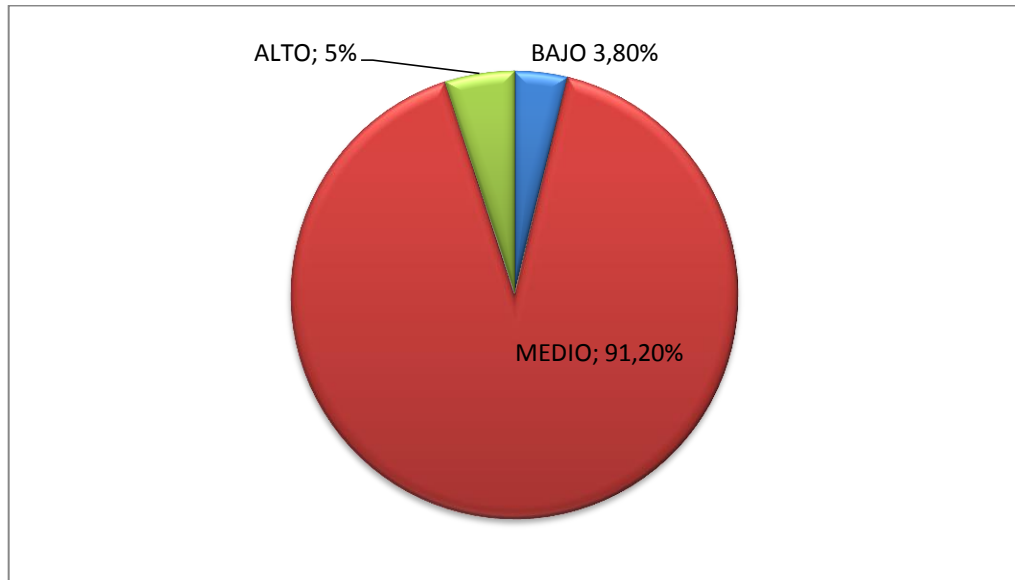
Gráfico 7. Distribución de las estudiantes por nivel socioeconómico.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

El gráfico muestra la distribución de las estudiantes según su nivel socioeconómico, cabe recalcar que el mismo se obtuvo mediante la propia concepción de las estudiantes. Y tenemos que mayoría de ellas se ubicó dentro de un estrato medio (217 estudiantes).

Gráfico 8. Representación en porcentaje de las estudiantes por nivel socioeconómico.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Los porcentajes que representa cada nivel socioeconómico son los siguientes, alto 5%, medio 91,2% y bajo 3,8% de la población estudiada.

5.3 Insatisfacción de la imagen corporal.

Después de evaluar a las estudiantes y revisar los resultados obtenidos por cada una en el BSQ, obtuvimos los siguientes resultados hay un 4,62% de insatisfacción extrema, 8% de insatisfacción moderada y 25,2 % de insatisfacción leve.

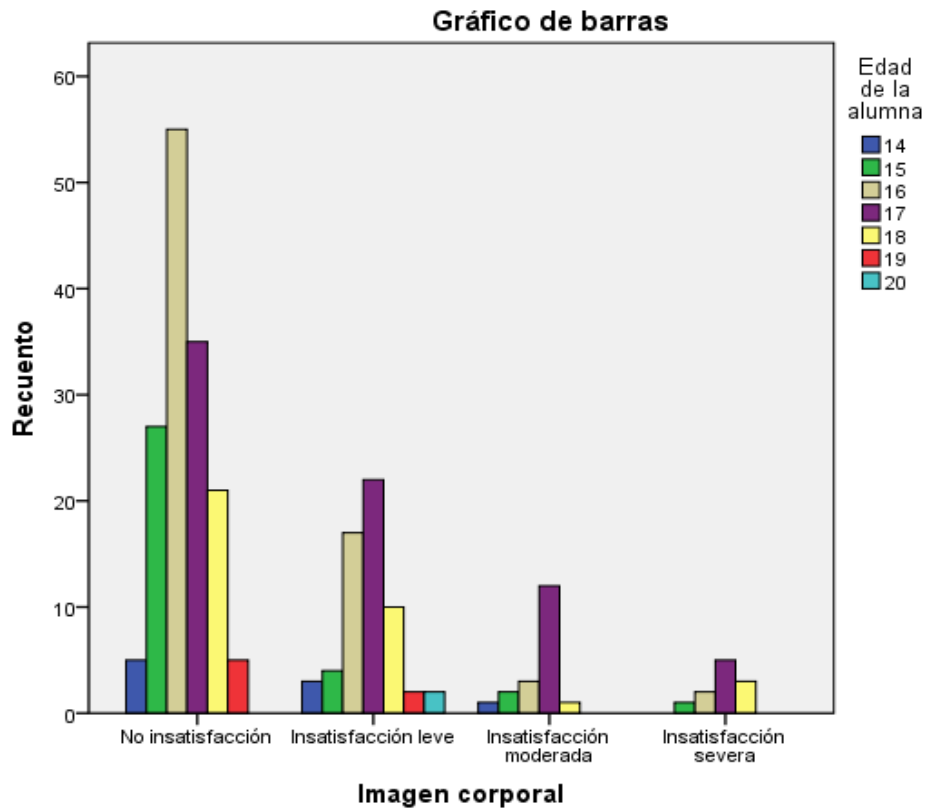
Tabla 2. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el BSQ.

VARIABLE	n: 238	:%100
Extrema insatisfacción	11	4,62%
Moderada insatisfacción	19	8,00%
Leve insatisfacción	60	25,20%
No hay insatisfacción	148	62,18%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

5.4 Insatisfacción de la imagen corporal según el grupo de edad.

Gráfico 9. Distribución de insatisfacción corporal de acuerdo a la edad.



Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Tabla 3. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según la edad.

Edad	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
11-14	3	30%	7	70%
15-17	70	37.6%	116	62.4%
18-20	17	40.5%	25	59.5%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La prevalencia de insatisfacción corporal fue mayor en las estudiantes de entre 18 y 20 años, además es evidente que aumenta la insatisfacción corporal con el aumento de la edad.

5.5 Insatisfacción de la imagen corporal según el nivel de bachillerato.

Tabla 4. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel de bachillerato.

Bachillerato	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
1°	10	14,9%	57	85,1%
2°	48	46,2%	56	53,8%
3°	32	47,8%	35	52,2%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La prevalencia de insatisfacción corporal fue mayor en las estudiantes de tercer año de bachillerato con un 47,8% de esta población.

5.6 Insatisfacción de la imagen corporal según el IMC.

Tabla 5. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el IMC.

IMC	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
BAJO	6	54,5%	5	45,5%
NORMAL	72	35,8%	129	64,2%
SOBREPESO	12	46,2%	14	53,8%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La prevalencia de insatisfacción corporal es: 54,5% en estudiantes con bajo peso, 46,2% en estudiantes con sobrepeso.

5.7 Insatisfacción de la imagen corporal según el nivel socioeconómico.

Tabla 6. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel socioeconómico.

NSE	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
BAJO	6	66,7%	3	33,3%
MEDIO	82	37,8%	135	65,2%
ALTO	2	16,7%	10	83,3%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La prevalencia de insatisfacción corporal fue mayor en las estudiantes con un nivel socioeconómico bajo, evidenciándose que mientras mejora el nivel socioeconómico existe una disminución de la insatisfacción corporal.

5.8 Insatisfacción de la imagen corporal y autoestima.

Tabla 7. Distribución de las estudiantes con insatisfacción de la imagen corporal, según el nivel de autoestima.

AUTOESTIMA	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
BAJA	14	15,6%	4	2,7%
MEDIA	20	22,2%	24	16,2%
NORMAL	56	62,2%	120	81,1%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Se evidencia que de todas las adolescentes con insatisfacción corporal el 15,6% presenta autoestima baja y el 22,2% autoestima media en comparación con aquellas adolescentes que están satisfechas con su imagen corporal en las que solo el 2,7% presentan autoestima baja y el 16,2% autoestima media.

Tabla 8. Relación entre los niveles de insatisfacción corporal con los niveles de autoestima.

AUTOESTIMA	SATISFACCIÓN CORPORAL							
	No insatisfacción		Leve		Moderada		Extrema	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Baja	4	2,7%	8	14,3%	4	21%	2	18,2%
Media	24	16,2%	12	20%	5	26,3	3	27,3%
Normal	120	81,1%	40	66,7%	10	52,6%	6	54,5%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Es evidente que existe una relación inversamente proporcional entre autoestima e insatisfacción corporal, podemos notar que mientras aumenta la insatisfacción corporal aumenta también el porcentaje de adolescentes con autoestima alterada.

5.9 Insatisfacción corporal relacionada con ansiedad.

Tabla 9. Relación entre insatisfacción corporal con probable ansiedad

ANSIEDAD	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
SI	80	88,9%	10	6,8%
NO	10	11,1%	138	93,2%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

De todas las adolescentes que tienen insatisfacción corporal un 88,9% presentó ansiedad en contraste con el 6,8% en aquellas que no tienen insatisfacción corporal.

5.10 Insatisfacción corporal relacionada con depresión

Tabla 10. Relación entre insatisfacción corporal con probable depresión

DEPRESIÓN	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
SI	18	20%	0	0%
NO	72	80%	148	100%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

Podemos evidenciar que de todas aquellas adolescentes que tienen insatisfacción corporal el 20% también presentan una probable depresión, en contraste ninguna adolescentes satisfechas con su imagen corporal presentó síntomas depresivos.

5.11 Insatisfacción corporal según la especialidad.

Tabla 11. Distribución de la insatisfacción corporal según la especialidad.

ESPECIALIDAD	Imagen corporal			
	Insatisfacción		No insatisfacción	
	N	%	N	%
CONTABILIDAD	47	38,8%	74	61,2%
CIENCIAS	43	36,8%	74	63,2%

Fuente: base de datos de la investigación
Elaborado: Gabriela Vela, Paola Chiles.

La prevalencia de insatisfacción corporal es mayor en las estudiantes con especialidad de contabilidad.

5.12 Resultados estadísticos.

Hemos utilizado la correlación lineal de Pearson por tratarse de datos cuantitativos, la misma que se representa con valores que van del 1 al -1, y mientras se acerca a la unidad el valor es más significativo.

A continuación se detallan los resultados obtenidos.

Tabla 12. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y autoestima.

Correlaciones

		Imagen corporal	Autoestima
Imagen corporal	Correlación de Pearson	1	,257**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	238	238
Autoestima	Correlación de Pearson	,257**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	238	238

En esta tabla podemos observar que existe una débil correlación entre la imagen corporal y la autoestima, ya que el valor de r es 0,257, entendiendo que la correlación entre más se acerca a la unidad es más fuerte, por otro lado encontramos una alta asociación entre las variables (p 0,000), con lo que estaríamos rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa.

Tabla 13. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y ansiedad.

Correlaciones

		Imagen corporal	Ansiedad
Imagen corporal	Correlación de Pearson	1	,696**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	238	238
Ansiedad	Correlación de Pearson	,696**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	238	238

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Además se realizaron análisis para determinar la correlación entre la insatisfacción corporal y ansiedad y encontramos que existe una moderada correlación de las mismas, $r: 0,696$, con una fuerte asociación $p 0,000$, que acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 14. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y depresión.

Correlaciones

		Imagen corporal	Depresión
Imagen corporal	Correlación de Pearson	1	,674**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	238	238
Depresión	Correlación de Pearson	,674**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	238	238

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al encontrar que un porcentaje significativo de las adolescentes que presentaron insatisfacción se encontraban deprimidas decidimos analizar qué tan fuerte era la correlación de estas variable y encontramos una $r: 0,674$ con una $p 0,000$ datos que nos confirman que en realidad existe una correlación y asociación entre estas variables.

Tabla 15. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y la edad.

Correlaciones		Imagen corporal	Etapas de la adolescencia
Imagen corporal	Correlación de Pearson	1	,031
	Sig. (bilateral)		,634
	N	238	238
Etapas de la adolescencia	Correlación de Pearson	,031	1
	Sig. (bilateral)	,634	
	N	238	238

Al realizar el análisis descriptivo vimos que a mayor edad era también mayor la insatisfacción corporal, por lo mismo realizamos pruebas para corroborar esta relación, encontrado que existe una leve correlación entre la etapa de la adolescencia con la presencia de insatisfacción corporal $r: 0,031$. No hay diferencia estadísticamente significativa ($p 0,634$).

Tabla 16. Correlación de Pearson entre insatisfacción de la imagen corporal y el IMC.

Correlaciones		Imagen corporal	IMC
Imagen corporal	Correlación de Pearson	1	,010
	Sig. (bilateral)		,882
	N	238	238
IMC	Correlación de Pearson	,010	1
	Sig. (bilateral)	,882	
	N	238	238

También utilizamos la correlación de Pearson para corroborar la correlación entre la insatisfacción corporal y el IMC, puesto que aquellas adolescentes con IMC fuera del rango normal son las que más insatisfacción presentan. Y encontramos lo siguiente, $r: 0,010$ con una $p 0,882$ lo que demuestra que la correlación no es estadísticamente significativa y acepta la hipótesis nula.

Como complemento hemos decidido averiguar si la etapa de la adolescencia y el IMC son factores de riesgo para el desarrollo de insatisfacción corporal. Para esto utilizamos el Odds Ratio.

Hemos relacionado cada etapa de la adolescencia con la presencia de insatisfacción corporal obteniendo los siguientes resultados:

- Adolescencia temprana e insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 0,81 IC95%(0,199- 3,34), es decir que es 0,81 veces menos

probable que exista insatisfacción corporal en las adolescentes en la etapa de adolescencia temprana en comparación con el resto pero esta relación no es estadísticamente significativa. Además tenemos un χ^2 de 0,0798 que tampoco es estadísticamente significativo.

- Adolescencia media e insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 1,00 IC 95% (0,53-1.88), el mismo que demuestra que no hay asociación entre las variables. Además un χ^2 de 0,000182 que no es estadísticamente significativo.
- Adolescencia tardía e insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 1,04 con un IC95% (0,53-2.045), determinando que no hay asociación entre estas variables, además tenemos un χ^2 de 0,0154 que no es estadísticamente significativo.

También relacionamos el IMC con la presencia de insatisfacción corporal.

Obteniendo los siguientes resultados:

- Entre peso bajo e insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 2,04 con un IC 95% (0,605-6,899), es decir que es 2,04 veces más probable que exista insatisfacción corporal en las adolescentes

con peso bajo en comparación con aquellas que no lo tienen, pero esta relación no es estadísticamente significativa. Además tenemos un χ^2 de 1,372 que tampoco es estadísticamente significativo.

- Entre peso normal e insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 0,5 con un IC 95%(0,91-1,194), es decir es 0,58 veces menos probable que no exista insatisfacción corporal en las adolescentes con peso normal en comparación con las que no lo tienen, pero no es estadísticamente significativo. Además tenemos un χ^2 de 2,1866 que no es estadísticamente significativo.
- Entre el sobrepeso y la insatisfacción corporal obtuvimos un OR de 1,47 con un IC 95%(0,64-3,34), es decir que es 1,47 veces más probable que exista insatisfacción corporal en las adolescentes con sobrepeso que en aquellas que no tienen sobrepeso, pero no es estadísticamente significativo. El χ^2 es de 0,8631 y no es estadísticamente significativo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

A lo largo del tiempo el estereotipo de la imagen corporal ha variado dependiendo de cada cultura. En la actualidad, se ha relacionado a la belleza corporal con el éxito social, marcando enfáticamente en poseer una figura esbelta.⁶⁴

Los adolescentes experimentan importantes cambios físicos, psicológicos y están expuestos a la influencia de condicionantes del medio social, donde impera un ideal estético irreal e inalcanzable. Desencadenando disminución de la autoestima y una valoración distorsionada de su cuerpo.⁶⁵

En la población ecuatoriana encontramos un 23.2 % de insatisfacción corporal lo que indica que al menos 1 de cada 4 adolescentes presenta este problema⁶⁶.

Dávila y colaboradores encontraron que 11,9% presentó insatisfacción leve; 8,6% insatisfacción moderada y el 2,7% insatisfacción extrema.⁶⁶

Se realiza el presente trabajo encontrando lo siguiente:

La media de edad de esta población se ubicó en 16,51 años con una DE de 1,16 años; el porcentaje total de insatisfacción con la imagen corporal 37,8% (4,62% extrema insatisfacción, 8% moderada insatisfacción y 25,2% leve insatisfacción).

Trejo y Colaboradores mencionan una prevalencia de 17,7% de insatisfacción leve, nosotros obtuvimos una prevalencia de 25.2%; demostrando que en nuestra población este grado de insatisfacción es mayor. La insatisfacción moderada en el estudio de estos autores alcanzó un 0,5%, un porcentaje bastante bajo si se compara con el 8% encontrado en nuestra población, refleja una diferencia significativa, sin embargo lo que llama la atención es que ellos no encontraron insatisfacción extrema y nosotros lo hicimos con un 4,62% lo que nos indica que en nuestro medio tiene una mayor prevalencia la insatisfacción extrema.

Bermúdez y colaboradores encontró que la prevalencia de insatisfacción corporal alta es del 13,3% y baja del 6,7% lo que sumado da un total de insatisfacción de 20%; un porcentaje un tanto bajo al encontrado en nuestra población que se ubicó en 37,8% en total; esto nos lleva a concluir

evidenciando en los 2 estudios, que al menos 1 de cada 4 adolescentes presenta insatisfacción con su imagen corporal.⁶⁷

Trejo y colaboradores encontraron que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 32%. Se encontró una correlación positiva y significativa entre el índice de masa corporal y la insatisfacción con la imagen corporal. Esto concuerda con nuestro estudio en el que encontramos que estudiantes con sobrepeso tenían 1,47 veces mayor probabilidad de tener insatisfacción corporal, mientras que las que presentan un bajo peso presentan 2,04 veces, mostrando que las personas con IMC fuera del rango normal tienen mayor probabilidad de sufrir insatisfacción.

Atencio y colaboradores determinaron que las diferencias en las medias para los niveles de insatisfacción y baja autoestima son estadísticamente significativas; $p=0,002$. Sin embargo nosotros encontramos que existe una débil correlación entre la imagen corporal y la autoestima, ya que el valor de r es 0,257, por otro lado encontramos una alta asociación entre las variables (p 0,000), con lo que estaríamos rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa.⁶⁸

Hernández y Cortés encontraron en su estudio un 6,6% de depresión sin embargo ellos no la asociaron con insatisfacción de imagen corporal, sin

embargo en nuestro estudio encontramos 20 % de probable depresión. Al encontrar que las adolescentes que presentaron depresión se encontraban insatisfechas decidimos analizar qué tan fuerte era la asociación de estas variable y encontramos una $r: 0,674$ con una $p 0,000$ datos que nos confirman que en realidad existe una correlación y asociación entre estas variables. Además estudiamos insatisfacción corporal y ansiedad y encontramos que existe una moderada correlación de las mismas, $r: 0,696$, con una fuerte asociación $p 0,000$, que acepta la hipótesis alternativa. ⁶⁹

Los datos de nuestro estudio se suman a los datos generales en los cuales la insatisfacción corporal se presenta en un porcentaje alto de los adolescentes, por lo que consideramos importante realizar las debidas intervenciones en los adolescentes con problema.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

- Al identificar a nuestra población, encontramos que el grupo más frecuente en cuanto a la edad es el de adolescencia media (15 – 17 años) con un 78,2%; el 43,7% de la población pertenecía al segundo año de bachillerato; en cuanto al nivel socioeconómico encontramos que el 91,2% de la población se auto percibía en un nivel medio.
- La insatisfacción con la imagen corporal es una afectación común en nuestros adolescentes, que ha aumentado significativamente debido a los cánones de belleza que rigen actualmente en nuestra sociedad, en nuestro estudio se encontró que el 25,2% presentó insatisfacción corporal leve, el 8% insatisfacción moderada y el 4,62% insatisfacción extrema.

- En relación con la edad se encontró que el mayor porcentaje de insatisfacción corporal 40,5% se presenta en la adolescencia tardía, es decir entre los 18 y 20 años, un 37,6% representa a la adolescencia media (15-17 años) y el 30% a la adolescencia temprana (11-14 años), entendiendo así que mientras aumenta la edad también aumenta la insatisfacción corporal. Pero al analizar estadísticamente esta asociación encontramos que esta podría deberse a efecto del azar ya que obtuvimos un OR de 1,04 con un IC 95% (0,53-2.045), por lo que la asociación no es estadísticamente significativa.
- El 15,6% de las adolescentes con insatisfacción corporal tienen una autoestima baja y el 22,2% autoestima media, estas variables están relacionadas de una manera inversamente proporcional. Al realizar las pruebas estadísticas encontramos una correlación débil variables ($r: 0,257$) y una asociación fuerte ($p 0,000$), entre estas dos variables.
- En cuanto a las alteraciones mentales encontramos que existe una moderada correlación entre la insatisfacción corporal y la presencia de ansiedad ($r: 0,696$) y una fuerte asociación entre las mismas ($p 0,000$). Entre la insatisfacción corporal y la presencia de depresión encontramos

que hay una correlación moderada ($r = 0,674$) y una fuerte asociación ($p = 0,000$).

- Como ya hemos mencionado el ser humano es por naturaleza un ser social, es por esto que se encuentra altamente influenciado por una sociedad que es la que dicta los estándares de belleza a los cuales debe adaptarse caso contrario podría ser marginado, es evidente que aquellas personas que cuentan con los recursos suficientes pueden alcanzar fácilmente dichos estándares, en comparación con aquellas que no cuentan con los medios económicos necesarios, por lo mismo en este estudio hemos encontrado que el mayor porcentaje de adolescentes con insatisfacción corporal pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.
- Las adolescentes que más insatisfacción corporal presentan tienen sobrepeso. Pudiéndose considerar a la obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de IIC OR 1,47 con un IC 95% (0,64-3,34), por lo que no resulta estadísticamente significativo. Además encontramos que existe una débil correlación entre estas variables ($r = 0,10$) y una asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0,882$).

6.2 RECOMENDACIONES:

- Considerar a la insatisfacción corporal como un factor que influye en el desarrollo de trastornos afectivos como ansiedad y depresión y por otro lado a las alteraciones del IMC y edad como un factores de riesgo en el desarrollo de la insatisfacción corporal, por lo que deben tomarse medidas preventivas en los grupos de riesgo y de apoyo a las adolescentes que presenten estas alteraciones.
- Se aconseja el uso de la información recopilada en este trabajo para la profundización del tema y en lo posible que sirva de herramienta para un estudio más amplio en las instituciones educativas de la ciudad de Quito, debido a la alta prevalencia de insatisfacción corporal en las adolescentes y sus repercusiones.
- Se recomienda a los grupos de investigación profundizar en los perfiles etiológicos y epidemiológicos de la insatisfacción corporal, tanto en la población en general como en poblaciones específicas, que permita a

mediano o largo plazo definir con mayor claridad la incidencia y los factores de riesgo que propician la aparición de este trastorno.

- Que en las instituciones educativas los encargados de la salud tanto física como mental de las estudiantes, se informen sobre el tema y sean capaces de identificar estos trastornos y pueden brindarles la ayuda necesaria a sus estudiantes.
- Además se recomienda hacer un seguimiento a las estudiantes encuestadas que presenten una o más de las siguientes opciones insatisfacción corporal, baja autoestima, ansiedad y depresión, para conocer de qué manera estas alteraciones están afectando su desarrollo personal y social.
- Al precisar que la insatisfacción corporal influye en el estado anímico de la estudiante, sería importante profundizar el tema de cómo, estas alteraciones influyen en el rendimiento académico de las estudiantes, ya que al mostrar estados de ansiedad y depresión por la insatisfacción pueden presentar problemas de concentración, lo que influiría en el rendimiento académico bajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trejo P, Castro D, Solís A, et al. Insatisfacción con la Imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. Rev. Cubana Enfermer v.26 n.3 Ciudad de la Habana.
2. Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). Body images: development, deviance and changes Nueva York. Guilford Press.
3. De la Serna I. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monog Psiquiatría* 2004; 16 (2): 1-2.
4. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M et al. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.
5. Washington, Estados Unidos: American Psychological Association, 2002
6. Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance: assessment and treatment Nueva York. Pergamon Press.
7. Devlin, J. M., & Zhu, A. J. (2001). Body Image in the Balance. *The Journal of the American Medicinal Association*, 286(11), 2159-2161
8. Abraham, 2003; Boschi et al., 2003; Cuadrado, Carbajal & Moreiras, 2000; haizmouitz, Lasky & O'Reilly, 1993; Killen et al., 1996; Montero, Vernis, Varea & Arias, 1999; Núñez, Carbajal & Moreiras, 1998.
9. KRAUSKOPF, D. (2002). Adolescencia y salud San José, Costa Rica: EUNED.
10. Nospitz 1995 citado en Monge, R. (2005). Ingesta de nutrientes en adolescentes y factores psicosociales asociados. Tesis para optar el título de Doctoren Ciencias, Programa de Doctorado en Ciencias, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
11. Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, et al. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989; 84: 482-9.
12. Marsellach. G 2003. La autoestima. Disponible en : www.ciudadfutura.com/psico
13. Schilder P. The image and appearance of the human body. Londres: Kegan Paul; 1935.
14. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. 2003;(2):53-72.
15. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994; 32(5): 497- 502.
16. Heredia N, Espejo G. Historia de la belleza; History of beauty. *Acta otorrinol cir cabeza cuello.* 2009;37(1): 31-46.
17. Corbin, Alan. *Historia del cuerpo.* Vols. I, II y III. Taurus. Madrid, España, 2005, págs. 138-142.
18. Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med* 1993; 119(7 pt 2): 643-5.
19. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shape, publicity & anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 23: 132-6.

20. Vayer, P. (1985): *El niño frente al mundo*. Barcelona: Científico- Médica. Páginas 22-23.
21. Diane Papalia, et al. *Psicología del Desarrollo*. (Editorial McGraw Hill, Colombia 2001), pagina 280-281.
22. Arguello L, Romero I. Trastorno de la imagen corporal. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie de Trabajos de fin de grado. 4(1): 478-518, 2012.
23. Ayenso Baile José Ignacio, Investigador, ¿Que es la Imagen Corporal? Centro asociado de la UNED de Tudela
24. Cash TF, Brown TA. Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behave Modif*. 1987; 11(4): 4877-521
25. GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P.E. (1981): "Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications". *International Journal of Psychiatric in Medicine*, nº 3, pp. 263-284.
26. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006;39(7): 565-9
27. Diana Madruga Acerete¹, Rosaura Leis Trabazo², Nilo Lambruschini Ferri³ Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. 2Hospital Clínico Universitario de Santiago. USC. Santiago de Compostela. 3Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.
28. Rosen DS, the Committee on Adolescence. Identification and management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2010; 126 (6): 1240-53.
29. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children.
30. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 681-90.
31. Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser E, Linna M, Sihvola E, Raevouri A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(8): 1259-65
32. Portela ML, da Costa H, Mora M, Raich RM. Epidemiology and risk factors od eating disorders in adolescence: a review. *Nutr Hosp*. 2012; 27(2): 391-401.
33. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*. 2007; 62(6): 681-90
34. American Psychiatric Association. A editors. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4° ed revisada. Barcelona: Masson; 2002
35. Toro J. *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona : Ariel; 1996

36. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2): 221-32.
37. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol.* 1997; 32(1): 24-9.
38. Rief W, Buhilman U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006; 36(6): 877-85.
39. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 436-441.
40. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004; 38(6): 439-44.
41. Pope HG ,Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An under recognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 1997; 38(6): 548-57.
42. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image.* 2005; 2(4): 395-400 modg.
43. Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570-577.
44. Pope, H. G. (2002). *Adonis Complex: How to Identify, Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys.* Boston: Touchstone Books.
45. Behar R, Molinari D. muscle dysmorphia, body image and eating behaviors in two male populations. *Rev Med Chil.* 2010; 138(11): 1386-94
46. Cortes J.A. et al. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Atención Primaria.* 1993; 11:459- 463.
47. Kroenke K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine.* 2007; 146:317-325.
48. Martín Pérez C. et al. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención primaria.* 2003; 31:39-46.
49. Chocrón Bentata L et al. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria.* 1995; 16:586-593.
50. The European Opinion Research Group. The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. [documento Internet]. Brussels. 2003. [Acceso 10 de enero de 2007]. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
51. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS Institutos Nacionales de la Salud Instituto Nacional

de la Salud Mental Publicación de NIH Num. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009

52. Evaluacion Vaquero R Alacid F, Muyor J, et al. Imagen corporal. Revisión. *Nutr Hosp.* 2013; 28(1): 27-35.
53. RAICH, R.; TORRAS, J y SANCHEZ-CARRACEDO, D(2001). Body image in a sample of adolescent students. Book of abstracts European council on. *Eating Disorders* (p. 15).
54. Rand, C. S. W. and Wright, B. A. (2000). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 90-100.
55. CASH, T.F. (1997). *The Body Image Workbook: an 8- step Program for Learning to Like your Looks*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
56. PHILLIPS, KA (1998). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press.
57. ARROYO, S. M. (1999): «Intervención en autoestima en psicología». En J. LOZANO OYÓLA y M. GÓMEZ TERREROS. (Eds). *Avances en salud mental Infanto-juvenil*, Sevilla: Universidad de Sevilla, 211-232.
58. Nathaniel Branden. *Cómo mejorar su autoestima*. 1987. Versión traducida: 1990. 1.ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica.
59. José-Vicente Bonet. *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España).
60. Ross, Martín. *El Mapa de la Autoestima*. 2013. Dunken.
61. Acosta Padrón, Rodolfo; Hernández, José Alfonso. La autoestima en la educación. *Límite*, vol. 1, núm. 11, 2004, pp. 82 - 95 Universidad de Tarapacá Arica, Chile
62. Nathaniel Branden. *Cómo mejorar su autoestima*. 1987. Versión traducida: 1990. 1.ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica.
63. Ovidio D'Angelo Hernández. *Desarrollo de la autoestima y la conciencia moral en las contradicciones de la sociedad contemporánea*
64. Gómez M, Veiga O. Insatisfacción corporal en adolescentes: insatisfacción con la actividad física e índice de masa corporal. *BMCAFD*. 2007; 7(27): 253-265.
65. Vázquez J. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC) en población mexicana. 2000.
66. Bermúdez S, Franco K, Álvarez G, et al. El rol de la insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Vol. 1, N.º 1, verano 2009.

67. Dávila P, Carrión P, et al. . Insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de bachillerato de los colegios particulares mixtos. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Cuenca. 2013-2014.
68. Atencio P, Prado J, Montilla M, et al. Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes del Estado Merida Venezuela. MH Salud, vol. 5, núm. 1, julio, 2008, pp. 1-14.
69. Hernández-Cortés, Lina-María; Londoño Pérez, Constanza. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. Anales de Psicología, vol. 29, núm. 3, octubre, 2013, pp. 748-761. Universidad de Murcia España

ANEXOS

ANEXO 1



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Investigadores:

- Jeanneth Paola Chiles (Egresada de la Facultad de Medicina)
- Gabriela Soraya Vela (Egresada de la Facultad de Medicina)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE “Relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y el autoestima en estudiantes de bachillerato del Colegio “24 de Mayo”

Nos proponemos realizar una investigación sobre “Insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de bachillerato.”

El estudio consiste en contestar tres cuestionarios de preguntas, ligadas a la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, ansiedad y depresión, las mismas que tratan sobre la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente en base a las medidas corporales, entre ellas peso, estatura, forma y dimensiones; pensamientos, sentimientos y valoraciones que nos provoca nuestro cuerpo, así como las consecuencias de todo lo anterior, es decir de las cosas que se hace para llegar a una armonía mente-cuerpo. Los cuestionarios tiene una duración de aproximadamente 20 minutos.

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental, no tiene costo alguno para el participante ni retribución monetaria por parte de los investigadores.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores

PARTICIPANTE

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar los cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre el beneficio derivado de mi participación en el estudio, que es el de:
Aprender a apreciarnos tal cual somos.

Nombre y firma del Participante -----

Nombre y firma de los investigadores -----

REPRESENTANTE:

Por medio de la presente acepto que mi representada participe en el estudio.
Se me ha explicado que la participación consistirá en:
Contestar los cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre el beneficio derivado de la participación de mí representada en el estudio, que es el de:
Aprender a apreciarnos tal cual somos.

Nombre y firma del representante -----

Nombre y firma de los investigadores -----

ANEXO 2



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes.

Instrucciones: El presente cuestionario sirve para la recolección de datos dentro de la investigación de la insatisfacción con la imagen corporal; las preguntas que se plantean poseen una sola respuesta y debe señalar con un círculo el puntaje que más se ajuste a su realidad.

Edad:

Nivel socioeconómico.....

Fecha:

Peso:

Estatura:.....

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE

	Nunca	Rara mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debes ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o glúteos son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo en convertirte en gorda o más gorda?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte llena (después de una comida) te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6

7.	¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?	1	2	3	4	5	6
8.	¿Has evitado correr para que tus "rollitos" no rebotaran?	1	2	3	4	5	6
9.	¿Estar con chicas delgadas te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10.	¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11.	¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
12.	¿Te has fijado en la figura de otras chicas y has comparado la tuya con la de ellas desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13.	¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estas mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14.	Estar desnuda, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15.	¿Has evitado llevar vestidos que marquen tu figura?	1	2	3	4	5	6
16.	¿Te has imaginado tomando medidas correctivas en tu cuerpo, por ejemplo cirugías estéticas?	1	2	3	4	5	6
17.	Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18.	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
19.	¿Te has sentido excesivamente llena o gorda?	1	2	3	4	5	6
20.	¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21.	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22.	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tú estomago está vacío (por ejemplo por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23.	¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24.	¿Te ha preocupado que otra gente te vea "rollitos" alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
25.	¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6

26.	¿Has vomitado para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
27.	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en el autobús, en el cine)?	1	2	3	4	5	6
28.	¿Te has preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja o celulitis?	1	2	3	4	5	6
29.	Verte reflejada en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30.	¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31.	¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores)?	1	2	3	4	5	6
32.	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
33.	¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34.	¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6



ANEXO 3

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

Éste test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima. La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos.

Instrucciones

A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Lea detenidamente. Señale con una X su opción.

Edad:

Fecha:

TEST DE ROSENBERG

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás	1	2	3	4
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.	1	2	3	4
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	1	2	3	4
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
10. A menudo creo que no soy una buena persona.	1	2	3	4

ANEXO 4



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

Es un instrumento de cribaje para detectar probables casos de ansiedad y depresión.

Instrucciones

A continuación se muestra un test con 18 apartados. Responda SI, si ha presentado estos síntomas o NO si no los ha presentado en las últimas dos semanas.

Edad:

Fecha:

TEST DE GOLDBERG

Escala de EADG- (Escala de ansiedad - depresión)	SI	NO
Subescala de ansiedad		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
SUBTOTAL		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas; temblores, hormigueos mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño?		
TOTAL ANSIEDAD		

	SI	NO
Subescala de depresión		
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay alguna respuesta afirmativa, continuar preguntando		
SUBTOTAL		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESIÓN		