



**Factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de un trastorno alimentario y la posible relación con la teoría de la mente.**

Proyecto de Grado

Stefania Cano

María Alejandra Cortés

Director

Mario Gutiérrez

**UNIVERSIDAD ICESI**  
**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES**  
**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**  
**SANTIAGO DE CALI**  
**2015**

**Factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de un trastorno alimentario y la posible relación con la teoría de la mente.**

**Stefania Cano**

**María Alejandra Cortés**

**PROYECTO DE GRADO CARRERA DE PREGRADO  
PSICOLOGÍA**

**Director**

**Mario Fernando Gutiérrez**

**UNIVERSIDAD ICESI  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI**

**2015**

## Índice de contenido

1. Introducción .....	4
2. Problemática.....	12
2.1. Problema de Investigación.....	12
2.2. Objetivo General.....	13
2.3. Objetivos Específicos .....	13
3. Marco Teórico .....	14
4. Metodología .....	36
4.1. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	36
4.2. Sujetos y muestra.....	36
4.3. Procedimiento .....	38
4.4. Instrumentos de recolección de información.....	40
4.5. Categorías de análisis.....	43
4.5.1. Factores socioculturales.....	44
4.5.2. Factores familiares.....	47
4.5.3. Factores biológicos.....	48
4.5.4. Factores personales.....	49
5. Resultados .....	51
5.1. Resultados Cuantitativos.....	51
5.1.1. Escala de riesgo de cuatro factores.....	51
5.1.2. Análisis de varianza.....	54
5.1.3. Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores .....	56
5.2. Resultados Cualitativos.....	58
6. Discusión.....	62
7. Conclusiones .....	70
8. Recomendaciones.....	72
9. Referencias .....	73
10. Anexos.....	81
Anexo 1. Versión final de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores .....	81

Anexo 2. Láminas de la prueba Reading the Mind in the Eyes de Baron-Cohen et al., (2001) .....	83
Anexo 3. Opciones de respuesta de la prueba Reading the Mind in the Eyes (Baron-Cohen et al, 2001). .....	95
Anexo 4. Correspondencia con Krzysztof Gajos solicitando aprobación para utilizar la prueba <i>leyendo la mente en los ojos</i> (Baron- Cohen et al, 2001). .....	98
Anexo 5. Segunda versión de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores .....	99
Anexo 6. Transcripción del grupo focal realizado con los sujetos del estudio .....	102
Anexo 7. Certificado de consentimientos informados .....	107

### Índice de tablas

Tabla 1. Análisis de varianza de las categorías según la variable edad.....	55
Tabla 2. Análisis de varianza de las categorías según la variable género .....	56
Tabla 3. Análisis direccional de las variables Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores.....	57
Tabla 4. Medidas simétricas de las variables Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores.....	57

### Índice de Figuras

Figura 1. Distribución medial de las categorías de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores según la edad. ....	52
Figura 2. Distribución medial de las categorías de la Escala de Cuatro Factores según el género. ....	53

## 1. Introducción

Con el objetivo de identificar cuáles son los factores riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos alimentario como el de la anorexia y la bulimia nerviosa, y cómo el desarrollo de éstos tiene una conexión con la Teoría de la Mente, se hizo una revisión de diferentes estudios realizados, con el fin de construir una escala Likert que permitiera identificar el riesgo de padecer un trastorno alimentario (TA). Paralelo a esto, se hizo uso de la prueba creada por Baron-Cohen et al (2001) “Leyendo la Mente en los Ojos” para identificar cuáles son las personas que tienen un bajo nivel mentalista para después correlacionar este resultado con los de la escala de riesgo y poder identificar así alguna relación o conexión entre ambos resultados.

Se entiende por TA la alteración de las conductas relacionadas con la ingesta alimentaria, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta (Cruzat et al., 2008). Según Cruzat et al. (2008) la anorexia es el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, por un miedo intenso a ganar peso y por una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo. La define un deseo irrefrenable de perder peso. Por otra parte, la bulimia se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de atracones de comida, seguidas por conductas como el vómito inducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico o el ejercicio excesivos.

Como fue mencionado anteriormente, el padecimiento de los TA se ha convertido en una problemática a nivel mundial. Algunos de los estudios se enfocan en la influencia que tiene el modelo estético de la delgadez sobre los jóvenes de hoy en día y en la generación de emociones negativas frente a la exposición de imágenes publicitarias que exhiben este modelo de esbeltez (Jiménez & Silva, 2010). Plaza (2010) argumenta que los

medios de comunicación potencian este tipo de modelos, que se vuelven sinónimos de éxito y triunfo personal y social, generando así una presión social para ser o permanecer delgado a toda costa.

Sin embargo, otros autores como Durán, Sánchez y Jiménez (2011) explican que el modelo estético de la delgadez no es el único factor que puede propiciar el desarrollo de un trastorno alimentario. Debido a que se deben tener en cuenta los factores personales como la autoestima, la familia y los amigos; quienes pueden ejercer una presión social más significativa que los medios de comunicación debido a su cercanía e importancia emocional como lo argumentaron Mancilla, Ruiz, Vázquez, & Trujillo (2010a). Corroborando estos planteamientos, Tester y Gleaves (2005) encontraron que mientras haya mayor preocupación familiar frente al cuerpo y la apariencia va haber una mayor predisposición o presión a alterar las conductas alimentarias. Sin embargo, todo depende de la expresión dentro del núcleo familia, la organización, hábitos, actividades cotidianas, nivel intelectual y cultura familiar (Mancilla, Ruiz, Vázquez, López, Álvarez & Tena, 2010b).

Por otra parte, las características personales como el perfeccionismo han sido estudiados para determinar su relación con la insatisfacción y el desarrollo de los TA (Mancilla, Franco, Vázquez, Álvarez, & López, 2010). De igual forma la percepción del cuerpo ideal juega un papel fundamental en el desarrollo de los TA, ya que puede ser fácilmente manipulada por la exposición a todas estas imágenes mediáticas del modelo de esbeltez (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer, 2009). No obstante, esto también puede ser alterado por la depresión o trastornos de ansiedad (Jiménez & Silva, 2010), o por tener una autoestima baja (Clay, Vignoles & Dittmar, 2005), explicando que las personas

que tienen una autoestima baja son más vulnerables a tener una percepción errada de su cuerpo, conllevando a que se desarrolle un TA.

Es de suma importancia resaltar que los trastornos alimentarios pueden ser padecidos por mujeres y hombres (Guadarrama & Mendoza, 2011). Sin embargo pocos investigadores se han dedicado a estudiar esta alteración de las conductas alimentarias independiente del género.

Otro factor que se debe tener en cuenta es la edad, que también es crucial para el desarrollo y mantenimiento de estas conductas (Enaola, Rodríguez & Goñi, 2010). Debido a que en la adolescencia hay mayor inconformidad corporal e internalización de la presión sociocultural. Inclusive se puede tomar en cuenta el desarrollo precoz como un factor, como lo plantea Perinat (2003), ya que esto puede tener incidencias en los afectos depresivos e insatisfacción de la imagen corporal. Por lo que este trabajo se centrará en la población adolescente, que a partir de diversos estudios puede ser identificada como la más vulnerable y afectada por estos trastornos.

La mayoría de estos estudios han sido realizados en países como México, Estados Unidos, Reino Unido, entre otros; pero hay muy pocos en los que se haya tomado en cuenta la población colombiana. Los que lo han hecho se han enfocado en evidenciar cómo las conductas alimentarias cambian en las diferentes etapas de la vida, en especial cuando los adolescentes entran a la universidad (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux, & Espinosa, 2007). Es por esto, que se consideró fundamental hacer un estudio que demostrará que la alteración de las conductas alimentarias en el país no sólo está ligada a la ingesta de comidas rápidas, ni cambios alimentarios por cuestiones de colegio o universidades, sino que hay conductas patológicas que están afectando a una parte de la población colombiana.

Con base en esta revisión de estudios, se establecieron diferentes categorías de análisis para crear la escala de riesgo, entre ellas los factores socioculturales, los familiares, los biológicos y los personales.

Los factores socioculturales hacen alusión a las influencias del medio social que pueden contribuir o facilitar el desarrollo o mantenimiento de uno de estos trastornos. Esta categoría está dividida en los factores socioculturales directos y los indirectos. El primero hace referencia a los amigos y la pareja, debido a que éstos tienden a ser los significantes más cercanos e influyentes en la vida de los jóvenes, según argumenta Carrillo, Sánchez & Jiménez (2011). Y los factores indirectos abarcan las dimensiones de la insatisfacción corporal, influencia del modelo estético de la delgadez y la información de los medios.

En segundo lugar, los factores familiares hacen referencia a la influencia que tiene la familia sobre la percepción del cuerpo y el control alimentario. Esto se puede dar de tres formas, desde el factor etiológico que puede propiciar un trastorno alimentario, el factor mantenedor que ayuda a mantener un trastorno alimentario, y el factor protector el cual pretende evitar o contrarrestar los efectos o el desarrollo de un trastorno alimentario.

Los factores biológicos abarcan el desarrollo puberal y los efectos que éste tienen en cuerpo a nivel, biológico, cognitivo, y conativo; esta categoría se enfoca primordialmente en el desarrollo precoz y la predisposición genética. Por último, la categoría de los factores personales, tiene en cuenta las subcategoría de las conductas alimentarias, la autoestima y la percepción de la imagen corporal.

Por otra parte, se tuvo en cuenta la Teoría de la Mente, dado que pareciera que las personas que padecen este tipo de trastornos tienen la tendencia a malinterpretar las



opiniones acerca de sí mismas expresadas o no por otras personas, y a relacionarse con los demás a partir de sus propias señales emocionales. Es decir, que hay una posibilidad que la Teoría de la Mente puede servir como un indicador de riesgo en el desarrollo de un TA, porque se generan dificultades en la interpretación o comunicación asertiva de sus emociones y las de sus pares; lo que a su vez, sugiere una posible relación entre estos trastornos y la deficiencia en las interacciones sociales.

La Teoría de la Mente se convirtió en uno de los aportes más importantes del campo de la neurociencia al estudio de la conducta social. Su estudio ha permitido establecer importantes hipótesis sobre las deficiencias en la interacción social en sujetos con trastornos, al igual que ha posibilitado instaurar una línea de desarrollo en la interacción social de sujetos sanos.

La Teoría de la Mente se denomina de esta manera porque cuando un individuo atribuye estados mentales, lo hace a través de un sistema de inferencias que tienen la característica de una teoría en el sentido de que el sujeto debe generar una hipótesis sobre los estados mentales de otros, que luego deberá confirmar o descartar, creando así un sistema anticipatorio de la conducta del otro; segundo, dicho sistema sirve para hacer predicciones sobre el comportamiento de otros organismos y para regular, a partir de ellas, la conducta propia ante situaciones sociales (Inchausti & Mara, 1999).

Este constructo se evalúa a partir de seis tipos de tareas, entre ellas están las tareas dirigidas a evaluar el reconocimiento facial de las emociones, las que estudian la atribución de falsas creencias, las que evalúan la comprensión del lenguaje metafórico, el comportamiento social y la empatía.

La tarea de reconocimiento facial de las emociones se ubica en el primer nivel de complejidad de la teoría de la mente, ya que es el primer requisito para teorizar sobre el otro. Consiste en reconocer los estados emocionales de los demás a través de su expresión facial, es decir, el reconocimiento de la expresión facial de las emociones es un primer paso en la atribución de estados mentales y emocionales, porque implica la interpretación de un conjunto de signos no verbales que llevan un mensaje tácito sobre el estado emocional del otro y ayuda al desarrollo de la comunicación mediante la facilitación de la identificación de su estado emocional.

Así, se diseñó un test que tiene como fin *medir* la teoría de la mente, especialmente la sensibilidad social de los adultos, es el test “*Reading the Mind in the Eyes*”, desarrollado por Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore & Robertson (1997). Para ello, a los participantes, se les presentaban 25 fotografías de la región de los ojos de diferentes rostros —tanto masculinos como femeninos—, junto con cuatro opciones de respuesta y se les pedía que eligieran cuál de las palabras describía mejor lo que la persona en la fotografía estaba pensando o sintiendo.

Posteriormente, se encontró que esta prueba era insuficiente porque los rangos de calificación que ofrecían las opciones de respuesta eran limitados y no se podía hacer una buena discriminación individual. Además, el test fue presentado a los padres de los niños con síndrome de Asperger y se encontró que éstos obtuvieron puntajes por debajo de la población general, teniendo en cuenta que ellos no tenían esta condición. Esto demostraba que el test tenía un rango de discriminación muy pequeño. Por lo tanto Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb (2001) revisaron el test y le agregaron más reactivos y más opciones de respuesta. Así, la versión final de la prueba cuenta con 37 reactivos y 4

opciones de respuesta por cada uno de ellos, estos reactivos tienen igual cantidad de rostros de hombres y mujeres, además las opciones de respuesta tienen un valor similar al de la palabra objetivo.

De igual manera, se señala que la Teoría de la Mente tiene dos componentes principales. Estos fueron descritos por Tager-Flusberg & Sullivan (2000, citado en Medina-Pradas et al. 2012), identificando el componente *socio-afectivo* o teoría emocional de la mente, que involucra la habilidad para decodificar los estados mentales de otros de acuerdo a información observable y disponible en el momento; y el componente *socio-cognitivo* o teoría cognitiva de la mente, que involucra la habilidad para razonar sobre los estados mentales con el propósito de explicar o predecir las acciones de otros (p. 190). Ambos componentes implican complejos procesos de inferencia de estados mentales.

Los resultados permitieron dilucidar que los factores psicológicos que ejercen mayor influencia en las personas en relación al desarrollo de los trastornos alimentarios, fueron los socioculturales, los personales y los familiares. Especialmente la familia, debido a que ellos son el primer círculo significativo de personas y hay un vínculo directo con ellos. Por otra parte, se pudo establecer que el género femenino no es el único que puede llegar a padecer un trastorno alimentario, por lo que es fundamental comenzar a tener en cuenta la población masculina en este tipo de estudios. Sin embargo, las mujeres son más presionadas e influidas por la transmisión de los cánones de belleza actuales y su familia.

Adicional a estos factores, se encontró que el tener una baja teoría de la mente, puede llegar a representar otro factor psicológico que puede propiciar el desarrollo o mantenimiento de un TA. Por último se logró identificar que el control de la ingesta

alimentaria está comenzando a edades tan tempranas como los 11 años, antes de llegar a la adolescencia como tal.

## **2. Problemática**

La cifra de personas que padecen o han padecido de un TA es alarmante, especialmente en la población adolescente. La presión social bajo la cual vive esta población es extenuante, constantemente se encuentran expuestos a los medios de comunicación que sólo se dedican a promocionar un modelo estético de la delgadez, presiones por parte de su familia e inclusive amigos para bajar de peso o mantenerlo, puede hacer que algunos de estos adolescentes lleguen a padecer de un TA. Es por esto que se han realizado diferentes estudios en relación a estos trastornos, sin embargo, la mayoría se han enfocado en abordar los distintos factores de manera aislada. Es decir, se han realizado estudios sólo de cómo los medios de comunicación pueden influenciar al desarrollo de una alteración de la conducta alimentaria, o la familia, los amigos, la personalidad y así se han ido publicando este tipo de artículos que se han vuelto repetitivos y no generan propuestas, sólo arrojan los mismos resultados.

Este tipo de investigaciones y teorizaciones realizadas se han orientado en exponer cómo es que el género femenino es el más propenso y el que más sufre de trastornos alimentarios, sin tener en cuenta el género masculino en la muestra poblacional. Además, en Colombia se han realizado muy pocos estudios en relación a los trastornos alimentarios. Los pocos que han sido encontrados, se refieren a la alteración de las conductas alimentarias por comidas rápidas, ingreso al mundo laboral y universitario.

### **2.1. Problema de Investigación**

Factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de un trastorno alimentario y la posible relación con la teoría de la mente.

## **2.2. Objetivo General**

Caracterizar los factores de riesgo que inciden en el posible desarrollo de un trastorno alimentario y explorar la Teoría de la Mente como un posible factor de riesgo.

## **2.3. Objetivos Específicos**

- Tipificar los factores de riesgo para el posible desarrollo de un trastorno alimentario
- Diseñar y verificar la validez predictiva del instrumento de recolección de información diseñado la “Escala de Riesgo de Cuatro Factores”
- Establecer la posible relación entre el desarrollo de un trastorno alimentario con las habilidades mentalistas de los adolescentes.

### 3. Marco Teórico

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo de todo ser humano, se trata de la transición de la niñez a la adultez; una época de tensiones para los jóvenes porque experimentan una serie de cambios fisiológicos, hormonales, corporales y psicológicos. Así, ésta se convierte en una etapa especialmente difícil con relación a la construcción de la identidad personal global y de género, las cuales están mediadas por los cánones sociales, donde la imagen personal juega un papel trascendental (Plaza, 2010).

Estos cánones sociales varían según la cultura y son una gran fuente de estrés debido a que ejercen presión en los jóvenes con demandas de independencia, elección de pareja, identificación con los semejantes, preparación vocacional, etc. Por estas razones, Plaza (2010) afirma que los adolescentes tratan de imponer cierto control, como un mecanismo de dominio sobre lo que les angustia. Muchas veces recurren a la comida como ese algo tangible que les permite una manipulación más sencilla de lo que el adolescente, independientemente de su género, querría controlar: su imagen como ideal.

Con el paso de los años, se ha manifestado un crecimiento en la cifra de personas que padecen trastornos alimentarios alrededor del mundo, especialmente en los adolescentes. Razón por la cual se han impulsado diferentes investigaciones en relación con este fenómeno. Los estudios realizados dan cuenta de diferentes teorizaciones y grandes aportes al estudio de los trastornos alimentarios; entre ellos se resalta las investigaciones que giran en torno a las múltiples causas de estos desordenes.

Uno de los descubrimientos más importantes, es el de la influencia de los medios de comunicación y otros factores socioculturales de la sintomatología, como lo afirma Plaza

(2010). No obstante, hay otros factores determinantes que pueden ejercer un influjo fundamental en el desarrollo de la bulimia y anorexia nerviosa, y otros trastornos alimentarios no identificados.

En 2010, Jiménez y Silva realizaron una investigación cuyo fin era identificar cómo la exposición a imágenes publicitarias puede propiciar el desarrollo de trastornos alimentarios a partir de la generación de ansiedad, depresión y otras emociones negativas. Demostraron que los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la transmisión del modelo de belleza contemporáneo, el cual favorece a las mujeres delgadas, mientras que *perjudica* a las personas con obesidad o sobrepeso. Así, la promoción de este modelo de belleza fomenta emociones negativas hacia el propio cuerpo, que pueden poner en riesgo la conducta alimentaria de los y las jóvenes.

Es importante resaltar que los modelos de belleza son específicos del contexto en el cual se *aplican* y además, se transforman con el paso del tiempo. Sin embargo, pareciera que actualmente el canon estético de belleza imperante es el de la delgadez extrema, la cual está asociada al éxito, al triunfo personal y social (Plaza, 2010). Esto se puede evidenciar en los modelos de referencia que son tan importantes para los adolescentes, en su mayoría suelen ser famosas extremadamente delgadas, hasta el punto de ser enfermizo. Los medios de comunicación hacen de agentes de transmisión y potenciación de los modelos de referencia y de mensajes sobre el anhelo de la delgadez, ejerciendo así una presión social para estar delgado o delgada (Plaza 2010).

No obstante, la influencia de los medios no es el único factor determinante en el desarrollo de los trastornos de las conductas alimentarias. Durán, Sánchez y Jiménez (2011) argumentan que también hay factores personales que están relacionados con la alteración de



estas conductas. Ellos afirman que hay factores personales como la autoestima, la familia y los amigos; los cuales pueden influenciar significativamente en el bienestar de los jóvenes, al ejercer una presión sobre el individuo basándose en el mensaje mediático del culto al cuerpo.

La familia puede ser considerada como una influencia personal de gran importancia, ya que son ellos los significantes más próximos a los jóvenes. Si se tiene en cuenta que los trastornos alimentarios no sólo involucran a quienes los padecen, sino a sus allegados, se puede establecer que la relación con el círculo familiar puede ser considerada como otro factor psicológico que puede favorecer el desarrollo, protección o mantenimiento de estos trastornos de la alimentación, llegando a ejercer una influencia positiva o negativa sobre los jóvenes.

Debido a las particularidades de las relaciones familiares, Mancilla et al(2010a) tuvieron como propósito explorar la relación entre la influencia del estereotipo de delgadez percibida por las jóvenes y por sus padres; esto con el fin de identificar cómo repercutían los cánones de belleza en el círculo familiar, y si se podría estar en riesgo de sufrir uno de estos trastornos en el contexto social mexicano. Encontrando que la influencia del modelo sociocultural de belleza incrementa el riesgo que una joven recurra a alterar su conducta alimentaria, al sentirse presionada por sus padres y la sociedad para intentar satisfacer ese modelo de belleza que es “aceptado”. Además, se encontró que en las familias en las que había una joven con un trastorno alimentario, se aceptaba y se transmitía dicho modelo de belleza.

Por la misma línea, Tester y Gleaves (2005) descubrieron que los altos niveles de preocupación familiar con relación al cuerpo y la apariencia, pueden hacer a las mujeres

más vulnerables a la internalización de las presiones sociales, al encontrar en sus pares significantes la misma presión ejercida por el medio. Asimismo, Mancilla et al (2010b) hallaron que la expresividad dentro del núcleo familiar, la organización de hábitos y actividades cotidianas, el nivel intelectual y cultural de la familia y la orientación al logro, son variables que pueden perpetuar o impulsar un desorden en la conducta alimentaria.

También se han tomado en cuenta las características personales que favorecen el desarrollo de este tipo de padecimiento. Entre ellas se encuentra la conducta perfeccionista, que se caracteriza por establecer metas personales inasequibles, hacer énfasis excesivo en la precisión y la organización, evaluar de manera inadecuada los logros individuales y considerar que no se cubren las expectativas de otras personas; este tipo de conducta ha estado asociada a los trastornos del comportamiento alimentario, principalmente a la anorexia nerviosa. Con el fin de identificar si los componentes del perfeccionismo —preocupación por los errores, indecisión de acción, organización, estándares personales, críticas paternas y expectativas paternas— explicaban la insatisfacción corporal, la influencia del modelo de delgadez y los síntomas de los trastornos del comportamiento alimentarios, Franco, Mancilla, Vázquez, Álvarez y López (2011) realizaron una investigación con la participación de 128 mujeres. Concluyeron que hay dos componentes de la conducta perfeccionista que contribuyen mayoritariamente a la insatisfacción corporal, estos son: la preocupación por cometer errores y la indecisión de acción, puesto que son los únicos que explican de manera significativa la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal, consideradas factores fundamentales para la aparición de los trastornos alimentarios.

Es importante resaltar, que el perfeccionismo como tal, no es un factor determinante para el desarrollo de un TA, sino que junto con otros factores, puede actuar como desencadenante de uno de estos padecimientos. Según González, Unikel, Cruz y Caballero (2003), las características personales que pueden hacer que una persona sea más vulnerable de desarrollar una de estos trastornos varían de acuerdo a la enfermedad. Estos autores identificaron que los trastornos perceptivos conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control; son factores potenciales predisponentes de un trastorno alimentarios.

En vista de que comúnmente se asume que el padecimiento de los trastornos alimentarios es una cuestión sólo del género femenino, se hace necesario aclarar que estos desórdenes afectan tanto a hombres como a mujeres. Guadarrama y Mendoza (2011) lo hacen evidente mediante el estudio de éste fenómeno en una escuela preparatoria en una ciudad de México, demostrando que los factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa se pueden encontrar en ambos sexo y que no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres frente al riesgo de padecer alguno de estos trastornos.

También se encontró que la edad es una variable crucial para el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Con base en el estudio realizado por Esnaola, Rodríguez y Goñi (2010), el cual examinó cómo variaba la concepción de imagen corporal según el género y la edad, y cómo se percibían las presiones socioculturales conforme los ideales corporales, se encontró que la inconformidad corporal está relacionada con la presión sociocultural, con un resultado significativo en el género femenino, puesto que las mujeres manifiestan mayor inconformidad con su cuerpo y se

sienten más afectadas por la presión social, a diferencia de los hombres. Por otra parte, los jóvenes presentaron una mayor inconformidad corporal debido a la presión social del contexto sociocultural que las personas mayores, develando así que el género es un mejor factor predictor de la inconformidad corporal y la presión sociocultural que la edad.

Consecuentemente, se infiere que las mujeres jóvenes son las más susceptibles a sentirse inconformes con su cuerpo y son más vulnerables a las presiones sociales en relación a la imagen corporal, que las mujeres mayores quienes tienen mayor capacidad de enfrentar estas presiones e inconformidades.

Igualmente, Mancilla, Ruiz, Vázquez, López, & Álvarez (2006), reiteran que la etapa de desarrollo por la que están atravesando las personas, es un factor a tener en cuenta con relación al surgimiento de trastornos alimentarios. Comparando la sintomatología de los trastornos alimentarios y de los factores asociados a estos — la insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético— en una muestra conformada por niños y jóvenes, se halló que hay una mayor sintomatología de los trastornos alimentarios en los jóvenes, al igual que una elevada influencia del modelo estético de delgadez; por el contrario estas influencias fueron casi inexistentes. No obstante, tanto niños como jóvenes mostraron una leve ocurrencia de insatisfacción corporal.

El desarrollo precoz es un factor de gran importancia, según Perinat (2003), puede tener incidencia en los trastornos de conductas alimentarias, asociados con afectos depresivos e insatisfacción de la imagen corporal, dependiendo de cómo se apropien y asuman en su identidad las nuevas características físicas. Asimismo, Perinat (2003), expone que hay una predisposición genética que puede favorecer la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto, el desarrollo precoz y la predisposición

genética deben ser considerados como factores biológicos que determinan la propensión al padecimiento de un desorden alimentario.

Por otra parte, es importante resaltar que la imagen corporal es un fenómeno dinámico que puede cambiar en diferentes situaciones y contextos. También, que la inconformidad con el propio cuerpo puede estar ligada a la incertidumbre respecto a la verdadera apariencia personal. En consecuencia, al no tener una experiencia estable e integrada del propio cuerpo, las personas pueden ser extremadamente sensibles hacia la imagen corporal y a los retos de la vida diaria, como lo afirman Espeset, Gulliksen, Nordbo, Skarderud y Holte (2012); quienes encontraron que hay cuatro situaciones que detonan los cambios en la imagen corporal, los cuales son: la ingesta alimentaria, la comparación con la apariencia de otros, interpretar las opiniones acerca de sí misma expresadas o no por otras personas y relacionarse con los demás a partir de sus propias señales emocionales.

De la misma forma, Glauert, Rhodes, Byrne, Fink y Grammer (2009) desarrollaron un estudio cuyo objetivo era demostrar cómo es que la percepción del cuerpo ideal o normal, puede ser fácilmente manipulada por la exposición a las imágenes mediáticas del modelo de belleza y de delgadez del siglo XXI. Los resultados apuntaron a que la percepción de un cuerpo normal o ideal es manipulada fácilmente, además existe una mayor inconformidad corporal e internalización del modelo de delgadez, relacionados con la el deseo de tener un cuerpo más delgado e ideal, tal como es expuesto en los medios; evidenciando que hay una mayor discrepancia entre el cuerpo normal y el ideal y que hay un menor efecto de presión o de deseo hacia las imágenes de cuerpos no delgados.

Igualmente, al exponer a las participantes de sus investigaciones a imágenes de mujeres delgadas, Jiménez y Silva (2010) comprobaron que la percepción de la imagen corporal está ligada a los niveles de depresión y ansiedad, revelando que este tipo de sentimientos mostraron un incremento. Sin embargo, a las participantes que expusieron a imágenes de mujeres con sobrepeso manifestaron emociones negativas hacia estos cuerpos, lo cual sugiere que el modelo de belleza transmitido a través de los medios de comunicación promueve emociones que pueden poner en riesgo la conducta normal alimentaria de las personas.

En consecuencia, Dávila (2005) argumenta que el culto hacia la delgadez, a la figura ideal y a modelos con determinada estatura y complejión física genera que muchas personas, en especial los adolescentes, se sientan descontentos con su figura e imagen corporal, llegando a rechazar algunas partes o, en el peor de los casos, la totalidad; provocando así, diferentes malestares que pueden conllevar al desarrollo de ciertos trastornos emocionales, acompañados de la distorsión de la propia imagen corporal y de la persecución del ideal de belleza perpetuado en los medios de comunicación.

No obstante, no todos los estudios apuntan a que la presión social y mediática son las únicas responsables de la alta cifra de personas que padecen estas enfermedades. Otro de los factores a tener en cuenta es el de la autoestima, que puede proteger o hacer que una persona sea más vulnerable a las presiones sociales.

Clay et al (2005), establecieron que durante la adolescencia, la autoestima de las mujeres tiende a bajar con relación a sus cambios corporales. Clay et al (2005) afirman que la imagen corporal se desarrolla conforme las características socioculturales del contexto en el que se encuentra, así las imágenes poco realistas de la figura femenina pueden

convertirse en ideal. Al exponer a niñas de 11 a 16 años, a imágenes de modelos muy delgadas o de una talla normal, encontraron que hubo una decaída de la satisfacción corporal y la autoestima de éstas.

De igual manera, Gila, Castro, Gómez y Toro (2005), encontraron que los pacientes adolescentes que padecían algún tipo de trastorno alimentario, tenían una autoestima social y corporal baja a diferencia de los adolescentes de la población general. Estableciendo uno de los factores de vulnerabilidad presentes en este tipo de trastornos de la conducta alimentaria. Clay et al (2005) exponen que los factores de vulnerabilidad frente a estos trastornos son: la internalización del ideal de delgadez, la discrepancia en la evaluación de la imagen, el autoestima, la presión social, la orientación sexual, la identificación con un rol de determinado género, y procesos como la activación del esquema de la apariencia y la naturaleza de las comparaciones sociales.

La razón por la cual se pudo haber manifestado este resultado, es porque la adolescencia es un momento crítico y clave para la construcción o reconstrucción y definición o redefinición de la propia identidad, la cual está mediada por la imagen personal (Plaza, 2010). Esta es una etapa en donde se exterioriza un desvelo por la belleza y la apariencia, ya que la preocupación por el cuerpo es una forma de afirmación personal y también una herramienta para aumentar la autoestima.

De igual modo, Tiggemann y McGill (2004) afirman que la exposición de imágenes corporales de mujeres delgadas a la población femenina ha incrementado la insatisfacción corporal y tuvo una repercusión negativa en el ánimo de los sujetos, evidenciando así que el efecto que tenían estas imágenes en las mujeres estaba mediado por la comparación social reportada.

Otros estudios que se han realizado en Colombia, concretamente en el ámbito universitario, han demostrado la creciente cifra de adolescentes que presentan una alteración de la conducta alimentaria de forma patológica. Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa (2007) afirmaron que en Colombia estos trastornos afectan especialmente a los jóvenes universitarios. Ellos proponen que es necesario generar conciencia entre los ciudadanos y profesionales para que se puedan implementar programas de prevención, detección temprana y tratamientos para estos jóvenes la población que lo necesite.

Un punto importante a retomar es la tendencia de las personas propensas a padecer este tipo de trastornos a *malinterpretar* las opiniones acerca de sí misma expresadas o no por otras personas y a relacionarse con los demás a partir de sus propias señales emocionales. Esto implica que quienes tienen dificultades en la interpretación o comunicación asertiva de sus emociones y las de sus pares se encuentran en un mayor riesgo de un trastorno alimentario, esto sugiere una conexión entre dichos trastornos y la deficiencia en las interacciones sociales. Uno de los campos de investigación que ha sugerido la existencia de esta relación es el de la teoría de la mente.

Recientemente ha surgido un interés por diferentes observaciones basadas en la Teoría de la mente, dado que estudios clínicos sugieren que las habilidades socio-cognitivas y socio-emocionales están perturbadas en aquellas personas que presentan un TA. Este interés incluye similitudes entre anorexia nerviosa y enfermedades del espectro autista, donde se han establecido grandes dificultades en la teoría de la mente, así como déficits en la interacción social, que incluyen la incapacidad para el reconocimiento de expresiones faciales en la anorexia nerviosa y en las personas que presentan niveles elevados de síntomas relacionados con los TA (Warren & Cooper, 2011). Este último punto es de gran



interés para esta investigación, dado que se encontró una correlación entre la escala de riesgo de cuatro factores, que mide el riesgo de los adolescentes de padecer un TA, y la prueba “*Reading the Mind in the Eyes*”, lo que significa que existe una relación directa entre los síntomas de riesgo asociados con estos padecimientos y la sensibilidad social deficiente, expresada a través de la dificultad en el reconocimiento de expresiones faciales.

Entonces, se puede decir que incluso una teoría de la mente deficiente, expresada en las dificultades en la sensibilidad social, es un factor de riesgo para la aparición de un TA. Además, sugiere una corriente de intervención basada en la necesidad que tienen las familias y los profesionales de mantener altos niveles de regulación emocional y las habilidades socio-afectivas con el fin de que se desarrolle una terapia eficaz (Treasure, Corfield & Cardi, 2012).

Cabe resaltar que, si bien la investigación desarrollada por Treasure et al (2012) menciona unos factores predisponentes del desarrollo de un TA, están más asociados al funcionamiento socio-emocional que a los factores psicológicos per se; como por ejemplo los eventos prenatales adversos, puesto que tanto la genética como los efectos ambientales moldean el funcionamiento socio-emocional, las complicaciones del parto, el estilo de apego y los estilos de temperamento temprano que giran en torno a la timidez, el aislamiento y las dificultades sociales y comunicativas.

Dada la parcialidad proveniente de la similitud entre déficits en la teoría de la mente y los síntomas del autismo, se hace necesario repensar la relación entre la teoría de la mente y las relaciones sociales (Hughes & Leekam, 2004). Así, un déficit en la teoría de la mente no remitiría de manera directa a un trastorno del espectro autista sino que se tendría en cuenta una visión más general, que se evalúa a partir de la comprensión de la falsa creencia.

Consecuentemente, esto permite que se establezcan nuevas líneas de investigación de los TA basadas en tareas de falsa creencia para establecer o descartar, de manera directa, si en el padecimiento de un TA, un déficit en la teoría de la mente remitiría a trastornos del espectro autista.

Según Baron-Cohen et al (2013), la anorexia y el autismo presentan un parecido en tanto que los pacientes con anorexia se preocupan en extremo por sí mismos (ya sea por su peso o su derecho a hacer lo que quieran), y la palabra *autismo* significa, literalmente, un enfoque exclusivo en el *yo*. Entonces, si se tiene en cuenta la evaluación desde el enfoque de la falsa creencia, se podría entrar a debatir esta afirmación puesto que los resultados definirían si la anorexia y el autismo pueden ser considerados trastornos dentro de un mismo espectro.

Estudios como el “*facial affect recognition in anorexia nervosa: is obsessiveness a missing piece of the puzzle?*” (Castro, Davies, Hale, Surguladze & Tchanturia, 2010) permiten generar debate con respecto a investigaciones que sugieren la existencia de una relación con dificultades en la teoría de la mente y los TA, dado que se encontró que no existe una asociación entre la precisión en la discriminación de rostros felices y el diagnóstico de anorexia nerviosa, ni siquiera hubo respuesta significativa en lo que concierne a rostros tristes. De igual manera, Calvo et al (2014) señalan que con relación a la teoría de la mente, pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia nerviosa, mantienen intacta la capacidad para atribuir estados mentales a otro, incluso realizan la tarea de mentalización de manera similar al grupo control. Luego, se puede evaluar si la dificultad en el reconocimiento de expresiones faciales sólo ocurre en una etapa de riesgo de

desarrollo de estos trastornos, o cuáles son las características específicas que permiten asociar dicho déficit en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa.

Así, la teoría de la mente representa uno de los aportes más importantes que se ha hecho desde la neurociencia al estudio de la conducta social. Su estudio ha permitido establecer importantes hipótesis sobre las deficiencias en la interacción social en sujetos con trastornos, al igual que ha posibilitado instaurar una línea de desarrollo en la interacción social de sujetos sanos. Esta teoría hace referencia a la capacidad de los sujetos para hacer predicciones sobre las intenciones, deseos e incluso estados de ánimo de los demás, con el fin de regular la conducta propia con respecto a la del otro, generando una interacción social efectiva gracias a un proceso de atribuciones de estados mentales basados en la observación (Alhucema, Figueroa y Rozo, 2012).

Este concepto tiene su origen en los trabajos de Premack y Woodruff a finales de los años 80, al demostrar que los chimpancés podían comprender la mente humana. Se realizaron varias sesiones experimentales de las cuales se concluyó que los chimpancés son capaces de atribuir estados mentales al *actor* humano, es decir, el chimpancé *supone* que el actor humano *desea* conseguir un objetivo y *sabe* cómo podría lograrlo (Tirapú-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrín-Valero, 2007)

Esta investigación dio origen a un proceso de conceptualización que permitió el desarrollo de la definición actual de la teoría de la mente. Así Portela, Vírseda & Gayubo (2003) identificaron dos momentos fundamentales en los inicios del estudio de la teoría de la mente. En primer lugar, Pylsin en 1978, define la ToM como: “*la capacidad de tener relaciones representacionales acerca de las relaciones representacionales o, dicho de otro modo, la capacidad de tener metarrepresentaciones*” (p. 340). En segundo lugar, la

aparición del concepto de falsa creencia, que consiste en criterios mínimos para atribuir creencias a los demás, éstas pueden ser consideradas como ciertas, pero en realidad son falsas.

El concepto de la teoría de la mente se denomina de esta manera porque cuando un individuo atribuye estados mentales, lo hace a través de un sistema de inferencias que tienen la característica de una teoría en el sentido de que, primero, dado que los estados mentales no son directamente observables, el sujeto debe hacer una hipótesis sobre ellos que luego deberá confirmar o descartar, creando así un sistema anticipatorio de la conducta del otro; segundo, dicho sistema sirve para hacer predicciones sobre el comportamiento de otros organismos y para regular, a partir de ellas, la conducta propia ante situaciones sociales (Inchausti & Mara, 1999).

La teoría de la mente se evalúa a partir de seis tipos de tareas. Entre estas tareas están las dirigidas a evaluar el reconocimiento facial de las emociones, las que estudian la atribución de falsas creencias, las que evalúan la comprensión del lenguaje metafórico, el comportamiento social y la empatía. La tarea de reconocimiento de facial de las emociones se ubica en el primer nivel de complejidad de la teoría de la mente, ya que es el primer requisito para teorizar sobre el otro. Ésta consiste en reconocer los estados emocionales de los demás a través de su expresión facial. Fernández-Duque (2008) menciona que esta habilidad es de gran importancia en la interacción social dado que algunos pacientes con daños a nivel de corteza orbito frontal tienen dificultad para reconocer expresiones emocionales en los otros, lo que impide que atribuyan la emoción y por lo tanto, actúen como si el otro no la estuviese sintiendo.

El reconocimiento de la expresión facial de las emociones es un primer paso en la atribución de estados mentales y emocionales, porque implica la interpretación de un conjunto de signos no verbales que llevan un mensaje tácito sobre el estado emocional del otro y ayuda al desarrollo de la comunicación mediante la facilitación de la identificación de su estado emocional. Se ha mencionado que independientemente de la cultura, el ser humano logra interpretar seis emociones básicas en los demás a partir de su expresión facial: alegría, tristeza, asco, sorpresa, rabia y miedo. Esta identificación permite que el sujeto *organice* el modo en el que interactuará con otros, permitiendo fluidez en la relación.

Como se mencionó anteriormente, uno de las tareas más avanzadas para *medir* la teoría de la mente es el test “*Reading the Mind in the Eyes*”, desarrollado por Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore & Robertson (1997). Ésta nació del esfuerzo por desarrollar una prueba que evaluara la sensibilidad social en adultos. Para ello, a los participantes, se les presentaban 25 fotografías de la región de los ojos de diferentes rostros —tanto masculinos como femeninos—, junto con cuatro opciones de respuesta y se les pedía que eligieran cuál de las dos palabras describía mejor lo que la persona en la fotografía estaba pensando o sintiendo.

Según Baron-Cohen et al (2001), la primera versión de “*The Reading the Mind in the Eyes*” test presentaba diversos inconvenientes que se pueden resumir en la dificultad para determinar diferencias individuales. En consecuencia, se realizaron dos modificaciones simples al test original: (1) aumentar el número de ítems y, (2) aumentar el número de opciones de respuesta en cada intento. Así, se pasó de 25 a 37 fotografías y de 2 a 4 opciones de respuesta. Estas correcciones permiten que el test tenga mayor confiabilidad a la hora de identificar las sutiles alteraciones en la inteligencia social en

adultos. Las palabras objetivo y las fotografías fueron generadas por Baron-Cohen y Wheelwright, y luego fueron evaluadas en grupos de 8 jueces (cuatro hombres y cuatro mujeres); el criterio para aceptar un reactivo fue que al menos 5 de los 8 jueces estuvieran de acuerdo con que la palabra objetivo era la descripción más adecuada para cada estímulo, y que no más de dos jueces eligieran una sola lámina. A los ítems que no cumplieran estos criterios se les generarían nuevas palabras objetivos, láminas o ambas, para posteriormente ser reevaluadas con grupos sucesivos de jueces, hasta que todos los criterios cumplieran con los ítems.

Además, en el proceso de validación se tuvieron en cuenta cuatro grupos: el primero estaba compuesto por 15 adultos, todos hombres, con síndrome de Asperger o con autismo de alto nivel de funcionamiento. Los sujetos fueron reclutados a través de anuncios en la revista *National Autistic Society* de Reino Unido, y habían sido diagnosticados en centros especializados, utilizando los criterios establecidos por la APA y la Organización Mundial de la Salud. De igual manera, estos sujetos abarcaban un rango equivalente en clases socioeconómicas y niveles educativos, tal como en el grupo 2. Se les aplicó la versión corta del WAIS-R, que comprende Diseño con Cubos, Vocabulario, Semejanzas y Figuras Incompletas, y todos obtuvieron puntajes dentro del rango normal. El grupo 2 comprendía 122 adultos normales, pertenecientes a la comunidad adulta y a las clases de educación en Exeter, o eran usuarios de la biblioteca pública de Cambridge. Sus ocupaciones variaban entre desempleados, empleados de oficina y operarios, hasta profesionales. Asimismo, su nivel educativo era muy variado, algunos no habían estudiado después de la escuela secundaria, mientras que otros tenían una formación relacionada con la ocupación o estudios universitarios. El grupo 3 estaba conformado por 103 estudiantes adultos

normales, de ellos 53 eran hombres y 50 mujeres. Todos estudiantes de pregrado en la Universidad de Cambridge. Se Señala que debido a que la universidad tiene requisitos muy exigentes para su ingreso, el grupo no es representativo de la población general y se puede asumir que los sujetos tienen un coeficiente intelectual alto.

El grupo cuatro estaba conformado por 14 individuos de la población general seleccionados al azar, que tenían un coeficiente intelectual similar a los participantes del grupo 1 (CI=116). Estos grupos no tenían diferencias significativas en edad o en coeficiente intelectual.

Los sujetos fueron evaluados con la versión revisada del Test de los ojos para adultos. La prueba se administró de manera individual en una habitación silenciosa en Cambridge o en Exeter; a los sujetos del grupo 1 se les pidió que nombraran el género de las personas en cada foto, como una tarea de control, debido a las diferencias anticipadas en el reconocimiento del estado mental.

Posteriormente, se encontró que el grupo 1 tuvo un desempeño significativamente peor que los demás grupos, los cuales no tuvieron diferencias significativas (Baron-Cohen et al. 2001).

Por otra parte, la Teoría de la Mente se estudia en diferentes trastornos del neurodesarrollo y del lenguaje. Sin embargo, el autismo fue uno de los primeros trastornos en los que se empezó a considerar. Un estudio clásico es el de Baron-Cohen, Leslie & Frith (1985), en el cual se concluyó que los niños con autismo no logran desarrollar una teoría de la mente, debido a que tienen dificultades para realizar atribuciones de estados mentales. Según Alhucema, Figueroa & Roza (2012), las tendencias en investigación en teoría de la

mente apuntan a examinarla desde diferentes perspectivas, como: estudios de género (Roazzi & Santana, 1999; Padilla-Mora, Cerdas, Rodríguez y Fornaguera, 2009), lenguaje e idiomas (Peggy, 1999; De Hollanda, 2006) y en personas con dificultades sensoriales (Quintana, 2004). Según Medina-Pradas, Blas Navarro, Álvarez-Moya, Grau y Obiols (2012), estos estudios sugieren que las alteraciones de la teoría de la mente tienen muchas causas y que no son específicas de un único aspecto psicopatológico o trastorno.

Dos grandes componentes de la teoría de la mente fueron descritos por Tager-Flusberg & Sullivan (2000, citado en Medina-Pradas et al. 2012). Por una parte, el componente *socio-afectivo* o teoría emocional de la mente, que involucra la habilidad para decodificar los estados mentales de otros de acuerdo a información observable y disponible en el momento. Por otra parte, el componente *socio-cognitivo* o teoría cognitiva de la mente, que involucra la habilidad para razonar sobre los estados mentales con el propósito de explicar o predecir las acciones de otros (p. 190). Ambos componentes implican complejos procesos de inferencia de estados mentales.

La teoría emocional de la mente es esencial en las relaciones sociales, dado que guía el comportamiento y regula los estados emocionales propios. De igual manera, puede considerarse la base de la empatía, la confianza y el comportamiento prosocial.

Interpretaciones erróneas debido a alteraciones en la teoría de la mente conllevan trastornos emocionales, conducta social inadecuada y funcionamiento social alterados en condiciones psicopatológicas. En personas con desórdenes de la conducta alimentaria, los trastornos emocionales y el aislamiento social son comunes. Recientemente, se ha llegado a sugerir que la teoría emocional de la mente es un tema central en estas cuestiones (Medina-Pradas et al. 2012)



En los últimos años, pocos estudios han indagado en la manera en que los sujetos con Anorexia navegan en su entorno social, los resultados obtenidos son algo contradictorios. Así, para esclarecer esta cuestión, se han iniciado investigaciones que exploran la relación entre la teoría de la mente y los trastornos alimentarios (Warren, & Cooper, 2011; Adenzato, Todisco & Ardito, 2012; Medina-Pradas et al., 2012; Tchanturia, Smith, Weineck, Fidanboyly, Kern, Treasure, Baron-Cohen, 2013). En general, estos estudios muestran que la proporción de individuos que presentan un funcionamiento deficiente en tareas relacionadas con Teoría de la Mente, es mayor en las mujeres con anorexia que en los sujetos sanos del grupo control; de igual manera, muestran que los participantes con anorexia tienen alteraciones tanto en las tareas control como en las de teoría de la mente (Adenzato, Todisco & Ardito, 2012).

Los modelos contemporáneos de desórdenes alimentarios argumentan que tanto el estilo cognitivo como las dificultades sociales y emocionales están involucradas en el mantenimiento de estos trastornos (Harrison, Tchanturia, Naumann, & Treasure, 2012). El modelo de mantenimiento interpersonal cognitivo propuesto por Schmidt & Treasure (2006, citado en Harrison et al. 2012), sostiene que la *rigidez/inflexibilidad* puede contribuir al desarrollo del trastorno, dado que las dietas proporcionan a los individuos la oportunidad de definirse y/o adherirse a..., además, cuentan con muchos detalles, reglas y rituales, convirtiéndose en una situación que puede promover una sensación de dominio y control.

Ochsner (2008, citado en Harrison et al., 2012) propuso un modelo de funcionamiento emocional y social, este modelo postula que el funcionamiento emocional y social exitoso se apoya en una serie de habilidades que incluyen la adquisición de valores y

respuestas sociales y emocionales, el reconocimiento y las respuestas a información social y emocional, inferencia de estados mentales complejos y regulación emocional sensible al contexto. Algunos estudios como el de Schmidt & Treasure (2006, citado en Harrison et al., 2012) han demostrado que individuos con trastornos alimentarios presentan dificultades en las áreas de funcionamiento emocional y social.

Como señalan Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia, & Schmidt (2011), a lo largo del tiempo se han intentado describir los desórdenes alimentarios como una variante de uno y otro trastorno, desde el trastorno pituitario primario, pasando por la esquizofrenia, hasta un trastorno de ansiedad. Una comparación notable se ha hecho con las enfermedades del espectro autista. Estas hacen referencia a trastornos del desarrollo caracterizados por una tríada de anormalidades comportamentales: funcionamiento social anormal, dificultades en la comunicación y comportamientos restrictivos y repetitivos. Trastornos alimentarios como la negativa a ciertos alimentos, sensibilidad a la textura o a ciertos tipos de comida y comportamientos inusuales son comunes en personas con enfermedades del espectro autista. Baron-Cohen et al (2013), presentan otro parecido entre anorexia y autismo. A menudo, los pacientes con anorexia se preocupan en extremo por sí mismos (ya sea por su peso o su derecho a hacer lo que quieran), la palabra *autismo* significa, literalmente, un enfoque exclusivo en el yo. Esta preocupación se puede presentar como una falta de empatía, por ejemplo, el estrés que su comportamiento causa en las familias.

Oldershaw et al., (2011), indican que se ha aceptado la existencia de una base biológica en los desórdenes del espectro autista, así la neurociencia cognitiva ha buscado generar una teoría que pueda explicar las diversas anormalidades observadas en los

comportamientos de estos sujetos. Actualmente, hay tres teorías, cada una intenta relacionar anomalías cerebrales con alteraciones del comportamiento, demostrado a través del uso de paradigmas experimentales, también aplicados a los desórdenes alimentarios. Estos paradigmas son: (1) la hipótesis de la empatía-sistematización, desarrollada por Baron-Cohen (2002, citado en Oldershaw et al., 2011); (2) la teoría de la disfunción ejecutiva (Hill, 2004; citado en Oldershaw et al., 2011); y (3) coherencia central débil, estilo de procesamiento de información propuesto por Frith (1989, citado en Oldershaw et al., 2011).

En resumen, se han realizado diversos estudios acordes a esta temática que evidencian el alto porcentaje de personas que son propensas a padecer estos trastornos en el mundo. No obstante, los estudios realizados en Colombia son pocos y, generalmente, sólo se dedican a exponer cifras y reiterar la existencia de una problemática sin generar un aporte práctico o teórico que facilite la comprensión de estos trastornos o que, de alguna manera, sirva de base para la creación de programas de intervención enfocados a las personas que padecen de algún trastorno alimentario.

De igual manera, se hace notable que las dimensiones de apoyo social frente a los trastornos alimentarios están dirigidas al apoyo emocional, instrumental e informático, es decir, están enfocados en el progreso del paciente, más no en la prevención y detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria (Quiles, Quiles-Sebastián & Terol, 2003). Entonces se propone que el apoyo social no sólo se genere en el curso del trastorno sino en el inicio y en la remisión del mismo.

Por estas razones, nuestra investigación está orientada hacia la prevención y la detección temprana de los trastornos alimentarios. En consecuencia, elaboramos un instrumento de tipo Likert para identificar a las personas que podrían ser propensas a

padecer o estén padeciendo uno de estos trastornos, para establecer una forma de intervención. Al mismo tiempo, generar un aporte teórico conforme los factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo de trastornos alimentarios, anorexia y bulimia nerviosa. De igual manera, se pretende evidenciar si existe una relación entre el desarrollo de los trastornos alimentarios y la teoría de la mente.

## **4. Metodología**

Dado que la pregunta de investigación que tratamos de responder, es de gran amplitud, consideramos apropiado usar métodos cualitativos y cuantitativos de investigación para abarcarla de manera más completa.

### **4.1. Tipo de estudio y diseño de investigación**

El tipo de estudio de esta investigación es correlacional con un diseño mixto no experimental de tipo transversal (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 1997). Las características de este tipo de estudio permiten medir la relación entre dos variables.

De igual forma, para dar un mayor alcance al estudio, se utilizarán técnicas cualitativas que posibilitan indagaciones más profundas sobre las características que hacen que algunos sujetos sean más vulnerables a los TA; dichos rasgos se pueden rastrear gracias a los instrumentos cuantitativos utilizados, y si bien se reconoce que éstos permiten establecer correlaciones, cabe señalar que se quedan cortos en cuanto al carácter esclarecedor, el cual se logra con la ayuda de métodos como los grupos focales o el análisis discursivo.

### **4.2. Sujetos y muestra**

Para seleccionar a los sujetos se tuvo en cuenta que fueran estudiantes de colegio de grado séptimo debido a que se asoció este período escolar con el inicio de la pubertad; y se tuvo la posibilidad de contar con la disposición, tanto de las directivas del colegio como de los padres y los estudiantes.

Por lo tanto, la investigación se realizó en un colegio público ubicado en el barrio Tres de Julio, en la comuna 19 de la ciudad. Específicamente con los alumnos de dos grupos del grado séptimo. En total participaron 26 hombres y 42 mujeres con edades entre 11 y 15 años, con un promedio de edad de 13,04.

Cabe resaltar que la Institución cuenta con la disposición a participar en diferentes investigaciones, tanto que en su Proyecto Educativo Institucional (PEI) resaltan que toda la comunidad educativa se compromete a prestar su apoyo a todas las acciones que lleven un mejoramiento de todos los programas que apoyen los procesos de los estudiantes.

Luego se procedió a que los padres o tutores legales de los estudiantes firmaran los consentimientos informados sobre la investigación que tendría lugar en la Institución y de la que harían parte sus familiares. De igual manera, se hace énfasis en que debido al Sistema de Gestión de Calidad con el que cuenta la Institución, estos documentos deben quedar en su archivo, por lo cual se presentará un certificado que indique que estos consentimientos se encuentran al interior de la Institución.

Por otra parte, los sujetos accedieron voluntariamente a participar en la tarea “*leyendo la mente en los ojos*” y a responder la *escala de riesgo de cuatro factores* de manera individual y anónima. Posteriormente, para el grupo focal se realizó una selección de los sujetos partiendo de los resultados obtenidos en los instrumentos ya mencionados. Entonces, los jóvenes a escoger debían obtener un puntaje entre el cuartil 2 ( $Q_2=150$ ) y el cuartil 3 ( $Q_3= 225$ ) en la escala de riesgo, y entre 1 y 17 puntos en la prueba *leyendo la mente en los ojos*. Esto para poner a prueba la hipótesis de que una persona con dificultades en las habilidades mentalista tendría mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario.

La recolección de datos se realizó en tres momentos a lo largo de septiembre, octubre y noviembre del año 2014. La primera vez se aplicó la escala de riesgo, luego se utilizó la prueba *leyendo la mente en los ojos* y, finalmente, se realizó el grupo focal. Esta distribución se hizo tanto por la extensión de las pruebas y el espacio de tiempo del que se disponía para aplicarlas, como por las dificultades de horarios y diversas actividades administrativas y culturales que programaba la Institución.

### **4.3. Procedimiento**

Una vez seleccionadas las escalas y después de contar con los respectivos permisos del colegio, se procedió a la aplicación de la primera prueba. Así, se recurrió al espacio escolar para realizar la recolección de datos, dado que fue el espacio donde se podía encontrar a los estudiantes en un espacio familiar y controlado. Entonces, las investigadoras se encargaron cada una de un grupo, se les informó a los 68 sujetos que ellos podrían ser participantes de una investigación que se realizaría en tres momentos, también se les comunicó el propósito de la prueba, solicitándoles su participación voluntaria y dejándoles en claro que sus respuestas serían totalmente anónimas y confidenciales. Cuando se contó con el consentimiento de los sujetos, se prosiguió a la aplicación de la escala de riesgo en ambos grupos, se dispuso de un total de una hora y media para la recolección de los datos.

Se verificó que cada uno de ellos realizara la tarea de manera independiente, con el fin de evitar la influencia de terceros en sus respuestas. Cuando todos los sujetos terminaron responder la prueba, se les recogió el material y se les explicó que habría una próxima sesión donde debían responder otras preguntas. Para asegurarnos que las personas presentes en la primera sesión de aplicación estuvieran también en la segunda, se les pidió que escribieran su código en la parte superior del instrumento.

En el mes de octubre se realizó la aplicación de la prueba “*leyendo la mente en los ojos*”. Se les recordó el propósito de la investigación, posteriormente, se les entregó el material y se les explicó que se trataba de las imágenes del rostro de algunas personas y que su tarea era elegir, entre las cuatro opciones que tenían, la palabra que mejor representaba la expresión, pensamiento y emoción que ellos creían que tenían estas personas en la cara. Se esperaba que se completara la tarea en el transcurso de una hora.

Mientras los sujetos realizaban esta tarea, se verificaba que respondieran todos los reactivos. Asimismo, si surgía alguna duda sobre el significado de las palabras, se recurría a la explicación mediante ejemplos. Cuando terminaron de responder la prueba, se recogió el material y se les explicó que posteriormente se requeriría la ayuda de algunos de ellos para la tarea final.

Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes y se seleccionó a los participantes para los grupos focales teniendo en cuenta que en la escala de riesgo hubieran puntuado entre 150 y 225, y que en la prueba de empatía obtuvieran puntajes menores o iguales a 17. Se encontró que de la muestra total sólo 9 sujetos cumplían con ambas condiciones. Después de identificar esta información, se procedió convocar a los estudiantes para realizar el grupo focal.

Para plantear las preguntas bases del grupo focal, se tuvo en cuenta la puntuación general de cada categoría, al igual que las correlaciones significativas entre categorías. Por lo tanto se plantearon 10 preguntas base relacionadas con las opiniones que los jóvenes tenían de los TA en general, si sabían de ellos, cómo lo sabían, cuáles creían que eran las causas, cómo creían que debía ser una persona feliz (en el sentido de su imagen corporal), cómo les gustaría ser, entre otras.



Se adecuó el espacio para que todos los participantes del grupo focal se pudieran ver mutuamente y escuchar las opiniones de los demás. Luego, se acudió a cada salón para buscar a cada sujeto, que fueron fácilmente identificables gracias al código con el que marcaron los instrumentos. Después de que se reunió a los sujetos en el salón destinado al grupo focal, se les explicó cuál era el propósito de ese espacio, se les preguntó si se podía grabar sus voces, se les recordó que era un ejercicio anónimo y que no había respuestas buenas o malas.

Al principio los sujetos se mostraron tímidos y poco dispuestos a hablar, especialmente el único hombre que había en el grupo. Las chicas se miraban entre ellas como sorteando quién iba a empezar. Se les animó a que participaran y algunas de las chicas empezaron a compartir sus opiniones, dado que nos interesaba conocer lo que pensaba el chico se le preguntó directamente lo que pensaba sobre lo que decían sus compañeras sin conseguir mejores resultados. Cuando se dio por terminado el grupo focal, se les agradeció su participación.

#### **4.4. Instrumentos de recolección de información**

Mediante la aplicación de un cuestionario se utilizaron una serie de instrumentos auto-administrados, que fueron seleccionados considerando su pertinencia teórica y en función de los objetivos de investigación, en un intento por cubrir la información necesaria para las variables del objeto de estudio. Así, para la investigación se contemplaron variables socioculturales, familiares, biológicas, personales y empáticas.

Para explorar estas variables se recurrió a dos instrumentos. El primero fue una escala de riesgo de tipo Likert llamada “*Escala de Riesgo de Cuatro Factores*” que fue

creada para tal fin. El segundo fue una adaptación a nuestro idioma de una prueba que evalúa la teoría de la mente. Estas se describen a continuación.

La “*Escala de Riesgo de Cuatro Factores*”: Esta prueba tipo Likert está compuesta de cuatro factores predictores de conductas alimentarias de riesgo. Las opciones de respuesta van desde ‘*muy en desacuerdo*’ hasta ‘*muy de acuerdo*’. Contó con dos versiones preliminares, la primera de ellas constaba de 132 ítems basados en las definiciones conceptuales mencionadas en el capítulo II, relacionados con ámbitos de la vida familiar, relaciones con los pares, al igual que la percepción de sí mismos.

Para la validación del instrumento se siguieron los siguientes pasos:

1. La validación por pares, docentes de psicología de la Universidad del Valle con un nivel académico de maestría.

2. Búsqueda de ítems válidos por valores máximos y mínimos.

3. Alfa de Cronbach: 0.895.

4. Análisis de varianza:  $F=26,586$  (16,743);  $p<0,01$ .

Como resultado de esta evaluación se eliminaron 21 ítems que no respondían al constructo; así, del componente mantenedor correspondiente a la categoría de factores familiares, sólo se incluyeron dos ítems.

Dado que la segunda versión de la prueba tuvo 111 ítems, se procedió a realizar una validación por discriminación y el análisis correlacional para determinar que los ítems restantes respondieran al constructo y que la prueba fuera confiable. Tras realizar los cambios correspondientes, el instrumento quedó con 75 ítems, eliminando el componente

mantenedor de los factores familiares y algunos ítems de los factores socioculturales, los factores personales y los factores biológicos que restaban validez al instrumento.

Test “*leyendo la mente en los ojos*”: para utilizar este instrumento se solicitó el permiso de Krzysztof Gajos investigador de la Universidad de Harvard. Se utilizó la versión revisada del test de adultos, desarrollada por Baron-Cohen et al., (2001). La prueba está conformada por 37 fotografías de la región de los ojos de diferentes actores y actrices. Cada reactivo cuenta con 4 opciones de respuesta que remiten a emociones, pensamientos, sentimientos o acciones; esto da un mayor rango de respuesta que a su vez permite identificar de manera más clara las diferencias individuales y evita que las ejecuciones normales se aproximen al tope máximo de la prueba.

Para hacer uso de este instrumento, se tradujeron las 148 opciones forzadas de respuesta para adaptarlas a las características idiomáticas de nuestro contexto. Esta traducción se hizo basada en las acciones, emociones o pensamientos a los que remitían las palabras objetivo señaladas en cada ítem.

Cabe resaltar que si bien existe un test de la mirada diseñado específicamente para niños, no nos fue posible acceder a éste. Por lo que se recurrió a la versión para adultos, teniendo en cuenta que fue utilizado para evaluar las capacidades mentalistas en niños y jóvenes por diversos investigadores, entre ellos Baron-Cohen et al (1997).

Como técnica cualitativa se utilizaron grupos focales que son métodos de investigación efectuados mediante una entrevista grupal de carácter semiestructurada, que gira en torno a un tema propuesto por quien investiga (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).

Se decidió recurrir a este método porque permite profundizar en la información más relevante arrojada por las pruebas cuantitativas, específicamente en esta investigación; además, hace que “(...) *surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes*” (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009, p. 52).

#### **4.5. Categorías de análisis**

Actualmente, hay diversas formas de concebir los trastornos alimentarios, no obstante, para este trabajo, se parte de la concepción del trastorno alimentario como la alteración de las conductas relacionadas con la ingesta alimentaria, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta (Cruzat, Marzolo, Melipillán y Ramírez, 2008).

Dado que se pueden manifestar diferentes conductas conforme la ingesta alimentaria, es fundamental puntualizar que aquellos trastornos alimentarios que se tuvieron en cuenta para esta investigación son la anorexia y la bulimia. Según Cruzat et al (2008) la anorexia se caracteriza por un deseo irrefrenable por perder peso, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal por un miedo intenso a ganar peso y, por una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Por otra parte, la bulimia se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de atracones seguidos por conductas como el vómito inducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico o el ejercicio excesivo.

Para la construcción de la *Escala de Riesgo de Cuatro Factores*, se tuvieron en cuenta cuatro grandes categorías.

#### **4.5.1. Factores socioculturales**

Los factores socio culturales hacen referencia a todos los elementos que contribuyen a facilitar o justificar el adelgazamiento o la delgadez extrema, especialmente por razones sociales y estéticas (Dittmar et al., 2005; Mancilla et al., 2010a). De la misma forma, Dittmar et al (2005) señalan que existe una conexión entre las presiones ejercidas socialmente por el grupos de amigos, el medio, otros significantes, y la insatisfacción corporal, resaltando la importancia del contexto y las relaciones sociales en la prevención o aparición de los trastornos alimentarios.

Asimismo, los estudios realizados por Mancilla et al. (2010) demuestran que la asimilación del modelo estético y la influencia de las relaciones sociales en el aprecio de la delgadez, son factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria; y que el estereotipo de la delgadez está mayoritariamente dictaminado por el ambiente social en el que las mujeres y los hombres se desarrollan. Como también Jiménez y Silva (2010) lograron demostrar que el ideal transmitido a través de los medios de comunicación promueve emociones desagradables que pueden poner en riesgo la conducta alimentaria de las jóvenes.

Teniendo en cuenta lo anterior, y partiendo de la evaluación realizada por Carrillo et al (2011), se hizo una subdivisión de los diferentes elementos que conforman la categoría de factores socioculturales. Así, los factores socioculturales directos hacen referencia al apoyo o la influencia que opera en el sujeto por parte de su entorno; y los factores socioculturales indirectos están relacionados con toda la información que obtienen los jóvenes a través de los medios de comunicación, los cánones sociales y las imágenes publicitarias y de productos.

A la vez, se identificaron tres dimensiones básicas en que se dividen las influencias personales y socioculturales relacionadas con los mensajes mediáticos de culto al cuerpo en el bienestar de los jóvenes. La primera dimensión hace referencia a las influencias personales y sociales que pueden ejercer sobre la autoestima del sujeto, lo que dicen sus familiares y amigos. La segunda dimensión, está ligada a las a las influencias mediáticas de la información y la publicidad relacionadas con el culto al cuerpo, y cómo éstas ejercen cierto nivel de presión sobre el individuo. Y la última dimensión es la referida a la influencia de las imágenes de culto al cuerpo, relacionadas con el modelo estético de belleza actual. (Carrillo et al, 2011).

La subcategoría de los factores socioculturales directos, cuenta con las dimensiones de amigos y de pareja. Debido a que se pudo evidenciar en la teorización hecha por Carrillo et al (2011) que los factores más importantes relacionados con el culto al cuerpo, van ligados a la autoestima, los amigos, la familia y la pareja, por ser los significantes más directos e influyentes en la vida de los jóvenes.

Los factores socioculturales indirectos abarcan las dimensiones de insatisfacción corporal, influencia del modelo estética de la delgadez o canon de belleza y la información brindada por los medios.

La insatisfacción corporal es definida como el malestar producido por la evaluación negativa que una persona hace acerca de su peso y figura corporal. Gila et al., (2005) demostraron que las pacientes adolescentes que padecían trastornos de alimentación tienen más baja autoestima social y corporal que las adolescentes de la población “sana” y general, por lo tanto, se hace indispensable evaluar lo que piensan o sienten los adolescentes sobre su cuerpo para determinar si existe el riesgo de la aparición de un

trastorno alimentario. En la misma línea, Aceves, García y González-Pedraza (2011), concluyeron que la distorsión de la imagen corporal *“afecta particularmente al sexo femenino, que por motivos de índole comercial constituyen el centro en la promoción de una imagen corporal ideal, creando un culto a la delgadez”* (p. 131).

De manera similar, Glauert et al (2009) evidenciaron que la percepción que las mujeres tienen de un cuerpo normal e ideal, puede ser fácilmente maleable por la exposición al medio y social. Además, Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva (2006), realizaron una investigación en la cual se exhibe el hecho de que no sólo las mujeres están introyectando los ideales socioculturales de la delgadez, sino que los hombres también, lo cual podría incidir en las prácticas alteradas de la conducta alimentaria. Igualmente, Esnaola et al (2010), expusieron que la población joven y femenina, es más sensible a los problemas de insatisfacción corporal y de vulnerabilidad a la presión sociocultural que las mujeres de mayor edad, quienes exhibieron mayor manejo de las mismas.

Por otra parte, tenemos la influencia del modelo estético de delgadez o canon de belleza, el cual hace referencia a los agentes culturales que transmiten mensajes de que la delgadez es un sinónimo de belleza y éxito. Así, con base en el estudio realizado por Cruz-Torres et al (2013) se podrían entender los trastornos del comportamiento alimentario. Como una respuesta a los temores de las personas frente a la evaluación negativa que podrían recibir por no satisfacer los ideales de belleza.

Finalmente, como su nombre lo indica, el componente de información de los medios hace referencia a la información que se obtiene a través de las imágenes publicitarias, la moda, los productos e información de culto al cuerpo y también se incluye la información que es buscada de manera explícita por los jóvenes. Información que cuando

es utilizada de manera inadecuada, como la de imagen del cuerpo ideal de la mujer, puede llegar a generar mayores dudas y una calificación negativa frente al propio cuerpo, como lo afirma Sánchez (2003).

De la misma manera, Plaza (2010) afirma que los medios de comunicación son agentes fundamentales en la transmisión y potenciación de los mensajes sobre el deseo de la delgadez, el cual se presenta perpetuamente en los trastornos alimentarios. Ya que los medios de comunicación, canalizan la presión social para alcanzar la esbeltez, la cual es más fuerte en las mujeres que los hombres. Tiggemann y McGill (2004) han dicho que la exposición de imágenes corporales de mujeres a la población femenina incrementa la insatisfacción corporal y tuvo una repercusión negativa en el ánimo de los sujetos, evidenciando así que el efecto que tenían estas imágenes en las mujeres, estaba mediada por la comparación social reportada. Y por último, se volvió a retomar los planteamientos expuestos por Carrillo et al (2011).

#### **4.5.2. Factores familiares**

La familia es el primer grupo social que transmite las creencias, actitudes y modela las conductas relacionadas a la ingesta alimentaria que acompañan al individuo a lo largo de su vida. Estudios realizados por Mancilla et al (2010b) demuestran que la expresión dentro del núcleo familiar, la organización hábitos y actividades cotidianas, nivel intelectual y cultural familiar, y la orientación al logro; son variables que pueden perpetuar o impulsar un desorden en la conducta alimentaria.

De la misma forma, Tester y Gleaves (2005) encontraron que la motivación personal puede servir como un factor protector contra la internalización de las presiones



sociales y que los altos niveles de preocupación familiar en relación al cuerpo y la apariencia, tienden a hacer a las mujeres más vulnerables a la internalización de las presiones sociales. En consecuencia, la primera de las subcategorías de los factores familiares es la del factor etiológico, en donde se hace referencia al funcionamiento del círculo familiar y como éste puede propiciar un trastorno alimentario. Otra de estas subcategorías, es el factor mantenedor, que señala cómo las interrelaciones familiares pueden influir en el mantenimiento del trastorno alimentario. Por último, está el factor protector, el cual es propiciado por el círculo familiar quienes por medio de ciertas habilidades tratan de evitar o contrarrestar el riesgo de esta enfermedad.

#### **4.5.3. Factores biológicos**

La tercera categoría es la de los factores biológicos, en la que se hace referencia al desarrollo puberal y los efectos que éste tiene en el cuerpo a nivel biológico, cognitivo y conativo; y cómo es que estos cambios pueden afectar las relaciones interpersonales y socioculturales.

La conceptualización de esta categoría radica en los planteamientos de Perinat (2003) en los que explica que el desarrollo precoz en las niñas puede tener incidencia en los trastornos de conductas alimentarias, asociadas con afectos depresivos e insatisfacción de la imagen corporal, lo cual depende de cómo se apropien y asuman en su identidad sus nuevas características físicas. Por otra parte, también expone que hay una predisposición genética que puede influir en el padecimiento de un trastorno de la conducta alimentaria. Con base en estos planteamientos, el desarrollo precoz y la predisposición genética son tomados como subcategorías de los factores biológicos.

#### 4.5.4. Factores personales

La última categoría abarca los factores personales, los cuales son los aspectos de tipo personal, individual o psicológico que influyen en el bienestar psicológico – relacionado con tener un propósito en la vida, conseguir metas valiosas dentro del entorno propio- y el bienestar subjetivo –asociado a la felicidad personal o la satisfacción vital- ya que éstos son afines con la autoestima. Esta definición está sustentada en los hallazgos de algunos estudios realizados, por ejemplo: la investigación hecha por González et al (2003) la cual expuso que las características de la personalidad, los trastornos perceptivos conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control; son potenciales factores predisponentes de un trastorno alimentario.

Una de las subcategorías de los factores personales, es la de las conductas alimentarias o dietas ejercida por muchos adolescentes, ya sea para perder peso o ganar masa muscular. Usualmente, las niñas para lograr la apariencia ideal, muchas veces utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como: la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos auto-infligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales. Comportamientos que fueron estudiados por Dávila (2010), y Esnaola et al (2010), encontrando que el culto hacia la delgadez y la figura ideal pueden provocar malestar en las jóvenes, llevándolas a la búsqueda de ese ideal de belleza a toda costa, y que el deporte puede ser tanto un medio para alcanzar ese ideal o prevenir desórdenes de las conductas alimentarias, respectivamente.

Otra subcategoría es la de la autoestima, que se define como el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, nuestra manera de ser, los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Lo importante de esto, es que afecta nuestra forma de ser y la percepción de nuestra valía personal, perturbando nuestro comportamiento y la manera en que nos relacionamos con los demás. La baja autoestima se caracteriza por tener una baja valoración afectiva hacia nosotros mismos, lo cual está apoyado en la investigación realizada por Franco et al (2011), en la que se demostró que el perfeccionismo puede ser una de las causas que genere significativamente la interiorización del ideal de delgadez e insatisfacción corporal, las cuales son consideradas como factores de riesgo para el padecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

La última subcategoría es la de la percepción de la imagen corporal, lo cual hace referencia a la percepción o concepción que el sujeto tiene de su propio cuerpo y que no necesariamente concuerda con la realidad. Lo que fue rescatado de las investigaciones realizadas por Espeset et al (2012) y Clay et al (2005), quienes encontraron que los individuos que padecen de anorexia tienen diferentes experiencias que han generado su percepción corporal actual; estas experiencias están ligadas a la ingesta alimentaria, la comparación con la apariencia de otros, interpretar las opiniones acerca de sí misma expresadas o no por otras personas y relacionarse con los demás a partir de sus propias señales emocionales. Y que la autoestima en las mujeres tiende a declinar significativamente en la mitad de la adolescencia, debido a sus cambios corporales y la imagen corporal se comienza a desarrollar en un contexto sociocultural en donde predominan las imágenes mediáticas de una belleza femenina irrealista.

## **5. Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados a través de SPSS, entre ellos correlaciones de Pearson, ANOVAS y pruebas de confiabilidad; al igual que del análisis de discurso.

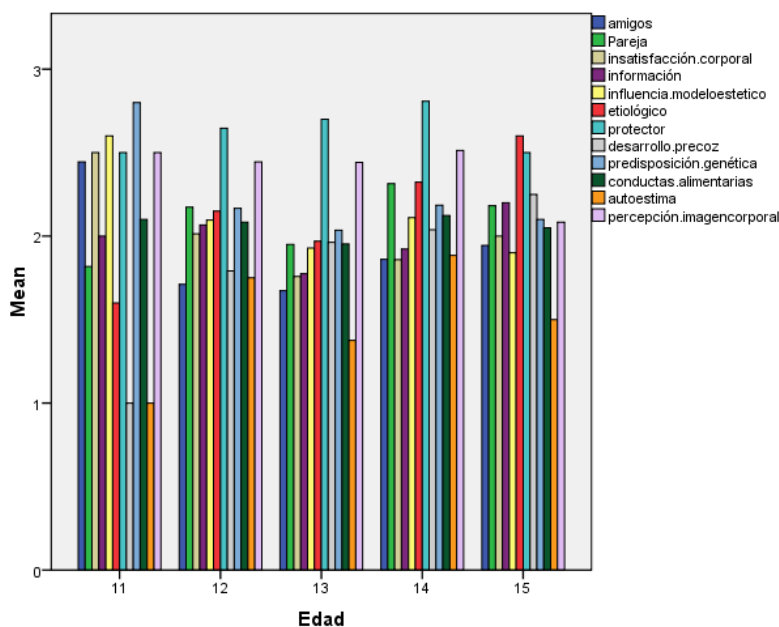
### **5.1. Resultados Cuantitativos**

#### **5.1.1. Escala de riesgo de cuatro factores**

Los resultados de los análisis cuantitativos se presentarán teniendo en cuenta las categorías de análisis.

De igual manera, se presentarán algunos gráficos. Éstos deben ser leídos teniendo en cuenta que el eje y representa el grado de aceptación de los sujetos frente a lo que se está midiendo, es decir, da cuenta de las respuestas de los sujetos a la Escala de Riesgo de Cuatro Factores que va de 1 a 4, siendo 4 más aceptado y 1 menos aceptado. Mientras que el eje x puede representar o la edad o el género, dependiendo de la variable elegida para comparar las categorías.

**Figura 1.** Distribución medial de las categorías de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores según la edad.



**Fuente: elaboración propia**

#### 5.1.1.1. Factores socioculturales

Según lo encontrado en la Figura 1, se pudo observar que hay una gran influencia por parte de los amigos entorno a los comentarios positivos o negativos que se hagan en relación a la imagen corporal, sin importar el género. Revelando que este tipo de opiniones comienzan a cobrar importancia aproximadamente a los 14 años.

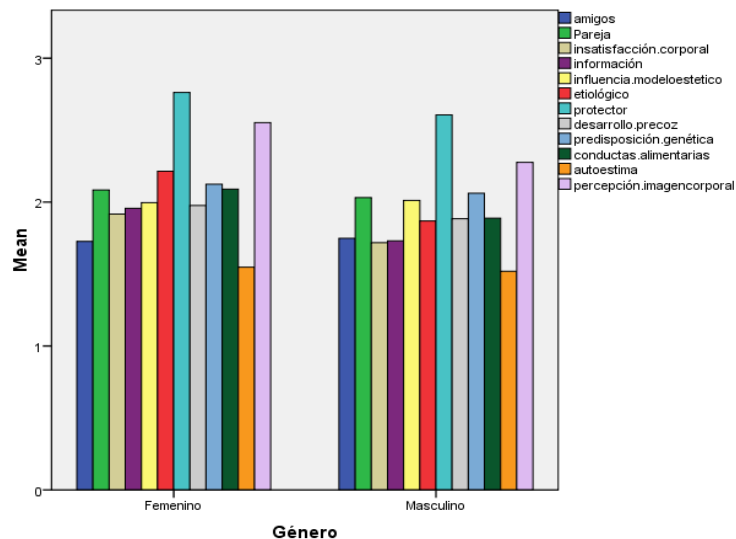
En cuanto a la insatisfacción corporal, la influencia del modelo estético y la información que reciben los adolescentes a través de los medios de comunicación, fueron altamente puntuadas en la escala. Logrando evidenciar la influencia que tienen estos factores sobre los individuos, especialmente los adolescentes, que están pasando por

un momento crucial de su desarrollo mientras constantemente están siendo expuestos y presionados a seguir los estereotipos de la sociedad.

### 5.1.1.2. Factores familiares

Aunque el factor protector dentro de la familia no puede ser considerado como un factor de riesgo para el posible desarrollo de un trastorno alimentario, es importante mencionar las dos posiciones que el círculo familiar puede adoptar en estos casos. Debido a que los resultados apuntaron que la familia es un factor clave frente a los sentimientos o emociones que se generan frente a la ingesta de alimentos, controlando así el régimen dietario que puede llegar a manejar uno de estos adolescentes, ya sea de manera positiva o negativa. En este caso, se pudo evidenciar cómo las mujeres sienten que hay mayor un mayor control sobre su alimentación por parte de su familia, a diferencia de los hombres, como se evidencia en la Figura 2.

**Figura 2.** Distribución medial de las categorías de la Escala de Cuatro Factores según el género.



Fuente: elaboración propia

### **5.1.1.3. Factores biológicos**

Con base a los resultados de los factores biológicos, es decir el desarrollo precoz y la predisposición genética, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, la puntuación adquirida demostró cierta significancia que es importante tener en cuenta, especialmente si se tiene en cuenta la investigación realizada por González et al (2003), quienes identificaron que los trastornos perceptivos conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control; son factores potenciales predisponentes del desarrollo de un trastorno alimentario.

Por otra parte, cabe considerar que ésta variable biológica es complicada de medir por medio de un instrumento de orden cuantitativo y cuando ciertos parámetros utilizados pueden no estar claros para los sujetos, lo que podría afectar el resultado de la herramienta.

### **5.1.1.4. Factores personales**

Según la Figura 1., la mayoría de los sujetos obtuvieron altas puntuaciones en la categoría percepción de la imagen corporal, al igual que en la categoría de conductas alimentarias, lo cual puede indicar que la percepción que tengan sobre sí mismos, posiblemente, puede determinar su régimen dietario. Lo cual también podría estar ligado a la baja autoestima, que afecta tanto a las mujeres tanto como a los hombres.

## **5.1.2. Análisis de varianza**

Como se puede ver en la Tabla 1, en el análisis de varianza según la variable edad, se encontraron diferencias significativas en la categoría Pareja y en Influencia del Modelo Estético de Delgadez, es decir que éstas generan un efecto en la variable dependiente. A diferencia de las otras categorías, que se comportan de igual forma en lo que a la variable edad se refiere.

**Tabla 1. Análisis de varianza de las categorías según la variable edad**

ANOVA		
	F	Sig.
Amigos	1,464	,224
Pareja	2,639	,042
Insatisfacción Corporal	,751	,561
Información de los Medios	1,154	,340
Influencia del Modelo Estético	2,849	,031
Etiológico	1,878	,125
Protector	,515	,725
Desarrollo Precoz	,926	,455
Predisposición Genética	,941	,446
Conductas Alimentarias	,585	,675
Autoestima	1,930	,116
Percepción de la Imagen Corporal	,429	,787

**Fuente: elaboración propia**

Por otra parte, en cuanto al análisis de varianza de la variable género, se encontró que existen diferencias significativas en cuanto a tres categorías: etiológico, conductas



alimentarias y percepción de la imagen corporal. Mientras que los otros factores de riesgo se comportan de igual forma en lo que se refiere a la variable género.

**Tabla 2. Análisis de varianza de las categorías según la variable género**

ANOVA		
	F	Sig.
Amigos	,044	,835
Pareja	,279	,599
Insatisfacción Corporal	1,744	,191
Información de los Medios	3,564	,063
Influencia del Modelo Estético	,046	,831
Etiológico	7,159	,009
Protector	2,789	,100
Desarrollo Precoz	,334	,565
Predisposición Genética	,289	,593
Conductas Alimentarias	4,421	,039
Autoestima	,027	,870
Percepción de la Imagen Corporal	7,321	,009

**Fuente: elaboración propia**

### 5.1.3. Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores

Con la finalidad de analizar si existe relación entre las variables Teoría de la Mente y Escala de riesgo de 4 factores y establecer si existe una relación de dependencia entre ambas, se realizaron pruebas estadísticas que se puede ver en la Tabla 3 y en la Tabla 4.

**Tabla 3. Análisis direccional de las variables Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores**

<b>Medidas direccionales</b>						
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada	
Nominal por Nominal	Lambda	Simétrica	,667	,038	13,366	,000
		Escala	,849	,051	11,320	,000
		Dependiente Teoría de la Mente	,491	,067	6,960	,000
	Goodman and Kruskal tau	Dependiente				
		Escala	,845	,013		,000 <sup>c</sup>
		Teoría de la Mente	,508	,012		,000 <sup>c</sup>
	Dependiente					

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basado en la aproximación chi-cuadrado

**Fuente: elaboración propia**

**Tabla 4. Medidas simétricas de las variables Teoría de la Mente y Escala de Riesgo de Cuatro Factores**

<b>Medidas Simétricas</b>			
		Valor	Sig. Aprox.
Nominal por Nominal	Phi	3,569	,000
	V de Cramer	,921	,000
	Coficiente de contingencia	,963	,000
N de casos válidos		61	

**Fuente: elaboración propia**

Tanto en la Tabla 3 como en la Tabla 4 se muestran las medidas de asociación para los datos analizados. Cada medida aparece acompañada de su correspondiente nivel crítico,

el cual permite decidir sobre la hipótesis de independencia: puesto que el nivel crítico de todas las medidas listadas es significativo (menor que 0,01 en los dos casos) podemos rechazar la hipótesis nula de independencia y concluir que las variables Teoría de la Mente y la Escala de riesgo de 4 factores están relacionadas

Se puede decir que existe una validez predictiva entre la Escala de riesgo de 4 factores y la Teoría de la mente, es decir, existe un grado de certeza con que se pueden predecir algunas características medidas a partir del instrumento en relación con un criterio externo. Esto se logró por el análisis estadístico de la relación entre dos variables: puntuación alta en la escala de riesgo de cuatro factores y puntuación baja en la tarea *“leyendo la mente en los ojos”*.

Por lo tanto, se puede destacar que los resultados de la tarea de reconocimiento de expresiones faciales son consecuentes con lo que la Escala afirma, es decir, que si una persona tiene un riesgo significativo de padecer un TA, presenta dificultades en cuanto a la sensibilidad social.

Teóricamente se piensa que existen similitudes entre la anorexia nerviosa y las enfermedades del espectro autista, dado que se caracterizan por presentar dificultades en la teoría de la mente, al igual que déficits en la interacción social que incluyen la incapacidad para el reconocimiento de expresiones faciales y comportamientos restrictivos y repetitivos en cuanto a la alimentación. Entonces, desde diferentes perspectivas teóricas se sugiere una relación entre los TA y diversos trastornos ubicados en el espectro autista (Warren & Cooper, 2011).

## **5.2. Resultados Cualitativos**

Posteriormente, para analizar los datos obtenidos en el grupo focal, se realizó un análisis de contenido teniendo en cuenta los planteamientos de Fernández (2002), quien señala la necesidad de unidades o categorías de análisis para realizar dicho trabajo. Así, teniendo en consideración las categorías establecidas en la escala Likert, se logró identificar 7 de éstas a lo largo del grupo focal, entre ellas, *amigos, insatisfacción corporal, información de los medios, influencia del modelo estético de delgadez, factor etiológico, conductas alimentarias, autoestima y percepción de la imagen corporal.*

Se encontró que las categorías más relevantes fueron la información de los medios y la influencia del modelo estético de delgadez. Referencias a éstas categorías aparecieron mayoritariamente cuando se les preguntó a los jóvenes que describieran un cuerpo bonito “*que tenga, pues... que no tenga muchos senos, pero que tampoco fuera plana... que sea más... pues no tan plana [...] pues no sé, de pronto [...] Laura Acuña o Carolina Cruz [...]*”. Con respecto a esto, se encontró una correlación entre el ítem 29 y el ítem 30 (ver anexo 2) que hacen referencia al seguimiento de consejos de cantantes o actrices para estar más delgadas, al igual que el deseo por tener un cuerpo como el de las modelos, respectivamente; se habla específicamente del deseo de las mujeres de ser más delgadas porque son más vulnerables a la información de los diferentes medios de comunicación, que a su vez promueven un tipo de cuerpo específico según el modelo estético imperante en la época.

Cuando se refería a los muchachos, una de las participantes mencionaba que “*me gustan que hagan ejercicio pero que tampoco sea exagerado pero que tampoco sea como un cubo*”; de igual manera, apareció la idea de que estos cuerpos que estaban describiendo debían ser alimentados de manera sana para que no se sintieran mal “*digamos que la*

*persona que es gordita le hacen chistes o en la casa le dicen que no coma tanto, que está comiendo mucho [¿cómo se ve una persona sana?] que no esté ni gorda ni flaca [...] que se preocupe por comer sano*". Como se mencionó anteriormente, estos enunciados responden a toda la información que obtienen los jóvenes a través de los medios de comunicación, los cánones sociales y las imágenes de la publicidad y los productos en general que permean la percepción que tiene sobre su cuerpo y sobre el de los demás; que también se sustentan en la correlación encontrada entre el ítem 35 y el ítem 39 (ver anexo 2), que refieren a la inconformidad que sienten las jóvenes hacia su propio cuerpo debido a las imágenes que ven en los medios de comunicación y al deseo por parecerse a estas mujeres que son más delgadas, cuestión que podrían relacionar con el éxito social..

Por otra parte, tenemos la percepción de la imagen corporal que surge cuando se le pregunta a los sujetos sobre cómo les gustaría ser físicamente, o si sentían agrado por su propia imagen. Una de ellas respondió *"yo para mejorar me pondría senos"*. Que de cierta forma implica que no se siente satisfecha con su cuerpo y que, de base, ya hay algo que debe cambiar de sí misma. Otra de las participantes mencionaba que le gustaría ser más delgada porque no se sentía cómoda con su cuerpo, dando a entender nuevamente que esta percepción de la imagen corporal va acompañada de la insatisfacción corporal, que impulsa esta idea de mejorar, de cambiar.

Asimismo, se encontró que algunos de los comentarios de los participantes referían a las categorías amigos y autoestima, por ejemplo, cuando se les preguntaba cómo se sentían los niños cuando algún compañero o amigo les decía cosas o se trataban muy fuerte *"yo creo que lo que más le puede afectar es tu autoestima y no debería ser así [...] porque en el colegio le pueden estar diciendo que están gordas que lo tratan mal y eso... y se*

*sienten mal*". De igual manera, los sujetos mencionaban que a las personas "gorditas" se les hacían chistes, se les trataba muy fuerte, lo que supondría un efecto negativo en el autoestima.

Por otra parte, se hizo una mención al factor etiológico, específicamente cuando decían que "[...] *en la casa le dicen que no coma tanto, que está comiendo mucho*", comentarios que pueden afectar el autoestima de los jóvenes y que bien podrían causar una extrema preocupación por la alimentación, además de insatisfacción con sus cuerpos.

Finalmente, encontramos la categoría de conductas alimentarias que surge cuando los jóvenes mencionan hábitos sanos o comentarios enfocados en la ingesta de alimentos, ya sea mucha o poca. Que además se sustenta en la correlación encontrada entre el ítem 58 y 59 de la misma categoría, en los que se hacen referencia a la tendencia por cuidar la alimentación para mantener el peso o por hacer algún tipo de dieta para bajarlo, es decir, los hábitos alimentarios e los jóvenes tienden a relacionarse con la posibilidad o el deseo de perder o mantener cierto peso, tal vez relacionado con el temor a subir de peso y ser menos deseable entre el círculo de amigos y no poder encajar en el modelo de belleza imperante.

## 6. Discusión

Mediante el análisis de los datos obtenidos, se generaron diferentes hallazgos que pueden corroborar lo encontrado en otros estudios, enriquecer las teorías existentes o abrir nuevas corrientes de investigación de acuerdo con esta problemática.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, en la Figura 2 se pudo evidenciar que las mujeres puntúan más alto en lo que respecta a la presión ejercida por los medios de comunicación y la sociedad en relación a al culto al cuerpo. Lo que es consistente con los planteamientos de Jiménez y Silva (2010), quienes demostraron la importancia que tienen los medios de comunicación en la divulgación de un modelo de belleza que favorece a las mujeres delgadas, promocionando emociones negativas hacia el propio cuerpo. Lo que puede poner en riesgo la conducta alimentaria de los jóvenes, al llegar a ejercer cierta presión social para mantener un cuerpo esbelto o conseguirlo a toda costa, ya que la delgadez se ha convertido en un sinónimo éxito, triunfo personal y social, como lo afirma Plaza (2010).

Una de las posibles razones por la cual en los resultados figura que las mujeres se preocupan y cuidan más la alimentación que los hombres, puede ser debido a que la población adolescente y femenina, tiene una tendencia a sentirse insatisfechas con su cuerpo y son más vulnerables a la presión social del medio, como lo argumentan Esnaola et al (2010), partiendo desde unos planteamiento referentes a los cambios biológicos y psicológicos propios de la pubertad.

De igual manera, como menciona Mancilla et al (2006), esta etapa del desarrollo puede ser considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de TA, puesto que se

genera una insatisfacción con respecto a un cuerpo que, en muchas ocasiones, crece deforme, que no es armónico y que muchas veces interfiere con la identificación con los pares, como se puede corroborar en los resultados de la edad que conciernen a esta categoría, puesto existe una tendencia a que la insatisfacción corporal aumente hacia los 13-14 años de edad, que a su vez se relaciona con la influencia que ejerce la información de los medios, justamente entre los 13 y 14 años, independientemente del género.

Es fundamental, tener en cuenta que estos resultados demuestran que no sólo las mujeres pueden sufrir de baja autoestima, (Clay et al 2015) sino que los hombres también sobrellevan una baja autoestima como lo argumentan Guadarrama y Mendoza (2011), quienes comprobaron que los trastornos alimentarios se pueden encontrar en ambos sexos sin una diferencia significativa entre ambos. Lo que es un indicador importante, que puede romper con ese imaginario que sólo las mujeres pueden tener baja autoestima y pueden llegar a padecer de un trastorno alimentario.

Es de resaltar, que algunos estudios sólo se concentran en el género femenino como lo hacen Tiggemann y McGill (2004), quienes afirman que la exposición de las imágenes publicitarias que exhiben mujeres delgadas han causado un incremento de la insatisfacción corporal y de la presión social para conseguir un cuerpo de esos. Sin embargo, son pocos o caso no hay estudios que expongan la idea que los medios también publican imágenes de hombres con cuerpos esculpidos y marcados, lo que podría generar una presión social sobre los hombres que no tengan un cuerpo como el expuesto, haciendo que haya mayor insatisfacción corporal y baja autoestima en los hombres, como lo indicaron Vázquez et al. (2006). Es decir, para ellos existe cierto canon de belleza, no sólo para las mujeres, con la



diferencia que este modelo estético está más ligado a la musculatura, definición y un cuerpo trabajado, no exactamente delgado como el de las mujeres.

Esto está relacionado con el hecho que los modelos de belleza son construidos y perpetuados por el contexto en que se desarrollen y se pueden transformar con el paso del tiempo. Actualmente el modelo de belleza mundial para las mujeres es el de la extrema delgadez, (Plaza, 2010). No obstante, esto puede variar dependiendo de cada cultura y lugar, pero en su gran mayoría se va a manejar un modelo de belleza esbelto. Ya sea una mujer delgada sin curvas, con curvas, operada o no operada, un cuerpo atlético o no, siempre se va a manejar el mismo estándar. En los hombres ocurre casi lo mismo, con la diferencia de que en algunos casos los sacrificios que éstos hacen, están más ligados al ejercicio y poco a la alimentación.

En cuanto a la categoría pareja y la categoría amigos, se encontró que no hay una diferencia significativa entre el género femenino y masculino frente a la información concerniente a las opiniones de los otros, lo que puede estar relacionado con la teoría de la comparación social, dado que hace referencia a las comparaciones que realiza un sujeto de sus opiniones y habilidades con respecto a las de su grupo (Urzúa, Zúñiga & Buunk, 2012).

Según Urzúa et al (2012) nos comparamos con nuestros iguales con el fin de evaluar las opiniones y capacidades, al igual que para obtener una validación por consenso de las creencias y actitudes. Así, se cree que en los seres humanos existe una tendencia a evaluar opiniones y capacidades y, mientras, no se disponga de medios no sociales objetivos, las personas evaluarán sus opiniones y capacidades comparándolas con las opiniones y capacidades de otros.

Por lo tanto, estos círculos sociales e inclusive la pareja, entran a jugar un papel fundamental en el posible desarrollo de un TA. Debido a los cambios corporales a los que se enfrentan y a la gran importancia que se le concede a la opinión del otro, puesto que no logran ajustarse a los cánones sociales, esto se convierte en una gran fuente de estrés por lo que, como mencionaba Plaza (2010), es posible que los adolescentes traten de imponer cierto control, una suerte de mecanismo de dominio sobre lo que les angustia. Muchas veces recurriendo a la comida o a las transformaciones corporales como ese algo tangible que les permite una manipulación más sencilla de lo que el adolescente, independientemente de su género, querría controlar: su imagen como ideal.

Asimismo, cabe resaltar que las comparaciones descendentes, es decir, comparaciones con alguien que es considerado inferior, sirven para elevar la autoestima (Wasilenko, Kulik & Wanic, 2007). Además, podemos retomar el planteamiento de Plaza (2010), quien expresa que estos resultados se pudieron haber manifestado porque la adolescencia es un momento crítico y clave para la construcción o reconstrucción y definición o redefinición de la propia identidad, la cual está mediada por la imagen personal. Esta es una etapa en donde se exterioriza un desvelo por la belleza y la apariencia, ya que la preocupación por el cuerpo es una forma de afirmación personal y también una herramienta para aumentar la autoestima.

En cuanto a la teoría de la mente, la edad, o más bien, la etapa del desarrollo se convierte en una dimensión de gran importancia –sobre todo en relación con algunos factores psicológicos como la influencia de la pareja y los amigos– ya que se caracteriza por la aparición de grandes retos en el dominio socioafectivo, es decir, las relaciones de pares cobran más importancia y las relaciones románticas se establecen durante este periodo, lo que implica la necesidad de un desarrollo más elaborado de habilidades socio

afectivas, que en etapas anteriores apenas si se estaban aprendiendo y que requieren ponerse en marcha casi de inmediato (Vetter, Altgassen, Phillips, Mahy & Kliegel, 2013).

Con relación a la percepción de la imagen corporal, se encontró que las mujeres tienden a ser más perceptivas que los hombres. Lo que se asemeja a lo planteado por Jiménez y Silva (2010), llegando a promover emociones que aumentan los niveles de depresión o ansiedad en los jóvenes y que finalmente pueden poner en riesgo la conducta normal alimentarias de las personas.

También cabe señalar que esta percepción de la imagen corporal es subjetiva y se encuentra determinada por la experiencia social. Entonces, es esperable que las mujeres experimenten y comprendan sus cuerpos de acuerdo con imágenes corporales que son culturalmente deseables y definidas (Cuevas, 2009). Esto concuerda con lo encontrado por Esnaola et al (2010), que sostiene que las mujeres manifiestan mayor inconformidad con su cuerpo y se sienten más afectadas por la presión social, a diferencia de los hombres, en parte porque las mujeres jóvenes son las más susceptibles a sentirse inconformes con su cuerpo y son más vulnerables a las presiones sociales.

A través de lo observado en la Figura 1, se puede dilucidar que algunos adolescentes están comenzando a controlar y alterar sus conductas alimentarias desde edades más tempranas. Lo que no muchos estudios están teniendo en cuenta, en especial en Colombia, por ejemplo, el estudio realizado por Fandiño et al (2007) en el que sólo se refiere a los adolescentes y personas que están en la universidad, y lo que es alarmante en este caso, es que desde los 11-12 años los niños ya se están preocupando por sus conductas alimentarias. Esta preocupación por la alimentación para mantener un cuerpo esbelto o alcanzar uno, puede estar relacionado a la baja autoestima, como lo menciona Clay et al (2005).

Esta preocupación por la alimentación para mantener un cuerpo esbelto o alcanzar uno, puede estar relacionado a la baja autoestima, como lo menciona Clay et al (2005), especialmente en la adolescencia y el género femenino, Sin embargo, estos resultados demuestran que no sólo las mujeres pueden sufrir de baja autoestima, (Clay et al 2015) sino que los hombres también sufren significativamente de una baja autoestima. Lo cual es un indicador importante, rompiendo así con ese imaginario de que sólo las mujeres pueden tener baja autoestima y que pueden llegar a padecer de un trastorno alimentario, tal y como lo argumentan Guadarrama y Mendoza (2011), quienes comprobaron que los trastornos alimentarios se pueden encontrar en ambos sexos sin una diferencia significativa entre ambos.

De la misma forma, en la Figura 2. En cuanto a la categoría información de los medios, se puede observar que las mujeres son más influenciadas por la publicidad hecha por los medios de comunicación, en relación con la belleza corporal. Lo que podría relacionarse con lo encontrado por Jiménez y Silva (2010), puesto que los medios juegan un papel fundamental en la transmisión del modelo de belleza contemporáneo, el cual favorece a las mujeres delgadas, mientras que *perjudica* a las personas con obesidad o sobrepeso. Así, la promoción de este modelo de belleza fomenta emociones negativas hacia el propio cuerpo, que pueden poner en riesgo la conducta alimentaria de los y las jóvenes.

Además, se resalta que la mayoría de publicaciones dirigidas a las adolescentes presentan famosos y famosas que responden a cierto modelo de belleza, y que se configuran para las jóvenes como arquetipos de belleza y de comportamiento deseados y deseables (Plaza, 2005 citado en Plaza, 2010)

Por otra parte, se debe hacer hincapié en que los modelos actuales de belleza no sólo afectan directamente al individuo que puede llegar a padecer de un trastorno alimentario, sino que también puede influenciar a las demás personas como la familia. Como se pudo ver reflejado en los resultados, la familia se convierte en una variable contundente que puede ser considerada como un factor de riesgo al llegar a propiciar el desarrollo, la protección – prevención- o el mantenimiento de las conductas patológicas de la alimentación. La importancia de la presión familia ya sea positiva o negativa, radica en al ser el núcleo primario del individuo, compuesto de los más allegados al individuo y con los que convive mayoritariamente.

Según los resultados, las mujeres son quienes se ven más afectadas por la presiones familiares para cuidar su conducta alimentaria, perder peso o mantenerse delgadas, lo que hace referencia a lo que Tester y Gleaves (2005) se exponían como el factor etiológico y el mantenedor. Muchas familias hoy en día, se dedican a comprar productos bajos en grasa, light y consumen pocos alimentos en paquetes, algunos lo hacen por salud pero otras familias lo hacen para que sus hijos o ellos como padres logren perder peso o no se pasen de su peso ideal. Sin embargo, pareciera que para las jóvenes este tipo de presiones y precauciones son lo suficientemente duras que pueden ser llevadas al extremo porque no sólo están siendo presionadas por la sociedad sino que por su familia, en caso tal de que en ésta haya un alto nivel de preocupación relacionada al cuerpo y la apariencia (Tester y Gleaves, 2005).

Este tipo de restricciones y preocupaciones por la alimentación por parte de los padres se está manifestando desde edades muy tempranas como lo demuestran los resultados de la *Escala de Riesgo de Cuatro Factores*. Claro está, que vivimos en una

sociedad que día a día se está preocupando más por su salud y eso incluye la nutrición, no obstante si se comienzan a generar estas restricciones desde estas edades, hay una gran posibilidad de que los hijos se sientan presionados a mantener estas conductas o inclusive incrementarlas por temor a subir de peso y perder la aceptación familiar.

Sin embargo, no todas las familias ejercen algún tipo de presión sobre sus hijos para que cuiden de su peso y se sometan a dietas, ya que hay otras familias que tratan de evitar el desarrollo de conductas alimentarias patológicas o tratan de disminuirlas en caso de tal de existir un TA. Esto a es a lo que Tester y Gleaves (2005) se refieren al factor protector de la familia, lo cual probablemente dependa de la organización familiar que se tenga, ya que no todas las familias son iguales.

En cuanto a la teoría de la mente, la edad, o más bien, la etapa del desarrollo se convierte en una dimensión de gran importancia –sobre todo en relación con algunos factores psicológicos como la influencia de la pareja y los amigos– ya que se caracteriza por la aparición de grandes retos en el dominio socioafectivo, es decir, las relaciones de pares cobran más importancia y las relaciones románticas se establecen durante este periodo, lo que implica la necesidad de un desarrollo más elaborado de habilidades socioafectivas, que en etapas anteriores apenas si se estaban aprendiendo y que requieren ponerse en marcha casi de inmediato (Vetter, Altgassen, Phillips, Mahy & Kliegel, 2013).

## 7. Conclusiones

Se identificó que tres grandes factores de riesgo que pueden llegar a representar una vulnerabilidad frente al posible desarrollo de un TA, son los factores socioculturales, tanto directos como indirectos, los factores familiares desde la postura etiológica y protectora, y los factores personales.

El factor de riesgo más importante es el de la familia, la cual puede ejercer presión para controlar la ingesta alimentaria de manera positiva como el factor protector o negativa como el factor etiológico, desde edades muy tempranas. La familia ha llegado a convertirse en un factor fundamental en el desarrollo o mantenimiento de un TA o la prevención o disminución de uno de estos. El núcleo familiar se permea de toda estas presiones sociales e información de los medios que inconsciente hace lo mismo con los niños y jóvenes, sin tener en cuenta que su opinión es la que más peso tiene en relación a la imagen corporal, en especial a las mujeres, quienes son las más presionadas y a las que más les controlan la comida. Es importante aclarar, que dependiendo de la organización familiar, ésta actuara de forma protectora o etiológica.

El resultado de la prueba piloto con el test “Reading the Mind in the Eyes” indica que tener dificultades con las capacidades mentalistas puede representar un posible factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. Como también, un nuevo campo de estudio que sería interesante y prodigioso investigar.

“La escala de riesgo de cuatro factores” ha mostrado su utilidad para establecer los posibles factores de riesgo ante el desarrollo de un trastorno alimentario.

Estudios como el de Tiggemann y McGill (2004), tienden a plantear que el género femenino es el más vulnerable y afectado por los trastornos alimentarios, cuando el género masculino también es propenso y vulnerable a desarrollar una conducta alterada de la alimentación. Esto se debe a que son muy pocos los estudios que tienen en cuenta a la población masculina en temas de trastornos alimentarios, por lo que la mayoría de las investigaciones se realizan sólo con mujeres, sesgando así una parte de la población.

Por otra parte, se hacen asunciones en relación al género que afectan los resultados de las investigaciones y relegan a la población masculina en temas de salud alimentaria. Es decir, relacionan que como las mujeres tienden a ser más afectadas por el modelo estético de la delgadez van a tener más baja autoestima que los hombres, cuando claramente los resultados exhibieron que los hombres también pueden tener una baja autoestima que los puede llevar a alterar sus conductas alimentarias como le puede pasar a una mujer.

Mediante el uso de las dos herramientas, la Escala de Riesgo de Cuatro Factores y la prueba “Reading the Mind in The Eyes”, se pudo establecer una posible relación directa entre los síntomas de riesgo asociados con el padecimiento de un TA y la dificultad en las habilidades mentalistas, es decir, el no poder reconocer asertivamente las expresiones faciales de las otras personas, puede llegar a representar otro factor de riesgo psicológico que puede propiciar el desarrollo o mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria.



## 8. Recomendaciones

En primer lugar se debe considerar a la población masculina en los estudios que se realicen conforme los trastorno alimentarios, porque esta población está en igual riesgo de padecer de un trastorno como el género femenino. Con la diferencia que han sido tomados en cuenta muy pocas veces en este tipo de estudios, por lo que la teoría es muy poca y los resultados son poco contundentes como en el caso de las mujeres.

Las conductas alimentarias están comenzando a ser controladas por medio de dietas por los padres y los jóvenes desde edades muy tempranas, lo se va a convertir en un problema de salud público a nivel nacional si no se ha algo al respecto. Campañas de prevención se deben comenzar a implementar desde antes de los 11 años, en las que no sólo se incluyan a los niños y jóvenes sino a los padres para que no ejerzan este tipo de presiones y controles de la ingesta alimentaria, que sólo están logrando el desarrollo y mantenimiento de estas conductas alimentarias.

De la misma forma, se debe comenzar a implementar seguimientos y herramientas que permitan diagnosticar el desarrollo de un TA en los adolescentes y así comenzar a tratar a tiempo y no cuando éste ya esté perpetuado o sea demasiado tarde para el individuo.

Asimismo, se deben realizar estudios que incluyan factores emocionales como la depresión, la ansiedad y la angustia para tener una mayor comprensión en las causas asociadas a estos trastornos.

Finalmente, se recomienda realizar un estudio que permita validar la prueba Reading the Mind in the Eyes para nuestro contexto, teniendo en cuenta tanto características físicas y socioculturales, así como idiomáticas.

## 9. Referencias

- Aceves, J. L., García, S., & González-Pedraza, A. A. (2011). La insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 128-132
- Adensato, M., Todisco, P. & Ardito, R.B. (2012). Social Cognition in Anorexia Nervosa: Evidence of Preserved Theory of Mind and Impaired Emotional Functioning. *PLoS ONE*, 7(8): e44414. Doi: 10.1371/journal.pone.0044414
- Alhucema, W., Figueroa, G., & Rozo, P. (2012). Retrospectiva y prospectiva de la teoría de la mente: Avances de investigación en neurociencias. (Spanish). *Psicogente*, 15(27), 178-197
- Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C., & Wheelwright, S. (2013). Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits?. *Molecular Autism*, 4(1), 1-8. Doi: 10.1186/2040-2392-4-24
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? En: *Cognition* 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, Adults with

- Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 241- 251. doi: 10.1111/1469-7610.00715
- Calvo, R., Gallego, L. T., Solórzano, G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R. & Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición hospitalaria*, 29(4), 941-952.
- Carrillo, M. V., Sánchez, M. F., & Jiménez, M. (2011). Factores socioculturales y personales relacionados con el mensaje mediático del culto al cuerpo influyentes en el bienestar de los jóvenes. *Comunicación y Sociedad*, 24(2), 227-252.
- Castro, L., Davies, H., Hale, L., Surguladze, S. & Tchanturia, K. (2010). Facial affect recognition in anorexia nervosa: is obsessionality a missing piece of the puzzle? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1118-1125.
- Clay, D., Vignoles, V., y Dittmar, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of research on adolescence*, 15(4), 451-477.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81-90. doi: 10.4067/S0718-22282008000100008
- Cruz-Torres, C., Díaz-Loving, R., Oropeza-Lozano, R., Díaz-Rivera, P., Padilla-Bautista, J. & González-Rivera, I. (2013). Temor a la evaluación social negativa: validez de

- constructo y criterio del instrumento de medición. *Universitas Psychologica*, 12(2), 531-545
- Cuevas, T. (2009). Cuerpo, feminidad y consumo: el caso de jóvenes universitarias. *Revista de Ciencias Sociales, I-II*(123-124), 79-92.
- Dávila, M. (2010). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. En: *Hospitalidad-Esdai*.
- De Hollanda, D. (2006). Falando sobre a mente: algumas considerações sobre la relação entre linguagem e teoria da mente. En: *Psicologia reflexao e critica*, 19(3), 387-394.
- Escobar, J. & Bonilla-Jimenez, F. (2009). Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67
- Esnaola, I., Rodríguez, A. & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*, 33, 21-29
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skarderud, F. & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 451-460
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351. Recuperado de <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28338402>>
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de ciencias sociales (CR)*, 2(96), 35-53.

- Fernández-Duque, D. (2008). Bases cerebrales de la conducta social, la empatía y la Teoría de la Mente. En: Labos, E., Manes, F. & Slachevsky, A. *Tratado de Neuropsicología Clínica: Bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Franco, P. K., Mancilla, D. J. M., Vázquez, A. R., Álvarez, R. G. & López, A. X. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10(3), 829-840. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377015>>
- Gila, A., Castro, J., Gómez. M. J., y Toro, J. (2005). Social and Body Self-esteem in Adolescents with Eating Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 63-71.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. y Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 443-452.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1-8.
- Guadarrama, R. & Mendoza, S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 125-136. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963011>>

- Harrison, A., Tchanturia, K., Naumann, U., & Treasure, J. (2012). Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(3), 261-279. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill
- Hughes, C. & Leekam, S. (2004). What are the links between theory of mind and social relations? Review, reflections and new directions for studies of typical and atypical development. *Social Development, 13*(4), 591-619.
- Inchausti, G. & Mara, T. (1999). Teoría da mente: Diferentes abordanges. En: *Psicologia reflexao e crítica, 12*, (2).
- Jiménez, B. & Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de psicología, 26*(1), 11-17. Recuperado de <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16713758002>>
- Mancilla, J. M., Ruiz, A., Vázquez, R. & Trujillo, E. (2010a). Factores socioculturales de hijas y padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(2), 311-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980005>
- Mancilla, J., Ruiz, A., Vázquez, R., López, X. & Álvarez, G. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(1), pp. 185-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211113>

- Mancilla, J., Ruiz, A., Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010b). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64716832012>
- Medina-Pradas, C., Blas Navarro, J., Álvarez-Moya, E. M., Grau, A. & Obiols, J. E. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2) 189-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723643001>
- Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 462-474. doi:10.1002/erv.1069
- Padilla-Mora, M., Cerdas, A., Rodríguez, O. & Fornaguera, J. (2009). Teoría de la Mente en niños preescolares: diferencias entre sexos e incapacidad de memoria de trabajo. En: *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* 9(2), 0-21.
- Peggy, G. (1999, Abril). A comparison of Chinese and English-speaking children on a series of theory of mind-related task. Poster presentado en el Biennial meeting of the society for research in child development. Albuquerque. EE.UU
- Perinat, A. (2003). Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial. Barcelona. Editorial UOC
- Portela, M., Vírveda, A. & Gayubo, L. (2003). Revisión sobre el estudio de la "Teoría de la Mente" en Trastornos Generalizados del Desarrollo y esquizofrenia. En: *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(6) 339-346.

- Quiles, Y., Quiles-Sebastián, M. J. y Terol, M. C. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio de revisión. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(2), 313-333.
- Quintana, I. (2004). Deficiencia auditiva y teoría de la mente. Un estudio de las variables que influyen en la comprensión de falsa creencia en niños y adolescentes sordos. (Disertación doctoral, Cornell Universidad de Málaga, 2004). Recuperado el 25 de agosto de 2014 de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2676/16764262.pdf?sequence=1>
- Roazzi, A. & Santana, S. (1999). Teoria da mente: efeito da idade, do sexo e do uso de atores animados e inanimados na inferencia de estados mentais. En: *Psicologia: Reflexao e critica*, 12, 307-330.
- Sánchez, J. (2003). La publicidad y el enfoque de la imagen femenina. En: *Comunicación y Sociedad*, 16 (2) 67-92.
- Tchanturia, K., Smith, E., Weineck, F., Fidanboyly, E., Kern, N., Treasure, J., & Cohen, S. (2013). Exploring autistic traits in anorexia: a clinical study. *Molecular Autism*, 4(1), 2-20. Doi: 10.1186/2040-2392-4-44
- Tiggemann, M. & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 23- 44.
- Tirapú-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? En: *Revista de Neurología*, 44 (8) 479-489.



- Treasure, J., Corfield, F. &Cardi, V. (2012).A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 431-438.  
Doi: 10.1002/erv.2181
- Urzúa, A., Zúñiga, P. &Buunk, A. (2012). La edad y el sexo en la orientación a la comparación social. *Terapia Psicológica*, 30(3), 79-88.
- Vásquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M. & Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Vetter, N., Altgassen, M., Phillips, L., Mahy, C. &Kliegel, M. (2013). Development of affective Theory of Mind across adolescence: disentangling the role of executive functions. *Developmental Neuropsychology*, 38(2), 114-125. Doi: 10.1080/87565641.2012.733786
- Warren, L., & Cooper, M. J. (2011). Understanding your own and other's minds: The relationship to eating disorder related symptoms. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 417-425. doi:10.1002/erv.1079s
- Wasilenko, K., Kulik, J. &Wanic, R. (2007).Effects of social comparisons with peers on women's body satisfaction and exercise behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 740-745. Doi: 10.1002/eat

## 10. Anexos

### Anexo 1. Versión final de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS**

*“Escala de riesgo de cuatro factores”*

Género: F\_\_ M\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

A continuación encontrará una serie de enunciados, usted deberá marcar con una (X) la respuesta con la que se sienta más identificado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

ENUNCIADOS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que mis amigos hacen comentarios negativos acerca de mi peso				
2. Considero que mis amigas me apreciarían más si fuera más delgada				
3. Constantemente utilizan apodos relacionados con el peso para dirigirse a mí				
4. La mayoría del tiempo mis amigos hacen bromas sobre mi peso				
5. Creo que las opiniones de mis amigos respecto a mi cuerpo son importantes				
6. Mis amigas creen que me alimento mal				
7. Pienso que los comentarios de mis amigos respecto a mi cuerpo no son importantes				
8. Mis amigos dicen que debería comer más				
9. Considero que si soy delgada puedo tener más amigos				
10. Quiero tener un novio(a) al que le guste como soy				
11. Pienso que si fuera más delgada mi novio me querría más				
12. Constantemente mi novia(o) me sugiere que haga ejercicio				
13. Sé que a mi novia no le importa mi peso				
14. Mi novio (a) dice que no debería hacer tanto ejercicio porque así estoy bien				
15. Me gusta cuando mi pareja dice que me veo más delgado (a)				
16. Creo que a mi novia (o) le gusta que haga mucho ejercicio y que coma poco				
17. Creo que si hiciera ejercicio mi novio me encontraría más sexy				

18. A veces siento que a mi novia (o) le disgusta mi peso				
19. Las exnovias de mi novio son más delgadas que yo				
20. Considero que la opinión de mi novio (a) respecto a mi cuerpo es importante				
21. Evito salir con mis amigos porque me siento mal con mi cuerpo				
22. Siento que debo cuidar mi peso para verme bien ante los demás				
23. Cuando hace un comentario sobre mi peso me siento mal				
24. Prefiero utilizar ropa amplia porque no resalta mi figura corporal				
25. Me preocupa que otras personas me vean gorditos o lllantas en la cintura o el estómago				
26. Evito ir a piscinas porque no me gusta que otras personas noten mi cuerpo				
27. Me da vergüenza comentar temas relacionados con mi peso con el médico y por eso busco información en internet o en revistas				
28. Busco recetas para bajar de peso rápidamente aunque nunca las pongo en práctica				
29. Sigo los consejos de cantantes o actrices para estar delgada				
30. Me gustaría tener un cuerpo como el de las modelos				
31. No suelo buscar información sobre cómo bajar de peso porque no me parece importante				
32. Me gustaría tener un cuerpo musculoso como el de los luchadores profesionales				
33. No me gusta comparar mi cuerpo con el de las modelos				
34. Pienso que la publicidad no puede afectar la satisfacción que siento con mi cuerpo				
35. Cuando veo las modelos en los medios de comunicación siento envidia				
36. Me siento lo suficientemente segura de mi cuerpo para no prestar atención a las imágenes publicitarias de los medios de comunicación				
37. Considero que las mujeres que tienen un cuerpo con “curvas” son más bonitas				
38. No le presto atención a los anuncios publicitarios relacionados con la pérdida de peso				
39. Las modelos que aparecen en publicidad me hacen sentir inconforme con mi cuerpo				
40. Creo que una persona muy delgada es saludable				
41. Pienso que sólo las personas delgadas pueden trabajar en los medios de comunicación				
42. En mi casa predominan los productos light				
43. En mi familia se hacen comentarios negativos sobre el peso de otras personas				
44. En mi familia hemos realizado diferentes dietas				
45. Mis papás creen que estoy muy delgada y por eso me obligan a comer				
46. Algunas veces mi familia me ha sugerido que me inscriba a algún deporte				
47. Mis papás me recomiendan alimentarme de manera balanceada				
48. Mis familiares no le dan tanta importancia al peso				
49. En mi casa llevamos una dieta balanceada				
50. En mi familia consideran que una mujer muy delgada es fea				
51. Pienso que empecé a desarrollarme antes que mis amigas (os)				
52. Si comparo mi desarrollo corporal con el de mis compañeros, es menor				
53. En mi familia hay personas que padecen de obesidad				
54. En mi familia todos tenemos los mismos gustos por la comida				
55. En mi familia se han presentado casos de desórdenes alimenticios				
56. En mi familia existe una tendencia a la delgadez				
57. Algunos de mis familiares tienden a ser obesos				
58. Considero que debo cuidar mi alimentación para mantener mi peso				
59. Hago algún tipo de dieta para bajar de peso				
60. Como lo que se me antoja sin preocuparme por mi peso				
61. Verifico las calorías que tienen los alimentos que voy a consumir				
62. No consumo alimentos con alto contenido calórico				
63. Suelo evitar los dulces y las grasas porque son los alimentos que más engordan				
64. He dejado de comer durante un lapso para bajar de peso				

65. Constantemente siento la necesidad de comer demasiado aunque después me siento culpable de haberlo hecho				
66. Me siento más feliz cuando mi estómago está vacío				
67. Después de ingerir una gran cantidad de comida he recurrido a purgarme (vómito)				
68. Evito comer, incluso cuando tengo hambre				
69. Cuando me miro en el espejo me siento triste con lo que veo				
70. Constantemente pienso que nadie se acerca a mí porque estoy gordo (a)				
71. Me atemoriza subir de peso				
72. Considero que tengo mejor cuerpo que la mayoría de personas de mi edad				
73. No me siento a gusto si soy muy delgada				
74. Hacer deporte me hace sentir bien				
75. Me preocupa mucho mi imagen				

**Anexo 2.** Láminas de la prueba Reading the Mind in the Eyes de Baron-Cohen et al.,

(2001)

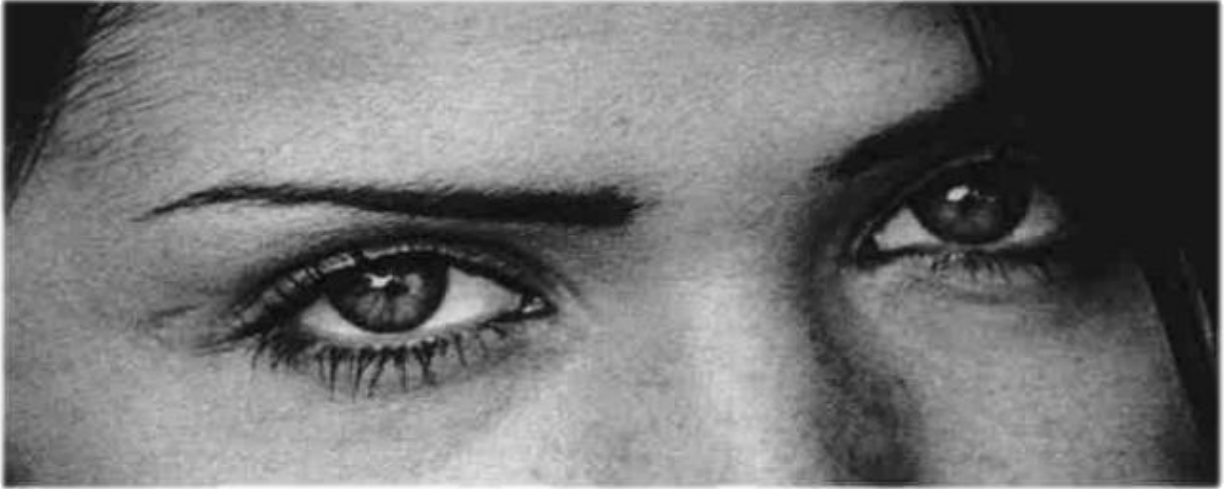
0.



1.



3.



4.



5.



6.



7.



8.



9.



10.



11.



12.



13.



14.





15.



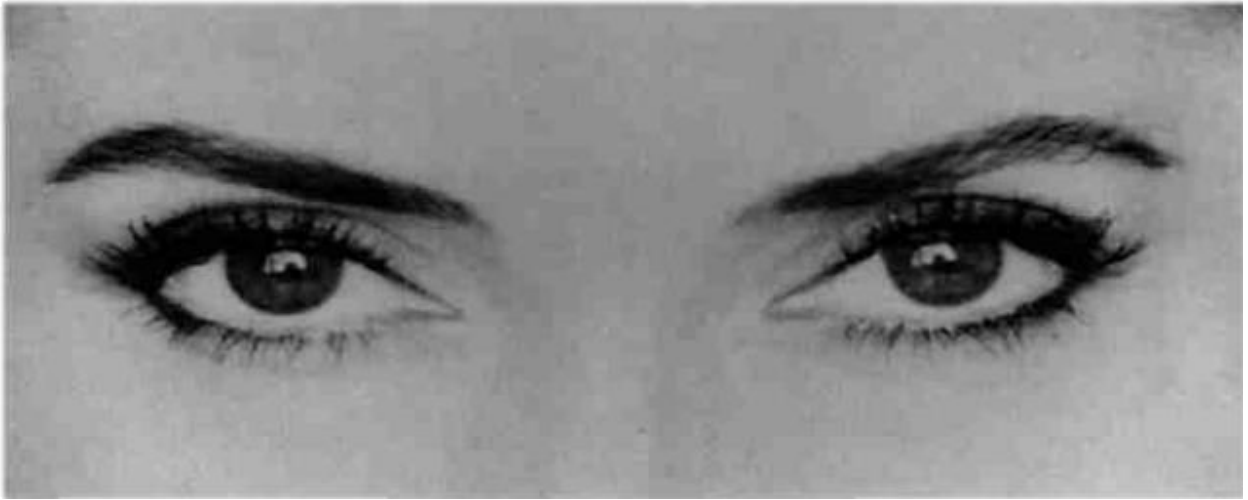
16.



17.



18.



19.



20.



21.



22.



23.



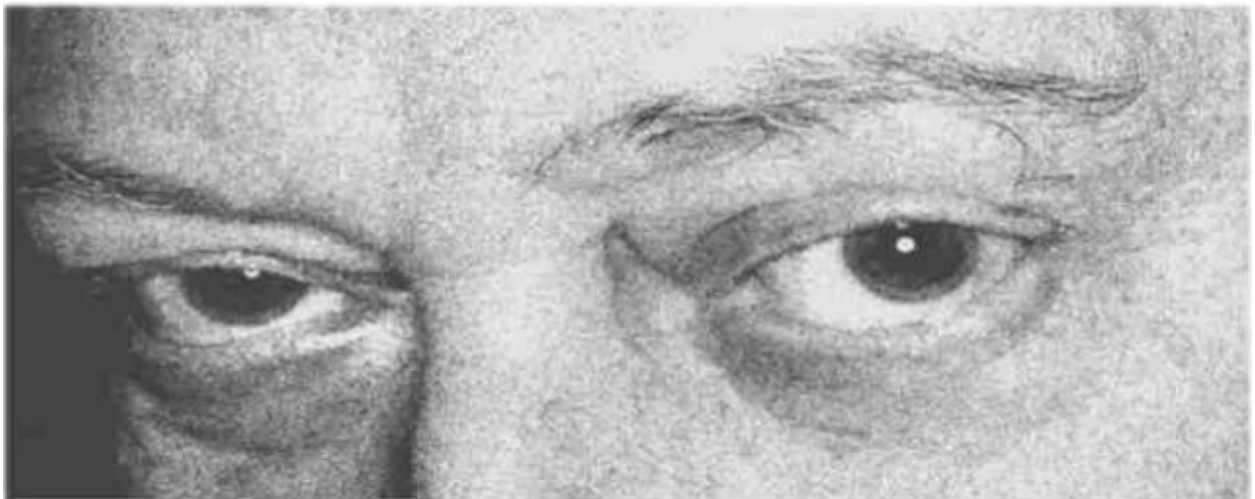
24.



25.



26.



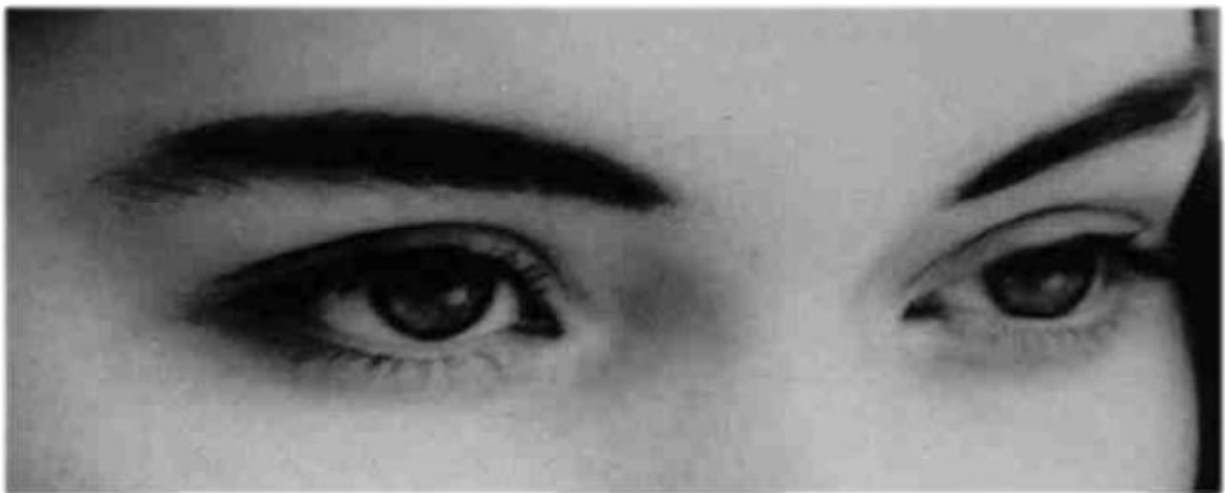
27.



28.



29.



30.



31.



32.



33.



34.



35.



36.



**Anexo 3.** Opciones de respuesta de la prueba Reading the Mind in the Eyes (Baron-Cohen et al, 2001).



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS**

*« Reading the Mind in the Eyes »*

Código estudiantil (número en la lista):

A continuación verá una serie de imágenes, marque con una (X) la palabra que usted cree que mejor describe lo que la persona en la foto está pensando o sintiendo

- |    |                       |                 |
|----|-----------------------|-----------------|
| 0. | a. Miedoso (temeroso) | c. Celoso       |
|    | b. Odioso             | d. Arrogante    |
| 1. | a. Juguetón           | c. Irritado     |
|    | b. Consolador         | d. Aburrido     |
| 2. | a. Arrogante          | c. Alterado     |
|    | b. Irritado           | d. Aterrorizado |

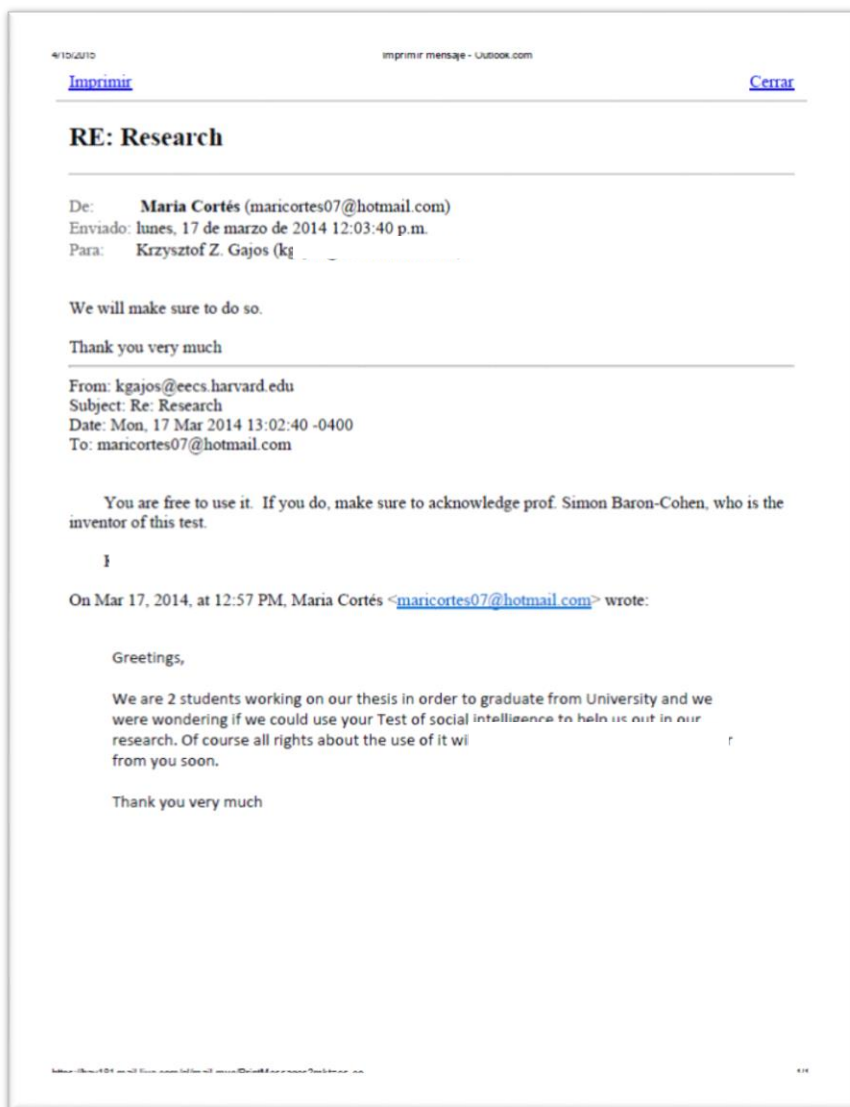


- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 3.  | a. Convencido<br>b. Nervioso              | c. Deseo<br>d. Bromear                             |
| 4.  | a. Divertido<br>b. Relajado               | c. Bromear<br>d. Insistente                        |
| 5.  | a. Amigable<br>b. Irritado                | c. Preocupado<br>d. Sarcástico                     |
| 6.  | a. Fantaseando (fantasear)<br>b. Alarmado | c. Atónito<br>d. Impaciente                        |
| 7.  | a. Intranquilo<br>b. amigable             | c. Arrepentido<br>d. Desalentado                   |
| 8.  | a. Emocionado<br>b. Aliviado              | c. Tímido<br>d. Desanimado                         |
| 9.  | a. Irritado<br>b. Hostil                  | c. Horrorizado<br>d. Preocupado                    |
| 10. | a. Cauteloso (precavido)<br>b. Aburrido   | c. Atónito<br>d. Insistente                        |
| 11. | a. Aterrorizado<br>b. Coqueto             | c. Divertido<br>d. Arrepentido                     |
| 12. | a. Escéptico<br>b. Avergonzado            | c. Desalentado<br>d. Indiferente                   |
| 13. | a. Tímido<br>b. Decidido (decisivo)       | c. Amenazante<br>d. Anticipando                    |
| 14. | a. Irritado<br>b. Decepcionado            | c. Deprimido (depresivo)<br>d. Acusador (acusante) |
| 15. | a. Alentador<br>b. Divertido              | c. Nervioso<br>d. Contemplativo                    |
| 16. | a. Pensativo<br>b. Irritado               | c. Alentador<br>d. Simpático                       |
| 17. | a. Juguetón<br>b. Afectivo                | c. Atónito<br>d. Dudoso (dubitativo)               |

18. a. Divertido  
b. Aburrido
19. a. Arrogante  
b. Agradecido
20. a. Amigable  
b. Horrorizado
21. a. Miedoso (temeroso)  
b. Fantaseando (fantasear)
22. a. Preocupado  
b. Insistente
23. a. Curioso  
b. Arrepentido
24. a. Pensativo  
b. Irritado
25. a. Miedoso (temeroso)  
b. Interesado
26. a. Alarmado  
b. Ansioso
27. a. Arrogante  
b. Cauteloso (precavido)
28. a. Afectivo  
b. Bromear
29. a. Impaciente  
b. Atónito
30. a. Coqueto  
b. Decepcionado
31. a. Bromear  
b. Avergonzado
32. a. Avergonzado  
b. Desconcertado
33. a. Preocupado  
b. Avergonzado
- c. Decidido (decisivo)  
d. Atónito
- c. Contemplativo  
d. Sarcástico
- c. Culpable  
d. Dominante
- c. Confundido  
d. Avergonzado
- c. Suplicante  
d. Agradecido
- c. Satisfecho  
d. Desafiante
- c. Emocionado  
d. Hostil
- c. Desanimado  
d. Incrédulo
- c. Tímido  
d. Hostil
- c. Tranquilizador  
d. Bromear (Bromista)
- c. Interesado  
d. Satisfecho
- c. Irritado  
d. Reflexivo
- c. Hostil  
d. Agradecido
- c. Confiado (seguro)  
d. Desalentado
- c. Alarmado  
d. Serio
- c. Culpable  
d. fantaseando (fantasear)

34. a. Atónito c. Aterrorizado  
b. Frustrado d. Desconfiado
35. a. Nervioso c. insistente  
b. Contemplativo d. Perplejo
36. a. Suspicalz c. Avergonzado  
b. Nervioso d. Indeciso

**Anexo 4.** Correspondencia con Krzysztof Gajos solicitando aprobación para utilizar la prueba *leyendo la mente en los ojos* (Baron- Cohen et al, 2001).



**Anexo 5.** Segunda versión de la Escala de Riesgo de Cuatro Factores



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS**

*“Escala de riesgo de cuatro factores”*

Género: F\_\_ M\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

A continuación encontrará una serie de enunciados, usted deberá marcar con una (X) la respuesta con la que se sienta más identificado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

ENUNCIADOS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que mis amigos hacen comentarios negativos acerca de mi peso				
2. Creo que mis amigos se preocupan porque como demasiado				
3. Pienso que mis amigos se preocupan por mi peso				
4. Mis amigos hacen comentarios positivos cuando bajo de peso				
5. Considero que mis amigas me apreciarían más si fuera más delgada				
6. A veces siento que mis amigos me rechazan por mi peso				
7. Constantemente utilizan apodos relacionados con el peso para dirigirse a mí				
8. Considero que mi peso genera que mis amigos me rechacen				
9. Mis amigos manifiestan preocupación porque estoy muy delgada (o)				
10. La mayoría del tiempo mis amigos hacen bromas sobre mi peso				
11. Creo que las opiniones de mis amigos respecto a mi cuerpo son importantes				
12. Mis amigas creen que me alimento mal				
13. Pienso que los comentarios de mis amigos respecto a mi cuerpo no son importantes				
14. Mis amigos dicen que debería comer más				
15. Considero que si soy delgada puedo tener más amigos				
16. Quiero tener un novio(a) al que le guste como soy				
17. Creo que a mi novio le gustaría que fuese más delgada				
18. Pienso que si fuera más delgada mi novio me querría más				
19. Constantemente mi novia(o) me sugiere que haga ejercicio				

20. Sé que a mi novio no le importa mi peso				
21. Mi novio (a) dice que no debería hacer tanto ejercicio porque así estoy bien				
22. Me gusta cuando mi novia (o) dice que me veo más delgado (a)				
23. Creo que a mi novia le gusta que haga mucho ejercicio y que coma poco				
24. Creo que si hiciera ejercicio mi novio me encontraría más sexy				
25. A veces siento que a mi novio le disgusta mi peso				
26. Mi novio (a) insinúa que debo inscribirme a un gimnasio				
27. Las exnovias de mi novio son más delgadas que yo				
28. Considero que la opinión de mi novia (o) respecto a mi cuerpo es importante				
29. Evito salir con mis amigos porque me siento mal con mi cuerpo				
30. Siento que debo cuidar mi peso para verme bien ante los demás				
31. Cuando hace un comentario sobre mi peso me siento mal				
32. Prefiero utilizar ropa amplia porque no resalta mi figura corporal				
33. Pienso que no debo usar ropa muy ajustada o muy corta porque no tengo la figura para ello				
34. Pensar en mi cuerpo hace que me sea difícil concentrarme en otras actividades				
35. Estar desnudo (a) frente a un espejo me hace sentir gordo (a)				
36. Me preocupa que otras personas me vean gorditos o llantas en la cintura o el estómago				
37. Estar junto a alguien delgado me hace sentir inseguro (a) con mi cuerpo				
38. Evito ir a piscinas porque no me gusta que otras personas noten mi cuerpo				
39. Me gusta visitar páginas de internet relacionadas con la pérdida de peso				
40. Siento curiosidad por métodos para bajar de peso rápidamente				
41. Busco información sobre dietas y tips de belleza				
42. Me da vergüenza comentar temas relacionados con mi peso con el médico y por eso busco información en internet o en revistas				
43. Constantemente busco consejos para bajar de peso				
44. Busco recetas para bajar de peso rápidamente aunque nunca las pongo en práctica				
45. Sigo los consejos de cantantes o actrices para estar delgada				
46. Me gustaría tener un cuerpo como el de las modelos				
47. No busco información sobre cómo bajar de peso porque no me parece importante				
48. Sería más exitosa (o) si cumpliera con los parámetros de belleza actuales				
49. Me gustaría tener un cuerpo musculoso como el de los luchadores profesionales				
50. Me siento presionada a ser como las modelos que aparecen en televisión o en revistas				
51. No me gusta comparar mi cuerpo con el de las modelos				
52. Prefiero no prestar atención a las diferentes tendencias de belleza				
53. Pienso que la publicidad no puede afectar la satisfacción que siento con mi cuerpo				
54. Cuando veo las modelos en los medios de comunicación siento envidia				
55. Me siento lo suficientemente segura de mi cuerpo para no prestar atención a las imágenes publicitarias de los medios de comunicación				
56. Considero que las mujeres que tienen un cuerpo con “curvas” son más bonitas				
57. No le presto atención a los anuncios publicitarios relacionados con la pérdida de peso				
58. Las modelos que aparecen en publicidad me hacen sentir inconforme con mi cuerpo				
59. Creo que una persona muy delgada es saludable				
60. Creo que las mujeres delgadas son mucho más exitosas				
61. Pienso que sólo las personas delgadas pueden trabajar en los medios de comunicación				
62. En mi casa predominan los productos light				
63. En mi familia se hacen comentarios negativos sobre el peso de otras personas				
64. En mi familia hemos realizado diferentes dietas				
65. Mi mamá o mi papá comentan que se me está notando la barriga				

66. Mis papás creen que estoy muy delgado (a) y por eso me obligan a comer				
67. Algunas veces mi familia me ha sugerido que me inscriba a algún deporte				
68. Varios familiares me han dicho que estoy muy gorda				
69. Mi familia me ha sugerido que coma menos				
70. Mis papás me recomiendan alimentarme de manera balanceada				
71. Mis familiares no le dan tanta importancia al peso				
72. En mi casa llevamos una dieta balanceada				
73. En mi familia consideran que una mujer muy delgada es fea				
74. Pienso que empecé a desarrollarme antes que mis amigas (os)				
75. Si comparo mi desarrollo corporal con el de mis compañeros, es menor				
76. Siento que comencé a preocuparme por mi peso una vez empecé a desarrollarme físicamente				
77. Considero que mis cambios corporales han afectado negativamente mi autoestima				
78. En mi familia hay personas que padecen de obesidad				
79. En mi familia todos tenemos los mismos gustos por la comida				
80. En mi familia se han presentado casos de desórdenes alimenticios				
81. En mi familia existe una tendencia a la delgadez				
82. Algunos de mis familiares tienden a ser obesos				
83. Considero que debo cuidar mi alimentación para mantener mi peso				
84. Hago algún tipo de dieta para bajar de peso				
85. Como lo que se me antoja sin preocuparme por mi peso				
86. Creo que debo comer menos para tener un cuerpo más bonito				
87. Siento la necesidad de dejar de comer para poder bajar de peso				
88. Cuento las calorías que consumo en el día				
89. Verifico las calorías que tienen los alimentos que voy a consumir				
90. No consumo alimentos con alto contenido calórico				
91. Suelo evitar los dulces y las grasas porque son los alimentos que más engordan				
92. He dejado de comer durante un lapso para bajar de peso				
93. Constantemente siento la necesidad de comer demasiado aunque después me siento culpable de haberlo hecho				
94. Me siento más feliz cuando mi estómago está vacío				
95. Después de ingerir una gran cantidad de comida he recurrido a purgarme (vómito)				
96. Trato de consumir alimentos que me ayuden a subir de peso				
97. Constantemente comparo mi cuerpo con el de otras personas				
98. Siento que nada me hace feliz				
99. Evito comer, incluso cuando tengo hambre				
100. Cuando me miro en el espejo me siento triste con lo que veo				
101. Constantemente pienso que nadie se acerca a mí porque estoy gordo (a)				
102. Me atemoriza subir de peso				
103. Considero que tengo mejor cuerpo que la mayoría de personas de mi edad				
104. No me siento a gusto si soy muy delgada(o)				
105. Hacer deporte me hace sentir bien				
106. Me preocupa mucho mi imagen				
107. Siento que me veo mejor ahora que me estoy desarrollando físicamente				
108. Me ha costado trabajo aceptar mi cuerpo tras los cambios de la pubertad				
109. Me gustaría tener el cuerpo que tenía antes de la pubertad porque era más delgada (o)				
110. Antes de la pubertad me preocupaba por mi imagen corporal en relación a mi peso				
111. Considero que estoy gordo (a) aunque mis amigos dicen que no es cierto				

**Anexo 6.** Transcripción del grupo focal realizado con los sujetos del estudio

Líder: pues... agradecerles por el tiempo, sobre todo por la disponibilidad que han tenido en todo este semestre todas las cosas que... o sea, es que es hartito y largo, pero pues esta es la parte final. Y pues es una conversación entre nosotros, nada se va hablar por fuera, ni nada por el estilo, entonces la primera pregunta que les teníamos: para ustedes ¿Qué es un... cómo es un cuerpo perfecto?

Persona # 1: un cuerpo bonito o no sé qué ustedes ven y escuchan que les echan flores.

Persona # 2: que tenga, pues... que no tenga muchos senos, pero que tampoco fuera plana... que sea más... pues no tan plana.

Líder: y nos puedes dar el ejemplo de una persona que conozcas así o que vean en la televisión y digan: “ese es el cuerpo ideal”

Persona # 1: No sé pues de pronto a Laura Cuña o Carolina Cruz ¿no?

Líder: para ustedes ¿cómo es el cuerpo de una mujer perfecta?

Líder : digamos que un hombre o un muchacho sería musculoso a o más bien delgado?

Líder: para ustedes ¿cómo les gustaría un niño? ¿qué fuera más delgado? ¿más fortachón?

Persona # 3: pues... yo tengo un novio que tiene un amigo que el estado físico es más o menos, pues... tiene músculos.

Líder: entonces así es cómo te gustan! Que no sean tan flacos ni tan... que hagan ejercicio. Y ¿a usted?

Persona# 4: me gustan que hagan ejercicio pero que tampoco sea exagerado pero tampoco que sea como un "Cubo".

Líder: algo exacto? Que sea alto, bajito?

Persona #?: alto, blanco...

Líder: ¿de ojos claro? Y ¿el pelo?

Persona#?: sonrisa encantadora

Líder: y ustedes como, cambiando de tema, cómo les gustaría a ustedes como ser físicamente? Más altas, más bajitas, más... de... lago un poquito algo de otro poquito. O se quieren así cómo son?

Persona #: ¿cómo?

Líder: o se quieren así cómo son?

Persona #?: yo para mejorar me pondría senos...

Líder: ¿vos cómo te gustarías?

Persona #: me gustaría ser más delgada...

Líder: por qué te gustaría eso?



Persona #: no sé me siento cómoda

Líder: digamos que cuando usted digamos que te sientes... en donde has visto o que sientes, es percepción tuya o sientes sientes que deberías ser como más delgado o que debería ser así? O digamos que es la televisión que hace que tu digas de que quieras ser así?

Persona #?: ¿las dos?

Líder: ustedes saben que son los trastornos alimenticios? Trastornos alimenticios...

Persona #?: Yo creo que es dejar de comer para estar más delgados

Líder: entonces digamos que a lo que a nosotros nos tocaba era estudiar la bulimia, que es dejar de comer para estar más delgada o también cuando comes mucho y después vomitas, o usan laxantes, entonces ellos van al baño, no retienen la comida. Ustedes cuales piensan por qué se dan? O por qué piensan que la gente deja de comer? O por qué vomitan después de comer?

Persona #?: 05:06- 05:11 (imposible transcribir)

Líder: ¿qué dijiste?

Persona#?: 05:13- 05:20 (imposible transcribir)

Líder: y... como creen que se siente una persona que está padeciendo de un trastorno alimenticio? verse forzada a realizar esas acciones? Como creen que se sienten?

Persona #: ¿en qué sentido?

Persona #: pues hay muchas personas que comen y comen y no engordan pero hay quienes engordan con una comida y dicen que no yo quiero ser así

Líder: y ustedes cuando, cuando... como creen que se sienten las personas que tiene sobrepeso y se ríen de él o hacen burlas de él.

Persona #?: de pronto el quisiera ser delgado... (no se entiende)

Líder: ustedes creen que eso solo les pasa a las mujeres? O a hombres y mujeres también?

Persona #?: para ambos

Líder: Porque crees qué es eso? O cómo crees que es eso?

Persona #?: digamos que entre los niños uno ve que se tratan más fuerte y se dicen cosas, de pronto eso que dicen también los afecta

Líder: ¿cómo creen que les pueda afectar?

Persona #?: yo creo que lo que más le puede afectar es tu autoestima yo no debería ser así.

Líder: ustedes como creen que una persona que tiene trastorno alimenticio se ve al espejo? Que piensan cuando una persona se para en frente del espejo cómo piensa o como se ve?

Persona #?: se ve gorda

Persona#?: (imposible transcribir)

Líder: pero ven que si saben de trastornos!

Líder: alguien quiere decir algo más

Líder: ¿cómo creen que se ven? ¿se ven normal? ¿cómo creen que los afecta los comentarios de sus amigos de su familia acerca del peso de una persona o apariencia de una persona?

Persona #?: digamos que la personas que es gordita le hacen chistes o en la casa le dicen que no coma tanto, que está comiendo mucho.

Líder: ¿cómo creen que eso afecta a una persona?... o piensan que eso los hace sentir más mal hasta el punto que puede llegar a: “vamos hacer dieta!”. Piensan que eso puede ayudar a que las personas tomen medidas para que tengan un efecto?

¿Y para ustedes como una persona sana, así como están, sin decir lo del gimnasio, como se ve físicamente sana?

Persona #?: que no esté ni gorda ni flaca, ¿y qué otras cosas? Que haga deporte que este más sano

Persona #?: que se preocupe por comer sano...

Líder: ¿por qué creen que una persona llega al punto de sufrir un trastorno alimenticio?, dejan de comer, empiezan a vomitar... ¿por qué creen que llega hasta ese punto?

Persona #?: porque en el colegio le pueden estar diciendo que están gordas, que lo tratan mal y eso... y se sienten mal.

Líder: cuando ustedes ven televisión y ven a esas personas ustedes como la perciben? Cómo es la protagonista? O sea que... ustedes la ven que tienen ciertas

Persona #?: características

Líder: las presentadoras de televisión... ¿cómo son todas?

Persona #?: ¿antes? Delgadas

Persona #?: oji(ojo) claras

Líder: así lo imponen como una réplica de personas como en contras partes como en las novelas, películas.

**Anexo 7.** Certificado de consentimientos informados



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

4143.007.13 \_\_\_\_\_

Santiago de Cali, 24 de julio de 2015

Doctora  
JACKELINE CANTOR  
Directora  
Programa de Psicología  
UNIVERSIDAD DEL VALLE

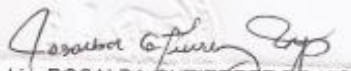
ASUNTO: CUMPLIMIENTO DE TRABAJO DE CAMPO

Atento saludo.

Le informo que las estudiantes MARIA ALEJANDRA CORTES y STEFANIA CANO llevaron a cabo el trabajo de campo de la investigación "Factores Psicológicos que influyen en el desarrollo de la anorexia" en las instalaciones de la Institución Educativa LICEO DEPARTAMENTAL.

En el archivo están consignados los respectivos consentimientos, está pendiente la entrega del informe final.

Cordialmente,



Lic. ROSALBA GUTIERREZ ROJAS  
Coordinadora de Jornada

Proyectó: Lic. Rosalba Gutiérrez R./Coordinadora  
Elaboró: Guadalupe Castro/Secretaría