



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre - Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA - V Versión”**

**“CONDUCTA ALIMENTARIA Y PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN  
CORPORAL EN NIÑOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA LA RECOLETA”**

**Tesis presentada para obtener  
el Grado Académico de  
Magister en Psicología Clínica**

**MAESTRANTE: DALIA MELINA MURILLO VILLAGÓMEZ**

**Sucre - Bolivia**  
**2020**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre - Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA - V Versión”**

**“CONDUCTA ALIMENTARIA Y PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN  
CORPORAL EN NIÑOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA LA RECOLETA”**

**Tesis presentada para obtener  
el Grado Académico de  
Magister en Psicología Clínica**

**MAESTRANTE: DALIA MELINA MURILLO VILLAGÓMEZ**  
**TUTORA: Ph.D. MARÍA CARMEN SENRA RIVERA**

**Sucre - Bolivia**  
**2020**

## **DEDICATORIA**

*A Dios por acompañarme y guiarme en estos años de aprendizaje y crecimiento personal, a quien agradezco haberme puesto en este camino maravilloso de servir al prójimo.*

*A mi familia y amigos por ser un soporte en cada paso que me atrevo a dar, en especial a mi madre por brindarme su confianza y apoyo constante en esta etapa de mi vida.*

*A mi tutora, Ph.D. María Carmen Senra Rivera, por brindarme su tiempo, inculcarme conocimientos y orientarme en este proceso de investigación, siendo una guía ejemplar en esta etapa de superación personal.*

*A la dirección, maestros, estudiantes y personal administrativo y de servicio de Educación Primaria Vocacional de la Unidad Educativa Franciscana “La Recoleta”, por acogerme cariñosamente dentro de esa familia y permitirme compartir momentos y experiencias inolvidables.*

## RESUMEN

El presente trabajo está orientado a identificar las actitudes y conductas anómalas hacia la comida, el peso y la imagen corporal en los alumnos de quinto y sexto de primaria de la Unidad Educativa Franciscana “La Recoleta”. Se trata de una investigación empírica de corte transversal. La muestra está formada por 336 niños y niñas de entre 9 y 13 años. Las actitudes y comportamientos anómalos hacia la comida se evaluaron con el *Children Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988)* y la imagen corporal con el *Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998)*. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre sexos en la puntuación global de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos. El análisis particular de los factores revela que los niños, a diferencia de las niñas, tienen significativamente mayor miedo a engordar. Además, los niños presentan puntuaciones ligeramente más elevadas que las niñas en restricción alimentaria y en desinhibición hacia la comida. Por el contrario, las niñas perciben una mayor presión social para comer que los niños. Respecto al nivel de insatisfacción corporal, se observó que las niñas se preocupan un poco más por su imagen corporal que los niños, pero la diferencia no es significativa. Los resultados también muestran que las correlaciones entre variables son más elevadas para las niñas que para los niños. Por último, los análisis de regresión informan que, en ambos sexos, los factores del *ChEAT* que mejor predicen la Insatisfacción corporal son la restricción alimentaria y el miedo a engordar. La diferencia fundamental entre sexos estriba en el mayor porcentaje de varianza que explican estas conductas y creencias alimentarias anómalas en las niñas en comparación con los niños. En concreto, este porcentaje es el doble en las niñas que en los niños.

**Palabras clave:** Actitudes alimentarias anómalas, Miedo a engordar, Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Niños, Niñas

## ABSTRACT

This work is aimed to identify anomalous attitudes and behaviours towards food, weight and body image in fifth and sixth grade students of the Franciscan Educational Unit "La Recoleta". It is an empirical cross-sectional investigation. The sample is made up of 336 boys and girls between the ages of 9 and 13. Anomalous attitudes and behaviours towards food were evaluated with the *Children Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire & Daniels, 1988)* and body image with the *Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998)*. The results indicate that there are no significant differences between the sexes in the global score of anomalous eating attitudes and behaviours. The particular analysis of the factors reveals that boys, unlike girls, are significantly more afraid of gaining weight. In addition, boys have slightly higher scores than girls in food restriction and disinhibition towards food. On the contrary, girls perceive greater social pressure to eat than boys. Regarding the level of body dissatisfaction, it was observed that girls worry a little more about their body image than boys, but the difference is not significant. The results also show that the correlations between variables are higher for girls than for boys. Finally, the regression analyses report that, in both sexes, the *ChEAT* factors that best predict body dissatisfaction are food restriction and fear of gaining weight. The fundamental difference between the sexes lies in the greater percentage of variance that explain these behaviours and anomalous dietary beliefs in girls compared to boys. Specifically, this percentage is double in girls than boys.

**Keywords:** Abnormal eating attitudes, Fear of getting fat, Body Image, Body Dissatisfaction, Boys, Girls.

## ÍNDICE

Resumen.....	i
Abstract.....	i
<b>PARTE TEÓRICA</b>	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	3
2.1. <i>Anorexia nerviosa</i> .....	3
2.2. <i>Bulimia nerviosa</i> .....	6
2.3. <i>Creencias y conductas alimentarias anómalas subclínicas</i> .....	8
3. ADOLESCENCIA Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	10
3.1. <i>Factores madurativos asociados al sexo</i> .....	10
4. IMAGEN CORPORAL.....	13
4.1. <i>Concepto y componentes de imagen corporal</i> .....	13
4.2. <i>Insatisfacción corporal</i> .....	15
4.3. <i>Modelo de influencia tripartita de Thompson</i> .....	17
4.4. <i>Insatisfacción corporal como factor de riesgo a los trastornos de la conducta alimentaria</i> .....	19
5. CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS.....	24
5.1. <i>Modelo de Doble Vía de Stice</i> .....	24
5.2. <i>Dieta como factor de riesgo de los TCA</i> .....	25
6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS.....	28
6.1. <i>Objetivo General</i> .....	29
6.2. <i>Objetivos Específicos</i> .....	30
<b>PARTE EMPÍRICA</b> .....	31
7. MÉTODO.....	31
7.1. <i>Participantes</i> .....	31
7.2. <i>Instrumentos</i> .....	32
7.2.1. <i>Children Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988)</i> .....	32

<b>7.2.2. Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998)</b> .....	33
<b>7.3. Procedimiento</b> .....	34
<b>7.4. Análisis de los datos</b> .....	34
<b>8. RESULTADOS</b> .....	35
<b>8.1. Nivel global de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en los niños y niñas y comparación entre sexos.</b> .....	35
<b>8.2. Valoración de los factores específicos de conductas alimentarias de riesgo (miedo a engordar, restricción con la comida, presión social para comer y desinhibición) en ambos sexos.</b> .....	35
<b>8.3. Nivel de Insatisfacción Corporal de niños y niñas.</b> .....	37
<b>8.4. Correlación entre el grado de Insatisfacción Corporal y las actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en niños y niñas.</b> .....	37
<b>8.5. Predicción de la Insatisfacción Corporal a partir de los factores específicos de conductas alimentarias de riesgo en niños y niñas.</b> .....	38
<b>9. DISCUSION</b> .....	40
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>11. LIMITACIONES Y DIRECTRICES FUTURAS</b> .....	46
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución y frecuencia de las edades de la muestra.....	31
<b>Tabla 2.</b> Estadísticos descriptivos y prueba <i>t</i> de las puntuaciones en el <i>ChEAT</i> entre niños y niñas.....	35
<b>Tabla 3.</b> Estadísticos descriptivos y prueba <i>t</i> de los factores del <i>ChEAT</i> entre niños y niñas.....	36
<b>Tabla 4.</b> Estadísticos descriptivos y prueba <i>t</i> entre las puntuaciones del <i>IC</i> de niños y niñas.....	37

<b>Tabla 5.</b> Correlaciones de Pearson entre la Insatisfacción corporal y los factores del <i>ChEAT</i> para niños y niñas.....	38
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<b>Tabla 6.</b> Resumen del modelo de regresión múltiple en la muestra de niños (VD: insatisfacción corporal).....	39
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<b>Tabla 7.</b> Resumen del modelo de regresión múltiple en la muestra de niñas (VD: insatisfacción corporal).....	39
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **ANEXOS**

Anexo N°1.....	62
Anexo N°2.....	64

## PARTE TEÓRICA

### 1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un grave problema de salud pública por las severas consecuencias psicológicas y físicas que llegan a generar, particularmente en los países occidentales (Birmingham y cols., 2005; Franko y Keel, 2006; Smink y cols., 2012). Los TCA presentan una de las tasas de mortalidad más alta de los trastornos psicológicos (Arcelus y cols., 2011), bien por las complicaciones que genera el estado de desnutrición o por suicidio (Perpiñá, 2008; Stice y cols., 2007).

Un hallazgo ampliamente reconocido en la literatura científica es que los TCA tienen una acusada sobrerrepresentación en la etapa adolescente, particularmente en las mujeres (Hoek y Van Hoeken, 2003), fenómeno que se ha denominado por algunos autores como “brecha de género” (Cyranowsky y cols., 2000; Kuehner, 2003), siendo posible tomar como referencia para este sector de la población un rango del 0.5-1% para la AN (anorexia nerviosa) y del 1-4% para la BN (bulimia nerviosa) (Hoek y Hoeken, 2003; Madruga y cols., 2010; Peláez y cols., 2005; Ruíz-Lázaro y cols., 2010). No obstante, estas cifras aumentan notablemente si también se incluyen en las estimaciones los casos que no manifiestan un TCA completo; es decir, aquellos que no alcanzan el nivel diagnóstico y se quedan bajo el umbral subclínico (Sancho y cols., 2007). A este respecto es importante señalar que, en las últimas cuatro décadas, se ha incrementado la prevalencia no sólo de los casos clínicos sino también subclínicos y, además, se ha acortado la edad de inicio de estas alteraciones (Álvarez-Malé y cols., 2015; Moreno-Gutiérrez y cols., 2016; Peláez y cols., 2010; Sancho y cols., 2007; Urzúa y cols., 2011).

Los datos anteriores ponen de relieve que el estudio de los posibles factores de riesgo que puedan estar implicados en el inicio y mantenimiento de estos trastornos es un ámbito de indudable interés y creciente expansión, porque en la medida que se comprendan mejor los procesos que generan vulnerabilidad se podrían diseñar programas de prevención y de tratamiento más focalizados que

reduzcan el número de recaídas y faciliten la recuperación (Neumark-Sztainer y cols., 2002; Stice y cols., 2007).

Una de las explicaciones que se han utilizado para dar cuenta del incremento de las alteraciones alimentarias en jóvenes es la intensa presión social por la imagen estética de delgadez, dirigida especialmente al sexo femenino, lo que propiciaría tanto la aparición de un mayor número de casos de anorexia nerviosa (AN) y de bulimia nerviosa (BN) como una mayor preocupación por perder peso, disparando conductas y creencias alimentarias anómalas que pueden convertirse en situaciones de riesgo para desarrollar cuadros clínicos (Perpiñá, 2011). En una sociedad que promueve el culto al cuerpo y la preocupación por la apariencia, la desviación con respecto a la representación social de cuerpo ideal, fuertemente centrada en una imagen de la esbeltez, genera sentimientos de inadecuación y discriminación (Raich, 2010).

Así pues, en consideración a los planteamientos previos, en la parte teórica de este trabajo se describirán, en primer lugar, los TCA recogidos en el DSM-5 (APA, 2013), y, además, se expondrán algunos de los estudios que analizan las creencias y comportamientos alimentarios anómalos en adolescentes sin alcanzar el nivel diagnóstico. En segundo lugar, se presentarán algunas de las características de la etapa adolescente para comprender el incremento de estas alteraciones en esa franja de edad. A continuación, se analizará el concepto de imagen corporal y de insatisfacción corporal como factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones alimentarias. Por último, se expondrán las razones que justifican el presente estudio y se formularán los objetivos del mismo. En la parte empírica, en el apartado referido a Método, se describirán la muestra, los instrumentos y el procedimiento seguido; en los Resultados, se expondrán los análisis realizados y los hallazgos encontrados; en el apartado de Discusión, se debatirán los resultados obtenidos frente a los publicados por otros estudios y, por último, se presentarán las principales Conclusiones del estudio, las limitaciones y directrices para futuros estudios.

## 2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) agrupan a un conjunto de alteraciones caracterizadas por comportamientos, creencias y emociones anómalas referidas a la alimentación, el peso, y la silueta que pueden perjudicar significativamente la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona (Fairburn y Harrison, 2003). En el DSM-5, la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA publicado en 2013, se incluyen bajo el epígrafe de “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA), así como otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y no especificados. En este trabajo vamos a referirnos únicamente a estos trastornos, no vamos a tener en cuenta las alteraciones referidas a la absorción e ingestión (pica, rumiación, restricción y evitación de la alimentación).

Los cambios introducidos en el DSM-5 con respecto a la edición anterior se refieren a los criterios diagnósticos de la AN y de la BN y a la inclusión del Trastorno por atracón (TpA). Concretamente, en la AN se elimina la presencia de amenorrea como criterio diagnóstico y en la BN se reduce la frecuencia de conductas compensatorias, además de eliminarse los subtipos purgativo y no purgativo. Con estos cambios se logra, por una parte, reducir el gran número de personas que se encontraban con un diagnóstico de trastorno alimentario no especificado, siendo ahora recogidos como casos de AN o BN y, por otra parte, tener criterios menos sesgados por género, que presentaban los casos de hombres como algo más bien anecdótico.

### 2.1. *Anorexia nerviosa*

De acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 (APA, 2013) la AN se define como la restricción de la ingesta energética por debajo de lo requerido, llevando a un peso significativamente bajo que puede ser perjudicial para la salud e, incluso, incompatible con la vida. En dicho Manual la AN se identifica por tres características fundamentales:

1. Privación de la ingesta de alimentos en función de las necesidades, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo, es decir, inferior al mínimo esperado en relación a la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física de la persona.

En la anorexia nerviosa el individuo mantiene el peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso. La valoración del peso puede ser difícil, ya que el rango de peso normales difiere entre individuos y entre los diferentes umbrales que se han publicado para definir la delgadez o el peso insuficiente. En los niños y en los adolescentes es útil determinar el percentil del índice de masa corporal (IMC) según la edad, percentiles del IMC de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para niños y adolescentes. Como en los adultos no es posible facilitar unos estándares definitivos para determinar si el peso de un niño o de un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones del curso del desarrollo entre unos jóvenes y otros limitan su utilidad a simples guías numéricas. Los CDC han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil 5 como indicativo de peso insuficiente; sin embargo, se puede valorar que los niños y los adolescentes con un IMC por encima de esta referencia tienen un peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado.

2. Miedo desmesurado a engordar o la práctica de conductas reiteradas que interfieren con el aumento de peso, incluso cuando este no alcanza el mínimo saludable para las características de la persona.

Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar. Este miedo intenso a engordar no se alivia por lo general con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así

como algunos adultos, pueden no reconocer ni admitir el miedo a ganar peso. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el criterio B se puede usar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que sería indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo.

3. Alteración de la imagen y peso corporal en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad que conlleva un peso significativamente bajo.

La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas en estos individuos. Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas, pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están “demasiado gordos”. Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zona de “grasa”. La autoestima de los individuos con AN depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable de autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición. Es raro que un individuo con AN se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, las personas con AN frecuentemente no tienen un concepto claro de los problemas o directamente lo niegan.

Además, se distinguen dos subtipos de AN:

**Restrictivo:** Si durante los últimos tres meses, la persona no ha llevado a cabo conductas recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoprovocados o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). En este subtipo la

pérdida de peso se consigue sobre todo por la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo atracones/purgas: Si durante los últimos tres meses, la persona ha tenido episodios recurrentes de atracones y/o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diurético o enemas).

La gravedad de estos cuadros se basa en el índice de masa corporal (IMC) (leve  $\geq 17$ , moderado=16-16,99, severo=15-15,99 y extremo $\leq 15$ ) (APA, 2013) y en la interferencia que generan en la vida cotidiana.

Algunas de las complicaciones físicas que conlleva la AN y que son responsables, en gran medida, de la ratio de mortalidad de 1,8% (Steinhausen, 2002) son las siguientes: disminución de la tasa metabólica, distermia, hipercolesterolemia, bradicardia, hipotensión, disminución del tamaño cardíaco, distensión abdominal, fallo renal crónico, osteopenia, lanugo, caída del pelo, piel agrietada y seca, estreñimiento, etc. (Madruga y cols., 2010).

## **2.2. *Bulimia nerviosa***

La BN, según el DSM-5 (APA, 2013) se identifica por los siguientes criterios:

1. La presencia de atracones de comida, caracterizados por la ingesta de grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo, según características del contexto, acompañados de la sensación de pérdida de control sobre la comida. El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos hipercalóricos que en otras circunstancias evitarían.

Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido,

lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.

2. Comportamiento compensatorios inadecuados como son: autoprovocarse el vómito, uso de laxantes, diuréticos, ayunar o la realización de ejercicio excesivo con la finalidad de impedir el aumento del peso corporal.

Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente. Entre los efectos inmediatos de vomitar se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Los individuos con BN pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentran el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Los individuos generalmente se tornan habilidosos para provocarse el vómito y finalmente son capaces de vomitar a voluntad. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes o diuréticos. En casos excepcionales también se pueden utilizar otros métodos compensatorios (hormonas, enemas). Los individuos con BN pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso. EL ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúan haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas.

3. Tanto los atracones, como los comportamientos compensatorios, se producen al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses.

4. La autoevaluación está muy influida por la constitución y el peso de la persona y este cuadro no se produce exclusivamente durante los episodios de AN. Las personas con BN le conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para el diagnóstico.

Al igual que en la AN, hay especificadores para consignar la gravedad, referidos a la frecuencia y duración de las conductas compensatorias que realizan a la semana (leve =1-3, moderado= 4-7, grave= 8-13 y extremo $\geq$ 14) y la interferencia en la actividad cotidiana.

Algunas de las consecuencias físicas de este trastorno son: la alcalosis metabólica hipoclorémica, prolapso mitral, fracaso renal agudo, nefropatía hipopotasémica, callosidades en nudillos (Signo de Russell), erosión del esmalte dental y caries dentales, hipertrofia de glándulas salivares, rotura o desgarramiento esofágico, estreñimiento, osteoporosis, etc. (Madruga y cols., 2010).

### **2.3. Creencias y conductas alimentarias anómalas subclínicas**

Un resultado relevante en el ámbito de los TCA es que, aunque se trata de alteraciones poco comunes en la población general; son frecuentes entre adolescentes, particularmente del sexo femenino, que presenta una ratio 9:1 (mujer:hombre) (Hoek y Hoeken, 2003). Esta desigual proporción es, posiblemente debida, a la compleja interacción entre los determinantes biológicos, psicológicos y socioculturales (Hautala y cols., 2006). Las cifras de prevalencia aumentan considerablemente si también se incluyen en los cálculos los casos que no presentan un TCA completo (Abbate-Daga y cols., 2007; Ballester y Guirado, 2004; Kansi y cols., 2005). En este sentido, distintos autores señalan que un número creciente de jóvenes muestran comportamientos alimentarios anormales sin reunir los criterios necesarios para presentar un diagnóstico claro de TCA, refiriéndose a alteraciones que no satisfacen todos los criterios diagnósticos (Chamay-Weber y cols., 2005; Cotrufo y cols., 2005).

Estos síndromes que están a nivel sub-umbral forman un grupo heterogéneo de alteraciones sin una definición comúnmente aceptada y cuya relación con los TCA propiamente dichos permanece aún desconocida (Chamay-Weber, y cols., 2005; Cotrufo y cols., 2005; Favaro y cols., 2003; Sancho y cols., 2007). En uno de los pocos estudios disponibles sobre el tema, se muestra que los síndromes parciales están mucho más extendidos que los completos, con tasas de prevalencia del 0.2-0.5% y 5-12% para la AN como trastorno y como síndrome parcial, respectivamente, y del 1-1.5% y 1-3% para la BN también como trastorno y como síndrome parcial (Cotrufo y cols., 2005; Sancho y cols., 2007).

En suma, las alteraciones alimentarias se extienden más allá de las definiciones clásicas de AN y BN, abarcando un amplio espectro de actitudes y conductas insanas y potencialmente peligrosas donde los límites son difíciles de demarcar con precisión (Muisse y cols., 2003; Miotto y cols., 2003). De este modo, algunos autores consideran que existe una transición progresiva desde formas más o menos indiferenciadas de alteraciones alimentarias, como la insatisfacción con el cuerpo o el seguimiento de una dieta, hasta las entidades clínicas reconocidas con una etiqueta diagnóstica (Chamay-Weber y cols., 2005; Peck y Lightsey, 2008). Incluso la presencia de un solo comportamiento alimentario anormal, como una dieta inapropiada y estricta, incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas asociados, como ánimo decaído, baja autoestima, conductas bulímicas o alteración de la imagen corporal (Miotto y cols., 2003; Shisslak y cols., 2006).

### **3. ADOLESCENCIA Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La adolescencia es uno de los períodos más dinámicos, amplios e influyentes de la vida. Desde una perspectiva del desarrollo, la transición a la adolescencia representa una etapa caracterizada por cambios importantes que afectan a las funciones neurobiológicas, psíquicas, afectivas, cognitivas y sociales de los niños (Crosnoe y Johnson, 2011; Steinberg y cols., 2006). Además, la adolescencia está marcada por numerosas transformaciones en el mundo social de los jóvenes. A medida que los niños entran en la adolescencia y su contexto social se expande, el proceso de socialización requiere nuevas dinámicas interpersonales que ponen en funcionamiento el equilibrio entre los recursos personales e interpersonales (Rudolph, 2009).

Estos complejos cambios que tienen lugar más o menos simultáneamente y en un tiempo relativamente corto, proporcionan un contexto de riesgo para la aparición de problemas de salud mental, especialmente en jóvenes con capacidad comprometida para afrontar los numerosos retos de la adolescencia (Casey y cols., 2008; Lerner y Steinberg, 2004). Estudios previos documentan el aumento de distintas formas de psicopatología en las primeras etapas de la adolescencia, incluidas las alteraciones alimentarias (Smink y cols., 2012).

#### **3.1. Factores madurativos asociados al sexo**

Las diferencias de género en las alteraciones alimentarias tienen su inicio en la adolescencia temprana, con la presentación desigual de sintomatología subclínica, según Crick y Zahn-Waxler (2003), y se van incrementando y consolidando a lo largo de este período evolutivo (Ferreiro y cols., 2012) hasta alcanzar las cifras anteriormente citadas. La presencia de sintomatología subclínica en edades tan tempranas no es un problema menor, ya que la disfunción social y psicológica que pueden experimentar los adolescentes es igual que la de un diagnóstico de TCA (Chamay-Weber y cols., 2005).

Algunos de los factores que pueden influir en las desproporcionadas cifras de prevalencia entre sexos pueden ser, entre otras, de carácter fisiológico y sociocultural (Andersen, 1996).

La pubertad, en gran medida determinada genéticamente, implica numerosos cambios fisiológicos que, en algunos casos, podrían anteceder o precipitar las alteraciones alimentarias. Los TCA resultan de una multiplicidad de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, donde interactúan aspectos individuales y del medio. Las conductas alimentarias de riesgo se relacionan íntimamente con los factores predisponentes que se presentan entre las mujeres adolescentes, quienes conforman el grupo etario principalmente afectado. Se incluyen aspectos individuales como los cambios biológicos propios de la etapa, que promueven el aumento de estrógeno y progesterona, y el incremento de la grasa subcutánea las áreas que marcan los caracteres físicos femeninos, que propicia el sobrepeso durante los inicios de esta etapa, situación que puede contraponerse con las exigencias sociales que promueven la delgadez en el físico femenino prepubescente (Unikel y cols., 2002). Estos cambios puberales generan la aparición y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, entre los que se incluye la silueta corporal y el peso (Toro, 1999). Como se sabe, estas transformaciones afectan sobre todo al sexo femenino, porque tales cambios son más rápidos y drásticos que en el caso de los chicos, además, los estereotipos de feminidad y masculinidad marcan diferencias entre sexos, mientras que en las niñas se produce el temido incremento de peso, a veces de forma precoz, en los chicos preocupa menos. En general, los chicos están menos insatisfechos con su cuerpo y aquéllos que desean cambiar de peso, es tan probable que deseen aumentarlo como disminuirlo. Los niños, a diferencia de las niñas, tienden a fijarse más en su forma (se centran en la parte superior del cuerpo, la musculatura). Sin embargo, las niñas muestran mayor insatisfacción con el peso (Elosua y Hermosilla, 2013; McCabe y Ricciardelli, 2004; Ricciardelli y McCabe, 2002).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la mayoría de las investigaciones sobre TCA se han realizado con muestras femeninas

(adolescentes o jóvenes adultas) desatendiendo en gran medida las preocupaciones y preferencias del sector de los chicos, aunque también están afectados (Hernández y cols., 2010).

El desarrollo del nuevo cuerpo da lugar a cambios en la percepción y en la valoración estética del mismo, no sólo por parte de la adolescente sino también de su entorno social. En este escenario, serán muy importantes las reacciones de los demás ante el nuevo cuerpo, las comparaciones subjetivas y objetivas, y la influencia del modelo estético corporal delgado, todo ello va a determinar esa valoración (Toro, 1999). En el caso de que la evaluación sea negativa, por exceso de peso, por ejemplo, la insatisfacción que se genera puede determinar la decisión de adelgazar y, por tanto, iniciar el riesgo de una alteración alimentaria.

Además, los cambios biológicos puberales, especialmente en el sexo femenino, determinan un notable incremento del riesgo de sintomatología emocional (Rosen, 1996). La mayor labilidad emocional puede facilitar una evaluación negativa de la imagen corporal, y ésta conducir a la restricción alimentaria que propicie la aparición de un trastorno.

En consecuencia, se podría asumir que la identificación de delgadez con belleza y éxito, la equiparación entre autocontrol y adelgazamiento, y la dependencia de la autoestima a la aceptación social ante determinados cánones estéticos impuestos de modo arbitrario por dictados de la moda, se convierten en aspectos centrales de la problemática alimentaria (Ballester y Guirado, 2004). A este respecto, la imagen corporal y el estudio de la insatisfacción corporal en la aparición de la sintomatología alimentaria, está fuera de toda duda, ya que su presencia en estos trastornos ha sido estudiada y confirmada en diferentes estudios (Ferreiro y cols., 2012, 2013; Spangler, 2002; Stice, 2007; Stice y Shaw, 2002).

## 4. IMAGEN CORPORAL

En la etiología de los TCA intervienen distintos factores de distinto orden tanto biológicos como psicológicos y socioculturales, y el peso específico de cada uno dependerá de cada caso particular (Perpiñá, 2011). Uno de los factores psicológicos de riesgo que más apoyo ha recibido en la literatura como predictor robusto de inicio, mantenimiento y predictor de recaídas de sintomatología alimentaria es la insatisfacción corporal (Freeman y cols., 1985; Bohon y cols., 2009; Dakanalis y cols., 2014; Stice y cols., 2011).

La insatisfacción corporal está estrechamente ligada a la imagen corporal, como se describirá a continuación.

### 4.1. *Concepto y componentes de imagen corporal*

La primera definición de imagen corporal, sin recurrir a elementos exclusivamente de tipo neurobiológico, proviene de la idea de constitución de la corporalidad, postulada por Schilder (1935). Este autor definió la imagen corporal como la representación de nuestro cuerpo que construimos en la mente. Schilder considera que el cuerpo representa tanto la personalidad como el orden social, operando como instrumento simbólico que comunica sobre la cultura, sus normas y sus límites. Se evidencia la inestabilidad sociocultural en condiciones inciertas para una construcción identitaria saludable pues, culturalmente mediatizada, la corporalidad expresa la presión social que soporta (Behar y Arancibia, 2015). Así, la imagen corporal configuraría la representación y la vivencia corporal que cada individuo construye mentalmente, una estructuración global y múltiple, conformada por percepciones, sentimientos y actitudes que el sujeto ha elaborado a partir de sus experiencias.

Para Thompson (1990), además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, la IC debería incluir un componente conductual que se basaría en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción que suscita. Posteriormente, Slade (1994) analizó la imagen corporal como una representación mental amplia, en la que tienen cabida diversos factores

psicológicos, individuales y sociales que mantienen interdependencia mutua. En una línea similar, más recientemente, Cash (2004) apuntó que la imagen corporal es una experiencia que abarca la apariencia física y aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos que influyen en la conducta.

Hasta aquí, se pueden diferenciar dos tipos de influencias en la formación de la imagen corporal: a) Influencias del pasado: que son las experiencias pasadas que condicionan la forma en que nos vemos y b) Influencias del presente: que son las experiencias cotidianas que afectan directamente a cómo sentimos y vemos nuestro cuerpo.

A lo largo de nuestras experiencias pasadas y presentes, las personas vamos construyendo una serie de aspectos básicos sobre nuestro cuerpo y su significado. En esa construcción, la apariencia física es uno de los primeros atributos por los cuales los niños se describen a sí mismos y a los demás, mientras que la imagen corporal es, posiblemente, la primera característica por la cual los niños perciben una parte de su autoconcepto. Además, como han señalado diversas investigaciones, los niños de sólo 5 años ya conocen perfectamente las consecuencias negativas de tener, por ejemplo, una apariencia obesa (Barnhart y cols., 2004).

Algunos autores plantean que los factores socioculturales aumentan las preocupaciones sobre la imagen corporal y la alimentación durante la adolescencia temprana, por lo que proponen que las intervenciones preventivas deben implementarse a estas edades (Rodgers y cols., 2015).

Leal y cols. (2003) en Soto y cols. (2013) refieren que la preocupación colectiva por la imagen corporal y el prestigio que la moda le concede a la extrema delgadez, constituyen un indicador de riesgo en este tipo de trastornos. Está demostrado que la preocupación de los jóvenes respecto de su peso corporal y su figura en edades tempranas significan mayor riesgo de llegar a desarrollar conductas alimentarias anómalas que los pueden llevar a un TCA, hecho que se ve aumentado en el caso de las niñas. La imagen corporal no está

necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo.

Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal, es decir, tienen un desajuste entre la imagen real e ideal (Carrobes y cols., 2004). Una IC negativa repercute tanto en la esfera cognitivo-afectiva (la valoración que se hace de sí mismo la persona depende totalmente de su apariencia física y por tanto repercute en la autoestima) como en la esfera conductual (la IC negativa puede modificar el comportamiento y los hábitos, evitando situaciones sociales, ocultando el cuerpo, comparando, comprobando y evitando mirarse al espejo) (Perpiñá y cols., 2000). Una IC negativa constituye un factor de riesgo para el desarrollo, no sólo de los TCA, sino también de otras patologías que atentan contra la salud mental. En cambio, una imagen corporal positiva que conlleva satisfacción con el propio cuerpo no sólo viene a constituir un índice de salud mental sino un factor protector (Knoesen y cols., 2009 citado en Gómez-Peresmitré, 2014).

#### **4.2. *Insatisfacción corporal***

La insatisfacción corporal ocurre cuando existen discrepancias entre el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y el cuerpo real, de modo que a mayor discrepancia mayor será la insatisfacción (Acosta-Gómez, 2003). Se sabe que la mayoría de las personas, particularmente las mujeres, están descontentas con su IC o con alguna parte de su cuerpo, convirtiéndose dicha preocupación en un “malestar normativo”; sin embargo, no siempre este descontento provoca la realización de dietas extremas, ni cambios cotidianos importantes que puedan convertirse en conductas de riesgo (Devlin y Zhu, 2001).

Hasta principios de los 90's, la insatisfacción corporal se investigaba principalmente como un problema de la población femenina, sin embargo, estudios más recientes han señalado que, aunque se trata de un descontento normativo en la población femenina (Cash y cols., 2004; Dye, 2016), afecta también a un gran número de hombres (Dakanalis y Riva, 2013; Jones y

Crawford, 2005). No obstante, existen diferencias de género en la forma en que la insatisfacción corporal afecta. Mientras que para las mujeres la insatisfacción corporal se relaciona principalmente con el incremento de peso, en los hombres este constructo se relaciona tanto con el deseo de ganar peso como de perderlo con el afán de ganar músculo, es decir, se produce insatisfacción en los dos extremos de la distribución (Cafri y Thompson, 2004; Elosua y Hermosilla, 2013). Estas discrepancias están relacionadas con los diferentes ideales estereotipados de belleza propuestos para ellos y ellas.

Otra evidencia informada por distintos autores señala que la insatisfacción corporal se puede identificar en personas de cualquier edad: niños (Clark y Tiggemann, 2006, 2008) adolescentes (Ata y cols., 2007, Ferreiro y cols., 2014) y adultos (Frederick y Grow, 1996; Paa y Larson, 1998). A este respecto, Ricciardelli y McCabe (2001) realizaron una revisión sobre la preocupación por la IC en niños de 6 a 11 años. De manera general, las autoras reportan que los instrumentos empleados para evaluar la preocupación por la imagen corporal en niños, han sido adaptaciones de instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes adultos, cuyas propiedades psicométricas son consideradas muy buenas, por lo que las autoras juzgan que pueden ser utilizadas confiablemente. Las autoras también precisan que en población infantil la mayoría de los niños se encuentran satisfechos con su cuerpo y sólo una minoría desea tener un cuerpo delgado o más grueso.

En otro estudio realizado con una muestra de 4525 mujeres mexicanas de tres diferentes etapas del desarrollo (pre-púberes, púberes y adolescentes), se encontró una alta frecuencia de actitud negativa hacia la obesidad ya en las niñas pre-púberes (8.8 años de edad promedio). Además, también se reportó que el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal se incrementa con la edad, siendo las adolescentes quienes mayoritariamente se mostraron más insatisfechas con su imagen corporal (74%), seguidas por las pre-púberes (68%). En lo que respecta a la variable seguimiento de dieta con propósitos de control de peso, se encontró que la mitad de las mujeres de cada grupo etario había llevado a cabo esta conducta restrictiva (Gómez-Péresmitré y cols., 2001).

Hernández y cols. (2010) después de realizar una revisión sistemática de 44 artículos en los cuales se evaluó la insatisfacción corporal en interacción con factores biopsicosociales, concluyeron lo siguiente: la insatisfacción corporal tiene su origen en factores biopsicosociales; difiere entre sexos, especialmente en la adolescencia, lo cual sugiere que los cambios biológicos, psicológicos y sociales que el desarrollo humano conlleva influyen en la satisfacción con el cuerpo; el deseo de un cuerpo delgado ya no es el motivo principal de la insatisfacción corporal, los estudios analizados han dejado entrever que la inconformidad con el cuerpo también puede tener su origen en el deseo de mayor peso y/o tono muscular, independientemente del sexo.

#### **4.3. Modelo de influencia tripartita de Thompson**

En un intento de elaborar un modelo de imagen corporal y alteraciones alimentarias que incorporase la mayor parte de las variables implicadas en su desarrollo, Thompson y cols. (1999) presentaron el Modelo de influencia tripartita. Este Modelo postula la existencia de tres fuentes de influencia primaria: los iguales, los padres, y medios de comunicación. Posteriormente, el Modelo fue ampliado para dar cabida a posibles variables mediadoras que podrían contribuir a la comprensión del desarrollo de estas problemáticas (Van den Berg y cols., 2002). Concretamente, se hipotetizó que las influencias socioculturales (iguales, padres, y mass media) y factores mediacionales (internalización del ideal de delgadez, comparaciones de la apariencia) predecirían el inicio tanto de la insatisfacción corporal como de la psicopatología alimentaria. Investigaciones posteriores que pusieron a prueba la nueva estructura, mediante análisis de ecuaciones estructurales, concluyeron favorablemente sobre la bondad de ajuste del Modelo (Hernández y cols., 2011; Keery y cols., 2004; Yamamiya y cols., 2008).

Estudios posteriores como el de Forney y Ward (2013) observaron que existe una estrecha relación entre la insatisfacción corporal, la presión social por alcanzar una silueta delgada, la alimentación poco saludable y el surgimiento de los TCA. Además, como ya se comentó, la imagen corporal se vincula con

atractivo físico, obtención de mayor placer, éxito, adquisición de amistades y felicidad, en un contexto que estigmatiza al sobrepeso y la obesidad. Muchos adolescentes no están satisfechos con sus cuerpos, lo que conlleva constantes fluctuaciones ponderales y ánimo negativo, conducentes a obesidad o a TCA.

La complejidad de los factores que pueden constituir riesgo de desarrollar TCA requiere ser abordada desde una perspectiva multifactorial, donde los factores familiares también resultan relevantes al ser el primer grupo que trasmite creencias, actitudes y modela conductas relacionadas a los alimentos que acompañarán al individuo, a lo largo de su vida (Martínez, y cols., 2010). Se considera que la familia puede actuar como un factor etiológico, debido a que su funcionamiento puede propiciar la aparición de tales trastornos (Williamson, 1990); o como un factor mantenedor, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar permiten que los síntomas permanezcan a través del tiempo (Cortés-García y cols., 2019; Treasure y cols., 2007). Las personas con TCA perciben un ambiente familiar significativamente más deteriorado y sentimientos negativos hacia sus familiares, estas relaciones entre sintomatología de TCA y funcionamiento familiar señalan que la psicopatología alimentaria se puede asociar con la presencia de ambientes familiares desfavorecedores para el desarrollo óptimo del individuo (Davis y cols., 2004 citado en Martínez y cols. 2010). Más recientemente, en vez de culpabilizar a la familia por el origen de los TCA, se ha hecho hincapié en considerarla en su papel protector donde sus características proveen a sus integrantes de habilidades para contrarrestar o evitar los factores de riesgo. De tal forma que un contexto familiar positivo, se asocia con menor vulnerabilidad y mayor protección social, mientras que un contexto negativo presupone pocas destrezas y mayor vulnerabilidad. Además, se ha comprobado que la influencia entre ambiente familiar y psicopatología alimentaria es bidireccional, es decir, la influencia nociva puede moverse en sentido opuesto (Cortés-García y cols., 2019).

También se ha evaluado la influencia de los pares, definida como la contribución de los amigos o iguales para que una persona interiorice el modelo estético dominante, e incluso desarrolle preocupación por el peso y la

alimentación (Oliver y Thelen, 1996; Vázquez y cols., 2000). En este sentido, los resultados son dispares, mientras algunos estudios confirman la influencia de los iguales en la conducta en general de los jóvenes (Oliva y cols., 2014; Story y cols., 2002). Otros estudios precisan que las amistades y las influencias de los compañeros durante la pubertad y la adolescencia pueden ejercer un efecto positivo en la imagen de sí mismos cuando se sienten bien conectados y aceptados (Holsen y cols., 2012) o pueden desencadenar conductas alimentarias no saludables como consecuencia de tener conversaciones sobre la apariencia o, incluso, burlas (Helfert y Warschburger, 2011).

La sociedad actual transmite modelos de perfección corporal mediante la presión ejercida por los medios de comunicación, que potencia el fenómeno de la imitación (Salazar, 2007), y promueve cánones que son particularmente interiorizados por los adolescentes, sobre todo mujeres, y por aquellos individuos con sobrepeso u obesidad (Saucedo-Molina y Unikel, 2010). Los medios de comunicación tienen un rol central, pues no solo son los responsables de la homogenización de la información y la transmisión de valores comunes, con la consecuente aculturación occidental, sino también de la transmisión, a través de las distintas extracciones socioeconómicas, de enfermedades alimentarias como la anorexia y la bulimia nerviosa, trastornos que antes se creían concentrados en los estratos económicos más elevados (Toro, 1999).

#### **4.4. *Insatisfacción corporal como factor de riesgo a los trastornos de la conducta alimentaria***

La belleza ha sido una cualidad valorada universalmente. La percepción de los valores estéticos, marcados por la sociedad en un momento determinado, desencadena una reacción de agrado ante lo bello y de desagrado ante lo feo, en cuya vivencia se encuentra una dimensión intelectual y otra emocional o afectiva. El valor estético, pues, posee un componente sensitivo y otro intelectual que hace entrar en juego nuestra personalidad, por lo que cada uno valora según lo que es. La sobrevaloración estética del cuerpo nos puede conducir a una imposición tal de desarmonía, falta de integridad e insatisfacción que puede

predisponer la aparición de alteraciones alimentarias como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Fairburn, 2003; Gervilla, 2014; Raich, 2000).

Las tendencias culturales actuales señalan que los ideales de belleza femenina han variado en relación a los estándares estéticos de épocas anteriores y ponen el énfasis en la delgadez y el bajo peso (Raich, 2000). Esta influencia se deja sentir de manera más intensa en las mujeres que en los hombres, dado que socioculturalmente han sido más valoradas por su atractivo físico que por otras cualidades. En consecuencia, internalizan de manera más intensa el ideal de belleza que propone la sociedad y pueden llevar a cabo estrategias drásticas, como las dietas extremas y el ejercicio físico compulsivo, para lograr ese estándar ideal (Stice y Shaw, 2002). Esta influencia no sólo se ha observado en adultos sino también en niños (Behar y cols., 2011; Moreno y Viveros, 2009, Vázquez y cols., 2009).

En el caso específico de los niños la obesidad infantil se encuentra ligada tanto con la imagen corporal y con los cambios en los estilos de vida que promueve la población. De esta forma, la modificación de los hábitos alimentarios como el consumo de comida con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional combinado con el sedentarismo, han generado y agravado este problema. En los varones especialmente, estos patrones se repiten y asimilan desde edades tempranas, propiciando la obesidad, que acarrea complicaciones biopsicosociales llevándole a desarrollar diversas enfermedades como diabetes, hipertensión, apnea de sueño, enfermedades hepáticas y cardíacas, etc. (Hassink, 2007). En cuanto a las consecuencias psicosociales, el incremento en la masa corporal que acompaña a la obesidad genera evidentemente un notable malestar psicológico, lo que llega a disminuir o limitar el desarrollo de ciertas actividades (deportivas y sociales); por otra parte, existe el riesgo de que los niños con obesidad puedan llegar a presentar desde comportamientos alimentarios anómalos subclínicos hasta clínicos, como son los TCA en la preadolescencia o adolescencia; además de baja autoestima, depresión, ansiedad, problemas de conducta, y a ser objeto de discriminación social (Latzer y Stein, 2013; Puhl y Latner, 2007).

El concepto de imagen corporal en tanto representación física, afectiva y cognitiva del cuerpo ha sido clave para comprender la influencia de los medios masivos de comunicación en las personas.

Cortez y cols. (2016) llevaron a cabo un análisis sobre la imagen corporal y presentaron como principales hallazgos la existencia de una sobrevaloración del aspecto físico y de un ideal de delgadez, reforzado por la influencia de los medios de comunicación, la familia y los pares. En primera instancia, el influjo de los medios de comunicación en la interiorización del prototipo de delgadez, o el grado en que un individuo se involucra cognitivamente y afectivamente con los paradigmas de atractivo socialmente prescritos, con conductas orientadas hacia la aproximación de este ideal.

La televisión y las revistas ejercen una especial influencia negativa porque los modelos en estos medios son percibidos como representaciones realistas de las personas actuales, presentando imágenes cuidadosamente manipuladas y artificialmente desarrolladas. Las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios en la manera de percibir y evaluar el cuerpo, sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que fomentan la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está la preocupación que existe entre la población general. La belleza y el erotismo de las modelos actúan de un modo impactante y constituye un importante elemento de aspiración social. De manera directa e indirecta, los mensajes de los medios de comunicación señalan la necesidad apremiante de modificar el cuerpo para lograr el estándar deseado que reflejan las modelos y lo que puede comprometer la salud emocional y física de las personas (Salazar, 2007).

Los medios de comunicación transmiten de manera constante, de formas diversas, mensajes que estimulan la pérdida de peso. A la vez, asocian la delgadez con el éxito y la popularidad (Rivarola, 2003). Esta relación hace que algunas personas se preocupen exageradamente por su físico y quieran ajustarse a los ideales estéticos dominantes. Cuando la autoestima se hace depender fundamentalmente de la estética y el peso corporal se corre el riesgo de llegar a desarrollar un TCA (Stice y Shaw, 2002). Esta preocupación es

particularmente importante con los cambios biológicos propios de la transición de la pubertad a la adolescencia, que promueven el aumento de estrógeno y progesterona, y el incremento de la grasa subcutánea en determinadas áreas corporales, que pueden propiciar el sobrepeso durante los inicios de esta etapa, situación que puede contraponerse con las exigencias sociales que promueven la delgadez en el físico femenino prepuberal y con ello el descontento y la insatisfacción (Gimenez y cols., 2013; Unikel y cols., 2002).

En general, el desarrollo madurativo aleja más a las niñas del ideal estético del bajo peso que a los niños (McCabe y Ricciardelli, 2006; Ricciardelli y McCabe, 2004). El proceso de aprendizaje social de las actitudes hacia el peso y la forma corporal es diferente entre sexos. Los niños, al contrario que las niñas, tienden a ser más conscientes de su forma que de su peso, particularmente de la parte superior del cuerpo (Andersen, 1996; McCabe y Ricciardelli, 2006). En contraposición, las niñas reflejan un deseo bastante común de perder peso y se fijan más en la parte inferior del cuerpo, especialmente caderas y muslos lo que explica que la insatisfacción corporal de las niñas sea superior a la de los niños (Maloney y cols., 1989).

Actualmente, no sólo las mujeres sino también los varones están interiorizando los ideales socioculturales de delgadez, y ello podría incidir también en prácticas de riesgo en su comportamiento alimentario (Vázquez y cols., 2006; Rivarola, 2003).

Fairburn y cols. (2007) señalan que la insatisfacción con el peso y la imagen forman parte del núcleo psicopatológico de los TCA y, a partir de ese núcleo, se derivan el resto de las características clínicas. De hecho, la teoría cognitivo-conductual sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno alimentario es un sistema disfuncional de autoevaluación. De modo que, mientras la mayoría de las personas se juzgan en función de su ejecución en distintas facetas de la vida (familia, trabajo, relaciones interpersonales, etc.), las personas con TCA se juzgan casi exclusivamente en función de su figura y su peso corporal (Fairburn y cols., 2003).

Algunos autores aluden a que, si los seres humanos se centran demasiado en lo que les disgusta de su aspecto físico, su autoestima no se desarrollará sanamente, al igual que la confianza en sí mismos. Tener una imagen corporal positiva significa sentirse bastante satisfecho con el propio aspecto físico, valorando el propio cuerpo por sus capacidades y aceptando sus imperfecciones. Una actitud positiva y un estilo de vida saludable (hacer ejercicio y comer bien), son una buena combinación para desarrollar una autoestima sana durante la pubertad y la adolescencia (Aguilar Gil y cols., 1998).

Atendiendo a los resultados publicados por distintas investigaciones, en la última edición del DSM (APA, 2013), se sigue identificando, entre los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, la influencia impropia del peso o de la constitución corporal en la autoevaluación. La autoestima de las personas con psicopatología alimentaria depende en gran medida de la pérdida de peso y cuando no lo consiguen, se perciben como inútiles y fracasados; por el contrario, cuando logran perder peso se incrementa su sensación de control y dominio porque lo consideran un logro importantísimo y tratan de extenderlo a otros dominios de su actividad (Celis y Roca, 2011).

## 5. CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS

### 5.1. *Modelo de Doble vía de Stice*

A partir de estudios realizados por Stice y cols. (1994) se ha generado un modelo empírico que explica el desarrollo de los TCA, particularmente la sintomatología bulímica, denominado “modelo de doble vía”. Según dicho modelo, los mensajes transmitidos por los medios de comunicación acerca del ideal estético de delgadez generan insatisfacción corporal, si previamente existe un reforzamiento de dichos mensajes por la familia y los pares. Además, estos mensajes tienen mayor impacto en la medida en que el receptor ha interiorizado el ideal delgado, que implica que la persona sea consciente del estándar establecido socialmente y asuma la creencia de la importancia de conseguirlo. La presencia de sobrepeso, junto con la internalización del ideal de delgadez y la presión social favorece la aparición de sentimientos de insatisfacción corporal y el afán por conseguir el ideal de belleza. En ese momento aparece la insatisfacción corporal y es entonces cuando surge la doble vía: por una parte, la insatisfacción lleva al inicio de una dieta restrictiva, lo que aumenta el riesgo de la aparición de atracones y, por otra parte, llevaría a presentar síntomas depresivos que también conducirían a síntomas bulímicos como estrategia de regular las emociones (Stice y cols., 2011).

Figuroa y cols. (2010) en un estudio sobre conductas alimentarias de riesgo, lograron confirmar el modelo de Stice al encontrar que existe influencia de la presión social por alcanzar el ideal estético de delgadez a través de la publicidad. Dicha influencia produce malestar con la imagen corporal en el sentido de desear una figura corporal delgada, y se agrava cuando se ha interiorizado el ideal estético establecido socialmente. La presencia e interacción de estos factores sociales e individuales se relacionan con la práctica de conductas alimentarias de riesgo, en particular de tipo restrictivo, como las dietas restringidas, los ayunos, el ejercicio en exceso y el uso de pastillas para adelgazar, las cuales por su gran aceptación social se convierten en dispositivo de riesgo en las personas con vulnerabilidad para desarrollar un TCA, es decir,

con baja autoestima, malas relaciones familiares, rasgos impulsivos o síntomas depresivos, entre otros.

## **5.2. *Dieta como factor de riesgo de los TCA***

Mientras millones de personas en una parte del mundo mueren por malnutrición debido a la escasez de alimentos, en otra parte del mundo, algunos preadolescentes y adolescentes sufren TCA como consecuencia de presiones socioculturales que inducen a un control rígido de la alimentación y el peso (Rivarola y Penna, 2006).

Los estilos de vida de la sociedad actual, pero sobre todo los nuevos hábitos y formas alimentarias, han transformado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Es así como en los últimos años, la delgadez se ha vuelto un ideal a seguir y la obesidad conforma un estigma, situación que ha generado creencias y actitudes inadecuadas hacia la alimentación, peso y figura. Como señala Toro (2013), los jóvenes viven los cambios que experimenta su cuerpo con enorme interés, con bastante inquietud y, a veces, con gran ansiedad. Lo que piensan sobre su cuerpo suele ser lo que piensan de sí mismos. Muchos preadolescentes están descontentos con su físico y sufren por ello y, a veces, intentan modificarlo peligrosamente llevando a cabo estrategias insanas que ponen en riesgo su salud física y mental. La sociedad en que viven les ha transmitido unos modelos corporales, inalcanzables para la mayoría.

Desde el punto de vista sociocultural, se ha argumentado una creciente presión social sobre el peso y la imagen corporal, que se traduce en una propensión a seguir unas pautas de alimentación restrictivas tan irreales como insanas (Rivarola y Penna, 2006). Esta búsqueda de la delgadez puede parecer consecuente y favorable para la resolución del problema en aquellos que padecen sobrepeso u obesidad, pero resulta contraproducente para aquellos que presentan estado nutricional normal, aunque de igual forma están motivados a modificar sus hábitos alimentarios, muchas veces con o sin ayuda de un profesional a fin de lograr su objetivo

Davison y cols. (2003) encontraron que la preocupación e insatisfacción con el peso se relacionaron sistemáticamente con un mayor peso corporal y predijeron la restricción en la dieta, las actitudes alimentarias y la probabilidad de hacer dieta a los nueve años de edad. En una investigación con varones de 10 años de edad realizada por Vázquez y cols. (2006), sobre insatisfacción corporal y modelos estéticos, presentan como resultados más destacables, que más niños (20%) que jóvenes (2.2%) exhibieron sintomatología de TCA mostrando un riesgo elevado de desarrollar un TCA.

La Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE, 2010) encontró que en México los preadolescentes de 10 años; indicaron que el 8% refirieron la sensación de no poder parar de comer, así como un 0.7% la práctica el vómito autoinducido. El 3% contestó que realizaba prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso. De igual manera, 10% de los escolares presentó al menos una conducta alimentaria inadecuada en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Los adolescentes que asisten a primaria, presentaron porcentajes superiores de medidas compensatorias con respecto a los de secundaria (1% vs. 0.5%), respectivamente. La información por sexo y nivel educativo, señaló que los niños de primaria que tuvieron prácticas restrictivas (3%) superaron a la de las niñas de ese mismo nivel (2%) (Shama-Levy, 2010 citado en Gómez-Peresmitré, 2014).

La presión que ejercen los medios de comunicación, los mensajes familiares y culturales en la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético actual, contribuyen a la aparición de signos de conductas y actitudes alimentarias anómalas como la obsesión por la delgadez, la insatisfacción con la propia imagen corporal, lo que estaría íntimamente relacionado con sentimientos de ineficacia, inseguridad, en definitiva y con una autoevaluación negativa (Rivarola y Penna, 2006). Cabe la reflexión de si la preocupación por la imagen y la realización de dietas altamente difundidas por los adultos pueden constituir, directa o indirectamente, una deformación de la

manera de alimentarse de los niños y suponen una grave amenaza a la nutrición y, por lo tanto, a su desarrollo físico y psicológico.

## 6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido adquiriendo una gran relevancia socio-sanitaria por su gravedad, complejidad de diagnóstico y resistencia al tratamiento (Swanson y cols., 2011). La magnitud de esta problemática queda patente en los elevados índices de persistencia y recurrencia (Klein y Walsh, 2004), el alto riesgo de mortalidad; de hecho, la AN tiene la más alta mortalidad de todos los trastornos mentales, si se suman tanto las graves consecuencias físicas que genera como los actos de suicidio (Arcelus y cols., 2011; Harris y Barraclough, 1998), y el porcentaje significativo de pacientes que no responde favorablemente al tratamiento (Fairburn y cols., 2003). Se trata de alteraciones de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad y socioculturales que afectan principalmente, aunque no exclusivamente, a niñas y adolescentes.

Como se ha señalado anteriormente, las creencias y conductas alimentarias anómalas (dietas restrictivas, conductas purgativas, insatisfacción con la imagen corporal, etc.), aunque no alcanzan el umbral de diagnóstico clínico, pueden generar, al igual que los cuadros clínicos, elevada disfuncionalidad y malestar psicológico. En este sentido, la prevalencia de la sintomatología alimentaria parcial o subumbral es mucho mayor que la prevalencia de la sintomatología clínica. Por ejemplo, en una muestra de más de 3.000 escolares, la tasa de prevalencia de la psicopatología alimentaria subclínica fue de un 6,2% (Stice y cols., 2013), lo cual suponía casi el doble de la tasa de prevalencia de los cuadros clínicos en adolescentes (Wacker, 2018). Ackarrd y cols. (2007) ponen el acento en la existencia de un número preocupante de preadolescentes que reportan graves preocupaciones sobre el peso y muestran síntomas severos de psicopatología alimentaria, aunque no cumplen con los criterios para un TCA.

Las conductas y creencias alimentarias anómalas tienen su origen en la infancia o preadolescencia (Neumark-Sztainer y cols., 2011; Ferreiro y cols., 2012) y anteceden en un porcentaje significativo de casos a cuadros clínicos completos (Stice y cols., 2009).

Existen unos estándares de belleza basados en modelos prodelgadez, suponiendo la internalización de estos ideales un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal (Rodríguez y Zuvirie, 2011). La alarma social que en los últimos años han despertado los TCA encuentra su justificación por el incremento progresivo de nuevos casos, particularmente, en adolescentes y jóvenes adultas, y cada vez en edades más tempranas.

La investigación del desarrollo de los TCA y de la preocupación por la imagen corporal en niños, tanto en sus aspectos predictivos como preventivos, son abundantes. Sin embargo, la relevancia de estudiar la preocupación por la imagen corporal se sustenta en que ésta es considerada uno de los principales predictores y mantenedores de los TCA, de la misma forma la conducta alimentaria que los niños practican actualmente se presenta como un factor de riesgo importante para llegar a desarrollar un TCA. También se ha podido comprobar que este tipo de estudios se han llevado a cabo, fundamentalmente, con mujeres adolescentes y jóvenes adultas, desatendiendo el efecto que puede tener el apego en la aparición de esta problemática en muestras masculinas y obviando, además, el período más relevante para el inicio y desarrollo de estos comportamientos, como es el tránsito de la preadolescencia a la adolescencia. Es por eso que considerando el interés clínico y social que propone el desarrollo de un TCA tempranamente, se pretende que este estudio brinde evidencias útiles para el desarrollo de investigaciones posteriores en la población infantil y preadolescente, de igual manera en base al análisis de los resultados se pueda facilitar información precisa en cuanto a los hitos en la investigación para trabajar estrategias dentro del contexto psico-social para la prevención de casos en esta población identificada con indicadores predictores de TCA.

### **6.1. *Objetivo General***

Identificar las actitudes y comportamientos anómalos hacia la comida, el peso y la imagen corporal en los alumnos de quinto y sexto de primaria de la Unidad Educativa Franciscana “La Recoleta”.

## **6.2. Objetivos Específicos**

- Conocer el nivel global de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en los niños y niñas y analizar si existen diferencias significativas entre sexos.
- Analizar si existen diferencias entre sexos en factores específicos de conductas alimentarias de riesgo (miedo a engordar, restricción con la comida, presión social para comer y desinhibición).
- Evaluar el grado de insatisfacción corporal de los niños y niñas con la forma general de su cuerpo e identificar si existen diferencias significativas entre sexos.
- Analizar cómo se correlaciona el grado de insatisfacción corporal y las actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en niños y niñas.
- Conocer cuál/es de los factores específicos de conductas alimentarias de riesgo explica/n mayor porcentaje de la varianza de la insatisfacción corporal en la muestra.

## PARTE EMPÍRICA

### 7. MÉTODO

La investigación es del tipo empírico ya que las conclusiones se extraerán estrictamente de los análisis estadísticos realizados, en función de los objetivos formulados. Se utilizó un método de investigación cuantitativa para recopilar información a través de datos numéricos, referidos a las variables definidas. Dentro del método cuantitativo definimos el estudio como transversal puesto que los datos se recopilaron y en consecuencia se analizaron en un único periodo de tiempo sobre una muestra.

#### 7.1. Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por 177 niños (52.7%) y 159 niñas (47.3%), haciendo un total de 336 estudiantes de los cinco paralelos de los cursos de quinto y sexto de primaria de la Unidad Educativa Franciscana “La Recoleta” en la ciudad de Sucre, Bolivia.

Tal como se presenta en la Tabla 1, los porcentajes más altos de escolares se concentraron en los niños y niñas de 10 y 11 años. La edad media de la presente muestra fue de 10.4 ( $SD = 0.7$ ). La distribución por Grados fue como sigue: Quinto = 48.2% y Sexto = 51.8%.

Tabla 1. Distribución y frecuencia de las edades de la muestra

Edad	Frecuencia	Porcentaje
9	22	6,5
10	156	46,4
11	139	41,4
12	13	3,9
13	6	1,8
Total	336	100,0

## **7.2. Instrumentos**

### **7.2.1. Children Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988).**

El *ChEAT* es un instrumento autoaplicado formado por 26 ítems que permiten evaluar creencias, actitudes y conductas anómalas relacionadas con la alimentación en niños de 8 a 13 años. Se trata de una adaptación para niños de la escala de adultos: *Eating Attitudes Test (EAT-26)* de Garfinkel y Garner (1979). Cada ítem se puede responder eligiendo una de 6 opciones de respuesta tipo Likert que van de *siempre* (1) a *nunca* (6). La respuesta que señala mayor sintomatología se puntúa con el valor 3, la siguiente 2 y la siguiente 1, las otras 3 con valor 0. En este estudio se utilizó la versión del *ChEAT* de Senra y cols. (2007)

El *ChEAT* es la escala más aplicada en la etapa infantil, que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Sancho y cols., 2005; Senra y cols., 2007; Smolak y Levine, 1994; Wells y cols., 1985). En este estudio se utilizó la versión del *ChEAT* de Senra y cols. (2007) que tiene una estructura factorial muy semejante a la encontrada por Sancho y cols. (2005), ambos estudios se realizaron con muestras españolas de edades similares a las de la presente muestra. Como se indica en los estudios citados, se eliminaron algunos de los ítems de la versión original por no ser adecuados a las edades estudiadas ('vomito después de comer', 'disfruto probando comidas nuevas', 'creo que la comida controla mi vida', 'tengo ganas de vomitar después de comer').

Un análisis factorial de las puntuaciones dio lugar a 4 factores, cuya composición apenas varió respecto a otras investigaciones con muestras españolas (Sancho y cols., 2005; Senra y cols., 2007) y americanas (Kelly y cols., 1997; Thomas y cols., 2000; Smolak y Levine, 1994). Por tanto, se optó por denominaciones semejantes: Miedo a engordar (p.ej.: *me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo; pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio*, etc.), Restricción alimentaria (p.ej.: *evito comer alimentos como pan, papas, grasas; me controlo en las comidas*; etc.), Presión social para comer (p.ej.: *noto que los demás me presionan para que coma; los demás piensan que estoy demasiado*

*delgado*), y Desinhibición (p. ej.: *me atiborro/lleño de comida como si no pudiera parar de comer; pienso mucho en la comida*, etc.), dichos factores explicaron el 12.5%, 11.02%, 9.2% y 8.1% de la varianza total, respectivamente. La consistencia interna de los mismos, según el orden antes indicado fue de 0.75, 0.60, 0.56 y 0.55, respectivamente.

Generalmente, a pesar de que hay variaciones según el estudio, se considera que una puntuación igual o superior a 15 en el *ChEAT* es indicativa de la existencia de problemas alimentarios. Por consiguiente, ésa fue la referencia que se siguió en este trabajo para establecer el umbral a partir del cual se asumía que un sujeto presentaba un nivel significativo de actitudes alimentarias disfuncionales.

### **7.2.2. *Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998)***

La subescala de Insatisfacción Corporal del *EDI-2* es una medida de autoinforme de 9 ítems que mide la insatisfacción que experimenta tanto ante la forma general del cuerpo como respecto a determinadas partes del mismo, sobre todo aquéllas que más frecuentemente preocupan a quienes padecen alteraciones alimentarias (nalgas, caderas, muslos, estómago). Cuatro de los ítems están redactados en sentido directo de la insatisfacción corporal (p.ej., *creo que mis caderas son demasiado anchas*) y 5 en sentido inverso (p.ej., *creo que el tamaño de mis muslos es adecuado*). Cada ítem se responde eligiendo entre 6 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (nunca) a 6 (siempre), según la formulación sea directa o inversa. Al igual que en el *ChEAT*, la respuesta que señala mayor sintomatología se puntúa con el valor 3, la siguiente 2 y la siguiente 1, las otras 3 más alejadas con valor 0.

El *EDI-2* ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Garner, 1988; Spillane y cols., 2004). Para el presente estudio se empleó la adaptación española realizada por Corral, González, Pereña y Seisdedos del Manual del *EDI-2* de Garner (1998). La consistencia interna de la subescala en el presente estudio fue de 0.75 para la muestra total.

### **7.3. Procedimiento**

Se solicitó la autorización de los directivos de la Unidad Educativa, para aplicar los instrumentos en una sesión grupal durante las horas de clase en el lapso de una semana. Ambos instrumentos se aplicaron el mismo día a cada curso. Primero se aplicó la subescala de Insatisfacción corporal del *EDI-2* posteriormente se aplicó el *ChEAT*. Antes de iniciar la cumplimentación, se dieron instrucciones precisas sobre cómo debería hacerse, igualmente se enfatizó la importancia de cubrir los formularios de forma precisa y con sinceridad, puesto que eran anónimos resultaba imposible saber las respuestas particulares. También se indicó que, dado que se pedía información personal, no estaba permitido hablar. Mientras duró la aplicación la autora del presente trabajo permaneció en el aula por si surgían dudas. La cumplimentación del *ChEAT* y de la subescala *EDI-2* duró aproximadamente entre 15 y 23 minutos.

El pase de los cuestionarios se llevó a cabo entre el 11 y el 15 de abril de 2019.

### **7.4. Análisis de los datos**

Para el análisis de datos se utilizó la versión 25 para Windows del paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Mediante la aplicación del mencionado paquete se realizaron las siguientes pruebas: estadísticos descriptivos y frecuencias de todas las variables de interés; pruebas *t* de Student para grupos independientes; correlaciones bivariadas de Pearson, y análisis de regresión lineal múltiple, método por pasos.

Para todos los análisis, la significación estadística se computó a partir de una probabilidad  $\leq .05$ .

## 8. RESULTADOS

Los Resultados se presentarán siguiendo el orden de los objetivos específicos, acompañados de las correspondientes tablas.

**Objetivo N°1:** *Nivel global de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en los niños y niñas y comparación entre sexos.*

En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas del nivel global de psicopatología alimentaria en niños y niñas, mediante la puntuación total del *ChEAT*. También se indica que, según la prueba *t* de Student para grupos independientes, no hay diferencias entre sexos, aunque se puede apreciar que los niños tienen una puntuación global un poco mayor que las niñas.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y prueba *t* de las puntuaciones en el *ChEAT* entre niños y niñas

Variable	Sexo	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
<i>ChEAT</i>	niños	13.9	8.2	1.9	0.054
	niñas	12.2	8.6		

**Objetivo N°2:** *Valoración de los factores específicos de conductas alimentarias de riesgo (miedo a engordar, restricción con la comida, presión social para comer y desinhibición) en ambos sexos.*

Como se describió en el apartado 7.2.1, se realizó un análisis factorial de las puntuaciones del *ChEAT* para la muestra total, para conocer si la estructura era semejante a la obtenida en estudios anteriores. Se obtuvieron 4 factores cuya composición resultó muy similar a la de otras investigaciones realizadas con niños de muestra española (Sancho y cols., 2005; Senra y cols., 2007). Por tanto, se procedió a utilizar dichos factores como referentes específicos de psicopatología alimentaria. También se pudo comprobar que, en este estudio, la

distribución y las cargas factoriales resultaron semejantes entre niñas y niños. Los 4 factores explicaron un 40.82% de la varianza y mostraron coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0.75 y 0.55. Cabe señalar que, el índice de fiabilidad más bajo correspondió al factor *Desinhibición* y pudo deberse a que está formado sólo por 3 ítems.

En la Tabla 3, se muestran los descriptivos correspondientes a los factores del *ChEAT* y los resultados de la prueba *t* de Student entre niños y niñas. Como se puede comprobar, únicamente aparecen diferencias significativas en el factor *Miedo a engordar* que los niños obtienen una puntuación significativamente superior a las niñas.

También se puede apreciar que en los restantes factores las puntuaciones de los niños fueron ligeramente superiores a las de las niñas, excepto en el factor *Presión social* donde las niñas obtuvieron una puntuación levemente mayor que los niños, aunque sin alcanzar significación estadística.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y prueba *t* de los factores del *ChEAT* entre niños y niñas

Factor ChEAT	Sexo	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Miedo a engordar	niño	0.91	0.73	2.23	0.03
	niña	0.73	0.77		
Restricción alimentaria	niño	0.95	0.69	1.9	0.58
	niña	0.81	0.65		
Presión social para comer	niño	0.34	0.51	-1.9	0.55
	niña	0.46	0.62		
Desinhibición	niño	0.35	0.74	1.6	0.11
	niña	0.23	0.58		

**Objetivo N°3:** Nivel de Insatisfacción Corporal de niños y niñas.

Después de obtener el nivel global de preocupación de niños y niñas acerca de su imagen corporal global y de partes específicas de su cuerpo, mediante la subescala de Insatisfacción Corporal (IC) del *EDI-2*, se llevó a cabo una *t* de Student para grupos independientes con el fin de averiguar si existen diferencias significativas entre sexos.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y prueba *t* entre las puntuaciones del IC de niños y niñas

Variable	Sexo	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
IC	niños	5.01	4.5	-0.4	0.6
	niñas	5.22	4.7		

Este análisis indicó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas respecto a la insatisfacción corporal; no obstante, las niñas obtuvieron una puntuación media ligeramente más elevada que los niños.

**Objetivo N°4:** Correlación entre el grado de Insatisfacción Corporal y las actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en niños y niñas.

Para conocer cómo se relaciona la Insatisfacción corporal con las distintas manifestaciones alimentarias anómalas, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson entre la IC y los factores del *ChEAT*, de manera independiente para niños y niñas.

En la Tabla 5 se muestran las correlaciones correspondientes a la muestra de niños, en la parte inferior de la diagonal, y la obtenida con la muestra de niñas en la parte superior. En el caso de los niños, sólo alcanza significación estadística la relación entre Insatisfacción corporal y Restricción alimentaria; sin embargo, en las niñas todos los factores del *ChEAT* reflejan una relación significativa con la Insatisfacción corporal, excepto el factor Presión social.

También se puede observar que los coeficientes de correlación entre los factores del *ChEAT* y la IC en las niñas son más elevados que en el caso de los niños. Además, en ambos sexos, la asociación entre la IC y la Restricción alimentaria mostró una relación inversa, más robusta en el caso de las niñas.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre la Insatisfacción corporal y los factores del *ChEAT* para niños y niñas

Variables	1	2	3	4	5
1. Insatisfacción Corporal	--	.21*	-.40***	n.s.	.16*
2. Miedo a engordar	n.s.	--	.27**	.29***	.15*
3. Restricción alimentaria	-.20*	.30***	--	n.s.	n.s.
4. Presión Social	n.s.	.19*	.18*	--	.24**
5. Desinhibición	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	--

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ ; n.s: no significativo

**Objetivo N°5:** Predicción de la Insatisfacción Corporal a partir de los factores específicos de conductas alimentarias de riesgo en niños y niñas.

Por último, para averiguar qué manifestaciones alimentarias de riesgo pueden predecir mejor la Insatisfacción corporal, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, método por pasos, en el que se introdujo la IC como variable dependiente y los cuatro factores del *ChEAT* como variables independientes (predictores). Estos análisis se llevaron a cabo separadamente para niños y niñas. Los resultados se presentan en las Tablas 6 y 7.

En la Tabla 6 se muestran los resultados obtenidos con la muestra de niños, la proporción de la varianza total de la variable dependiente explicada por los factores del *ChEAT* fue sólo del 6%, aunque ambos pasos del análisis eran significativos. En el paso 2, se indica que los factores del *ChEAT* que aportaron

un valor significativo en la predicción de la Insatisfacción corporal fue la Restricción alimentaria ( $p=.01$ ) con valor negativo y el Miedo a engordar, con un peso cercano al umbral de la significación ( $p= .04$ ).

Tabla 6. Resumen del modelo de regresión múltiple en la muestra de niños  
(VD: insatisfacción corporal)

Pasos	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	<i>Variables</i>	$\beta$
1	.19	.04	.04*		
2	.26	.06	.02*	Restricción alimentaria	-.22**
				Miedo e engordar	.16*

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Por lo que se refiere a los resultados del análisis de regresión lineal múltiple por pasos en la muestra de niñas (Tabla 7), los factores del *ChEAT* explicaron en el primer paso el 16% de la varianza de la Insatisfacción Corporal que aumentó al 26% en el segundo paso, ambos con una elevada significación estadística. Los factores del *ChEAT* que mejor predijeron la Insatisfacción corporal de las niñas fueron, en primer lugar, la Restricción alimentaria ( $p=.000$ ) que mostró un coeficiente negativo y, en segundo lugar, el Miedo a engordar ( $p=.000$ ) que guarda, en cambio, una relación positiva con la Insatisfacción corporal.

Tabla 7. Resumen del modelo de regresión múltiple en la muestra de niñas  
(VD: insatisfacción corporal)

Pasos	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	<i>Variables</i>	$\beta$
1	.40	.16	.16***		
2	.51	.26	.10***	Restricción alimentaria	-.49***
				Miedo e engordar	.33***

\*\*\* $p \leq .000$

## 9. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio ha sido identificar las actitudes y comportamientos anómalos hacia la comida, el peso y la imagen corporal en los alumnos de quinto y sexto de primaria de la Unidad Educativa “La Recoleta”. El debate de los resultados se realizará teniendo en cuenta el orden de presentación de los mismos.

Como primer objetivo se analizó el nivel global de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en niños y niñas. Se pudo observar que no existen diferencias significativas entre sexos, aunque los niños presentan una valoración global mayor que las niñas.

La evidencia previa confirma una mayor prevalencia de sintomatología alimentaria en el sexo femenino tanto a nivel clínico (Ackard y cols., 2007; Lewinsohn y cols., 2002; Striegel-Moore y cols., 2009) como subclínico (Croll y cols., 2002; Ferreiro y cols., 2013, 2014; Sancho y col., 2007). Ahora bien, la mayoría de los estudios indican que la discrepancia entre sexos suele iniciarse entre los 12/13-15 años (Holm-Denoma y cols., 2014; Ruiz-Lázaro y cols., 2010; Sancho y cols., 2007; Ferreiro y cols., 2013). Es decir, el desequilibrio entre niños y niñas surge claramente a partir de la adolescencia y continúa su progresión en la edad adulta (Hautala y cols., 2011; Isomaa y cols., 2009; Ferreiro y cols., 2014). De hecho, no se han encontrado diferencias entre sexos en la pre-adolescencia, sino que, por el contrario, los niños tienden a puntuar ligeramente por encima de las niñas y sus puntuaciones disminuyen progresivamente en los años posteriores (Davison y cols., 2003; McVey y cols., 2005; Smolak y Levine, 2001; Senra y cols., 2007). Teniendo en cuenta la edad media de la presente muestra ( $M= 10.4$ ) podría interpretarse que, de momento, parece que se están desarrollando las creencias y conductas alimentarias anómalas en las niñas y es pronto para que tales preocupaciones se reflejen significativamente en la valoración global del *ChEAT*. Además, las diferencias socioculturales respecto a la estética podrían estar incidiendo, al menos en parte, en este hallazgo. No obstante, esta posibilidad es meramente especulativa dado que esta cuestión no se abordó específicamente en el presente trabajo.

También se investigó si las valoraciones en los factores que componen la estructura factorial del *ChEAT*: *Miedo a engordar*, *Restricción alimentaria*, *Presión social para comer* y *Desinhibición*, diferían en función del sexo. Los resultados concuerdan con otras investigaciones previas (Sancho y cols., 2005; Senra y cols., 2007). En este sentido, los niños presentaron puntuaciones ligeramente superiores a las niñas, excepto en el factor de Presión social que invirtió la tendencia. No obstante, únicamente la diferencia en el factor Miedo a engordar resultó significativa. Nuevamente este resultado podría interpretarse siguiendo los argumentos del anterior, dada la edad media de la muestra (sólo 6 niñas tienen 12 años y 2 tienen 13 años), parece que todavía no han despuntado las preocupaciones características del sexo femenino que se encuentran posteriormente en otras investigaciones (Ferreiro y cols., 2011).

Otro de los objetivos del presente estudio fue conocer la relación entre el grado de Insatisfacción corporal y las actitudes y comportamientos alimentarios anómalos en niños y niñas. Los resultados al respecto indicaron que los niños solo mostraron una asociación significativa entre la Insatisfacción corporal y la Restricción alimentaria. Sin embargo, las niñas presentaron asociaciones significativas con todos los factores del *ChEAT*, excepto Presión social. También cabe mencionar que, en consonancia con estudios anteriores, en el caso de las niñas los coeficientes de correlación siempre fueron más elevados que en el caso de los niños, lo que parece estar señalando que la Insatisfacción con la imagen corporal y las conductas y actitudes alimentarias anómalas identificadas en el *ChEAT* se acercan más a las inquietudes de las niñas que de los niños, resultado que concuerda con estudios realizados anteriormente (Ferreiro y cols., 2011; Santos y cols., 2007; Senra y cols., 2007). En ambos sexos una mayor Insatisfacción corporal se asoció con menor Restricción alimentaria. Es decir, mientras mayor es la capacidad de restringir la cantidad de comida menor es la insatisfacción corporal.

Concerniente al nivel de insatisfacción corporal en niños y niñas, a través de la subescala de Insatisfacción Corporal del *EDI-2*, que valora tanto el nivel global de preocupación con la imagen corporal como con distintas partes del cuerpo,

los resultados indicaron cierta tendencia a favor de las niñas, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. Aunque en el presente estudio, la Insatisfacción por la silueta todavía es incipiente en las niñas, cabe señalar, que la preocupación femenina por la figura corporal está tan extendida que podría considerarse una característica normativa entre las mujeres (Senra y cols., 2015; Vaquero-Cristóbal y cols., 2013). Una de las explicaciones que se han barajado para dar cuenta tanto del incremento de las alteraciones alimentarias como de la insatisfacción corporal es la intensa presión social por la imagen estética de delgadez, centrada particularmente en el cuerpo femenino, lo que promovería una mayor preocupación por perder peso y potenciaría el riesgo de un mayor número de casos de AN y de BN (Ferreiro y cols., 2011; Perpiñá, 2011). También se ha señalado que parte del desequilibrio entre géneros puede provenir del tipo de criterios diagnósticos y de instrumentos de evaluación utilizados, que están diseñados en función de las preocupaciones e intereses femeninos y no contemplan las inquietudes masculinas (tamaño corporal, musculatura, estatura, etc.) (McCabe y Ricciardelli, 2003; Ricciardelli y McCabe, 2004; Senra y cols., 2007).

Finalmente se trató de averiguar qué conductas alimentarias de riesgo, según el *ChEAT*, eran las que mejor predecían la Insatisfacción corporal en niños y niñas. Los resultados evidencian que en ambos sexos los factores del *ChEAT* que mejor predijeron la Insatisfacción corporal fueron Restricción alimentaria y Miedo a engordar. También se encuentra que en ambos grupos las relaciones entre los predictores y la variable dependiente mostraron el mismo sentido, esto es, mayor Restricción alimentaria se asocia con menor Insatisfacción corporal y, por el contrario, mayor Miedo a engordar se relaciona con mayor Insatisfacción corporal. Los resultados ponen de manifiesto que la diferencia fundamental entre sexos estriba en el mayor porcentaje de varianza que explican algunas conductas y creencias alimentarias anómalas respecto de la Insatisfacción corporal en las niñas en comparación con los niños. En línea con otros trabajos (Ferreiro y cols., 2011; Ferreiro y cols., 2012; Halliwell y Harvey, 2006) podría señalarse que en la presente muestra empiezan a desarrollarse las

preocupaciones características de las niñas y que esta tendencia se inicia en torno a aspectos relativos a la Insatisfacción corporal.

## 10. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones se presentarán, en función del orden de los objetivos planteados y los resultados obtenidos para la presente muestra:

1) El nivel global de comportamientos alimentarios anómalos de los niños y las niñas de primaria (5º y 6º grados) en el presente estudio no presenta diferencias significativas, aunque se observó una puntuación ligeramente superior en los niños.

2.1) Se obtuvieron 4 factores del *ChEAT* semejantes a los obtenidos en estudios anteriores, tanto respecto a la distribución como a las cargas factoriales, además, resultaron semejantes en niños y niñas. Se denominaron: Restricción alimentaria, Miedo a engordar, Presión social y Desinhibición y explicaron cerca del 41% de la varianza.

2.2) Los niños presentaron puntuaciones ligeramente superiores a las niñas en los factores de *ChEAT*, excepto en el factor de Presión social que invirtió la tendencia. No obstante, únicamente la diferencia en Miedo a engordar alcanzó significación estadística, a favor de los niños.

3) Se encontraron asociaciones más elevadas entre la insatisfacción corporal y las conductas y actitudes alimentarias anómalas identificadas en el *ChEAT* en las niñas. En ambos sexos una menor Restricción alimentaria se asoció con mayor Insatisfacción corporal.

4) El nivel global de Insatisfacción corporal, evaluado con la subescala del EDI-2, es ligeramente más elevado en las niñas que en los niños, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.

5.1) Los factores del *ChEAT* que mejor predijeron la Insatisfacción corporal, tanto en niños como en niñas, fueron Restricción alimentaria y Miedo a engordar.

5.2) La diferencia fundamental entre sexos estriba en el mayor porcentaje de varianza que explican algunas conductas y creencias alimentarias anómalas

respecto de la Insatisfacción corporal en las niñas en comparación con los niños.  
En concreto este porcentaje es el doble en las niñas que en los niños.

## 11. LIMITACIONES Y DIRECTRICES FUTURAS

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, podemos comenzar señalando que la muestra fue tomada en una sola institución educativa, lo que limitó los resultados hacia una sola realidad escolar; donde se resalta la problemática que involucra conseguir convenios o permisos de las autoridades de cada institución educativa y de las juntas escolares tanto a nivel fiscal como particular. La transversalidad del estudio, es la segunda limitación, ya que no permite establecer relaciones de tipo causal y solo informa de las relaciones entre las variables analizadas. Como tercera limitación, el estudio solo contó con instrumentos de autoinforme, por lo tanto, algunos sesgos en las respuestas propios de este tipo de cuestionarios (por ejemplo: deseabilidad social, engaño, tendencia central, etc.) pudieron haber afectado los hallazgos.

Estudios posteriores deberían realizarse teniendo en cuenta diseños longitudinales para ver cómo evolucionan en ambos sexos tanto la problemática alimentaria como las preocupaciones referidas a la imagen corporal. También se deberían utilizar entrevistas o heteroinformes para contrarrestar los posibles sesgos provenientes de los autoinformes. Además, futuros estudios pueden tomar en cuenta diversas muestras de escolares tanto en la ciudad como en el área rural, para ampliar el análisis en cuanto a las realidades sociales de cada sector y conocer si existen diferencias significativas entre estos grupos. Por último, sería conveniente que los instrumentos de evaluación se ajustaran más a las preocupaciones masculinas para acercarse más a la realidad de estas problemáticas en los hombres.

Debido a que los resultados muestran que la problemática alimentaria y la insatisfacción corporal empieza a estar presente en niños y niñas, las políticas de salud pública deberían contemplar programas de prevención en los colegios dirigidos a combatir creencias y conductas alimentarias que puedan ser nocivas en esta etapa del desarrollo. Además, aunque las mujeres de edad temprana deben ser receptores principales para implementar estrategias preventivas frente

a los problemas alimentarios, no se pueden descartar a los niños, tal como se ha visto en el presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Piero, A., y Fassino, S. (2007). Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(6), 471-478.

Ackard, D., Fulkerson, J., y Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 409-417.

Acosta, M., y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de una dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 3(1), 9-21.

Alvarez-Male, M., Bautista, I., y Serra, L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.

Aguilar Gil, J., Botello Lonngi, L., y Yee Aumak, K. (1998). Imagen Corporal y Autoestima. *Hablemos de la autoconciencia de la salud sexual y reproductiva. Manual para instructores que trabajan con adolescentes. Universidad Gorgetown, Washington. Recuperado de <http://www.slideshare.net/demysex/01-24-imagencorporal-y-autoestima>.*

Aguilar Liendo, A. M., Zamora Gutierrez, A., y Barrientos Aramayo, A. (2012). Obesidad infantil en Bolivia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51(1), 3-11.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5°ed.) (pp. 329-354). Washington, DC: Autor.

Ata, R., Ludden, A., y Lally, M. (2007). The effects of gender and family, friends, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 1024-1037.

Ballester, R., y Guirado, M. (2004). Diferencias sexuales en la conducta alimentaria de niños entre 11 y 14 años. *Psicología Conductual*, 12(1), 5–24.

Barnhart, A., Holub, S., Musher-Eizenman, D., Goldstein, S. y Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 613-620

Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3), 225-232.

Birmingham, C., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E., y Gao, M. (2005). The mortality rate from AN. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143 – 146.

Bohon, C., Stice, E., y Burton, E. (2009). Maintenance factors for persistence of bulimic pathology: A prospective natural history study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 173-178.

Cáceres K., Faure, M., Gásquez M., Marengo L., y Soto, A. (2013). Insatisfacción corporal, búsqueda de la delgadez y malnutrición por exceso, un estudio descriptivo correlacional en una población de estudiantes de 13 a 16 años de la ciudad de Valparaíso. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(1), 10-15.

Cafri, G. y Thompson, J. (2004). Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychological of Men and Masculinity*, 5, 18-29.

Carrobes, J., Gandarillas, A., y Sepúlveda, A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *5º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de <http://psiqu.com/2-6554>.

Casey, B., Jones, R. y Hare, T. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.

Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J., y Perry, A. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1081–1089.

Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica, 8*, 21-33.

Chamay-Weber, C., Narring, F., y Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health, 37*(5), 416-426.

Clark, L. y Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology, 44*(4), 1124-1134.

Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Behar, R., y Arancibia, M. (2016). Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*, 116-124.

Cortés-García, C., Hoffmann, S., Warschburger y Senra, C. (2019). Exploring the reciprocal relationships between adolescents perceptions of parental and peer attachment and disordered eating: A multiwave cross-lagged panel analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*, 924-934

Cotrufo, P., Gnisci, A., y Caputo, I. (2005). Brief report: Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders: An epidemiological study among 259 female adolescents. *Journal of Adolescence, 28*(1), 147-154.

Crick, N., y Zahn–Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology, 15*(3), 719-742.

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175.

Crosnoe, R., y Johnson, M. (2011). Research on adolescence in the twenty-first century. *Annual Review of Sociology, 37*, 439-460.

Cyranowsky, J., Frank, E., Young, E., y Shear, M. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archive of General Psychiatry, 57*, 21-27.

Davison, K., Markey, C., y Birch, L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girl's weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years, *International Journal of Eating Disorder, 33*(3), 320-332.

Devlin, M., y Zhu, A. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association, 286*(17), 2159-2161.

Dakanalis, A., Timko, C., Clerici, M., Zanetti, M., y Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors, 15*(1), 63-67.

Dye, H. (2016). Are there differences in gender, race and age regarding body dissatisfaction?. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment, 26*, 499-508.

Elosua, P. y Hermosilla, D. (2013) Does body dissatisfaction have the same meaning for males and females? A measurement invariance study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 63*, 315-321

Fairburn, C., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*, 509-528.

Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., y Wilson, T. (2007). Eating disorders. A transdiagnostic protocol. En David Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 578-614). Guilfor Press: New York.

Favaro, A., Ferrara, S., y Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 701-708.

Ferreiro, F., Senra, C., y Seoane, G. (2011). Gender-related Risk and protective Factors for Depressive Symptoms and Disordered Eating in Adolescence: A 4-year Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*.

Ferreiro, F., Senra, C., y Seoane, G. (2012). Reciprocal Associations Between Depressive Symptoms and Disordered Eating Among Adolescent Girls and Boys: A Multiwave, Prospective Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 803-812.

Ferreiro, F., Senra, C., Seoane, G. y Witchstrom, L. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 73–84.

Figueroa, A., García, O., Revilla, A., Villarreal, L., y Unikel, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38.

Forney, K., y Ward, R. (2013). Examining the moderating role of social norms between body dissatisfaction and disordered eating in college students. *Eating Behavior*, 14(1), 73-78.

Franko, D., y Keel, P. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 769-782.

Frederick, C., y Grow, V. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 217-223.

Freeman, R., Beach, B., Davis, R., y Solyom, L. (1986). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *In Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders* (pp. 349-353). Pergamon.

Gimenez, P., Correché, M., y Rivarola, M. (2013). Autoestima e Imagen Corporal. Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre- adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*. 27(14), 83-93.

Gómez-Peresmitré, G. (2014). Imagen corporal y orientación Sexual: Deseo de un modelo corporal Masculino ideal (pp. 46-133). México, D. F. Editorial Fénix.

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

Halliwell, E., y Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 11(2), 235–248

Hassink, S. (2007). *Obesidad infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria*. Madrid: Médica Panamericana.

Hautala, A., Kiviniemi, A., Mäkikallio, T., Kinnunen, H., Nissilä, S., Huikuri, H., y Tulppo, M. (2006). Individual differences in the responses to endurance and resistance training. *European Journal of Applied Physiology*, 96(5), 535-542.

Helfert, S. y Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8, 101–109.

Hernández, A., Alvarez, G., y Mancilla, J. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.

Hernández, A., Mancilla J., Alvarez, G., Ortega, M., y Bautista, M. (2011). Propiedades psicométricas del Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 82-93.

Hoek, H., y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.

Holsen, I., Jones, D., y Birkeland, M. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body Image*, 9, 201-208.

Jones, D., y Crawford, J. (2005). Adolescent Boys and Body Image: Weight and Muscularity Concerns as Dual Pathways to Body Dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 629-636.

Kansi, J., Wichstrøm, L., y Bergman, L. (2005). Eating problems and their risk factors: A 7-year longitudinal study of a population sample of Norwegian adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 521.

Keating, D., Lerner, R., y Steinberg, L. (2004). Cognitive and brain development. *Handbook of Adolescent Psychology*, 2, 45-84.

Kelly, C., Ricciardelli, L., y Clarke, J. (1997). Body Image as a Predictor of Eating Problems in Young Children. *Body Image Research Forum*, 5-13.

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.

Latzer, Y. y Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspective of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1(7), 1-13.

Lewinsohn, P.M., Seeley, J. Kirstin, S.J., Moerk, C., y Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.

Madruga, A., Leis, T., y Lambruschini, F. (2010). Tras-tornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*, 325-339.

Maloney, M., McGuire, J., Daniels, S., y Specker, B. (1989). Dieting behaviour and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489

Martínez, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G., y Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.

McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.

McCabe, M., y Ricciardelli, L. (2006). A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 425–434.

McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2005). Correlates of weight loss and muscle-gaining behaviour in 10- to 14-year-old males and females. *Preventive Medicine*, 40, 1–9.

Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., y Preti, A. (2003). Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an irtalian community-based study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 437-443.

Muise, A., Stein, D., y Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 427-435.

Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W., y Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11–22.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Perry, C., e Irving, L. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(2), 171-178.

Oliva, A., Parra, A., y Reina, M. (2014). Personal and contextual factors related to internalizing problems during adolescence. *Child & Youth CareForum*, 43, 505–520

Oliver, K., y Thelen, M. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy*, 27(1), 25-39.

Peck, L., y Lightsey Jr, O. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184-192.

Peláez, M., Labrador, F., y Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.

Peláez, M., Raich, R., y Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.

Perpiñá, C. (2008). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. *Manual de psicopatología*, 1, 403-421. McGraw Hill: España.

Perpiñá, C. (2011) Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Caballo, V., Carrobes, J., y Salazar, I., *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*, 571-593, Madrid: Pirámide.

Perpiñá, C. (2011). Trastornos alimentarios. En V. Caballo; I.C. Salazar, y J.A. Carrobes (Dir.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 571-599). Madrid: Pirámide.

Puhl, R. y Latner, J. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.

Ricciardelli, L., y McCabe, M. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130, 179-205.

Rivarola, M., y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.

Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 7(4), 149-161.

Rodgers, R., McLean, S., Marques, M., Dunstan, C., y Paxton, S. (2016). Trajectories of body dissatisfaction and dietary restriction in early adolescent girls: A latent class growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(8), 1664-1677.

Rodríguez, M., y Zuviríe, R. (2011). Psychophysiological reaction to exposure of thin women images in college students. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 2(1), 33-41.

Rosen, J. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 331-343.

Rudolph, K. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. *Handbook of Depression in Adolescents*, 377-418.

Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales*, 116(2), 71-85.

Sancho, C., Arija, M., Asorey, O., y Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 495–504.

Saucedo-Molina, T., y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.

Senra, C., Seoane, G., Sánchez-Cao, E., y Vilas, V. (2007). Comparison of 10- to 12-year-old boys and girls using a Spanish version of the Children's Eating Attitudes Test. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 947–957.

Senra, C., Ferreiro, F., y Seoane, G. (2015). *Sexo y vulnerabilidad a los trastornos alimentarios: ¿por qué emergen las diferencias?* III Jornada Universitaria Gallega de Género (Trazos de género en el siglo XXI). Pontevedra.

Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Oxford: Kegan Paul.

Smink, F., van Hoeken, D. y Hoek, H. (2012) Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.

Smolak, L., y Levine, M. (1994). Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 275-282.

Smolak, L., & Levine, M. P. (2001). Body image in children. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 41–66). Washington, DC: APA.

Spillane, N., Boerner, L., Anderson, K. y Smith, G. (2004). Comparability of the Eating Disorder Inventory-2 between women and men. *Assessment*, 11(1), 85-93.

Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16(1), 47-58.

Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H., y Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840.

Stice, E., y Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985–993.

Stice, E., Marti, C., y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627.

Story, M., Neumark-Sztainer, D., y French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3 Suppl), S40–S51.

Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, N., Wilson, T., May, A. y Kraemer, H. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471-474.

Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.

Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J., y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25*(2), 49-57.

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., y Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición, 38*(2), 128-135.

van den Berg, P., Thompson, J., Obremski-Brandon, K., y Covert, M. (2002). The Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance: A covariance structure modelling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 1007–1020.

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J., y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28* (1).

Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J. y Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(1), 185-19.

Williamson, D. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

# **ANEXOS**

## Anexo N°1

**Children Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988).**

**ChEAT**

**LEE DETENIDAMENTE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y MARCA CON UNA CRUZ EL CUADRADO QUE MÁS SE PAREZCA A TU CASO**

1. **Me da mucho miedo engordar demasiado.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
2. **Procuro no comer aunque tenga hambre.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
3. **Pienso mucho en la comida.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
4. **Me "atiborro" de comida, como si no pudiera parar de comer.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
5. **Corto la comida en trozos muy pequeños.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
6. **Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
7. **Evito comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, pasteles, patatas, etc.).**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
8. **Creo que los demás preferirían que yo comiese más.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
9. **Vomito después de comer.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
10. **Me siento culpable después de comer mucho.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
11. **Pienso mucho en querer estar más delgado/a.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
12. **Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre
13. **Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.**  
 Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**15. Tardo en comer más que los demás.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**16. Procuro no comer alimentos con azúcar.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**17. Como alimentos de régimen.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**18. Creo que la comida controla mi vida.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**19. Me controlo en las comidas**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**20. Noto que los demás me presionan para que coma.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**21. Paso mucho tiempo pensando en la comida.**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**22. Me siento incómodo/a después de comer pasteles y dulces**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**23. Estoy haciendo dieta**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**24. Me gusta sentir el estómago vacío**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**25. Disfruto probando comidas nuevas**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

**26. Tengo ganas de vomitar después de comer**

Nunca       Casi nunca       Algunas veces       Muchas veces       Casi siempre       Siempre

## Anexo N°2

**Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998)**

**EVALUACIÓN “IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN AL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO”**

Psicóloga: *Lic. Dalia Melina Murillo Villagómez*      Identificador: \_\_\_\_\_

Género: Varón / Mujer      Curso: \_\_\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**EDI-2 (Body Dissatisfaction Subscale)**

**LEE DETENIDAMENTE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y MARCA CON UNA CRUZ EL CUADRADO QUE MÁS SE PAREZCA A TU CASO**

**1. Creo que mi estómago es demasiado grande**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**3. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**4. Me siento satisfecho con mi figura**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**5. Me gusta la forma de mi trasero**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**6. Creo que mis caderas son demasiado anchas**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**7. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**8. Creo que mi trasero es demasiado grande**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre

**9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado**

Nunca       Pocas veces       A veces       A menudo       Casi siempre       Siempre