

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA EN ADOLESCENTES."

TESIS DE GRADO

SUSANA REBECA CARRILLO LOPEZ

CARNET 20595-11

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA EN ADOLESCENTES."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

SUSANA REBECA CARRILLO LOPEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. BYRON FELIPE SOLARES MAJZUL

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. CESAR WENCESLAO LOPEZ GOMEZ

Antigua Guatemala, 17 de noviembre de 2015

Señores Miembros
Consejo de Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar

Estimados señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para someter a su consideración la tesis de la señorita **SUSANA REBECA CARRILLO LOPEZ**, con Carnet número **20595-11**, titulada **"INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA EN ADOLESCENTES"**, previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica.

Por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de graduación, por lo que me permito someterla a su consideración para que sea nombrado el revisor respectivo.

Muy atentamente,



Lic. Byron Felipe Solares Majzul
Asesor de Tesis



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051442-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante SUSANA REBECA CARRILLO LOPEZ, Carnet 20595-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 05841-2016 de fecha 11 de abril de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"INSATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA SILUETA EN ADOLESCENTES."

Previo a conferirsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 13 días del mes de abril del año 2016.



Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS:** Porque ante cada plegaria siempre hubo una respuesta y en los momentos más difíciles siempre estuvo presente mediante el cariño y palabras de los demás.
- A MI MADRE:** Por su apoyo en cada momento de mi vida.
- A MI HERMANO:** Gerardo por su cariño, apoyo y comprensión.
- A MI NOVIO:** Mynor García por su paciencia, apoyo y amor incondicional en cada momento, por las alegrías y tristezas compartidas, por ser mi amigo, mi novio y mi motivador personal.
- A MIS AMIGOS:** Erick, Ángel, Nathaly y Majo por estar presentes en mi vida, por su compañía y palabras de apoyo.
- A MIS COMPAÑERAS DE TRABAJO Y JEFES** Alexia, Yeni, Cori, Lizz, Anali, María, Reyna, Mirza, Rocxy, María de los Ángeles y Oscar por compartir mis metas y alegrías, por sus muestras de cariño y palabras de apoyo a lo largo de mi carrera, su compañía y comprensión en este proceso fue de gran importancia en este logro.
- A MIS CATEDRÁTICOS:** Licenciada Victoria Cabrera, Ángela Méndez, Felipe Bagur, Ana Luisa Reyes, y Armando Ruano, porque los conocimientos transmitidos a lo largo de la carrera me ayudarán tanto en mi vida profesional como personal.

DEDICATORIA

A MI MADRE: Ana Lorena por su apoyo, cariño y amor incondicional a lo largo de mi vida, porque me enseñó a luchar por lo que quiero y a saber que no hay nada imposible, este logro se lo dedico especialmente a ella.

A MI HERMANO: Gerardo porque sus palabras me hacían recapacitar y continuar en los momentos en que no encontraba salida, por ayudarme a ver las cosas de manera más positiva y por creer en mí.

A MI NOVIO: Mynor García porque en cada momento de frustración, cansancio y tristeza siempre estuvo presente, este logro que hoy celebro también es de él.

A MIS AMIGOS: Erick, Ángel, Nathaly y Majo quienes tienen un lugar especial en mi vida, gracias por su amistad, su compañía, apoyo y muestras de cariño, nada hubiera sido lo mismo sin ustedes.

ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN	1
1.1 Insatisfacción corporal.....	10
1.2 Distorsión Corporal	10
1.3 Clasificación de la insatisfacción corporal	10
1.4 Teoría sociocultural del trastorno de la imagen corporal	11
1.5 Consecuencias de la insatisfacción corporal y los modelos estéticos	13
1.6 Bullying e insatisfacción corporal y distorsión de la silueta	15
1.7 Insatisfacción y distorsión de la silueta y Sitios web Pro-Ana y Pro- Mia	16
1.8 Adolescencia.....	17
1.8.1 Desarrollo físico	17
1.8.2 Desarrollo cognoscitivo.....	18
1.8.3 Desarrollo psicosocial	18
1.9 Trastornos de la conducta alimentaria	20
1.9.1. Anorexia Nerviosa	20
1.9.1.2 Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]	21
1.9.2 Bulimia Nerviosa	21
1.9.2.1. Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa [307.51]	22
1.10 Adolescencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria	22
1.11 Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria	23
1.12 Modelo de las cinco fases del proceso del desarrollo de los trastornos alimenticios.....	24
1.13 Tratamiento para los Trastornos de la conducta alimentaria.....	25
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
2. 1 Objetivos.....	28
2.1.1 Objetivo general.....	28
2.1.2 Objetivos específicos	28

2.2 Variables.....	29
2.3 Definición de variables.....	29
2.3.1 Definición conceptual de las variables	29
2.3.2 Definición Operacional.....	30
2.4 Alcances y limites.....	31
2.5 Aporte	31
III. MÉTODO.....	33
3.1 Sujetos	33
3.2 Instrumento.....	33
3.3 Procedimiento.....	33
3.4. Tipo de investigación, diseño y metodología estadística	34
IV PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	36
V DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
VI CONCLUSIONES.....	49
VII RECOMENDACIONES.....	50
IV REFERENCIAS.....	52
ANEXOS	

RESUMEN

La siguiente investigación de tipo descriptivo llamada “insatisfacción y distorsión de la silueta en adolescentes” tuvo como objetivo determinar la presencia de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes varones y mujeres de 14 a 18 años de edad.

Para ello se utilizó una muestra de 26 adolescentes, 13 hombres y 13 mujeres estudiantes del Centro Educativo Técnico Scheel, se aplicó el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) de las autoras Carmen Maganto Mateo y Soledad Cruz.

Se logró identificar que ambos géneros mostraron satisfacción con su imagen corporal en un 53.85%, a nivel general ambos géneros presentaron el mismo porcentaje de insatisfacción con un 46.15%, a nivel general las mujeres presentaron mayor distorsión con su imagen corporal con un 84.62%, el 7.69% de los hombres se ubicaron en la escala de riesgo del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Se encontró en la muestra tendencia a ubicarse en un grado normal o esperable en el aspecto de insatisfacción, mientras que en el de distorsión mostraron tendencia a un grado medio, en cuanto a los modelos estéticos los varones manifestaron tendencia hacia la gordura y las mujeres hacia la delgadez.

Se concluye que en su mayoría la muestra está satisfecha con su imagen corporal, contrario a la distorsión en la que las mujeres presentaron un porcentaje más alto.

Se recomienda en futuras investigaciones complementar los resultados del TSA con el Test EDI II para identificar las conductas de los sujetos y determinar el TCA que presentan.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicológicos que influyen de manera significativa en la percepción de sí mismo y de su rol en la sociedad, ya que los adolescentes deben adaptarse a su nueva imagen, la cual puede resultar en muchas ocasiones una experiencia desagradable y llena de inconformidades. (López Pérez, Solé Burgos, & Cortés Moskowich, 2008)

Actualmente muchos adolescentes muestran un rechazo evidente a su imagen corporal, esto se hace notar en los comentarios negativos que hacen de su propio cuerpo, denigrándose o incluso sintiéndose infelices porque según ellos no cumplen con la figura ideal que proponen los medios de comunicación, los pares o incluso los padres y por lo tanto no son lo suficientemente atractivos. (Quiroga 2012)

La insatisfacción y distorsión del adolescente con su imagen puede acabar en conductas autodestructivas y dañinas para su salud tanto física como mental, puesto que puede llevarlos a desarrollar Trastornos en la Conducta Alimentaria, lo cual significaría reducir o eliminar definitivamente la ingesta de alimentos, realizar una rutina de ejercicios excesiva o ingerir medicamentos que los ayuden a tener la silueta deseada. (Meza & Pompa, 2013)

Desde el punto de vista psicológico el daño es aún más grave puesto que el sentimiento de inadecuación y desprecio influyen en su seguridad y su desenvolvimiento social manteniendo un autoconcepto inadecuado y aumentando la posibilidad de intento de suicidio.

En Guatemala según estadísticas se estima que la mitad de las mujeres padecen de sobrepeso y al mismo tiempo se han presentado otros trastornos significativos como anorexia y bulimia principalmente en las mujeres, es decir que un 90% de la población femenina entre 10 y 29 años se encuentran afectadas por estos padecimientos. (Revista Amiga, 2014)

Por su parte en el Centro Educativo Técnico Scheel, los adolescentes han presentado conductas relacionadas con el rechazo de la ingesta de comida, comentarios negativos en relación a su imagen corporal y estas conductas han comenzado a incidir en los demás jóvenes, es por ello que con esta investigación se pretende determinar la presencia de insatisfacción y distorsión de la

imagen corporal en los adolescentes de 14 a 18 años del Centro Educativo para proporcionar un plan de prevención en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Es decir que la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal es un factor que afecta a toda la sociedad en general y que de alguna manera necesita ser investigado para poder comprender y combatir dicha situación con mayor eficiencia principalmente en la etapa de la adolescencia que como ya se dijo anteriormente es la más vulnerable por los cambios tanto físicos como emocionales que surgen.

Para respaldar lo mencionado anteriormente a continuación se presenta un resumen de los estudios nacionales realizados en los últimos años, los cuales son una muestra de la preocupación por el alto índice de incidencia en la insatisfacción y distorsión de la silueta en la población guatemalteca.

Enríquez, publicó en Revista Amiga Prensa libre (2014), un artículo llamado Curvas Felices el cual hace mención de los estándares de belleza que en la actualidad han sido establecidos por marcas y diseñadores reconocidos, contribuyendo a la presión por tener un físico que se considera el símbolo de belleza sin tomar en cuenta los riesgos que un bajo peso puede ocasionar y el desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentaria que se llegan a presentar, dentro de este artículo también brinda algunas sugerencias como: disimular las partes con las que se sienten incómodas, utilizar prendas lisas y no estampadas, identificar el tipo de figura para utilizar la ropa adecuada, entre otras para poder lucir bien sin necesidad de tener las tallas que la moda impone.

También Leiva y Reyes (2014), en su artículo ¿Hasta dónde cambiarte la imagen? Publicado en Revista Amiga de Prensa Libre, en donde trata la gran afluencia en cuestión de cirugías cosméticas las cuales en ocasiones se vuelven conductas compulsivas y al mismo tiempo se relacionan con la insatisfacción en su propio ser, además toca puntos clave como: convertir la apariencia física en el tema principal de las conversaciones, dedicar tiempo excesivo al arreglo personal, gastar la mayor parte del tiempo en recursos de tratamiento de belleza, entre otros los cuales son indicios de problemas con la autoestima. Además menciona algunos tips para

mejorarla tales como: encontrar un estilo que proyecte lo mejor de cada persona, exaltar la belleza interior y evitar las comparaciones.

De igual manera Mauricio (2011), en su investigación de tipo descriptiva llamada *Insatisfacción Corporal Como Indicador de Riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria en Adolescentes (TCA)*, propone como objetivo principal establecer la insatisfacción corporal como indicador de riesgo de la Conducta Alimentaria, para ello se tomo un grupo de 85 adolescentes de sexo femenino entre 14 y 18 años de edad, del departamento de Quetzaltenango, de la jornada vespertina del colegio evangelico La Patria, para evaluar dicha población se utilizó el Test: *Inventario de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (EDI 2)*. Los resultados de la investigación mostrarón que 51 adolescentes tenían un nivel de 58 puntos o más en el test lo cual muestra un alto grado de insatisfacción corporal y al mismo tiempo se constituye como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Aguilar y Villagran (2010), en su investigación descriptiva, *Incidencia de la autoestima en la consolidación de la imagen corporal en mujeres adolescentes*, se enfocaron en relacionar de forma cuantitativa y cualitativa la autoestima con la consolidación de la imagen corporal en 20 mujeres adolescentes de 11 a 19 años de edad provenientes del área urbana de Guatemala. Para la recolección de datos se utilizaron el Test de Valoración de la Autoestima (TEST VA) y un cuestionario sobre autopercepción de la Imagen Corporal, de ambos instrumentos se concluyó que las mujeres adolescentes con una autoestima elevada presentan una mejor consolidación de la imagen corporal con una autovaloración positiva elevada, mientras que las que presentan un menor nivel de autoestima tienen una autopercepción y valoración pobre con respecto a su propia imagen corporal.

Así mismo en Guatemala se han realizado estudios relacionados a trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente los cuales se citan a continuación:

Muñoz (2013), en su investigación de tipo descriptiva llamada *Incidencia de problemas alimenticios anorexia, bulimia y obesidad en estudiantes de segundo básico de dos instituciones educativas*, su principal objetivo consistió en establecer la incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de 2do. básico, para ello se seleccionó una muestra de

107 estudiantes de nivel socioeconómico medio-alto y 100 estudiantes pertenecientes a otra institución educativa y de nivel socioeconómico medio-bajo pertenecientes de la ciudad capital, para la recolección de datos se utilizó el test ¿Deseas intensamente ser delgada? De la Dr. Kim Lampson, este arrojó los siguientes resultados: existe una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia de problemas alimenticios y el nivel socioeconómico de la institución educativa, los adolescentes de sexo masculino son más propensos a padecer de obesidad, las adolescentes de sexo femenino tienen una mayor tendencia a la anorexia que el sexo masculino, y ambos sexos tienen tendencia a la bulimia en porcentajes similares.

A su vez los autores Montoya, Quevedo y Vásquez (2012), realizaron una investigación llamada Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Relación con el Índice de Masa Corporal, la cual fue un estudio de tipo analítico transversal, el objetivo de dicha investigación consistió en analizar la asociación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y alteración del índice de masa corporal en adolescentes entre las edades de 12 a 19 años. Para ello se utilizó una muestra de 420 adolescentes de 12 a 19 años inscritos en el ciclo 2012 de los centros educativos: “La Salle”, Instituto Normal para Varones “Antonio Larrazábal” e Instituto de Educación Básica Experimental INEBE Jornada Vespertina, todos del municipio de la Antigua Guatemala Sacatepéquez, para evaluarlos se utilizó la prueba de actitudes alimentarias (EAT-26), y se obtuvo el índice de masa corporal por medición antropométrica, de dichas evaluaciones se obtuvieron los siguientes resultados: se identificó un 13.3 % de adolescentes con un resultado positivo para trastornos de la conducta alimentaria en su mayoría de género femenino, también se encontró que no existe correlación entre la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria y la alteración del índice de masa corporal.

García (2011), plantea en su investigación Riesgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, un estudio de tipo descriptivo, el cual tuvo como objetivo principal determinar el riesgo de la conducta alimentaria en adolescentes, para llevar a cabo la investigación se utilizó una muestra de 140 adolescentes varones comprendidos entre 14 y 17 años de edad de instituciones privadas para varones de la cabecera de Quetzaltenango, se evaluó mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3 cuestionario de remisión (EDI-3 RF) el cual brindó los siguientes resultados: el riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes no es elevado, el 10% de los adolescentes presentó riesgo para el

desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, la edad más común de inicio es de 17 años y los síntomas más frecuentes de riesgo son los atracones y el ejercicio excesivo. En conclusión si existe el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes de 17 años sin embargo en la muestra tomada para la investigación solamente el 10% muestran riesgo de desarrollar un TCA.

Por su parte Steiger, Zetina y Batres (2011), presentan el estudio de tipo descriptivo Uso y abuso de métodos para perder peso en estudiantes universitarios , en el que se planteó como objetivo principal establecer el porcentaje de uso de métodos para perder peso en los estudiantes universitarios, para ello se utilizó una muestra de 250 de 17 a 28 años, los cuales se dividieron según la facultad a la que pertenecían (Medicina, Nutrición, Derecho, Arquitectura y Psicología) todos provenientes de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala, se realizó una encuesta para la investigación la cual mostró que el 71.6 % utiliza algún método para perder peso en relación al género el 54.79% masculino y el 78.53% femenino. En esta investigación se concluyó que existe una evidencia estadísticamente significativa que indica que la proporción del uso de métodos en estudiantes universitarios para perder peso es mayor de 0.40. Los métodos más utilizados eran hacer ejercicio, seguido de laxantes y diuréticos.

Por otro lado es notable que la insatisfacción y distorsión de la imagen constituyan un fenómeno constante en los adolescentes es por ello que muchos autores se han interesado en este tema realizando diversas investigaciones a nivel internacional:

Meza y Pompa (2013), realizaron una investigación de tipo transversal y correlacional llamada Insatisfacción con la imagen corporal en Adolescentes de Monterrey, el objetivo principal consistió en determinar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes, participo una muestra de 849 jóvenes de entre 11 y 16 años, provenientes de Monterrey, para efecto de dicha investigación se emplearon los instrumentos Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ), El Test de las Actitudes hacia el Cuerpo (Body Attitude Test, BAT) y la Escala de Autoconcepto (AF5), los cuales mostraron como resultado la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en la población, que se encontró en el rango de sobrepeso, así como una correlación con las actitudes negativas hacia su cuerpo, por otro lado se identificó que la insatisfacción corporal mostraba relación con el pobre autoconcepto predominante en el

género femenino. Por lo tanto se constató que las mujeres y las personas con sobrepeso y obesidad presentan perturbaciones con la imagen corporal, mayor insatisfacción, peores actitudes hacia su cuerpo y pobre concepto de su imagen corporal y habilidad física.

Según Ortega, Zurita, Cepero, Torres, Ortega y Torres (2013), En su estudio interpretativo La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de educación secundaria de la ciudad de Jaén, tuvo como objetivo Determinar la percepción e insatisfacción corporal en la población, valorar el índice de masa corporal y conocer la correlación de este índice con la imagen corporal percibida, deseada y real en función del género y edad, para dicha investigación se utilizó una muestra de 296 alumnos y alumnas entre las edades de 12 y 15 años, provenientes de Jaén, España, el instrumento aplicado fue Body Shape Questionnaire diseñado por Cooper, Taylor Cooper y Fairburn (1987) del cual se encontró que el 73.3 % de la muestra quedó encasillada en el grupo normopeso seguido por un 10.8% y un 10% de adolescentes con sobrepeso y obesos. Al valorar la silueta percibida se obtuvo que 66 alumnos presentaron una percepción corporal correcta de su silueta, mientras que 230 mostraban una incorrecta percepción, en cuanto a la silueta deseada 102 alumnos estaban satisfechos con su imagen y 194 no lo estaban. En la correlación entre los índices de obesidad y género no se hallaron diferencias estadísticamente significativas; tampoco entre la silueta percibida y la deseada en función de la edad de la muestra. Si se encontraron diferencias en hombres y mujeres tanto en la silueta percibida como en la deseada. No se detectaron diferencias en cuanto a la correcta percepción de la imagen corporal con la edad y el sexo; tampoco ningún tipo de asociación entre la satisfacción con la imagen percibida en relación con el género.

Así también Mancilla, Vázquez, Mancilla, Hernández y Alvarez (2012), en su estudio tipo teórico clásico llamado Insatisfacción Corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. Realizado con el objeto de conocer los alcances, limitaciones y a que direcciones deben apuntar las futuras investigaciones de insatisfacción corporal, para dicha investigación se realizó una búsqueda de artículos en enero del año 2012 para ello se tomaron en cuenta los artículos que evaluaran la insatisfacción corporal en niños y preadolescentes de 5 a 9 y de 10 a 13 años, publicados del año 1990 al 2011 en las bases de datos de MEDLINE, Science Direct y Scopus, de estos datos se concluyó que las principales variables que tienen relación en el desarrollo de la insatisfacción corporal, son los factores socioculturales como los pares, los medios

de comunicación y la familia debido a las actitudes y comportamientos de estos relacionados con el peso. Entre los factores biológicos se encontró el peso y el IMC como indicadores de insatisfacción, en la pubertad es probable que se agudicen los sentimientos y actitudes negativas hacia la imagen debido a los cambios físicos y aumento de grasa. Los autores recomiendan que para futuras investigaciones es preciso identificar el tipo de medios de comunicación y el tiempo de exposición, realizar investigaciones en sociedades no occidentalizadas, adecuar los cuestionarios de insatisfacción corporal dirigidos a niños ya que por la complejidad pueden presentar resultados erróneos y por último establecer programas que aborden la obesidad tanto por salud como para evitar conductas destructivas para bajar de peso.

Compte (2012), en su estudio de tipo teórico clásico llamado Imagen Corporal y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes: Un estudio Teórico, con el objetivo de analizar la relación existente entre Imagen Corporal (IC), depresión y autoestima; depresión, autoestima y Conductas Sexuales de Riesgo (CSR); Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes e Imagen Corporal (IC) y Conductas Sexuales de Riesgo en adolescentes. Para esta investigación se analizaron artículos (empíricos y de revisión) en inglés y español de los años 2001 y 2011 publicados en revistas científicas las cuales se revisaron en las bases de datos Web of Science, Scopus, Redalyc y Scielo. De esta investigación se concluyó que las personas con baja autoestima son más propensas a reportar insatisfacción con su imagen corporal, esta influye en un estado de ánimo depresivo, por su parte los síntomas de depresión son predictores de conductas sexuales de riesgo en ambos sexos, como mayor cantidad de compañeros sexuales, consumo de sustancias y no utilización del preservativo. En adolescentes mujeres la evaluación positiva de la imagen corporal actúa como factor de protección de conductas sexuales de riesgo, mientras que una mujer con una valoración negativa estará en mayor riesgo de iniciar tempranamente su actividad sexual. Los varones que tienen una valoración positiva de su imagen pueden aumentar las conductas sexuales riesgosas. En forma general concluyen que si un adolescente muestra satisfacción con su imagen es más probable que aumente su asertividad sexual.

Gómez, Sánchez y Mahedero (2012), realizaron una investigación descriptiva llamada Insatisfacción y Distorsión de la Imagen Corporal en Adolescentes de Doce a Diecisiete años de Edad, con el objetivo de evaluar la percepción de la imagen corporal de un grupo de jóvenes estudiantes, provenientes de Murcia, España, para ello se utilizó una muestra de 195 alumnos

comprendidos entre las edades de 12 y 17 años, para esta investigación se administró el cuestionario Body Shape (self-perceived) de la cual se obtuvieron los siguientes resultados: los hombres presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal y suelen poseer una imagen distorsionada de su apariencia física que las mujeres, los sujetos que sufren de una mayor distorsión de su imagen, tienden a sentirse más insatisfechos con su cuerpo y por último se encontró que a mayor edad el nivel de distorsión de la imagen tiene un menor sesgo.

Así mismo Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez (2010), llevaron a cabo una investigación de tipo descriptiva, titulada Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de Masa Corporal en adolescentes, con el objetivo de Identificar la asociación entre la insatisfacción con la imagen Corporal y el índice de masa corporal en los adolescentes, seleccionó una muestra de 231 alumnos de secundaria 44.80% de sexo masculino y 54.70% del femenino, Originarios de Fresnillo, Zacatecas, México para evaluarlos se utilizó el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ-34). Los resultados fueron los siguientes: la prevalencia de sobrepeso fue de 20.30% y de obesidad de 11.70%, también se encontró que el 81.8% de los adolescentes no estuvo insatisfecho con su imagen corporal a diferencia de un 17.7% que presentó insatisfacción leve y un 4% insatisfacción moderada, en cuanto al índice de masa corporal (IMC) y la insatisfacción con la figura corporal se encontró una correlación positiva puesto que a mayor IMC mayor insatisfacción con la imagen, también se encontró una diferencia significativa entre el sexo femenino y masculino debido a que las mujeres presentaron índices más altos de insatisfacción.

López et al. (2008), llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre: Percepción de satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona), el objetivo de dicha investigación fue visualizar como se sienten, perciben o imaginan respecto a su propio cuerpo un grupo de adolescentes de Reus, se tomó una muestra de 183 adolescentes de 12 a 18 años de ambos sexos, provenientes de Reus Comarca de Baix Camp de la provincia de Tarragona, España, para su evaluación se utilizó el cuestionario de Imagen Corporal (CIC) y el Body Shape Questionnaire (BSQ), de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: según el CIC se encontró en relación a la talla el 52.46% estaba satisfecho y el 67.26% no lo estaba, en relación al peso el 52.46% se mostró satisfecho y 47.54% no, en cuanto al BSQ se identificó en el sexo femenino que un 21% tenía preocupación extrema por su figura y

peso y los varones un 9% en cuanto a la posibilidad de presentar un trastorno dismórfico y riesgo de TCA se encontró un 5% en las mujeres y un 0% en los hombres. Con esto se pudo concluir que las mujeres presentan mayor insatisfacción y son más vulnerables a realizar dietas y sufrir trastornos de la conducta alimentaria.

Relacionado a la insatisfacción y distorsión de la silueta también se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria los cuales afectan a nivel mundial y a todo tipo de clases sociales es por ello que a continuación se presenta una síntesis de los estudios internacionales realizados:

Urzúa, Castro, Lillo, Leal (2011), realizaron un estudio descriptivo llamado Prevalencia de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Escolarizados del Norte de Chile, con el objetivo describir la prevalencias de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria utilizando un instrumento adaptado para adolescentes chilenos, para ello se utilizó una muestra de 1429 adolescentes hombres y mujeres de 13 y 18 años, provenientes de la ciudad de Antofagasta, Chile, de establecimientos educacionales públicos, subvencionados y privados, para evaluar se utilizó la Escala Eating Disorder Inventory (EDI-2) del cual se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a las medias de conductas de riesgo de las dimensiones obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, conciencia introceptiva el sexo femenino puntuó más alto; en cuanto a la edad se identificó que los adolescentes entre 15 y 18 años de edad muestran mayor prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios y en cuanto a las conductas de riesgo por tipo de establecimiento educacional se encontró que en los establecimientos públicos existe mayor riesgo de desarrollar o tener TCA.

Los autores Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010), realizaron un estudio descriptivo de doble fase Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Se propuso como objetivo comparar hábitos, conductas y actitudes alimentarias, así como el grado de satisfacción con la imagen corporal que presentan hombres y mujeres de escuelas medias de Buenos Aires, Argentina, para ello se utilizó una muestra de 454 estudiantes mujeres y varones de entre 13 y 18 años, provenientes de cuatro escuelas secundarias, para evaluar dicha población se utilizaron para la primera fase instrumentos que los participantes respondieron voluntariamente, los cuales fueron: Cuestionario Sociodemográfico y de

Sintomatología específica de trastornos de la Conducta Alimentaria, Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) y Contour Drawing Rating Scale (CDRS), para la segunda fase se realizó una entrevista diagnóstica semiestructurada a los estudiantes que se identificaron como posibles casos, basada en el Eating Disorder Examination (EDE), con la finalidad de confirmar la presencia o no de un trastorno alimentario. En los resultados del estudio se encontró que un porcentaje mayor de mujeres se encuentra insatisfecha con su imagen corporal y puntuaron alto en las escalas de Búsqueda de la delgadez, Bulimia, Insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia y conciencia interoceptiva, Los hombres puntuaron alto en perfeccionismo, por lo que se concluyó que un porcentaje alto de mujeres presenta algún tipo de trastorno alimentario.

A continuación se presentan teorías relevantes de diversos autores para sustentar la presente investigación.

1.1 Insatisfacción corporal

Según Ayela, (2009), “La insatisfacción corporal consiste en la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo”.

1.2 Distorsión Corporal

Ayela (2009), define la distorsión perceptual como “Expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño”.

1.3 Clasificación de la insatisfacción corporal

Ogden (2005), estipula tres perspectivas en las que puede presentar la insatisfacción corporal las cuales son:

- a) **Imagen corporal deformada** Para Ogden (2005), Consiste en percibirse con más volumen del que en realidad se tiene.

- b) **Discrepancia del ideal:** Según Ogden (2005), La persona percibe su imagen corporal tal cual es e identifica la discrepancia en relación a como le gustaría ser.
- c) **Repuesta negativa al cuerpo** Para Ogden (2005), El individuo manifiesta su insatisfacción corporal con “sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporal”

Ortega (2010), indica que la imagen corporal se identifica por aspectos que se encuentran interrelacionados los cuales son:

- a) **Imagen Perceptual:** referente al esquema mental del cuerpo en relación al tamaño del mismo.
- b) **Imagen Cognitiva:** esta hace mención a pensamientos relacionados al propio cuerpo.
- c) **Imagen emocional:** relacionada a los sentimientos en cuanto al grado de satisfacción con el propio cuerpo.

Ortega (2010) propone que existen componentes conductuales relacionados a las conductas que tienen correspondencia con la satisfacción del cuerpo y estos son:

- a) **Componente perceptual:** este se refiere a la exactitud de la identificación en el tamaño del cuerpo.
- b) **Componente subjetivo:** el cual se refiere a la valoración emocional y cognitiva que se le da al cuerpo, reflejado en su mayor parte en el tamaño del mismo.
- c) **Componente Conductual:** este componente se refiere a las conductas que el individuo lleva a cabo motivado por la percepción de la imagen corporal.

1.4 Teoría sociocultural del trastorno de la imagen corporal

Behar (2010), construye su propia teoría en relación al trastorno de la imagen corporal considerando la interrelación con la sociedad como un factor determinante para la insatisfacción con la propia imagen. Para sustentar dicha teoría ha propuesto lo siguiente.

Internalización del ideal estético sociocultural:

Behar (2010), propone que la insatisfacción corporal proviene de la internalización de los ideales estéticos que la sociedad impone, puesto que se motiva a las mujeres a pensar que el “ser bella es igual a ser delgada”, de igual manera la línea entre salud y trastorno es muy delgada puesto que se ofrecen constantemente productos y métodos para bajar de peso.

Según Behar (2010), los trastornos de la conducta alimentaria se ven influenciados fuertemente por factores socioculturales e individuales los cuales se presentan a continuación:

- a) **El modelo cultural de belleza.** El modelo de belleza está caracterizado por un estereotipo que todos tienen que alcanzar, asociando la imagen con el éxito es decir: “se evalúa el aspecto físico en desmedro de otros atributos espirituales o intelectuales”
- b) **Patrones estéticos y los trastornos alimentarios:** Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia se encuentra atados a los estereotipos de que ser delgada constituye la facilidad de triunfar, agradar y mostrar autocontrol, mientras que el ser gorda conlleva un sentimiento de fracaso, fealdad y pocas posibilidades de triunfar.
- c) **La clase social:** anteriormente se tenía establecido que las mujeres de la clase social alta eran en mayor porcentaje delgadas, sin embargo el estereotipo de la delgadez se ha ido extendiendo a todas las clases principalmente por la difusión de la imagen corporal.
- d) **El modelaje:** la moda juega un papel importante en la preocupación de la mujeres por mostrar su cuerpo o no, puesto que por medio de las modelos se difunde un prototipo de belleza el cual muestra el éxito que obtienen por medio de su cuerpo, sin tomar en cuenta que el peso que presentan se encuentra muy por debajo del peso saludable de una persona.
- e) **Medios de comunicación y la cultura de la imagen:** La televisión es uno de los medios de mayor transmisión de un ideal delgado generando así insatisfacción corporal, esto se hace visible en los comerciales, puesto que la mayoría de hombres y mujeres que aparecen en la televisión cumplen con patrones de delgadez y juventud. (Behar, 2010)

f) **Publicidad:** el mismo autor, indica que los medios publicitarios son quienes refuerzan un ideal, estableciendo si es aceptable o no lo cual influye fuertemente en la autoestima, puesto que los reportajes van dirigidos a que la persona evalúe su propia imagen corporal. Por ello el autor otorga responsabilidad importante a la publicidad por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios.

Según Ogden (2005), entre otros factores que se considera clave, dentro de la insatisfacción corporal se encuentran la familia y la cultura.

- a) **La familia:** Se destaca particularmente la importancia de la madre en el aspecto familiar, debido a que “las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas”, y esto a su vez influye en la satisfacción de las hijas hacia su propia imagen corporal. Las madres de niñas con anorexia muestran mayor insatisfacción corporal que las madres de niñas sin trastornos. También expone que existe correspondencia entre el nivel de preocupación por el peso de la madre y la hija.
- b) **La cultura:** El papel de la aculturación puede orientar al individuo a la insatisfacción corporal puesto que la persona se encuentra tratando de incorporarse al entorno en el que se encuentra.

1.5 Consecuencias de la insatisfacción corporal y los modelos estéticos

Para Ogden (2005) los modelos estéticos infieren directamente en la insatisfacción corporal, estos modelos han sido establecidos desde siempre, la imagen femenina curvilínea se ha considerado un símbolo de admiración, aceptación, social y estabilidad emocional, anteriormente la mujer debía moldear su cuerpo según las exigencias de la moda, usar corsés, vendarse el pecho, vendarse la cintura, etc. con la intención de mantener una figura atractiva y aceptada.

Fue hasta la década de 1960 que todos los artefactos para la belleza se cambiaron a versiones más suaves hasta que se eliminaron, por un tiempo se le dio la libertad a la mujer de mostrarse como era sin embargo luego llegó la época del biquini y con ello la introducción de Twiggy (modelo que cobra importancia en la década de 1960) en la moda lo cual comenzó nuevamente a reforzar la idea de que aun cuando no se usaran prendas para moldear el cuerpo,

este debería ser plano o redondeado según la sociedad lo estableciera, dando lugar a las conductas que se muestran a continuación:

- a) **Restricción alimentaria y comida excesiva.** Para Ogden (2005), una de las grandes muestras de la insatisfacción corporal constituye el ponerse a régimen o limitar la ingesta de comida en algún momento de su vida. A finales de la década de 1970 surgió la “Teoría de la restricción alimentaria”, la cual destacaba la importancia del seguimiento de dietas y señalaba la moderación de la comida, dicha teoría se estableció como marco para el estudio de la Conducta Alimentaria. Por otro lado también se ha encontrado que la teoría de la restricción puede conllevar a comer menos o a comer en exceso, puesto que al mantenerse a régimen cuando se tiene la oportunidad de comer, los individuos pueden comer más de lo que una persona que tiene una alimentación sin regímenes consume, es decir que comer en exceso es característico de quienes restringen su comida. En cuanto a la restricción de la comida se ha establecido un modelo de límites que propone una forma de regulación dual, con una ingesta de comida determinada por los límites de la dieta o la saciedad, así como para establecer la diferencia entre las personas que hacen régimen, las anoréxicas, las que comen con normalidad y las que comen hasta hartarse.
- b) **Ejercicio excesivo.** Sobre esto el mismo autor afirma que actualmente las mujeres hacen más ejercicio del que solían hacer anteriormente. Sin embargo el aumento de las mujeres en actividades de mantenimiento físico como yoga, danza, natación etc. Se ve influenciado no por un aspecto de salud si no por el control del peso, la modificación del cuerpo y el atractivo. Es indispensable recordar que no solo las mujeres se ven afectada por estas conductas puesto que la necesidad de ajustarse a los cánones establecidos del cuerpo ideal resulta siendo un factor que afecta a ambos géneros, así mismo es una de las principales razones por las que las personas se dedican al cuidado del cuerpo de manera excesiva, los individuos asisten a gimnasios o realizan ejercicio más de dos veces al día sin tomar ningún día de descanso e incluso a pesar de lesiones o problemas potenciales con la salud. (Gutiérrez Castro & Ferreira, 2007). Las conductas mencionadas son propias de una adicción al ejercicio, los individuos que presentan dichas conductas tienden a pesarse más de dos veces al día y pasar vario tiempo frente al espejo para ver si su masa muscular presenta algún aumento. (Gutiérrez y otros, 2007)

- c) **Cirugía estética** : El mismo autor indica que el sometimiento de las mujeres en la industria de la cirugía estética ha ido en aumento en los últimos años, siendo las cirugías de mayor solicitud la rinoplastia, el aumento del busto y la liposucción, claramente esto ha sido adoptado por las mujeres que se encuentran insatisfechas con su aspecto. Dichas cirugías van en aumento especialmente influenciadas por los medios de comunicación, modas entre otros, estas intervenciones son realizadas en su mayor parte por sentirse más segura o verse y sentirse mejor, además muchas mujeres son capaces de someterse a más de una cirugía si no se encuentran conformes con alguna parte de su cuerpo. Además del bienestar emocional que la persona que se opera siente, se encuentra la asociación que se hace con el éxito pues se cree que al ser más bonita o tener un cuerpo “ideal” se puede ser exitosa más fácilmente. Todas estas medidas tomadas por hombres y mujeres vienen a ser consecuencia del deseo por cumplir con el modelo estético ideal. (Lopez, 2011)

1.6 Bullying e insatisfacción corporal y distorsión de la silueta

Rosental (2014), indica que Bullying es cualquier tipo de maltrato físico, psicológico y verbal entre alumnos de forma reiterada a lo largo del tiempo. Es una forma de tortura estructurada y sistemática a la que es sometido un alumno por sus compañeros, esta puede ser de forma verbal o física, es decir un abuso con un grado alto de violencia hacia la víctima.

Existen diferentes tipos de acoso escolar entre ellos se distinguen el bloqueo social, el hostigamiento, la manipulación, las coacciones, la intimidación, las agresiones y amenazas.

- a) **El bloqueo social:** se pretende aislar al individuo, por medio de burlas que lo coloquen ante los demás como una persona débil y al mismo tiempo logra que los demás lo rechacen.
- b) **El hostigamiento:** este se manifiesta con el desprecio y la desconsideración del o los agresores.
- c) **La manipulación social:** busca distorsionar la imagen del individuo para lograr el rechazo.
- d) **La coacción:** consiste en obligar al estudiante a realizar actos en contra de su voluntad.

e) **Intimidaciones:** se induce al miedo, utilizando diferentes manifestaciones de acoso, dentro y fuera del centro escolar como agresiones y amenazas hacia la integridad física del niño o su familia.

Por su parte González, Peñafiel & Avilés (2015), mencionan que los diferentes tipos de acoso escolar crean en las víctimas, ansiedad, ideas e intentos suicidas, puesto que se daña a la persona en su integridad, ya que los abusadores se refieren de manera ofensiva, intimidándolos y brindando información despectiva por medio de las redes sociales, para estas autoras la autoimagen, la percepción corporal así como la posición social y familiar inciden fuertemente en dicho fenómeno.

Es decir que este tipo de abuso puede provocar en el individuo que se encuentra en plena etapa de desarrollo la necesidad de bajar de peso o el temor al aumento del mismo puesto que se desea evitar ser blanco de burlas o desprecios por parte de otros.

1.7 Insatisfacción y distorsión de la silueta y Sitios web Pro-Ana y Pro- Mia

Según Cruzat, Haermerli, Díaz, Pérez & Goffard (2012), los sitios web Pro- Ana y Pro- Mia hacen referencia a los trastornos de la conducta alimentaria: Ana (anorexia nerviosa) y Mia (Bulimia nerviosa), las participantes de dichos grupos utilizan varias simbologías como pulseras de colores rojo (Pro-Ana) y moradas o negras (Pro- mia) para darles un sentido de comunidad e identificación, al mismo tiempo utilizan imágenes como mariposas, ángeles y princesas aspirando a la perfección y a la belleza.

Dentro de los sitios web se encuentran una serie de temáticas en las cuales ofrecen dietas para bajar de peso, tablas del peso que cada una debería tener según su talla, imágenes de modelos o artistas en extrema delgadez, poemas o frases que sirvan de inspiración para los usuarios de la red, medicamentos o drogas sin prescripción médica para bajar de peso, consejos que los ayuden a ocultar la enfermedad y autoagresiones para castigarse por consumir algo indebido, todo esto orientado a mantener la delgadez.

“Ser “Ana” o “Mia” tiene que ver, en gran medida con el deseo de conseguir, mantener y aumentar la delgadez”. (Cruzat y otros, 2012)

Es decir en estos sitios web se promueve la belleza a costa de la delgadez, promoviendo así la constante insatisfacción consigo mismo tratando de alcanzar un ideal propuesto por otros que al final constituye un modelo enfermo e irreal.

1.8 Adolescencia

Para Silva (2007), la adolescencia es una etapa en la que se presentan múltiples cambios, los adolescentes muestran cambios de ánimo repentino, se alteran fácilmente y pueden observarse tristes o enojados, también se producen varios cambios físicos que moldean el cuerpo, como lo son la aceleración del crecimiento y la maduración. El pensamiento se desarrolla y da paso a procesos intelectuales más complejos que les permiten comprender los sucesos diarios de una manera real y diferente.

De igual manera durante la adolescencia se muestran cambios en el aspecto social puesto que la forma de relacionarse con sus pares es diferente además de buscar encontrar su lugar en la sociedad.

1.8.1 Desarrollo físico

Según Papalalia, Wendkos, & Duskin (2010), la pubertad inicia al final de la niñez cuando existe una mayor producción de hormonas relacionadas con el sexo, éstas tienen lugar en dos etapas la Adrenarquía esta se relaciona con la maduración de las glándulas suprarrenales, y la Gonadarquía la cual influye en la maduración de los órganos sexuales.

Así mismo las diferencias entre hombres y mujeres pueden verse marcadas por las características sexuales primarias y secundarias.

Características sexuales primarias: Son los órganos necesarios para la reproducción en el caso de las niñas: ovarios, trompas de falopio, útero, clítoris y vagina, en los niños son: testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata.

Características sexuales secundarias: Son signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa los órganos sexuales para las niñas son senos, vello púbico, vello axilar, cambios en la voz, cambios en la piel, mayor anchura y profundidad de la pelvis y

desarrollo muscular, para los niños los cambios son vello púbico, vello axilar, desarrollo muscular, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel y ensanchamiento de hombros.

Entre otros signos característicos de la pubertad y la maduración sexual se encuentran:

- a) **El estirón del crecimiento adolescente:** “Este implica un crecimiento rápido de la estatura, peso y crecimiento muscular y óseo que ocurre durante la pubertad” en las niñas inicia entre los 9 y 14 años mientras que en los niños entre los 10 y 16 años.
- b) **Producción de esperma y menstruación:** Espermarquía: ocurre aproximadamente a los 13 años y consiste en una eyaculación involuntaria de semen mientras se está dormido (Sueño húmedo), esta primera eyaculación puede estar relacionada con un sueño erótico. Menarquía: La menstruación es el desprendimiento del revestimiento del útero que ocurre cada mes, en el caso de la menarquía es la primera menstruación y ocurre entre los 10 y 16 años de edad.

1.8.2 Desarrollo cognoscitivo

Según Papalalia y otros en el (2010), En el desarrollo cognitivo también surgen cambios en la etapa adolescente, a pesar de que el pensamiento aún es inmaduro, pueden adentrarse al razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos así como establecer planes a futuro.

Para Piaget es a la edad de los 11 años que se establecen las operaciones formales es decir que la capacidad del pensamiento abstracto se perfecciona esta capacidad está claramente influenciada por la maduración de los lóbulos frontales del cerebro. (Papalalia y otros, 2010)

1.8.3 Desarrollo psicosocial

Papalalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman (2010) citando a Erikson, señala que “la primera tarea de la adolescencia es confrontar la crisis de identidad frente a confusión de identidad” con la finalidad de convertirse en un adulto único y coherente así como con una adecuada valoración en la sociedad. Según Erikson la identidad se construye en relación a la resolución de tres problemáticas en los adolescentes: “elección de una ocupación, adopción de valores y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria” cuando se logra resolver dicha crisis se adquiere la virtud de la fidelidad lo cual consiste en la lealtad, fe o sentido de pertenencia.

Para Silva (2007) la problemática a la que se enfrenta el adolescente en su desarrollo se puede resumir en los siguientes aspectos:

a) **Cambios físicos**

- Alteraciones hormonales
- Cambio de aspecto
- Crecimiento repentino

b) **Ajustes emocionales**

- Enfrentamiento con emociones y sensaciones nunca antes experimentadas
- Dificultad para reconocer las emociones
- Dificulta para controlar las emociones
- Búsqueda de sí mismo

c) **Ajustes intelectuales**

- Cambios en la forma de pensar y razonar los problemas
- Percatación de nuevos elementos del medio

d) **Ajustes sociales**

- Necesidad de pertenecer al grupo social
- Separación de la familia
- Establecimiento de nuevas formas de relacionarse
- Inicio de relaciones amorosas
- Posibilidad de establecer relaciones amistosas duraderas

1.9 Trastornos de la conducta alimentaria

Badía, (2013) los define como “enfermedades crónicas y progresivas de la conducta alimentaria en los que los síntomas se caracterizan por la alteración o la distorsión de la propia imagen corporal, el miedo al aumento de peso y la adquisición de valores a través de la imagen corporal”

1.9.1 Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa se encuentra clasificada dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, Texto revisado DSM IV-TR, (APA, 2002) con el código 307.1 y según referencia del DSM IV-TR (APA,2002) en la CIE 10 con el código F50.0.

Según DSM IV–TR (APA, 2002) las características fundamentales de la Anorexia Nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. También se presenta la amenorrea en quienes ya hayan pasado la menarquía.

La persona con ese trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). La amenorrea debido a niveles anormales bajos de estrógenos por la disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes {FSH} y luteinizante {LH} se considera una disfunción fisiológica (Criterio D)

Según el DSM IV –TR, (APA, 2002) La anorexia puede clasificarse en dos subtipos:

Tipo restrictivo: en este tipo la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/ purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). Los individuos que pasan por episodios de atracones recurren a las purgas, ya sea provocándose el vómito, utilizando diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

1.9.1.1 Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

Según DSM IV-TR (APA, 2002) estipula los siguientes criterios para el diagnóstico

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

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

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, se considera que una mujer presenta amenorrea cuando las menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.

1.10.2 Bulimia Nerviosa

La Bulimia nerviosa se encuentra clasificada como un trastorno de la conducta alimentaria en el DSM IV-TR (APA, 2002) bajo los códigos 307. 51 para su clasificación con el DSM IV- TR y según referencia del DSM IV-TR (APA, 2002) con el código F50.2 según código CIE 10

Según DSM IV-TR (APA, 2002) La característica esencial de la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A 1).

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (A2). Existen conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B).

Las personas con Bulimia Nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). No debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Según DSM IV-TR (APA, 2002) se pueden utilizar dos subtipos para determinar la presencia o ausencia de del uso de métodos de purga.

Tipo purgativo: el enfermo ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo: el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado vomito o utilizado laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

1.10.2.1 Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa [307.51]

Según DSM IV-TR (APA, 2002) estipula los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

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

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

1.11 Adolescencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Silva (2007), indica que la adolescencia se considera el período más vulnerable para desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria debido a todos los cambios a nivel físico, emocional y cognitivo que se presentan en esa etapa. Cuando se presenta un Trastorno de la Conducta Alimentaria constituye una alerta de que el adolescente se encuentra insatisfecho consigo mismo. Dicha insatisfacción conlleva al adolescente a la alteración de su alimentación, así como a una descomposición de sus estados emocionales, ya que surgen estados de angustia, depresión, irritabilidad e inconformidad lo que ocasiona la ruptura de las relaciones sociales y familiares.

Según Ogden (2005), el control tiene gran influencia con la insatisfacción corporal debido a que las personas que no cumplen con el modelo estético establecido por la sociedad se les considera personas que no tienen control de sí mismas. Es por ello que un adolescente que se encuentra en un mundo cambiante y en el cual existen varias expectativas sobre él, puede entrar en un conflicto de la pérdida de control por lo tanto considera que el único factor sobre el que puede control es sobre su cuerpo, modificándolo o sometiéndolo a las dietas o regímenes que de alguna forma le otorgan un espacio para recuperar el poder.

1.12 Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria

Badía (2013), indica que la disconformidad con la imagen corporal puede tornarse obsesiva llevando al individuo a la preocupación constante por lo que come o no, esto a su vez conlleva a emociones negativas que aumentan constantemente debido a que no se logra el objetivo deseado y si se alcanza no dura por mucho tiempo o interfiere con la salud.

1.13 Modelo de las cinco fases del proceso del desarrollo de los trastornos alimenticios

Cordella (2010), propone un modelo de cinco fases el cual sirve como referencia para poder orientarse en la etapa del proceso de los Trastornos de la Conducta alimentaria en la que se encuentra el individuo y como intervenir en ese momento, dicho modelo se presenta a continuación:

- a) **Fase uno: La baja de peso: Construyendo identidad.** La identidad consiste en algo abstracto que se forma buscando la individuación y la adaptación a lo establecido por medio de la experiencia en el diario vivir. Todo individuo tiene la experiencia del “yo soy” por medio de su emocionalidad y racionalidad, el centro del concepto “yo soy” es el cuerpo, por medio de este se organizan las experiencias en los recuerdos de sí mismo y la relación con los otros, estableciendo así sus propias dimensiones en comparación a otros.
- b) **Fase dos: El reconocimiento: Dejando que la imagen regule la autoestima** La fase de la construcción de la identidad es un proceso por el cual todo ser humano atraviesa, sin embargo cuando el proceso de esa construcción crea un abismo entre la aceptación y la valía personal se genera un estado en el cual el individuo busca los métodos necesarios para modificar sus dimensiones de tal modo que le brinda a la imagen corporal un papel primordial en el desarrollo de una adecuada autoestima, adentrándolo así al mundo de las patologías.
- c) **Fase 3: La protesta relacional: Oponiéndose a comer como forma de individuación.** En esta fase la mente utiliza al cuerpo como medio de supervivencia del individuo, es decir si se logra mantener el cuerpo también se logrará un equilibrio psíquico. La decisión de tomar control de sí mismo sin la influencia parental, es una conducta completamente normal en la adolescencia sin embargo cuando esta forma de desarrollar la autonomía tiene que ver con el control patológico del peso y la imagen constituye una situación de riesgo vital. Así mismo aunque para el adolescente comienza un proceso en el cual desea la autonomía y la desvinculación de las figuras parentales también puede darse lo contrario cuando el proceso es interferido por la biografía familiar ya que se crea una sobre vinculación, la cual da paso a la confusión de identidad y deja al adolescente como eje central de la situación, si él o ella cambia, todo cambia por lo tanto debe sostenerlos y es aquí donde las patologías cobran su

espacio, para la paciente el dejar de comer constituye una forma de mantener a la familia unida siendo ella la figura principal y opacando el fondo de la verdadera problemática familiar.

- d) **Fase cuatro: La protesta del cuerpo: Disminuyendo toda actividad fisiológica.** Esta fase se denomina la sintomática somática, puesto que la paciente insiste en su baja de peso y se encuentra con un cuerpo enfermo que protesta formalmente. Es en esta fase se encuentran las pacientes con anorexia restrictiva, las pacientes con bulimia y las comedoras compulsivas, es aquí donde los criterios de las clasificaciones del DSM IV-TR en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria se hacen presentes.
- e) **Fase cinco: La protesta psíquica. Focalizando un solo deseo delirante.** En esta fase las pacientes sobreviven por la única meta que es bajar de peso, pasan el día pensando y planeando las estrategias para seguir perdiendo peso sin que nadie se dé cuenta para que no interfieran en su deseo. Las crisis de angustia, rabia o tristeza se hacen presentes y estas a su vez las imposibilitan para poder desenvolverse adecuadamente en su diario vivir.

1.14 Tratamiento para los Trastornos de la conducta alimentaria

Borrego (2000), propone que el tratamiento para los TCA, exige la colaboración multidisciplinaria para poder cubrir todos los aspectos relevantes en dicho trastorno.

Como primer paso se diagnostica el tipo de Trastorno de alimentación que tiene ayudado de un especialista en el área de psicología, luego el equipo médico evalúa a la paciente de forma física.

El tratamiento puede realizarse de manera ambulatoria en el hospital o como interna si la paciente es atendida ambulatoriamente se le solicita que lleve un registro diario con diferentes indicaciones dependiendo del Trastorno si es Anorexia o Bulimia, en ambos casos se les proporciona tratamiento farmacológico y el departamento de nutrición se encarga de asignar la dieta según la situación clínica del paciente.

En ambos trastornos Anorexia y Bulimia “se explora la dinámica familiar, su patrón de comportamiento social y su desarrollo laboral y se procede al apoyo psicoterapéutico”.

En el caso en que se considere que es necesario que la paciente sea ingresada al hospital, se realizará el mismo tratamiento a nivel de internamiento, para ello la paciente debe cumplir alguno de los siguientes criterios para el ingreso.

- Ineficiencia del tratamiento ambulatorio
- Cronicidad
- Estado físico grave: desnutrición severa (pérdida de 30% del peso previo), graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones orgánicas importantes, Vómitos repetidos.
- Necesidad de aislamiento familiar debido a las graves disfunciones familiares que pueden complicar el cuadro.
- Necesidad de medios asistenciales adecuados para garantizar el cumplimiento terapéutico y la aplicación de terapias conductistas, si la gravedad del cuadro lo requiere.
- Si se precisa un tratamiento integral con psiquiatría.

Con el tratamiento se pretende:

- Normalizar el peso y el estado nutricional: en el caso de la anorexia el objetivo es ganar 200-400 g. al día y vigilar constantemente para evitar los vómitos inducidos, en el caso de la bulimia deberán ingerir entre 1000 – 1700 calorías y evitar que las pacientes participen en preparación de comidas, o que hable con otras pacientes acerca del peso o que conozcan su propio peso.
- Brindar tratamiento psicofarmacológico: estos tratamientos van dirigidos hacia la regulación del estado de ánimo y comorbilidad psiquiátrica si hubiere, se puede administrar neurolépticos, Antidepresivos o Benzodiazepinas.
- Brindar atención psicológica: esto se realiza por medio de las terapias ya sea individuales, familiares o grupos de autoayuda, en el caso de la paciente los tratamientos terapéuticos específicos son la Cognitivo-conductual y la de exposición con prevención de respuesta.

Las terapias van dirigidas al abordaje de temas como la maduración psicosexual, la aceptación del papel adulto, mejoría de disfunciones familiares, desarrollo de habilidades sociales, aprendizaje de nuevas respuestas ante el estrés.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal constituyen una problemática que ha ido en aumento con el correr de los años debido a que cada día los adolescentes son bombardeados con los modelos estéticos que la sociedad impone, llevándolos a rendir culto al cuerpo delgado y escuálido, logrando transformar belleza en sinónimo de bajo peso y Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Behar, 2010)

La insatisfacción consigo mismo ha llevado a jóvenes a despreciar su cuerpo y dañarlo constantemente para poder encajar en una sociedad que olvida que la belleza también es interior, este desfase entre la belleza real y la enfermedad puede llevar a muchos individuos a un daño psicológico y emocional sumamente grave. (Behar, 2010)

En Guatemala es necesario realizar más investigaciones que abarquen los temas de insatisfacción y distorsión corporal para generar una base más amplia de datos estadísticos, que permita evidenciar la presencia de estos casos, especialmente en las instituciones educativas puesto que es allí donde el adolescente desea con mayor intensidad ser aceptado.

Es por ello que debido a lo planteado anteriormente surge la interrogante:

¿Existe insatisfacción y distorsión en la percepción de la silueta en adolescentes varones y mujeres de 14 a 18 años de edad del Centro Educativo Técnico Scheel?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general:

Determinar la presencia de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes varones y mujeres de 14 a 18 años de edad.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Obtener el grado de insatisfacción corporal dentro de la muestra.
- Obtener el grado de distorsión de la imagen corporal.

- Identificar el modelo estético corporal que presenta con mayor frecuencia en los sujetos.
- Establecer el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la muestra.
- Identificar que género presenta mayor riesgo de incidir en un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Brindar un programa para la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2.2 Variables

Insatisfacción de la imagen corporal

Distorsión de la imagen corporal

Adolescencia

Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual de las variables

Insatisfacción de la imagen corporal:

Según Ayela (2009) “La insatisfacción corporal consiste en la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo”.

Distorsión de la imagen corporal:

Ayela, (2009) define la distorsión perceptual como “Expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño”.

Adolescencia:

Silva (2007), La adolescencia es una etapa en la que se presentan múltiples cambios, los adolescentes muestran cambios de ánimo repentino, se alteran fácilmente y pueden observarse tristes o enojados, también se producen varios cambios físicos que moldean el cuerpo, como lo son la aceleración del crecimiento y la maduración. El pensamiento se desarrolla y da paso a comienzan procesos intelectuales más complejos que les permiten comprender los sucesos diarios de una manera real y diferente.

Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Según Badía (2013), “Son enfermedades crónicas y progresivas de la conducta alimentaria en los que los síntomas se caracterizan por la alteración o la distorsión de la propia imagen corporal, el miedo al aumento de peso y la adquisición de valores a través de la imagen corporal”

2.3.2 Definición Operacional

Insatisfacción de la imagen corporal:

Para uso de la investigación se entiende la insatisfacción con la imagen corporal como el descuerdo entre la silueta que se posee y la que le gustaría tener. (Maganto Mateo & Cruz Sáez, 2008).

Distorsión de la imagen corporal

En esta investigación se toma la Distorsión de la imagen corporal como la medida del ajuste perceptivo entre la silueta que se considera que posee y la que realmente representa el peso de la persona. (Maganto Mateo & Cruz Sáez, 2008).

Adolescencia

Para efecto de la investigación se define la adolescencia según la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la

adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). (Pineda Perez & Aliño Santiago, 2015)

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Para fin de la investigación se definen como la preocupación por el peso y la imagen corporal, llevando a desarrollar conductas extremas para controlar el peso y obtener una imagen corporal deseada. (Maganto Mateo & Cruz Sáez, 2008).

2.4. Alcances y límites

La investigación abarcara los aspectos de insatisfacción y distorsión corporal en adolescentes hombres y mujeres de 14 a 18 años de edad provenientes de zonas marginales del municipio de Jocotenango que asisten al centro Educativo Técnico Scheel, dicho estudio podrá ser válido únicamente en otras poblaciones que cumplan con dichas características.

2.5. Aporte

Dicha investigación podrá servir como una ampliación del tema de insatisfacción y distorsión de la silueta del cual se tienen pocos estudios en Guatemala, además dará paso a que otros profesionales puedan interesarse en las problemáticas que los individuos atraviesan durante la adolescencia, la cual resulta de suma importancia para el desarrollo de su identidad y desempeño de roles dentro de la sociedad.

Para la Universidad Rafael Landívar la presente investigación contribuirá a enriquecer sus fuentes informativas como base para próximas investigaciones.

Así mismo la presente investigación otorgará un programa preventivo como herramienta de apoyo al Centro Educativo Técnico Scheel para contribuir en el desarrollo integral del alumnado, fomentando en ellos la autoaceptación, reduciendo la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal y previniendo el riesgo del desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, además dicho programa podrá ser utilizado en otras instituciones.

En cuanto a los sujetos de estudio, los Estudiantes del centro educativo podrán informarse acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y al mismo tiempo detectar a los individuos que necesiten una pronta intervención terapéutica.

En cuanto a la psicología se constituirá como una base de información y apoyo para futuras intervenciones clínicas en problemáticas iguales o similares a las que los psicólogos deban enfrentarse en el ámbito profesional.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para este estudio fueron seleccionados 26 adolescentes hombres y mujeres de 14 a 18 años de edad, de escasos recursos y provenientes de zonas marginales, estudiantes de nivel primario y ciclo básico del Centro Educativo Técnico Scheel, ubicado en el municipio de Jocotenango del departamento de Sacatepéquez.

El tipo de muestra fue probabilístico o dirigido lo que según Hernández Sampierie (2010) consisten en un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

3.2 Instrumento

El Test de Siluetas para Adolescentes (TSA), cuyas autoras Carmen Maganto Mateo y Soledad Cruz, docentes e investigadoras del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de España. Se encuentra estandarizado y en la versión en castellano, puede utilizarse como instrumento de detección en entornos educativos, la aplicación puede ser colectiva o individual y tiene una duración de aproximadamente 10 minutos, es de fácil aplicación y corrección.

El TSA permite evaluar la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal en adolescentes de 14 a 18 años de ambos sexos, así como también evalúa el modelo estético corporal del sujeto incluyendo las atribuciones de los pares y de los progenitores así como la adecuación o no al Índice de Masa Corporal (IMC) esperable a su edad. Lo que le permite ofrecer puntos de corte específicos para establecer el riesgo de TCA.

3.3 Procedimiento

1. Se seleccionó del tema a investigar.
2. Se envió a las autoridades para su aprobación.
3. Se realizó una investigación para determinar la prueba a utilizar.

4. Se identificó y selecciono la población.
5. Se elaboró la solicitud para la elaboración del proyecto de tesis al centro educativo.
6. Se realizó la introducción del tema.
7. Se Investigó la bibliográfica de antecedentes.
8. Se llevó a cabo la Investigación bibliográfica del marco teórico.
9. Se realizó el planteamiento del problema.
10. Se elaboró el método.
11. Se elaboró el índice de la investigación.
12. Se aplicó el Test de Siluetas para adolescentes.
13. Se revisaron y tabularon los datos del test.
14. Se realizó el análisis y discusión de resultados.
15. Se presentaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes de la investigación.

3.4. Tipo de Investigación, diseño y metodología estadística.

La presente investigación es de tipo descriptiva, según Lerma (2009) el objetivo de las investigaciones descriptivas consiste en describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural, sin explicar las relaciones que se identifiquen.

El alcance de este tipo de investigación no permite la comprobación de hipótesis, ni la predicción de resultados, solamente permite caracterizar globalmente el objeto de estudio mediante el uso de medidas estadísticas. Se identifican los objetos que tiene ciertas características, se describe el contexto en el cual se presenta determinado fenómeno, cuantificar la magnitud del fenómeno, identificar las diferencias que existen entre dos o más grupos de una población objeto de estudio, describir las partes, categorías o clases que componen el objeto,

describir el desarrollo o evolución del objeto de estudio o describir las relaciones del objeto de estudio con otros objetos. Las investigaciones pueden ser transversales y longitudinales.

En este caso se realizó una investigación transversal descriptiva, es decir que se describió la situación en el momento dado sin la necesidad de haber observado a los sujetos participantes durante un largo tiempo. Este tipo de investigación resulto adecuada debido al tema del estudio: Insatisfacción y distorsión de la silueta en adolescentes puesto que no hubo manipulación de variables ya que estas solamente se observaron y describieron según como se presentaron.

La estadística utilizada fue estadística descriptiva, la cual según Hernández Sampieri (2010) se puede subdividir en las siguientes: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad, gráficas y puntuaciones z, en este caso se utilizaran las medidas de tendencia central complementado con gráficas.

En esta investigación se evaluó a los sujetos, se recolectaron los datos y se agruparon en los grupos: insatisfacción de la silueta, distorsión de la silueta y el modelo estético corporal, estos resultados fueron comparados en gráficas para determinar las diferencias entre géneros.

Según Wonnacott y Wonnacott (1999) define la tendencia central como el punto medio de una distribución y las medidas de tendencia central se denominan medidas de posición las cuales son:

- **Moda:** es el dato que más se repite.
- **La Mediana:** es el valor que divide al conjunto ordenado de datos, en dos subconjuntos con la misma cantidad de elementos. La mitad de los datos son menores que la mediana y la otra mitad son mayores.
- **La Media o Media Aritmética:** es el promedio de los datos.

IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio contó con una muestra de 26 sujetos (13 hombres y 13 mujeres), con edades comprendidas entre los catorce y los dieciocho años de edad, del Centro Educativo Técnico Scheel. El instrumento utilizado fue el cuestionario TSA diseñado por C. Maganto y M. S. Cruz elegido por la sencillez para su relleno, la diferenciación entre hombres y mujeres y la fácil comprensión por parte del alumnado para su llenado. Esta prueba cuenta con 8 figuras masculinas y 8 figuras femeninas ordenadas de menor a mayor Índice de Masa Corporal (valores desconocidos para los encuestados), debiendo señalar en primer lugar aquella figura con la que más se siente identificado y en segundo lugar la figura deseable en relación al ideal que le gustaría alcanzar. De este modo se pudo medir la insatisfacción con la imagen corporal de la muestra así como la diferencia existente entre la figura actual y la deseable. Además, también fueron recogidos los datos de talla y peso, para obtener el IMC real, analizando el grado de distorsión de la imagen corporal auto percibida, mediante la diferencia entre el IMC real y el IMC perteneciente a la figura que señalaban parecerse. La administración del cuestionario tuvo lugar en el centro educativo, asegurando la confidencialidad de las respuestas de los sujetos así como solicitando la importancia de su participación en dicha evaluación.

La cantidad de varones y mujeres es idéntica, encontrando diferencias entre las edades de los 14 a los 16 años. La distribución de la muestra en función de la edad y del sexo de los sujetos se muestra en la siguiente tabla:

Distribución de la muestra en función de la edad y el sexo

EDAD	VARÓN		MUJER		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
14	2	7.69	-	-	2	7.69
15	5	19.23	3	11.54	8	30.77
16	2	7.69	6	23.08	8	30.77
17	3	11.54	3	11.54	6	23.08
18	1	3.85	1	3.85	2	7.69
TOTAL	13	50	13	50	26	100.00

Medias y desviaciones típicas del peso, la altura y el IMC en función del sexo y la edad.

EDAD	GENERO	PESO	ALTURA	IMC
		Media	Media	Media
14	Varones	48.03	1.66	16.86
	Mujeres	-	-	-
15	Varones	52.99	1.68	18.98
	Mujeres	44.84	1.56	18.22
16	Varones	46.63	1.63	17.41
	Mujeres	49.47	1.53	21.12
17	Varones	71.21	1.73	23.33
	Mujeres	55.16	1.55	22.78
18	Varones	52.00	1.61	20.06
	Mujeres	58.15	1.45	27.58

Las diferencias en peso, altura e IMC entre varones y mujeres son estadísticamente significativas en cada una de las edades estudiadas, excepto en el grupo de 15 años. Como es lógico el IMC de los varones es ligeramente superior al de las mujeres en todas las edades excepto al grupo de los 15 años, en el caso del grupo de 14 años no es posible hacer una comparación. Los varones son aproximadamente 10 cm más altos que las mujeres en todos los rangos de edad. También se puede observar valores progresivos en ambos grupos pero con un pico en las variables de peso, altura e IMC en los varones de 17 años.

En las siguientes tablas se expone la distribución del índice de insatisfacción en los varones y mujeres que componen la muestra según los datos obtenidos del Test de Siluetas para Adolescentes TSA

Distribución del índice TSA-I en la muestra de tipificación de varones

Grado de insatisfacción	Grado alto			Normal o esperable	Satisfacción	Normal o esperable	Grado medio		Total
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	
TSA-I Varones	Insatisfacción muy infrecuente con riesgo de TCA	Insatisfacción muy infrecuente con riesgo de TCA	Insatisfacción muy infrecuente con riesgo de TCA	Insatisfacción frecuente	Satisfacción	Insatisfacción frecuente	Insatisfacción infrecuente	Insatisfacción infrecuente	
n=13	0	0	0	0	7	4	2	0	13
%	0	0	7.69	0	53.85	30.77	7.69	0	100.00

El índice TSA- I evalúa el grado de discrepancia entre la imagen corporal que el sujeto desearía tener y la que cree que tiene en la actualidad, el 53.85% de los varones está satisfecho con su imagen corporal y el 30.77% no lo está ya que les gustaría estar con mayor volumen sin embargo esto los ubica dentro de un grado normal o esperable.

Solamente el 7.69% de los varones desearían tener una silueta dos veces más de la que poseen lo cual los ubica dentro de un grado medio.

El 7.69% de los varones presenta una marcada insatisfacción con su imagen corporal ubicándolos en un grado alto y al mismo tiempo en el riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria.

Distribución del índice TSA-I en la muestra de tipificación de mujeres

Grado de insatisfacción	Grado alto		normal o esperable		Satisfacción	Normal o esperable	Grado medio		Total
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	
TSA-I Mujeres	Insatisfacción muy infrecuente con riesgo de TCA	Insatisfacción muy infrecuente con riesgo de TCA	Insatisfacción frecuente	Insatisfacción frecuente	Satisfacción	Insatisfacción frecuente	Insatisfacción infrecuente	Insatisfacción infrecuente	
n=13	0	0	0	4	7	2	0	0	13
%	0	0	0	30.77	53.85	15.38	0	0	100

En la población femenina aproximadamente el 54% de las mujeres está satisfecha con su imagen corporal, sin embargo el 30.77 % les gustaría estar una silueta más delgadas y solamente el 15.38% preferirían una silueta más voluminosa, esto indica la presencia de insatisfacción sin embargo se encuentra dentro de lo esperable o normal según los datos normativos de la muestra de tipificación.

Distribución del índice TSA-I en la muestra de tipificación de varones y mujeres

TSA-I	VARONES		MUJERES	
	n	%	n	%
n = 26				
Satisfacción	7	53.85	7	53.85
Normal	4	30.77	6	46.15
Medio	1	7.69	0	0.00
Alto	1	7.69	0	0
TOTAL	13	100.00	13	100.00

Un 53.85% de los hombres y en el mismo porcentaje las mujeres presentan satisfacción con su imagen corporal.

En la tabla anterior se puede observar que a nivel general el 46.15% tanto en hombres como en mujeres muestra insatisfacción con su imagen corporal.

El 46.15% de la población femenina muestra mayor insatisfacción sin embargo esta puede catalogarse dentro de lo normal o esperable, mientras que solamente un 30.77% de varones se encuentra dentro de este rango.

De igual manera un 15.38% de la muestra masculina presenta insatisfacción con su imagen corporal en un grado medio en contraparte con la muestra femenina que no marca ninguna tendencia de insatisfacción en este grado. Por lo que se puede concluir que la mayor parte de la muestra presenta insatisfacción en un grado normal mientras que en el grado medio solamente los hombres puntaron alto en su insatisfacción.

En las siguientes tablas se expone la distribución del índice de Distorsión en los varones y mujeres que componen la muestra según los datos obtenidos del Test de Siluetas para Adolescentes TSA

Distribución del índice TSA-D en la muestra de tipificación de varones.

Grado de Distorsión	Alto		Medio	Normal o esperable	Sin distorsión	Normal o esperable	Medio		Total
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	
TSA-D Varones	Distorsión muy infrecuente con riesgo de TCA	Distorsión muy infrecuente con riesgo de TCA	Distorsión infrecuente	Distorsión frecuente	Sin distorsión	Distorsión frecuente	Distorsión infrecuente	Distorsión infrecuente	
n=13	0	0	0	0	4	2	4	3	13
%	0	0	0	0	30.77	15.38	30.77	23.08	100

El índice TSA-D representa la magnitud de la diferencia entre la silueta que el sujeto elige como representante de su peso actual y la silueta que le corresponde en función de su IMC. Alrededor del 30.77% de la muestra masculina percibe su imagen corporal sin distorsión. Pero el 53.85% de la muestra masculina se perciben más gruesos de lo que les corresponde en función de su IMC lo cual indica la presencia de un desajuste perceptivo y los ubica en un grado medio sin embargo no los sitúa dentro de los puntos de corte establecido para ser considerado como un indicador de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Así mismo dentro de la población masculina un 15.38% muestra distorsión con su figura lo cual se cataloga dentro del grado normal o esperable.

Distribución del índice TSA-D en la muestra de tipificación de mujeres.

Grado de distorsión	Medio				Sin distorsión	Normal o esperable		Alto	Total
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	
TSA-D Mujeres	Distorsión infrecuente	Distorsión infrecuente	Distorsión infrecuente	Distorsión infrecuente	Sin distorsión	Distorsión frecuente	Distorsión frecuente	Distorsión muy infrecuente con riesgo de TCA	
n= 13	0	2	0	4	2	5	0	0	13
%	0	15.38	0	30.77	15.38	38.46	0	0	100

Por otro lado la dispersión de la distorsión en las mujeres solamente un 15.38% percibe su imagen corporal sin distorsión, mientras que el número de mujeres que se percibe con una silueta más delgada representa aproximadamente el 30.77% y el 15.38% se percibe dos siluetas más

delgada lo cual las ubica en un grado medio de distorsión sin embargo no se sitúan dentro del indicador de riesgo de un TCA.

El número de mujeres que se percibe una silueta más gruesa representa un 38.46 %. lo cual indica que presentan un grado de distorsión que se puede catalogar como normal o esperable.

Se puede apreciar en las mujeres una tendencia a verse más delgadas de lo que indica su IMC.

Distribución del índice TSA-D en la muestra de tipificación de hombres y mujeres.

TSA-D	VARONES		MUJERES	
	n	%	n	%
Sin distorsión	4	30.77	2	15.38
Normal	2	15.38	5	38.46
Medio	7	53.85	6	46.15
Alto	0	0.00	0	0.00
TOTAL	13	100.00	13	100.00

Se puede observar que el 30.77% de varones y el 15.38% de mujeres presenta satisfacción con su imagen corporal.

El 69.23% de la muestra masculina y el 84.62% de la femenina muestra distorsión con su imagen corporal.

Un 30.77% de la población masculina y un 15.38% de la población femenina se muestran sin distorsión lo cual supone diferencias significativas.

Dentro del grado normal o esperable en el índice TSA-D se encuentra un 15.38% de la población masculina y un 38.46% de la población femenina, lo cual muestra diferencias significativas en ambos géneros.

Se puede observar que la población masculina presenta mayor distorsión de grado medio con un 53.85% en comparación a la población femenina quien presenta un 46.15% lo cual no supone diferencias muy significativas.

A modo de conclusión se puede identificar a los varones con mayor distorsión de la imagen corporal que las mujeres aun cuando no sea una diferencia significativa.

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la muestra

DATOS POBLACIÓN GENERAL								
SUJETOS	EDAD	GENERO	PESO (Kg)	ALTURA (m.)	IMC	ÍNDICE DE DISTORSIÓN (TSA-D)	ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN (TSA-I)	RIESGO TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA
M.A.	15	F	43.27	1.58	17.22	1	1	NO
E.G.	15	F	44.54	1.53	18.79	1	0	NO
D.M	17	F	60.78	1.54	25.29	-1	-1	NO
A.R.	16	F	50.16	1.6	19.53	0	0	NO
M.V.	17	F	54	1.61	20.83	1	0	NO
E.R.	18	F	58.15	1.45	27.58	-3	-1	NO
C.M.	17	F	50.71	1.5	22.22	-3	0	NO
F.C.	16	F	51.43	1.53	21.78	-1	0	NO
A.L.	16	F	54.43	1.63	20.38	1	-1	NO
L.C.	16	F	53.43	1.45	25.2	-1	0	NO
I.M.	15	F	46.72	1.57	18.66	1	1	NO
P.M.	16	F	39.37	1.42	19.34	0	0	NO
M.L.	16	F	48	1.53	20.5	-1	-1	NO
E.S.	15	M	53.7	1.62	20.19	0	0	NO
V.C.	15	M	54.79	1.66	19.88	1	1	NO
P.T.	18	M	52	1.61	20.06	1	1	NO
K.R.	16	M	48.26	1.63	18.06	2	0	NO
B.A.	17	M	57.06	1.62	21.75	0	0	NO
M.E.	15	M	51.25	1.65	18.73	2	1	NO
J.A.	15	M	44.99	1.69	17.4	2	2	NO
M.C.	16	M	44.99	1.62	16.76	3	0	NO
A.M.	15	M	60.23	1.79	18.72	3	0	NO
X	17	M	91.71	1.84	26.87	0	-2	SI
F.H.	17	M	64.86	1.73	21.38	0	0	NO
R.V.	14	M	50.71	1.67	17.92	2	1	NO
F.H.	14	M	45.35	1.65	15.79	3	0	NO

Solamente un sujeto (7.69%) de género masculino de los 13 de la muestra (92.31%) presenta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y en la muestra de 13 (100.00%) del género femenino no presenta riesgo.

En la siguiente tabla se muestra el modelo estético corporal que más se repite dentro de la muestra de hombres y mujeres.

Modelo estético corporal según la muestra

SUJETOS	DATOS POBLACIÓN GENERAL						Desviación del modelo estético corporal esperable (d = delgado, n = normal, g = gordo)								
	EDAD	GENERO	PESO (Kg)	ÍNDICE DE DISTORSIÓN (TSA-D)	ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN (TSA-I)	RIESGO TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA	ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 4	ítem 5	ítem 6	ítem 7	ítem 8	Tendencia
M.A.	15	F	43.27	1	1	NO	d	d	d						Delgada
E.G.	15	F	44.54	1	0	NO									Normal
D.M.	17	F	60.78	-1	-1	NO	g	g	g						Gorda
A.R.	16	F	50.16	0	0	NO									Normal
M.V.	17	F	54	1	0	NO									Normal
E.R.	18	F	58.15	-3	-1	NO		g							Normal
C.M.	17	F	50.71	-3	0	NO	d	d	d	d				d	Delgada
F.C.	16	F	51.43	-1	0	NO	d	d			d	d	d	d	Delgada
A.L.	16	F	54.43	1	-1	NO				d		d			Normal
L.C.	16	F	53.43	-1	0	NO	d	d	d	g					Delgada
I.M.	15	F	46.72	1	1	NO									Normal
P.M.	16	F	39.37	0	0	NO									Normal
M.L.	16	F	48	-1	-1	NO				d		g	g		Gorda
E.S.	15	M	53.7	0	0	NO							g	g	Gordo
V.C.	15	M	54.79	1	1	NO							g		Normal
P.T.	18	M	52	1	1	NO									Normal
K.R.	16	M	48.26	2	0	NO									Normal
B.A.	17	M	57.06	0	0	NO									Normal
M.E.	15	M	51.25	2	1	NO									Normal
J.A.	15	M	44.99	2	2	NO			d			d			Delgado
M.C.	16	M	44.99	3	0	NO									Normal
A.M.	15	M	60.23	3	0	NO	d	d							Delgado
X	17	M	91.71	0	-2	SI			g				g		Gordo
F.H.	17	M	64.86	0	0	NO	d	d							Delgado
R.V.	14	M	50.71	2	1	NO	d								Normal
F.H.	14	M	45.35	3	0	NO	d								Normal

Tabla de tipificación de la muestra

Modelo Corporal	VARONES		MUJERES	
	n	%	n	%
n = 26	8	30.77	7	53.85
Normal	2	15.38	4	30.77
Delgado	2	53.85	2	15.38
Gordo	12	100.00	13	100.00
TOTAL				

Con respecto al modelo estético se puede observar que de las mujeres, siete (53.85%) se identifican con un modelo estético corporal normal, al igual que ocho hombres (30.77%)

En los hombres dos (15.38%) tienden a un modelo estético de delgadez mientras que en las mujeres se incrementa a cuatro (30.77%).

Dos varones (53.85%) y dos mujeres (15.38%) presentan tendencia hacia un modelo estético corporal de gordura.

Estos resultados indican que en general la muestra se identifica con el modelo estético corporal normal o esperable coincidente con la muestra de tipificación.

V DISCUSIÓN

Con el fin de determinar la presencia de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes varones y mujeres de 14 a 18 años de edad de escasos recursos y provenientes de zonas marginales, estudiantes de nivel primario y ciclo básico del Centro Educativo Técnico Scheel se presenta la siguiente discusión de resultados.

Según los resultados obtenidos la mayoría de los adolescentes muestra satisfacción con su imagen corporal con un 53.85% tanto en hombres como en mujeres, mientras que el 46.15% muestra insatisfacción.

En cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal el grado de insatisfacción se encuentra dentro de lo normal o esperable, con un porcentaje de 30.77% los varones y un 46.15% las mujeres esto clasificaría dentro de lo que Ogden (2005) propone como “Discrepancia Ideal” en el cual la persona identifica claramente la diferencia entre lo que es y lo que le gustaría ser, con ello se puede establecer que si bien la insatisfacción se encuentra dentro de un nivel aceptable existe cierta inconformidad de los adolescentes consigo mismos.

Dichos resultados de los rangos aceptables de insatisfacción en esta investigación contradicen a Mauricio (2011) en su investigación Corporal como Indicador de Riesgo de TCA en adolescentes, ya que la muestra que utilizó presentó un alto grado de insatisfacción, esto lleva a pensar que la insatisfacción ha perdurado sin embargo ha ido en disminución a lo largo de los años.

Es importante mencionar que los varones se encuentran insatisfechos porque desearían tener figuras más voluminosas contrario a las mujeres que desearían tener figuras dos veces más delgadas que la que poseen, lo cual indica que aun cuando la insatisfacción sea leve, prevalecen como bien lo menciona Enríquez en la Revista amiga Prensa Libre (2014) los estándares de belleza que se han establecido por diseñadores y marcas reconocidas contribuyendo a que las y los adolescentes se sientan presionados por alcanzar un modelo de belleza irreal.

Dentro de la investigación realizada cabe mencionar que el 7.69% de varones mostraron insatisfacción en un grado alto, clasificándose dentro del riesgo de un TCA, mientras que las mujeres no clasificaron en ese grado, lo cual contradice lo mencionado por López et al. (2008)

En cuanto que las mujeres presentan un grado alto de insatisfacción con su silueta; esto nos indica que actualmente son los varones quienes se encuentran mayormente insatisfechos rompiendo todos los paradigmas de considerar al género femenino como mayormente afectado, así mismo lleva a tratar de evaluar de manera más cercana a la población masculina del porqué de su insatisfacción puesto que como bien propone Behar (2010) existen varias causas como el modelo cultura de belleza, la clase social, los medios de comunicación, ente otros.

En cuanto a la distorsión se muestra un porcentaje general de 69.23% en varones y 84.62% en mujeres, distribuidos en los diferentes grados: normal o aceptable y medio, propuestos del test aplicado, lo cual indica que la mayoría de los adolescentes tiene una percepción errónea de su cuerpo.

En relación al grado de distorsión que puntaje más alto en la muestra se encontró que la mayor parte presenta un grado de distorsión medio con un 53.85% en los varones y un 46.15% en las mujeres es decir un desajuste perceptivo importante en cuanto a sí mismos y que si bien no entra dentro de los rangos para el riesgo de TCA, si constituye un motivo de alerta y necesidad de identificar las posibles causas del mismo.

Los resultados presentados anteriormente confirman la investigación de Gómez, Sánchez y Mahedero (2012) en la cual el género masculino es quien presentaba una mayor distorsión de su apariencia en comparación al género femenino, así mismo es importante recalcar que a mayor distorsión mayor insatisfacción y por consiguiente el desarrollo de una baja autoestima y autoconcepto.

Abordar aspectos clave como la autoestima y autoconcepto de cada uno de los sujetos resulta indispensable para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de un TCA, tal y como lo plantean Aguilar y Villagran (2010) en su investigación Incidencia de la autoestima en la consolidación de la imagen corporal en mujeres adolescentes, mostró que existía relación entre ambas variables es decir a mayor autoestima mayor satisfacción y auto aceptación; así mismo Meza y Pompa (2013) mantienen dichos resultados en cuanto a que la insatisfacción corporal tiene gran relación con un pobre autoconcepto.

En cuanto al modelo estético corporal que más se presenta en los sujetos fue el modelo normal o aceptable dentro de la muestra de tipificación con un 30.77% los hombres y 53.85%

las mujeres, es decir que existe una coherencia entre el modelo que se establece como aceptable y el que los sujetos han elegido, descartando así modelos de delgadez o gordura los cuales se presentaron en un menor porcentaje en ambos géneros. Llama la atención que el género femenino es quien más se ubica dentro del modelo aceptable en relación al género masculino.

Con los resultados anteriores se puede identificar que actualmente se presenta un modelo estético corporal más apegado a la realidad y dentro de los parámetros de normalidad que estipula el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) contrario a la investigación de Muñoz (2013) incidencia de problemas alimenticios Anorexia, Bulimia y Obesidad en la cual encontró que los varones presentaban mayor tendencia a modelos de gordura (obesidad) y las mujeres de delgadez (anorexia).

Es importante recordar que los adolescentes evaluados se encuentran en una etapa de transición por lo tanto la elección de un modelo se ve influenciado por varios aspectos, como lo menciona Silva (2007) surgen varios cambios físicos, emocionales, intelectuales y sociales los cuales tienen fuerte influencia en el desarrollo de su identidad y en el proceso de convertirse en adulto.

Otro resultado importante fue el de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) el cual a pesar de ser mínimo en relación a la muestra, se obtuvo que el 7.69% del género masculino presentó riesgo, contrario al género femenino quienes no presentaron, lo cual lleva a observar que el riesgo en general es relativamente bajo y que quienes presentarían mayor tendencia al desarrollo de un TCA serían los varones.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los de García (2011) en su investigación Riesgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, quien identificó que solamente un 10% de adolescentes presentó riesgos para el desarrollo de un TCA, un porcentaje que si bien no es elevado es necesario abordar a los adolescentes que presentan dichos resultados, realizando otras evaluaciones y las intervenciones correspondientes para lo cual podría utilizarse el modelo de las cinco fases propuesto por Cordella Masini (2010)

Por otro lado en la investigación de Urzúa Castro, Lillo Leal (2011) menciona que la prevalencia de riesgo de trastornos de alimentarios es mayor en el género femenino entre las edades de 15 a 18 años, al igual que Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura (2010) quienes

concluyeron en su investigación que las mujeres presentaban algún tipo de desorden alimenticio, contrario a los hombres quienes no presentaban ninguno, sin embargo según los resultado de los adolescentes del centro Scheel las mujeres no presentaron ningún riesgos de TCA siendo un hombre (7.69%) quien puntéo alto y se registró dentro de los 17 años lo que demuestra cierta tendencia del género masculino al desarrollo de un TCA.

Los objetivos de esta investigación se cumplieron por medio de Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) ya que dicho instrumento permitió conocer Determinar la presencia de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes varones y mujeres de 14 a 18 años de edad, el grado de insatisfacción corporal, el grado de distorsión de la imagen corporal, la identificación del modelo estético corporal que se presentó con mayor frecuencia, el establecimiento del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la muestra e identificar que género presentaba mayor riesgo de incidir en un trastorno de la conducta alimentaria.

Esta investigación ha dado como resultado la posibilidad de conocer más a fondo la muestra y al mismo tiempo la posibilidad de brindar un programa para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria como aporte para los jóvenes del centro educativo.

VI CONCLUSIONES

- Un 53.85% de adolescentes se encuentran satisfechos con su imagen corporal tanto hombres como mujeres.
- A nivel general el 46.15% tanto en hombres como en mujeres se encuentra insatisfechos con su imagen.
- Un porcentaje de 30.77% de varones y un 46.15% de mujeres se encontraban dentro de un grado de insatisfacción calificado como normal o esperable.
- Existe una tendencia del género masculino a verse más grueso de lo que le corresponde según su IMC, mientras que el femenino se percibe dos siluetas más delgadas.
- A nivel general el 69.23% de los varones y el 84.62% de las mujeres presentan distorsión de su imagen.
- El 53.85% de varones y el 46.15% mujeres presentan mayor tendencia al grado medio de distorsión.
- Existen diferencias significativas en cuanto a la insatisfacción y la distorsión de la muestra puesto que en su mayoría los adolescentes se encuentran satisfechos con su imagen sin embargo también la mayoría de los adolescentes presenta distorsión de la misma.
- Los varones manifestaron tendencia a modelos de gordura y las mujeres a modelos de delgadez.
- El 7.69% de los varones clasifica para riesgo del desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), mientras que ninguna de las mujeres presentó riesgo de un TCA.

VII RECOMENDACIONES

Investigadores:

- Llevar a cabo investigaciones que establezcan si existen alguna correlación entre autoestima e insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, puesto que se manifestó mayor distorsión en la muestra evaluada.
- A modo de complementar los resultados del Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) en las futuras investigaciones podría apoyarse la evaluación con el Test EDI II para identificar las conductas de los sujetos y determinar que trastorno de la conducta alimentaria presentan.
- Abordar por medio de una breve entrevista a los sujetos que se encuentren dentro de niveles medio de insatisfacción o distorsión del TSA de modo que sirva como un espacio para conocer mejor a la persona y determinar si es necesario aplicar más pruebas.
- Realizar investigaciones en las que se pueda determinar qué factores (los padres, los pares, la sociedad) influyen más en la elección de un modelo estético corporal normal, con tendencia a la gordura o delgadez.
- Realizar investigaciones en las que se pueda determinar además del riesgo de TCA, cuales son los más comunes en los diferentes géneros.
- Crear y desarrollar programas de alimentación saludable.

Al centro Educativo Técnico Scheel

- Identificar al adolescente que presenta riesgo de TCA para evaluarlo más a fondo y brindarle el apoyo psicológico necesario.
- Desarrollar programas que capaciten a los maestros y padres de familia sobre trastornos de las conductas alimentarias y como detectarlos, para que puedan solicitar el apoyo necesario o referir al sujeto para atención psicológica.

- Poner en práctica el programa preventivo “Trastornos de la Conducta Alimentaria” en el centro educativo para fortalecer la autoestima y a contrarrestar las distorsiones perceptuales de los adolescentes.

VIII REFERENCIAS

- Aguilar Figueroa, M. A., & Villagran Paiz, R. M. (2010). *Incidencia de la autoestima en la consolidación de la imagen corporal en mujeres adolescentes* (Tesis de Grado). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Ayela Pastor, R. T. (2009). Adolescentes: Trastornos de alimentación. En R. T. Ayela Pastor, *Adolescentes: Trastornos de alimentación* (pág. 89). España: Editorial Club Universitario.
- Badía Vila, M. A. (2013). Imagen Corporal y Hábitos Saludables. En M. A. Badía Vila, *Imagen Corporal y Hábitos Saludables* (págs. 123-124). Madrid, España: Ediciones Paraninfo, S.A.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, 319-334.
- Borrego, H. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 44- 50. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>
- Compte, E. J. (2012). Imagen Corporal Y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes: Un Estudio Teórico. *Revista de Psicología GEPU*, 235-254.
- Cordella Masini, M. P. (2010). *Anorexia Bulimia Obesidad: Experiencia y reflexión con pacientes y familias*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Cruzat Mandich, C., Haermmerli Delucchi, C., Díaz Bugmann, M., Pérez Villalobos, C., & Goffard Lackington, J. (2012). Sitios Pro- Ana y Pro- Mia: Una aproximación reflexiva ante este fenómeno. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 129- 138. Obtenido de https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDkQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.clinicapsicologica.org.ar%2Fdownload_file.php%3Fid%3D
- Enríquez, B. (2014). Curvas Felices. *Revista Amiga Prensa Libre*.
- García Cayax, C. G. (2011). *Riesgos de Trastorno de la Conducta alimentaria en adolescentes (Estudio realizado en instituciones privadas para varones en la cabecera departamental de Quetzaltenango)* (Tesis de Grado). Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Gómez Marmol, A., Sánchez Alcaraz, B. J., & Mahedero Navarrete, M. (2012). Insatisfacción y Distorsión de la Imagen Corporal en Adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *ÁGORA para la educación física y el deporte*, 54-63.

- González González, N. M., Peñafiel Palaguachi, A. V., & Avilés, M. F. (2015). *Prevalencia del bullying y factores asociados en estudiantes del ciclo básico de la unidad educativa Guapan 2014 (Tesis)*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Gutiérrez Castro, C. F., & Ferreira, R. (2007). *Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. un enfoque de la problemática actual (tesis)*. Medellín, Antioquia Colombia: Universidad de Antioquia Instituto universitario de educación física.
- Hernández Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación (quinta edición). En R. Hernández Sampieri, *Metodología de la investigación (quinta edición)* (pág. 176). Mexico D.F.: McGraw Hill.
- Leiva, I., & Reyes, Y. (2014). ¿Hasta dónde cambiarte la imagen? *Revista Amiga Prensa Libre*.
- Lerma González, H. D. (2009). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto*. Bogotá, D.C.: Ecoe Ediciones .
- López Pérez, A., Solé Burgos, A., & Cortés Moskowich, I. (2008). Percepción de satisfacción - insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Zainak*, 125-146.
- Lopez, S. G. (2011). *La incidencia del mercado de la cirugía estética en la percepción de la imagen corporal de las alumnas de Psicología de la universidad abierta Interamericana (Tesis)*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, M. S. (2008). *Test de Siluetas para Adolescentes TSA*. Madrid: TEA ediciones .
- Mancilla Medina, A., Vásquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Amaya Hernández, A., & Alvarez Rayón, G. (2012). Insatisfacción Corporal en Niños y Preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 62-79.
- Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM-V TR)*. (2002). Barcelona España : Masson, S.A.
- Mauricio Recancoj, G. (2011). *Insatisfacción Corporal como Indicador de Riesgo de TCA en Adolescentes (Tesis de Grado)*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Meza Peña, C., & Pompa Guajardo, E. (2013). Insatisfacción con la Imagen Corporal en Adolescentes de Monterrey. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 32-43.
- Montoya López, E. M., Quevedo Galindo, A. B., & Vásquez Natareno, P. M. (2012). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con el índice de Masa Corporal (Tesis de Grado)*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Gutemala.

- Muñoz Juárez, L. A. (2013). *Incidencia de Problemas Alimenticios: Anorexia, Bulimia y Obesidad en Estudiantes de Segundo Básico de dos Instituciones Educativas (Tesis de grado)*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: Comportamientos Saludables*. Madrid: EDICIONES MORATA, S.L.
- Ortega Becerra, M. A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la Ciudad de Jaén (Tesis Doctoral)*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Ortega Becerra, M. A., Zurita Ortega, F., Cepero González, M., Torres Campos, B., Ortega Becerra, M. A., & Guerrero Torres, J. (2013). La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la Ciudad de Jaén. *Revista de Investigación en Educación*, 123-139.
- Papalalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2010). Desarrollo Humano. En D. E. Papalalia, S. Wendkos Olds, & R. Duskin Feldman, *Desarrollo Humano* (págs. 356-413). México D.F.: McGraw Hill.
- Pineda Perez, S., & Aliño Santiago, M. (10 de Agosto de 2015). Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- Quiroga, S. (s.f.). *Encrucijadas* . Obtenido de Encrucijadas : <http://www.uba.ar/encrucijadas/46/sumario/enc46-trastornosalimenticios.php>
- Revista Amiga Prensa Libre . (2014). Cuando la dieta afecta tu salud . *Revista Amiga Prensa Libre*.
- Rosental, R. (2014). Bullying, Metodología Práctica Rosental. En R. Rosental, *Bullying, Metodología Práctica Rosental*. (págs. 18-20). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken: Editorial Dunken.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, L. (2010). Trastornos Alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 48-61.
- Silva, C. (2007). *Trastornos Alimentarios*. México D.F.: Editorial Pax México. L.C.C.,S.A.
- Steiger, G., Zetina A, S., & Batres, R. (2012). Uso y Abuso de Métodos para perder peso en estudiantes universitarios. *Revistas de la Facultad de Medicina*, 9-12.

- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solis, A., Mollinedo Montano, F. E., & Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 144-154.
- Urzúa M, A., Castro R., S., Lillo O., A., & Leal P., C. (2011). Prevalencia de riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Escolarizados del Norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 128- 135.
- Wonnacott, T., & Wonnacott, R. J. (1999). *Introducción a la estadística*. México, México: Editorial Limusa, S.A.

ANEXOS

ESTUDIO INSTITUCIONAL



Nombre de la Institución: CENTRO EDUCATIVO TÉCNICO SCHEEL

- **Dirección:**

Colonia Las Victorias Sector N, Lote 12

- **Correo Electrónico:**

centroscheel@gmail.com

- **Teléfono:**

Tels....79221886 al 89

- **Actividad Principal:**

Brindar la educación en los niveles de primaria acelerada según etapas y el nivel Básico a personas de escasos recursos.

- **Persona Contacto:**

Lic. Julio Abdiel Hernández García

- **Dirección de correo de la persona:**

Jahernandezg23@yahoo.com

Teléfono y / o celular de la persona:

56023305

- **Información General:**

- A. **Nombre o razón social:** CENTRO EDUCATIVO TÉCNICO SCHEEL.
- B. **Dirección Geográfica:** Colonia Las Victorias Sector N, Lote 12, del Municipio de Jocotenango, del Departamento de Sacatepéquez.
- C. **Dirección electrónica:**
- D. **Teléfonos:** 79221886 al 89. Fax: 78327679- 78324678 (Dirección General de la ONG) Asociación Nuestros Ahijados.
- E. **Comunidad Sociolingüística:** El municipio de Jocotenango, Sacatepéquez, se encuentra comprendido en el área de la comunidad lingüística Kaqchiquel.
- F. **Códigos:** Nivel Primaria Acelerada para Adultos 03-02-0006-44
Nivel Medio (Ciclo Básico) 03-02-0007-45
- G. **Área:** Urbana
- H. **Sector:** Privado
- I. **Modalidad:** Monolingüe
- J. **Datos Estadísticos:**

- **Historia de la institución**

El Proyecto **SCHEEL** es una iniciativa de la Obra Guatemalteca Asociación Nuestros Ahijados de Guatemala, ONG Institución Educativa Guatemalteca, Privada no LUCRATIVA, dedicada a proporcionar una educación basada en principios humanos, científicos, técnicos, culturales y espirituales con orientación Psicoeducativa. Se consiguió y se construyó en un terreno que antes era un basurero y sitio de fechorías de maras que operan en este sector.

El nombre: SCHEEL, Se aprobó por el Consejo Directivo de la Asociación Nuestros Ahijados en Honor a la contribución de los Empresarios Estadounidenses **ROBERT Y JOAN SCHEEL**, quienes han depositado la confianza en la Asociación Nuestros Ahijados para la construcción de este Centro para que Señoritas, Jóvenes Familias de las distintas comunidades tengan la oportunidad de recibir Educación Formal y Técnica.

- **Valores**

Criterios del CNB

Valores personales

Valores sociales y cívicos

Valores éticos

Valores culturales

Valores ecológicos

Nivel Interno:

Solidaridad: Se fundamenta en la capacidad para brindarse a los demás a partir de sus propias potencialidades lo cual implica ser capaces de ubicarnos en el lugar del otro, entender sus diferencias y proponer por su realización como persona.

Responsabilidad: Es aceptar que en la vida, todo momento conlleva DERECHOS Y DEBERES inherentes a él y asumir a cabalidad el compromiso fundamental de madurar, es decir, de ser mejor cada día que vivimos superando con entereza nuestras propias limitaciones y flaquezas, así como disfrutar con hidalguía nuestros logros.

Respeto: Establecer el respeto como valor personal, requiere que nos aceptemos a nosotros mismos y a los otros. Con amor logramos el respeto mutuo.

Es permitirse tomar las decisiones relativas así mismo, se esté o no de acuerdo; lograrlo supone desarrollar la concertación como método de trabajo grupal y reconocimiento de la pluralidad ideológica que nos posibilita el desarrollo y convivencia institucional. Si reconocemos en los demás al semejante que nos habló Jesús, veremos que las diferencias en su comportamiento no son más que la manifestación clara del potencial tan variado y rico que encierra nuestra individualidad.

- **Filosofía**

JUSTIFICACIÓN

Contribuir con la formación integral de los niños y jóvenes de las áreas marginales donde viven familias sin hogar, niños en la calle, desempleo, evitar el alcoholismo y la drogadicción en jóvenes, maltrato infantil, desintegración familiar son las razones por las cuales la Asociación Nuestros Ahijados de Guatemala ONG, fundó el Centro Educativo Técnico Scheel, contando con la contribución de los empresarios Estadounidenses Robert y Joan Scheel.

VISIÓN

Ser una institución educativa, que contribuya a la formación integral de niños, niñas y jóvenes, como parte de una nación multicultural, intercultural, y plurilingüe, que responde a las necesidades sociales de su comunidad a través de una Educación de calidad con equidad, participación y pertinencia en la construcción de una Cultura de Paz.

MISIÓN

Somos una institución educativa incluyente, innovadora y proactiva, comprometida en la formación integral de niños, niñas y jóvenes, que brinda educación de calidad con igualdad de oportunidades, contribuyendo al desarrollo de la Comunidad y a la construcción de la convivencia pacífica en Guatemala.

- **Organigrama**

ASPECTO DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

7.1 NOMBRE DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN CADA FUNCIÓN DEL ORGANIGRAMA.

DIRECTOR EJECUTIVO. Lic.: Patrick John Atkinson Barth

DIRECTOR ADMINISTRATIVO: Vacante

DIRECTOR EDUCATIVO: Lic. Julio Abdiel Hernández García

SECRETARIA RECEPCIONISTA: Dora Beatriz Paniagua Pérez

CLÍNICA PSICOLÓGICA: Vacante

CLÍNICA DENTAL: Dra. Brosly Lorena Velásquez Flores

MAESTROS NIVEL PRIMARIO:

- Segunda Etapa

Ana Lucía García

- Tercera Etapa

Vindy Esperanza Az Pelicó

- Cuarta Etapa

César Arnulfo Castillo Montes

CATEDRÁTICOS NIVEL MEDIO (CICLO BÁSICO):

Sonia Patricia Paredes Arana Estudios Sociales, Artes Plásticas y

Educación para el Hogar

Rodolfo Rojo

Comunicación y Lenguaje y Ciencias Naturales

Nestor Andrés González

Matemática I, II, III, Física Fundamental, Computación I,II
y III,

Verónica Gerónimo

Educación Física, Inglés, Contabilidad

Javier Quiroa Bonilla

Artes Industriales (Carpintería)

PERSONAL DE MANTENIMIENTO:

Héctor Gabriel Hernández García

Erick Alfredo Gómez García

PERSONAL DE COCINA:

Edna Beatriz Suarez Trujillo

Imelda Delgado

PERSONAL DE CLÍNICA DENTAL:

Douglas Ivan García

SEGURIDAD: Seguridad Privada

- **¿Qué relación tiene la institución con el problema que plantea?**

En el Centro Educativo Scheel, los adolescentes han presentado conductas relacionadas con el rechazo de la ingesta de comida, comentarios negativos en relación a su imagen corporal y estas conductas han comenzado a incidir en los demás jóvenes, es por ello que dicha institución tiene relación con la problemática que se plantea en dicha investigación

FICHA TÉCNICA

Nombre: TSA. Test de siluetas para adolescentes

Autoras: Carmen Maganto Mateo y María Soledad Cruz Sáez

Procedencia: TEA Ediciones S.A.

Aplicación: Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Adolescentes de 14 a 18 años

Duración: 10 minutos aproximadamente

Finalidad: Evaluación de los siguientes aspectos de la imagen

- Modelo estético corporal
- Insatisfacción con la imagen corporal
- Distorsión de la imagen corporal
- Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

Baremos: Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Puntos de corte para establecer el riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria.

Materiales: Manual y cuadernillo autocorregible. Hoja de corrección mecanizada para aplicaciones colectivas.



**PROGRAMA
PREVENTIVO
TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA
ALIMENTARIA
(TCA)**

ANOREXIA NERVIOSA

BULIMIA NERVIOSA

***TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA
ALIMENTARIA NO
ESPECIFICADOS***

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
Prevención de trastornos de la conducta alimentaria	2
Signos de sospecha o alarma	2
Objetivos del programa	3
Destinatarios del programa	3
Metodología	3
Estructura de las sesiones y cronograma	3
Cronograma de actividades	4
SESIÓN 1	5
Imagen corporal	6
Sexualidad	6
Crítica del modelo estético	6
SESIÓN 2	9
Autoconcepto	10
Autoestima	10
SESIÓN 3	13
Asertividad y habilidades sociales	14
SESIÓN 4	18
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	19
SESIÓN 5	23
Caso real de Bulimia	24
discusión del video	24
SESIÓN 6	25
Alimentación, Nutrición y ejercicio	26
SESIÓN 7	29
Deseos y sueños	30

GLOSARIO.....	32
BIBLIOGRFÍA.....	35
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de desórdenes alimenticios en los que se presenta una alteración en la forma de comer ya sea por exceso o disminución, las personas que padecen de un TCA, presentan insatisfacción y distorsión de su imagen corporal así como una baja estima por no encontrarse dentro de los estándares establecidos por la sociedad.

Los TCA se encuentran clasificados en el DSM-IV-TR divididos en tres grandes categorías Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados, en esta última categoría se incluyen los casos que no cumplen con los criterios de Bulimia o Anorexia nerviosa pero que si presentan una alteración de la conducta alimentaria.

La Anorexia nerviosa se puede definir como la reducción de la ingesta de alimentos además de ello se presentan conductas purgativas, vómitos provocados, ejercicio excesivo y consumo de diuréticos, también existe una distorsión de la imagen corporal, así como amenorrea en las mujeres; en cuanto a la Bulimia nerviosa se presentan la preocupación constante por la comida, atracones (ingesta de grandes cantidades de alimentos) y conductas compensatorias luego de los atracones como vomito provocado, abuso de laxantes u otros fármacos.

Estos problemas aparecen mayormente durante la adolescencia, provocando grandes repercusiones en la salud mental, física y psicológica, por otro lado este tipo de trastornos afecta tanto al individuo que la padece como a su entorno familiar y social, de allí la importancia de prevenir dichas conductas de manera pronta y efectiva.

Es por ello que mediante este programa preventivo se pretende lograr mayor satisfacción con su aspecto y disminuir el riesgo de un TCA por medio del desarrollo de componentes que los ayuden al fortalecimiento de su autoestima, autoconocimiento, juicio crítico, habilidades sociales y adecuados hábitos alimenticios

PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

SIGNOS DE SOSPECHA O ALARMA

- Pérdida de peso inexplicada.
- Ausencia o pérdida de menstruación en adolescentes (más de tres ciclos consecutivos)
- Pertenencia a grupos de riesgo (por eje: practicar ballet o gimnasia rítmica, tener antecedentes de obesidad, etc.)
- Preocupación excesiva por perder peso en personas delgadas.
- Mayor frecuencia de sensación de frío en comparación con otros compañeros.
- Cambio en hábitos de vestido como por ejemplo utilizar ropa holgada, o con tallas más grades para ocultar la pérdida de peso a familiares.
- Ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Horario de comidas anormal, comer a deshoras o en su habitación.
- Dificultad para calcular las raciones de comida debido al temor a subir de peso, por lo que la persona no se encuentra segura de sí se sirve mucha o poca comida.
- Empleo de mucho tiempo en pensar acerca de la comida.
- Incapacidad para identificar hambre o saciedad.
- Consumo excesivo o muy limitado de líquidos.
- Combinaciones de alimentos inapropiadas.
- Poca variedad de comidas.
- Conductas rígidas y poco espontáneas durante la comida.
- Lentitud a la hora de comer.
- Rituales y conductas poco adecuadas en las formas de comer o partir los alimentos.
- Frecuentes cambios de peso.
- Aparición de caries en mayor medida de lo esperado.
- Sensación de plenitud o molestias digestivas sin hallazgos médicos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a prevenir los riesgos de trastornos conducta alimentaria en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar la salud física y emocional de los adolescentes.
- Promover en los adolescentes la aceptación de sí mismos.
- Desarrollar en los adolescentes las herramientas necesarias que les permitan no ceder ante las presiones sociales.
- Reducir el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

Este programa está dirigido a las y los estudiantes del Instituto Técnico Scheel de Asociación Nuestros Ahijados de Guatemala ONG, ubicado en Colonia las Victorias, Jocotenango Sacatepéquez.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el programa se utilizarán diversas técnicas como : trabajo en subgrupos, discusiones y debates, audiovisuales, entre otros, para promover la participación activa de los alumnos, así mismo se organizará el grupo de manera que todos puedan tener una experiencia más útil y asimilar mejor los contenidos.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES Y CRONOGRAMA

El programa consta con actividades y contenidos que deberán aplicarse según lo establecido en un periodo de 7 semanas, desarrollando una sesión por semana.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Sesiones	Contenidos	Actividades
Sesión 1	Imagen Corporal Sexualidad Crítica del modelo estético	Dibujo figura ideal. Imágenes de publicidad con crítica. Dramatización de anuncio.
Sesión 2	Autoconcepto Autoestima	Árbol de logros. Dibujo de las tortugas Anuncio de sí mismo. Espejo.
Sesión 3	Asertividad Habilidades sociales	Juego de roles. Expresión de emociones. Dinámicas de grupo.
Sesión 4	Trastornos de la Conducta alimentaria	Explicación teórica de los trastornos de la conducta alimentaria. Complicaciones físicas más comunes. Como sería la vida de una persona con un TCA.
Sesión 5	Caso real de Bulimia Debate del video Recomendaciones Centros de apoyo	Video de un caso real.
Sesión 6	Alimentación Nutrición Ejercicio	Dibujando mis comidas. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. Falsos mitos.
Sesión 7	Deseos y sueños	Plan de vida

SESIÓN 1



SESIÓN 1

IMAGEN CORPORAL

SEXUALIDAD

CRITICA DEL MODELO ESTETICO

OBJETIVOS

- Proporcionar un modelo estético corporal saludable frente al culto a la delgadez.
- Aprender a aceptar las diferencias corporales y emocionales
- Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad de crítica frente a ellos.
- Concientizar acerca de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad y a las influencias socioculturales.
- Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

DINÁMICAS

1. Dibujo de figura humana “ideal”. (Duración: 20 minutos)
2. Imágenes de publicidad con crítica. (Duración: 20 minutos)
3. Dramatización de anuncio. (Duración: 20 minutos)

EXPLICACIÓN

1. Dibujo de figura humana “ideal”: Se reparte una hoja a cada participante para que dibujen la figura que les gustaría tener sin colocar nombre.

Cuando terminen se recogen los dibujos y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo.

Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista.

El/la monitor/a deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo sin diferencia entre hombros, cadera y cintura.

Para ello se lanzarán preguntas: ¿Qué les parece este dibujo?, ¿Los hombros y las caderas tienen que estar a la misma altura?, ¿Si le tapamos la cabeza se distingue si es chico o chica?

Posteriormente se les muestra las imágenes de las diferentes tipologías corporales femeninas: las cuales son cinco triángulo invertido, rectangular, ovalado, triangular y reloj de arena; y las diferentes Tipologías corporales masculinas: Trapezoide, rectangular, triángulo invertido, oval y triangular. (Ver ANEXOS)

Es importante recalcar que “Cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable”.

2. Imágenes de publicidad con crítica: Se muestran imágenes de revistas o diapositivas sobre adelgazamiento, modelos excesivamente delgados, empleo del cuerpo con fines comerciales con crítica de la cultura del cuerpo que vive nuestra sociedad.

Se podrán realizar algunos comentarios y preguntas para crear un debate, para ello se formarán 4 grupos que discutirán sobre las 6 primeras preguntas en base a los modelos o imágenes mostradas, luego se compartirá en plenaria y el monitor/a utilizará las preguntas restantes para analizar y establecer un debate con los jóvenes.

ESTUDIANTES:

1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
2. Los chicos han de preocuparse por ser musculosos y bien parecidos
3. ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo? ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos?
4. Las chicas se ven tan delgadas que parecen enfermas o lo están.
5. Piernas de alambre, cuerpos sin formas apenas.
6. Como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?

MONITOR/A:

7. La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo en el caso de las mujeres.
8. Los/as “top models”, son unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
9. ¿Quién de ustedes cabe en un vestido como este?
10. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente se esclaviza ante ellas
11. ¿Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud sino sólo de belleza, estética, de moda?
12. Es el culto al cuerpo que se olvida de que somos bastante más.
13. ¿O tenemos estas medidas mágicas o no hay belleza?
14. Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos.

Otra posibilidad es el reparto de las imágenes por medio de subgrupos, se recomienda que dichos subgrupos puedan ser de 5 o 6 integrantes para lograr una mejor comunicación y control del grupo, los integrantes podrán elegir y analizar primero las fotografías, para que posteriormente lo expongan.

3. Dramatización de anuncio. (Duración: 20 minutos) En subgrupos de 5 participantes se prepara la representación de un anuncio de la radio o la televisión, por ejemplo: en los que se utilice el cuerpo, los desnudos para vendernos algo. Luego de unos cinco o diez minutos cada grupo presentará su anuncio.

Ejemplo:

“Los/as adolescentes representan la venta de un aparato para hacer ejercicio y adelgazar sin esfuerzo en la tele tienda con la participación de famosos. Sale una mujer que dice estar a gusto con su cuerpo después de haber sido madre gracias a la cirugía estética practicada en un centro que se anuncia así en televisión”. Después de prepararlo lo representan en el gran grupo realizando posteriormente una puesta en común sobre la manipulación, uso de los cuerpos perfectos irreales y cómo se han sentido los actores.

SESIÓN 2



SESIÓN 2:

AUTOCONCEPTO

AUTOESTIMA

OBJETIVOS

- Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes.
- Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.
- Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

DINÁMICAS

1. Árbol de logros: (Duración: 20 minutos).
2. Dibujo de las tortugas: (Duración: 15 minutos)
3. Anuncio de sí mismo: (Duración: 20 minutos).
4. Espejo: (Duración: 20 minutos)

1. Árbol de logros: Se divide al grupo en subgrupos de cinco o seis integrantes, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divida en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna deben colocar los “logros” o “éxitos”, metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos... En la otra sus “cualidades” físicas o corporales, espirituales o mentales. No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a.

Cuando hayan terminado, el/la monitor/a les indica que dibujen un árbol en este deberán colocar su nombre, dibujarán unas manzanas para colocar dentro sus logros y en las raíces sus cualidades.

Importante que después contemplen al “Árbol” durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite. Se les invita a que escriban un mensaje debajo del árbol.

2. Dibujo de las tortugas: El/la monitor/a explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo de las tortugas (Ver ANEXO)

Se empieza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima. “La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas”. “Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo”.

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonera. Es una gran tortuga pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo. Expectativas (lo que uno espera) Éxito (lo que uno consigue)

3. Anuncio de sí mismo: Se les da cinco minutos a cada integrante para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en subgrupos de cinco. Deberán elegir uno de los que hayan surgido para representar o exponer en plenaria.

Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, un anuncio en la radio. Tienen que ser directos y entusiastas.

Ejemplos:

“La modestia es la única virtud que no poseo”. “Si no te detienes a conocerme te perderás al mejor amigo que puedas tener”. “Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres personas excelentes”, “Sinceridad es mi lema, te lo digo de verdad”.

Después de representarlo hacer una puesta en común de cómo se han sentido.

4. Espejo mágico: El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blanca Nieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: “Lo que más me gusta de tí es...” y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan “Es un espejo mágico y siempre responde”.

Después hacer puesta en común de cómo se ha sentido.

SESIÓN 3



SESIÓN 3:

ASERTIVIDAD Y HABILIDADES SOCIALES

OBJETIVOS

- Ser más asertivo frente a los mensajes exteriores de la sociedad .
- Adquirir seguridad en sí mismos .

DINÁMICAS

1. Rueda de escucha activa. Defensa de derechos. (duración 15 minutos).
2. Compartir “piropos”. (duración 5 minutos).
3. Imagen de mi “yo”. (duración 20 minutos).
4. Juego de roles. (duración 20 minutos).

1.Rueda de escucha activa. Defensa de derechos : Se coloca al grupo por parejas uno enfrente del otro en una rueda con cinco personas en círculo mirando hacia dentro y cinco mirando hacia fuera dependiendo de la cantidad de integrantes podrían ser dos ruedas o más.

Se explica que se va a realizar un ejercicio consistente en utilizar formas de comportamiento o de expresión que permitan defender los propios derechos y dar opiniones, de manera asertiva.

Se representa como modelo por los monitores la primera situación.

Se entregan un juego de quince tarjetas por rueda, es decir, se entregan al azar 10 tarjetas (de 10cms. X 6 cms.) una a cada participante y representan la situación correspondiente, la que les toca en la tarjeta repartida, primero por un miembro de la pareja, el que esté por dentro y luego por el otro, el que esté por fuera.

Listado de opciones. (tarjetas Ver ANEXOS)

*solicitar...

- 1.-...que un profesor explique algo que no has entendido.
- 2.-...a un compañero/a que te devuelva los apuntes.
- 3.-...al dependiente que te cambien un libro en la tienda porque está mal encuadernado.

- 4.-...que te ayude un compañero/a que conoces poco a realizar un ejercicio complejo.
- 5.-...que un compañero/a te aclare por qué no trajo la parte convenida del trabajo.
- 6.-...que un compañero/a te aclare por qué no paga una parte de lo consumido.
- 7.-...que un amigo/a te devuelva un objeto que has prestado.
- 8.-...que tu padre te permita expresar una opinión.
- 9.-...a tu madre que puedas vestirte según tus gustos.
- 10.-...a tu amigo/a tiempo para tomar una decisión o retrasarla para más tarde.
- 11.-...a un compañero/a que te traten igual que a otros miembros del grupo y no te discriminen.
- 12.-...que te presten un libro porque crees que es interesante, aunque sea de adultos (realizar preferentemente con el profesor o un adulto.)
- 13.-...que te expliquen que quiere decir un anuncio, una película o una narración, aunque te digan que no es para tu edad (realizar preferentemente con el profesor o con un adulto).
- 14.-...al profesor de física descanso, porque estás cansado.

*negarse...

- 15.-...a tu madre a hacer un mandado, porque no tienes tiempo y debes ir a otro lugar.

Se comenta por parejas las dificultades en la defensa de derechos. Se da un tiempo prudencial y se cambian de pareja, dando un paso a la izquierda los/as de fuera y comentan de nuevo las dificultades.

2.Compartir “piropos” : en la misma rueda de escucha activa se hace un cumplido o elogio sincero, verdadero, de alguna conducta, apariencia o pertenencia, cualidad física, aspecto estético, su peinado, su ropa que les guste de la persona que tienen enfrente. Lo deben expresar en términos de sentimientos personales: me gusta..., en vez de términos absolutos o hechos, eres... (ambas rueda giran en sentido contrario para que cada uno pueda decirle u piropo al otro.)

Se les explica que los piropos deben ser sinceros. Se contesta con un gracias y no es preciso contestar a un elogio con otro si no nos sale espontáneamente. No hay nada peor que un falso cumplido. Basta con agradecerlo y así al dar las gracias, reforzaremos la conducta del que nos elogia y será más fácil que nos vuelva a piroppear. Es importante para mejorar nuestra afirmación, nuestra autoestima y la de los demás. Debemos acostumbrarnos a elogiar lo bueno de los que nos rodean.

3.Imagen de mi “yo”: Se trabaja en subgrupos de diez. Se introduce la teoría sobre la asertividad en diez minutos con ayuda de una pizarra o presentación en la computadora, carteles, fotocopias...

dependiendo de las condiciones, pero siempre partiendo de lo que ellos/as entiendan por este concepto.

“Asertividad es la capacidad de hacer valer la propia opinión ante los demás, es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”. “nos sirve para relacionarnos de forma eficaz y hábil con los demás”. “hay tres estilos de diálogo, comportamiento: asertivo, pasivo y agresivo”. (Ver ANEXOS)

Ejercicio:

Se lee en voz alta un ejemplo de asertividad:

Compraste ayer unos zapatos y hoy ya tienen la suela despegada. Quisieras cambiar los zapatos. Vas a la tienda donde los compraste y le cuentas el problema al dependiente. Este te dice que es muy fácil arreglarlo y que lo puedes hacer tú mismo/a en casa.

Tú le contestas:

1. Bueno, está bien, supongo. ¡Hasta luego!
2. Cámbiamelo ahora mismo. ¡Es que te has creído que soy un zapatero! Y no vuelvas a engañarme, ni se te ocurra.
3. Es posible, pero preferiría que me los cambiases. Quisiera otro par de zapatos.

Tras leerles el ejemplo se pregunta cuál sería la conducta agresiva, asertiva, pasiva y ¿por qué?

4. Juego de roles : Se dividen en cinco subgrupos para representar primero dos personas de cada grupo una situación y posteriormente ser corregidos por el/la monitor/a explicando las técnicas asertivas.

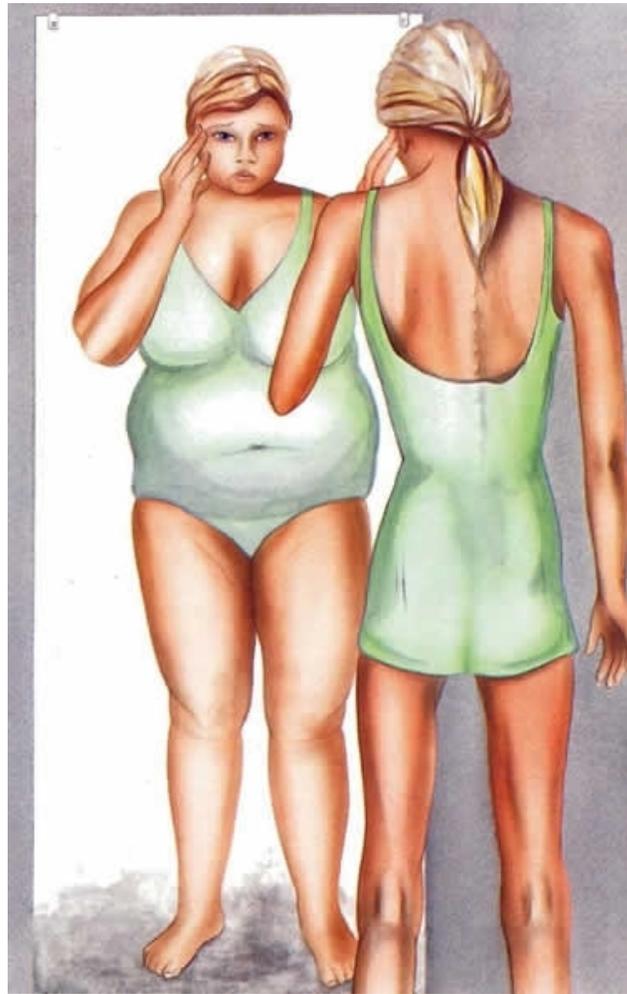
Cinco situaciones: Expresión de desacuerdo y sentimientos negativos:

- Un amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo: “hay que ser perfecto para tener éxito y ser feliz”. Al decirle que estoy muy en desacuerdo me llama estúpido por no compartir su opinión.
- Iniciar interacciones con el otro sexo: le pido a un chico/a que me gusta ir juntos al cine.
- Autoafirmación ante extraños y defensa de derechos: al salir de la tienda descubro que me han dado mal el vuelto
- Me disgusta prestar mis discos de música y un compañero de clase me los pide con insistencia.
- No he traído el trabajo que debía entregar hoy en clase.

Técnicas asertivas:

- **Aserción negativa:** dejar de lado el hábito de decir “lo siento” o “perdona” a fuerza de repetirlos no significa nada y utilizar frases del tipo: “ha sido una tontería por mi parte”, “no debería haber dicho/hecho”, “tienes toda la razón”.
- **Autorrevelación:** proporciona información de lo que uno siente y piensa y facilita el diálogo con otra persona. Se pueden emplear mensajes “yo”: “yo siento...”, “pienso que...”.
- **Banco de niebla:** se utiliza cuando alguien te critica por algo con lo que tú no estás demasiado desacuerdo, pero no puedes demostrar que lo que tú crees o piensas es correcto. Se utilizan los argumentos de la persona que nos critica, pero sin enfrentarnos a ella. Se utilizan expresiones del tipo: “es posible”, “seguramente a ti te lo parece”, “seguramente tienes razón, pero...”.
- **Compromiso viable:** trata de conseguir que las dos personas obtengan parte de lo que desean. No se trata de ganar siempre; es preferible llegar a un acuerdo cuando sea posible. La única limitación es el respeto a lo que uno cree correcto porque entonces ceder no es ser asertivo sino todo lo contrario.
- **Disco rayado:** se reduce a repetir una y otra vez lo que se quiere decir hasta que el otro se convence de que la manipulación no le sirve contigo. La insistencia es fundamental para hacer prevalecer la propia opinión. Para que no parezca tan mecánico el repetir siempre lo mismo se pueden usar frases tipo: “entiendo lo que me dices pero”.
- **interrogación negativa:** está pensada para enfrentarse a los juicios que otras personas hacen de nosotros. Obliga al otro a explicar su opinión y deja claro que no la aceptaremos porque sí. Ante la afirmación de la otra persona respondemos preguntando “¿qué tiene de malo / de raro / de estúpido?...”.

SESIÓN 4



SESIÓN 4:

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

OBJETIVOS

- Informar a la población acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y como pueden deteriorar la salud física y emocional del ser humano.
- Concientizar a los adolescentes de la gravedad de los trastornos alimenticios.

DINAMICAS

1. Explicación teórica de los trastornos de la conducta alimentaria (Duración: 20 os.)
2. Complicaciones físicas más comunes (Duración: 15 minutos)
3. como sería mi vida con un TCA (Duración: 20 minutos)

1. Explicación de los trastornos de la conducta alimentaria:

Badía, (2013) los define como “enfermedades crónicas y progresivas de la conducta alimentaria en los que los síntomas se caracterizan por la alteración o la distorsión de la propia imagen corporal, el miedo al aumento de peso y la adquisición de valores a través de la imagen corporal”.

Esta alteración ocasiona problema físicos o del funcionamiento psicosocial. Las actuales clasificaciones de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no especificadas.

La anorexia nerviosa

Las características fundamentales de la Anorexia Nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. También se presenta la amenorrea en quienes ya hayan pasado la menarquía.

La persona con ese trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a

convertirse en obesas, existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, se presenta amenorrea debido a niveles anormales bajos de estrógenos por la disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes {FSH} y luteinizante {LH} se considera una disfunción fisiológica.

La anorexia puede clasificarse en dos subtipos:

Tipo restrictivo: en este tipo la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/ purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). Los individuos que pasan por episodios de atracones recurren a las purgas, ya sea provocándose el vómito, utilizando diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

La Bulimia nerviosa

La característica esencial de la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control y existen conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso.

Las personas con Bulimia Nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al auto valorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Estos suelen ser cuadros de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución, por lo tanto en ellos se encuentran síntomas similares a la anorexia nerviosa o a la bulimia nerviosa pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave.

2. Las complicaciones físicas más comunes:

Aparato endocrino, urinario y reproductor:

- Función tiroidea afectada.
- Disminución de la libido.
- Amenorrea y menor fertilidad.

Aparato esquelético:

- Pérdida de calcio y disminución de la densidad ósea.
- Fragilidad ósea (riesgo de fracturas por osteoporosis).

Muscular:

- Debilidad y adelgazamiento muscular incluido el corazón.
- Fatiga.

Piel:

- Pérdida de aceites esenciales provocando piel seca, cuarteada y decolorada.

Pelo y uñas:

- Caída del cabello.
- Lanugo (exceso de vello corporal).
- Uñas quebradizas.

Boca:

- Disminución de saliva.
- Caries y encías débiles con mayor riesgo infecciones.

Estómago e intestino:

- Reducción de secreción de enzimas.
- Pérdida de tono muscular en intestino y estómago.
- Vaciamiento gástrico e intestinal enlentecido con frecuentes episodios de dolor, estreñimiento y gases.

Neurológico:

- Alteraciones en la sustancia blanca cerebral con signos de atrofia.

- Déficit neuropsicológicos.

A nivel general:

- Bradicardia (baja frecuencia cardiaca), hipotermia (con mayor sensibilidad al frío), tensión arterial baja, disminución de la frecuencia respiratoria.
- Pérdida de líquidos, minerales e iones como el potasio, provocando: deshidratación, fallo renal, debilidad muscular y arritmias cardiacas.
- Alteraciones bioquímicas: leucopenia, colesterol elevado, glucosa baja. Niveles disminuidos de Zinc, albúmina, transferrina e hipercarotinemia.

Trastornos psicológicos y sociales asociados a los trastornos de larga evolución:

- Alteraciones del sueño.
- Cambios de humor, con frecuencia, depresión.
- Riesgo de suicidio.
- Ansiedad, nerviosismo, hiperactividad.
- Dificultades de concentración.
- Aislamiento social.
- Problemas familiares y de pareja.
- Falta de control de impulsos: promiscuidad, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones.

3. Como sería la vida de una persona con un TCA : Luego de la explicación de cada uno de los TCA, se les pedirá a los participantes que escriban en una como imaginan que sería la vida de una persona con un TCA y luego lo expondran ante los demás.

Discutiran como sería la vida de esa persona en subgrupos de 5 o 6 integrantes.

Por último responderán a la pregunta ¿De que manera afectaría mi vida si yo lo padeciera? Y lo anotaran en su hoja se compartirá en plenaria.

SESIÓN 5



SESION 5:

CASO REAL DE BULIMIA

DISCUSIÓN DEL VIDEO

OBJETIVOS

- Presentar a las y los jóvenes como es una situación real de bulimia así como el deterioro físico y emocional de quien la padece y su familia.
- Desarrollar un dialogo de reflexión en torno a la problemática presentada.

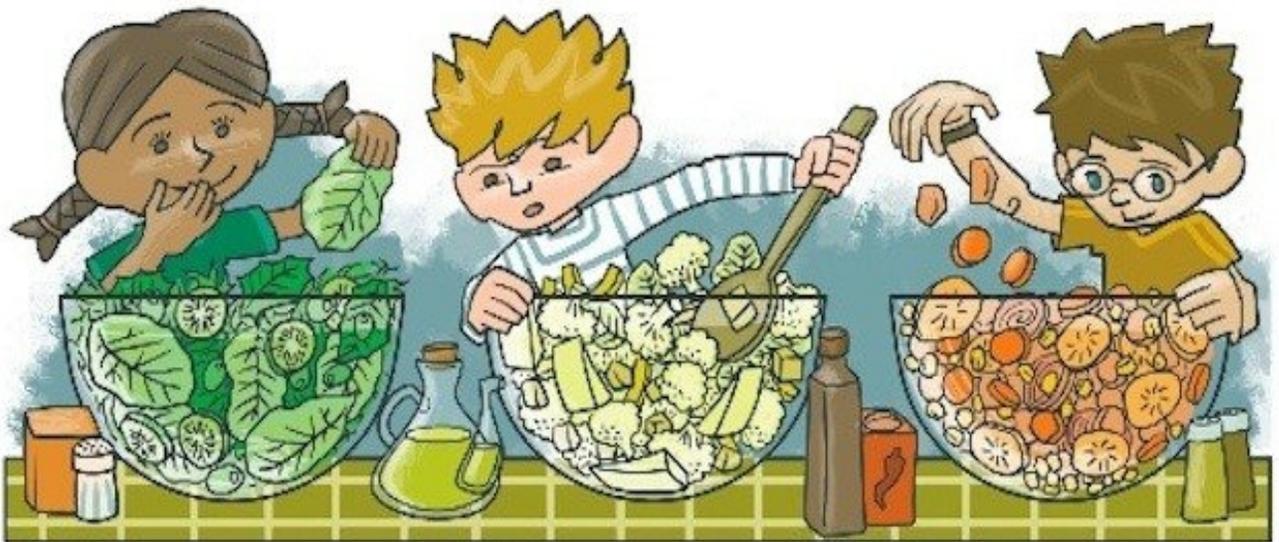
DINAMICAS

- 1.Video caso real de Bulimia (Duración: 60 min.)
2. Discusión del video (Duración: 20 min.)

1.Video: Se les presentará un video con una situación real de bulimia. “Documental psicológico, anorexia y bulimia.”

2.Debate del video: Luego del video se brindará el espacio para la discusión del mismo promoviendo un diálogo basado en las dificultades a las que la paciente se enfrenta, el deterioro de sus relaciones familiares y sociales en general y que mensaje le ha quedado.

SESIÓN 6



SESIÓN 6:

ALIMENTACIÓN NUTRICIÓN Y EJERCICIO

OBJETIVOS

- Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimenticios.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio saludables.
- aprender los hábitos alimenticios correctos.

DINÁMICAS

1. Dibujando mis comidas (Duración: 20 min)
2. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. (duración: 20 minutos).
3. Falsos mitos (duración: 10 minutos)

1. Dibujando mi comida: Se le dará a cada estudiante una hoja en blanco, en esta deberá dibujar las comidas que consume colocándolas en orden ascendente como en una pirámide, iniciará con las que menos consume hasta llegar a las que más consume.

Al finalizar el dibujo cada uno presentará su pirámide alimenticia y comentará que piensa de ella.

2. Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable: A partir de los dibujos y comentarios surgidos del trabajo grupal, se introduce la teoría y se exponen las nociones correctas para una alimentación saludable de forma breve y clara.

Se explica la olla familiar guatemalteca (Ver ANEXOS) y se aclaran las dudas que surjan sobre qué alimentos hay que comer en mayor cantidad y cuáles en menos (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día esto evitará que se sobrecargue cada uno de los tiempos de comida, se recomienda que hacer un desayuno, una refacción por la mañana, el almuerzo, una refacción por la tarde y una cena. Para las refacciones es mejor elegir frutas de temporada o manías y otras semillas conviene evitar comer entre horas, las chucherías, las calorías vacías; el desayuno es importante porque aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria

recordándoles que no todos necesitan la misma cantidad de energía, y que hay un rango de pesos normales amplio para cada edad, sexo y talla. Se recuerda que comer no es sólo satisfacer las necesidades nutritivas del organismo, es también un placer.

Se recuerda al alumno/a que una buena alimentación debe ir siempre acompañada de ejercicio moderado.

3. Falsos mitos: Se forma subgrupos de personas una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.
2. Lo que más hay que comer son las proteínas.
3. El pan engorda.
4. Hay alimentos que engordan o adelgazan.
5. El agua en las comidas engorda.
6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

Los participantes deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos. El portavoz de cada grupo explicará posteriormente las reflexiones surgidas de este debate.

Durante esta puesta en común se aclararán los conceptos y se argumentará acerca de la verdad o falsedad de cada mito.

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas: Las vitaminas, como los minerales, son sustancias nutrientes reguladoras. Hay que tomarlas de forma natural con los alimentos (hortalizas, verduras, frutas, frutos secos, cereales no refinados, huevo, lácteos no descremados, hígado, carnes) o en suplemento farmacológico. Se requiere poca cantidad de las mismas. Sus carencias pueden causar enfermedades pero su exceso también puede ser perjudicial.

2. Lo que más hay que comer son las proteínas: Las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total. Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Los lípidos o grasas deberían aportar un 30-35% y los hidratos de carbono son los mayor proporción de aporte calórico deben suponer un 50-55%.

3. El pan engorda: El contenido calórico de 100 gramos de pan blanco es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico. Es un alimento del grupo de los cereales que constituyen una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.

4. Hay alimentos que engordan o adelgazan Todos los alimentos excepto el agua aportan calorías. En una dieta equilibrada hay que comer de todo en las proporciones adecuadas. “Debemos comer de mucho, poco”.

5. El agua en las comidas engorda Es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene calorías y por tanto no engorda. Debe tomarse en cantidad abundante antes, durante y después de las comidas. Restringir el agua de bebida es algo censurable y peligroso. Otras bebidas como los refrescos (que tanto gustan a los/as niños/as y adolescentes) sí tienen calorías. Un vaso de refresco es como tomarse cuatro terrones de azúcar. Las bebidas alcohólicas también contribuyen al suministro de energía (así un botellín de tercio de cerveza proporciona unas 130 kilocalorías). El alcohol junto con los aceites, grasas, sal y dulces está en la punta de la pirámide alimentaria (lo que menos hay que comer).

6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas: El hacer dieta es el comportamiento que más se relaciona con la aparición de trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Ponerse a régimen debe ser recomendado y controlado por un médico.

Se aprovechará esta sesión para responder a las preguntas o comentarios de los participantes sobre aspectos relacionados con la alimentación y nutrición.

SESIÓN 7



SESIÓN 7:

DESEOS Y SUEÑOS

OBJETIVOS

- Promover en los estudiantes el interés por desarrollarse y valorarse más allá de su aspecto físico.
- Promover la externalización y simentación de sus metas personales.

DINAMICAS

1. Metáfora del elefante y la estaca (duración: 15 minutos)
2. Explicación del plan de vida y metas a corto, mediano y largo plazo. (Duración: 30 minutos)
3. Cierre del programa. (Duración: 15 minutos)

1. Metáfora del elefante y la estaca: Se lea la metáfora a los jóvenes para luego analizarla y hacer una puesta en común de que aprendizaje les queda, es importante que el monitor se encargue de guiar la discusión y enfocarlos en los puntos importantes (ver ANEXOS).

2. Plan de vida: El monitor/a se encargará de brindar la información acerca de que es un plan de vida resaltando la importancia del mismo y lo funcional que puede ser escribir las metas para tener más claro que es lo que se desea hacer, también se explicará la diferencia de las metas a corto, mediano y largo plazo.

Luego de la explicación se le dará a cada estudiante un pliego de papel manila o bond y material para decorar (crayones, marcadores, papeles de colores y texturas, revistas) en este pliego cada uno escribirá sus metas a corto, mediano y largo plazo y como hará para conseguir lo planteado, en esta parte de la actividad es importante motivar a los jóvenes para que decoren su plan y coloquen cosas reales y que en verdad desean.

Al terminar su plan cada uno expondrá las metas que tiene planeadas ya que esto crea un compromiso más grande consigo mismo al presentarlo a los demás.

3.Cierre del programa: Se colocarán todos los participantes en un círculo y se les pedirá que expresen lo que aprendieron a lo largo del programa y como se sintieron al compartir con los demás. Se les agradece por su participación y compromiso y se les despide.

GLOSARIO

1. **Albumina:** La albúmina es la proteína más abundante en la sangre. Es fabricada por el hígado pero también la proporcionan ciertos alimentos, especialmente la leche y los huevos. La albúmina desempeña una gran variedad de funciones que hacen que sea esencial para el organismo. (pág. 24)
2. **Atrofia:** se le llama atrofia cuando existe una disminución en el desarrollo, en el volumen y en la actividad de los músculos y tejidos de un órgano. (pág. 23)
3. **Caroteno:** Pigmento amarillo anaranjado que se encuentra en ciertas células vegetales, y da su color a la zanahoria.
4. **Enzimas:** una enzima es una molécula que se encuentra conformada principalmente por proteína que producen las células vivas, siendo su función destacada la de actuar como catalizador y regulador en los procesos químicos del organismo, es decir, cataliza las reacciones bioquímicas del metabolismo. (pág. 23)
5. **Hipercarotinemia:** es una enfermedad que se da debido a niveles elevados de caroteno en la sangre debido a un exceso de ingestión de carotenoides o a una disminución de la capacidad del hígado para convertirlo en vitamina A. Se caracteriza por una coloración amarilla de la piel. (pág. 24)
6. **Hidratos de carbono:** También llamados carbohidratos, azúcares o almidones, los hidratos de carbono son compuestos orgánicos compuestos por carbono, hidrógeno y oxígeno. (pág. 29)
7. **Kilocalorías:** proveniente de **Caloría:** Unidad energética para medir el gasto de calor de un organismo. Las kilocalorías (1.000 calorías) se usan para informar sobre el poder energético de los alimentos. (pág. 29)
8. **Leucopenia:** es un trastorno de la sangre caracterizado por la disminución del número de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre. Los glóbulos blancos constituyen el sistema inmunológico del cuerpo humano, por lo que la inmunidad puede verse severamente afectada, dejando al cuerpo en una situación de alto riesgo de infecciones. (pág. 24)

9. **Líbido:** La libido se refiere al instinto de la búsqueda del placer y con frecuencia se asocia a la esfera sexual. Una libido correcta requiere del buen funcionamiento de los órganos genitales y de las hormonas sexuales. También depende de una buena salud mental. La ausencia o disminución de la libido puede ser debida a trastornos hormonales, a un problema mecánico o a un período de estrés psicológico: depresión, tensión, problemas personales, familiares o de pareja. La libido es propia de cada individuo. (pág. 22)
10. **Ludopatía:** a adicción patológica a los juegos de azar y las apuestas se conoce como ludopatía. Esta adicción consiste en un deseo irreprímible de jugar pese a que la persona es consciente de las consecuencias. (pág. 24)
11. **Neuropsicológicos:** se refiere a los efectos de una lesión en las estructuras del sistema nervioso y cognoscitivo es una disciplina fundamentalmente clínica, que converge entre la neurología y la psicología. Estos efectos o déficit pueden estar provocados por traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares o ictus, tumores cerebrales, enfermedades neurodegenerativa (pág. 23)
12. **Tiroidea:** La glándula tiroidea o tiroides es un órgano que pertenece al sistema endocrino y que se encuentra localizada en la parte delantera del cuello. La glándula segrega hormonas que están involucradas en el desarrollo humano, en el crecimiento y en el metabolismo.

Esta produce y almacena las hormonas tiroideas, las cuales intervienen en la regulación del ritmo cardíaco, de la presión arterial, de la temperatura corporal y de la velocidad de conversión del alimento en energía, entre otras funciones. Las hormonas tiroideas son esenciales para el adecuado funcionamiento del organismo. (pág. 22)
13. **Transferrina:** La transferrina, también llamada siderofilina, es una proteína de la sangre que tiene como función principal transportar el hierro a nivel del organismo. Ejerce un papel regulador y reajusta la cantidad de hierro circulante en función de las necesidades del organismo.
14. **Volumen calórico:** consiste en el requerimiento energético de un individuo y se refiere a la cantidad de energía suficiente para satisfacer las exigencias calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance. (pág. 29)

15. Zinc: El zinc es un elemento químico esencial para los seres humanos, ya que lo aprovechan diversas enzimas para el metabolismo de proteínas y ácidos nucleicos.

El cuerpo humano cuenta con unos 40 miligramos de zinc por kilo que ayudan al correcto funcionamiento del sistema inmunológico, a la cicatrización de heridas y a la síntesis del ADN, entre otras funciones. (pág. 24)

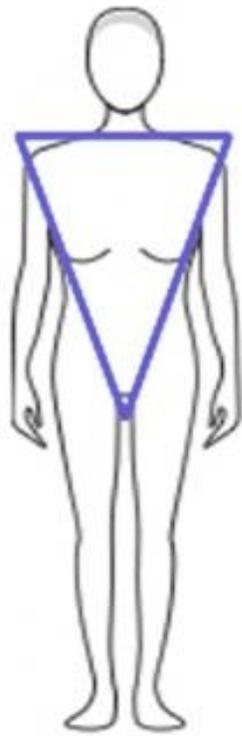
BIBLIOGRAFÍA

- Aliende, A., Ansa , A., Arteaga, A., González, R., Pérez, M., & Tajadura, N. (2014). *Peso, Imagen del cuerpo, alimentación y ejercicio*. Navarra, España: Universidad Publica de Navarra . Nafarroako Unibertsitate Publikoa.
- Barragán Estrada , A. R. (18 de 06 de 2015). *revistas unam*. Obtenido de revistas unam: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/34793/31725
- Gobierno de Cantabria, Consejería De Sanidad y Servicios Sociales . (2008). *Guia de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso*. Cantabria : Gobierno de Cantabria.
- <http://www.tuotromedico.com/temas/>. (6 de 11 de 2015). *Tu otro médico*. Obtenido de Tu otro médico: <http://www.tuotromedico.com/temas/>
- Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM-V TR)*. (2002). Barcelona España : Masson, S.A.
- MF Editores & Aprende PNL.Com. (25 de Octubre de 2015). *Aprende PNL*. Obtenido de Aprende PNL: www.AprendePNL.com
- Ministerio de salud pública y asistencia social. (2012). *Guías alimentarias pra Guatemala*. Guatemala 2012: Trirón imagen & comunicaciones.
- NITEFEST. (26 de OCTUBRE de 2015). *NITEFEST*. Obtenido de NITEFEST: <https://nitefest.wordpress.com/2014/02/20/la-tipologia-corporal-femenina-y-masculina/>
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: Comportamientos Saludables*. Madrid: EDICIONES MORATA, S.L.
- Romo Donaire, A. M. (25 de agosto de 2015). *Departamento de Psicología de la Salud*. Obtenido de Departamento de Psicología de la Salud: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3560/1/PowerPoint%20-%20TEMA%201.pdf>
- Salud*. (06 de 11 de 2015). Obtenido de Salud: <http://salud.ccm.net/faq/9923-Significados-y-definiciones>.
- Significados y definiciones*. (6 de 11 de 2015). Obtenido de Significados y definiciones: <http://leucopenia.org/>
- (s.f.). *Terapia Gestalt (tomado del curso de intervención II)*.
- Stevens, J. O. (s.f.). *El darse cuenta* . Cuatro vientos/ comovisión ediciones.

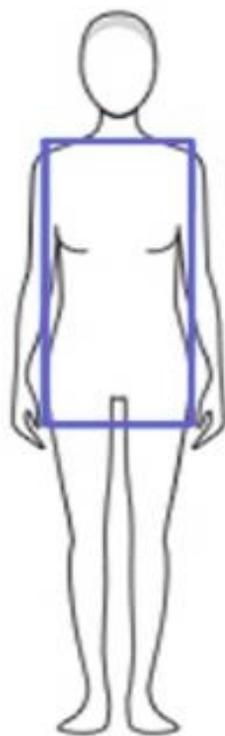
Universidad Saludable, Universidad Rafael Landívar . (8 de 10 de 2015). Obtenido de Universidad Saludable, Universidad Rafael Landívar :
<https://www.url.edu.gt/PortalURL/Contenido.aspx?o=3731&s=99>

ANEXOS

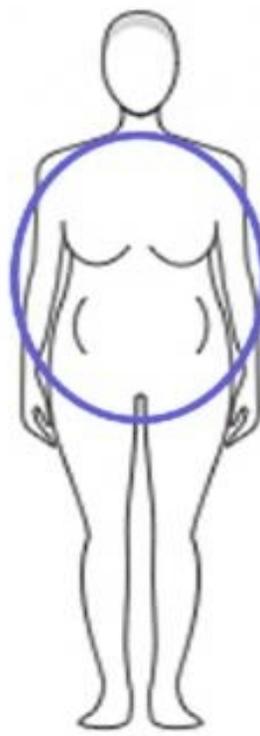
TIPOLOGÍA CORPORAL FEMENINA



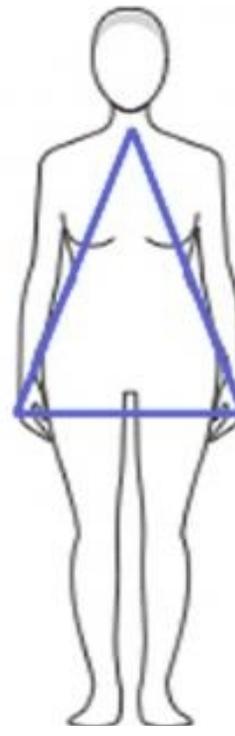
Triángulo
Invertido



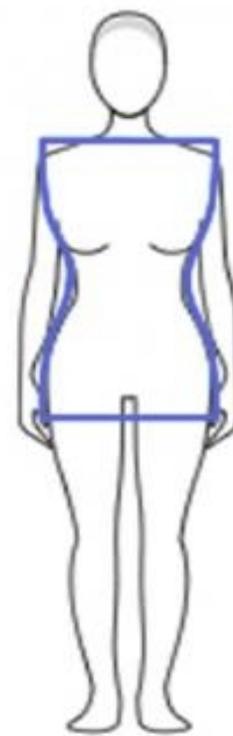
Rectangular



Ovalado

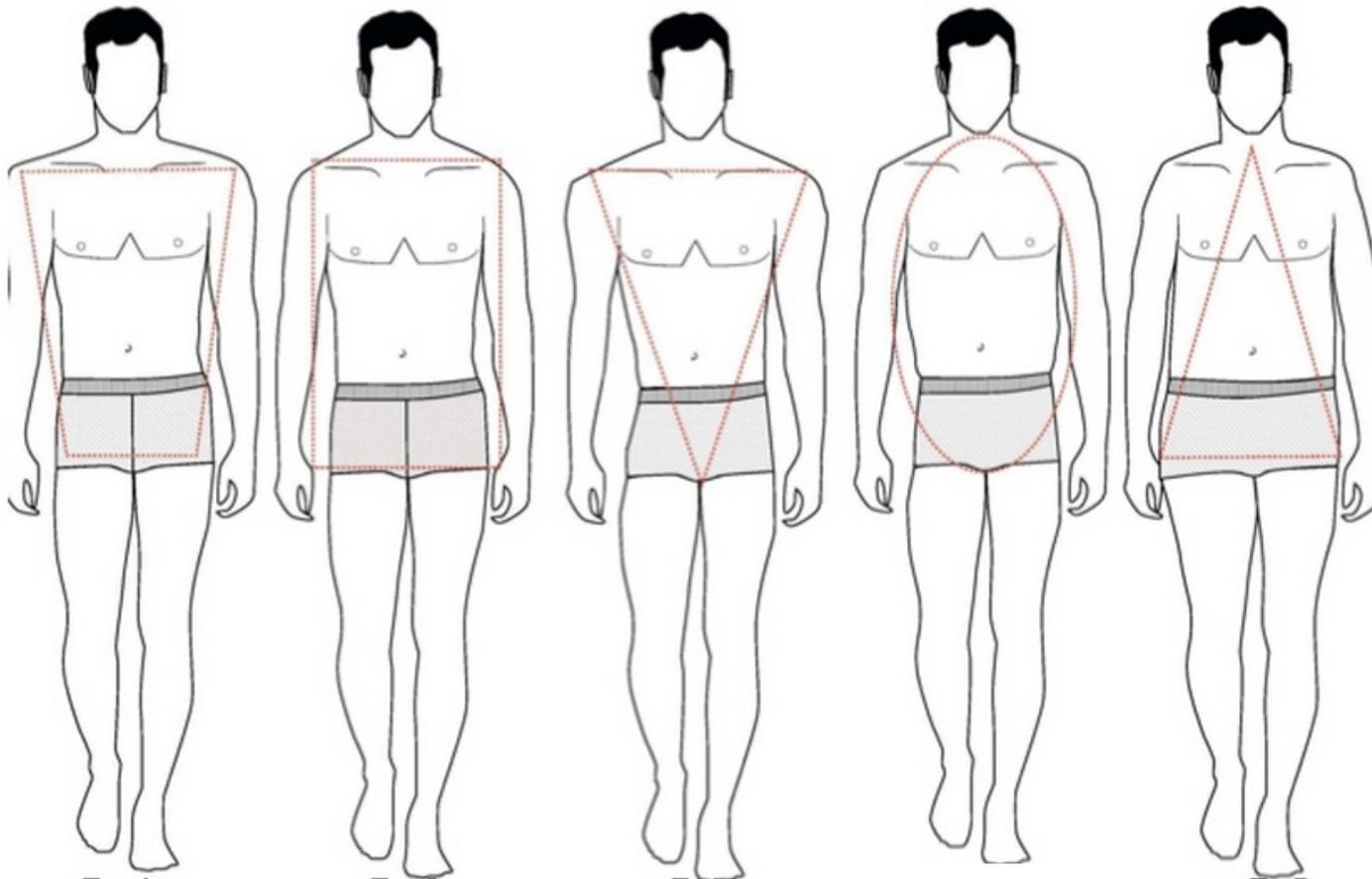


Triangular



Reloj de
Arena

TIPOLOGÍA CORPORAL MASCULINA



Trapecio

Rectángulo

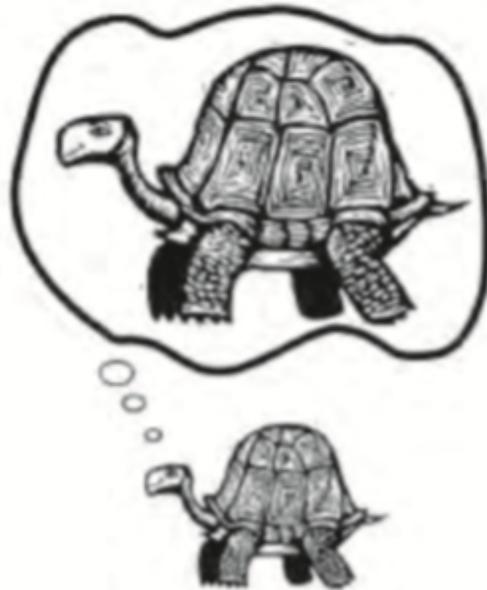
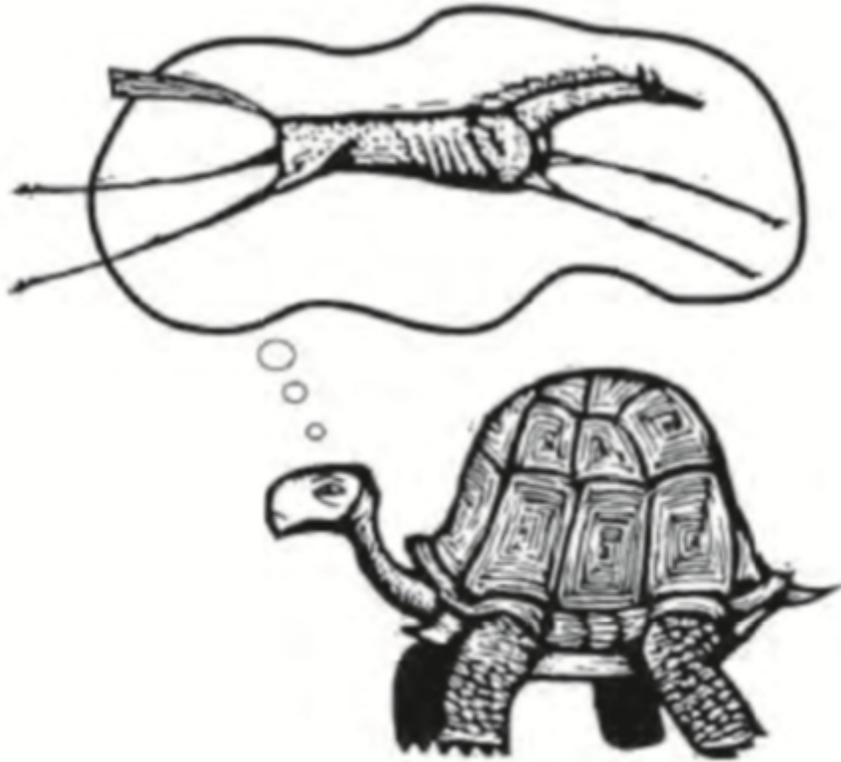
Triángulo

Invertido

Oval

Triángulo

1. DIBUJO DE LAS TORTUGAS



Solicitar que un profesor
explique algo

Solicitar a un compañero que
te devuelva los apuntes

Solicitar al profesor de física
descanso, porque estás
cansado.

Estilos de Comunicación

Estilo agresivo (puede conseguir lo que quiere, pero puede estropear la relación):			
Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Sólo yo soy importante	Lo digo yo y punto	Tono de voz elevada	Conflictos en relaciones
Sólo yo lo merezco	Lo que tienes que hacer es	Gestos agresivos	Pierde ocasiones
Lo tuyo no cuenta	Insultos, amenaza Humillación	Discurso acelerado	Soledad
Estilo pasivo (no consigue defender sus derechos, le pisan):			
Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Yo no cuento	Lo que tú digas	Voz baja	Infravaloración
Puedes aprovecharte de mí	Te importaría si...	Risa nerviosa	Servilismo
Tú eres superior	No sé qué decirte	Mirada huidiza	Ni se respeta ni le respetan
Estilo asertivo (consigue afirmar sus derechos y mantener la relación):			
Lo que expresa	Mensaje verbal	Mensaje no verbal	Efectos
Esto es lo que pienso	Cómo podemos resolverlo	Fluidez en el habla	Resuelve problemas
Esto es lo que siento	Este criterio parece correcto	Respeto espacio personal	Autosatisfacción
Así veo yo las cosas	Qué piensas de...	Armonía en los gestos	Buenas relaciones

(Fuente: Fuertes, Martínez, Daroca, De la Gándara, 199)

OLLA FAMILIAR



OLLA FAMILIAR

Para una alimentación balanceada se debe consumir alimentos de cada grupo en la cantidad apropiada, no es necesario comer de todos los alimentos pero si incluir alimentos de todos los grupos diariamente.

¿Cómo se utiliza la olla familiar?

- Grupo 1. Cereales, granos y tubérculos: es el grupo de alimentos de los cuales se debe consumir en mayor proporción todos los días en todos los tiempos de comida, éstos se encuentran en la franja inferior de la olla, estos alimentos contienen en mayor cantidad carbohidratos y fibra.
- Grupos 2 y 3. Frutas, hierbas y verduras: de estos alimentos se deben comer todos los días, en cualquier tiempo de comida. Este grupo se observa en la franja superior al grupo 1 de la olla y tienen un alto contenido de fibra, vitaminas A y C, además de minerales como potasio y magnesio.
- Grupo 4. Leche y derivados: además de la leche e Incaparina, se incluyen en este grupo: huevos, yogurt y queso, de los cuales se recomienda consumir por lo menos 3 veces a la semana en cualquier tiempo de comida. Este grupo se presenta por encima del grupo de frutas. Son alimentos fuente de proteínas y calcio, principalmente.
- Grupo 5. Carnes: en este grupo se incluyen todo tipo de carnes: pescado, pollo, res, hígado, conejo u otro animal comestible. Se recomienda consumirlos en cualquier tiempo de comida, por lo menos dos veces por semana. Este grupo se observa por encima del grupo de las hierbas y verduras, son alimentos fuente principal de proteínas y hierro.
- Grupo 6 y 7. Azúcares y grasas: estos grupos se localizan en la parte superior de la olla; deben consumirse en pequeñas cantidades. Los azúcares son fuente de carbohidratos simples y los aceites, crema y semillas como: manías, pepitoria, etcétera son fuente de grasa.
- En la parte superior externa de la olla se incluyen dos mensajes, uno que promueve el consumo de agua y otro, la actividad física, representados por una persona en bicicleta, otra corriendo y un vaso con agua.

En la olla familiar se representan varios grupos de alimentos básicos, los cuales deben consumirse diariamente de manera variada, así como la frecuencia de consumo aconsejada, tanto diaria como semanal, de cada uno de ellos.

- ***Todos los días:***
Hiervas, verduras
Frutas
Tortillas

Granos (Frijoles, garbanzo, soya, maíz, arroz)

- ***Por lo menos tres veces por semana o más:***

Huevos

Queso

Leche

Incaparina

- ***Por lo menos, 2 veces por semana o más:***

Carnes blancas o rojas

Hígado

Pescado

- ***Con moderación:***

Azucares

Grasas (manteca, crema, margarina, frituras y embutidos)

- ***También puede comer:***

Semillas (manías, habas, semillas de marañón, ajonjolí, pepitoria)

- ***Otras recomendaciones:***

Evitar preparar las comidas con mucha sal

Todos los días hacer ejercicio, caminar media hora o más

Evitar tomar licor

Tomar ocho vasos de agua pura al día

Metáfora del elefante y la estaca

“Cuando yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante, que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños.”

Durante la función, la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba sus patas.

Sin embargo, la estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas entrado unos centímetros en el suelo. Y aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza, podría liberarse con facilidad de la estaca y huir.

El misterio sigue pareciéndome evidente.

¿Qué lo sujeta entonces? ¿Por qué no huye?

Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunte entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explico que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado.

Hice entonces la pregunta obvia: si esta amaestrado ¿Por qué lo encadenan?

No recuerdo haber recibido una respuesta coherente. Con el tiempo, olvidé el misterio del elefante y la estaca. Y solo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez...

Hace algunos años, descubrí que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta:

El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.

Cerré los ojos e imagine al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró y sudo tratando de soltarse. Y a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él.

Imagine que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día y al otro, hasta que un día, un día terrible para su historia... el animal acepto su impotencia y se resignó a su destino.

Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo no se escapa porque, pobre cree que no puede.

Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer.

Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo, jamás, jamás intento volver a poner a prueba su fuerza.