



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

AUTOIMAGEN Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON
INDICADORES DE ORTOREXIA

TUTOR:

ADRIANA PAZ CASTILLO

AUTOR (ES):

ANDRISH GÓMEZ
ANDREÍNA RONDÓN

CARACAS, SEPTIEMBRE DE 2017



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**Autoimagen y Autoconcepto en adolescentes con indicadores de Ortorexia
(Trabajo de grado presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial
para Licenciados en Psicología)**

TUTOR:

Adriana Paz Castillo

AUTOR (ES):

Andrish Gómez¹

Andreina Rondón²

Caracas, septiembre de 2017

¹Andrish Gómez, Departamento de Psicología Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: andrish_1994@hotmail.com

²Andreina Rondón, Departamento de Psicología Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: andreinalisetterondon@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, la Virgen y al Espíritu Santo.

A mi profesora y tutora Adriana Paz Castillo, por su incondicional ayuda, extendiendo su noble labor más allá de las exigencias académicas, siendo nuestra guía en esta investigación, ofreciendo en cada sesión material de apoyo y diversos recursos que facilitarían y enriquecerían al desarrollo del trabajo.

Aunado a ello quiero agradecer a mis padres Marilú Tarazona Guerrero y Adelmo José Gómez Caro, los cuales me impulsaron día a día con sus palabras de aliento, mostrando su incondicional interés por conocer los adelantos que llevaba en la investigación, no olvidando su apreciado y valeroso apoyo económico pese a las precarias circunstancias por las que atravesaba Venezuela.

A mi hermano Jesús Andrés (*Sus*) por ser ese calmante que ayudaba a drenar las tensiones y ansiedades producto de momentos agobiantes durante la tesis.

A mi abuelo José Tarazona Peña y mi nono Amos José Gómez Alarcón, quienes desde el cielo me iluminaron y bendijeron, deseando de corazón estar presentes este día. De igual forma, a mi abuela Olga Marina Guerrero la cual siempre ha mostrado su cariño en cada una de mis visitas, preguntando una y otra vez por mí y mis estudios.

A mi compañera de tesis Andreína Rondón por ser ese resorte de risas y rabietas, y ser cada día una amiga más cercana, donde cultive mi cariño y aprecio incondicional.

A mis amigos cercanos Edgard, Marco, Marium, Mayoira, Any y Luis Bravo por estar al pendiente en cada etapa de la elaboración de mi tesis.

Nuevamente a Edgard y a su madre, la señora Betty Reyes quienes han poseído un gesto enorme, noble, solidario y admirable con nosotros, al apoyarnos de manera gratuita con impresiones para diversas entregas de la tesis.

Al jurado y jurado suplente de mi tesis, por estar allí, prestos de ofrecer una evaluación de calidad.

A los jóvenes que nos ayudaron en la elaboración de la tesis siendo parte de nuestra muestra de investigación.

A Roybert por llegar con su nobleza en el momento en el que más lo necesitaba.

A las familias Tarazona Guerrero, Gómez Caro y Rondón Rodríguez.

Andrish José Gómez Tarazona

AGRADECIMIENTOS

A mi hermana, mis papás, mis abuelos, mis tíos y mis tías, por su apoyo incondicional desde que ingresé a la universidad.

A mis amigos, compañeros y vecinos, por estar siempre dispuestos a recibirme en sus casas, haciéndome sentir bienvenida, y siendo tan amables y atentos conmigo.

A mi compañero de tesis Andrish Gómez, por su dedicación.

Al profesor Lorenzo Maria Donini, de la Universidad de Roma “La Sapienza” por facilitarnos su versión del Test Orto-15.

A mi querida profesora de italiano Graciela Bonanno por ayudarnos con la traducción del instrumento original.

A nuestra tutora Adriana Paz Castillo, por brindarnos su tiempo a pesar de la situación país y la irregularidad del último semestre.

A nuestros jurados, por aceptar colaborar con nosotros.

A la profesora Francis Krivoy, por habernos dado la idea para nuestro tema de tesis.

A todos los adolescentes que conformaron nuestro universo y nuestra muestra, por su interés en participar y mantenerse al tanto del avance de la investigación.

A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron con el desarrollo de este proyecto.

Andreína Rondón

DEDICATORIA

A mi Nonita Felicita Caro Rodríguez

“Yo te extrañaré, tenlo por seguro ”

Tercer Cielo

DEDICATORIA

A nuestro compañero Ragde Joel Olivo Flores

“Cuando un amigo se va queda un espacio vacío...”

Alberto Cortez

DEDICATORIA

A Juan Pablo Pernalet Llovera

¿Por qué buscáis entre los muertos al que vive?

Lucas 24:5

AUTOIMAGEN Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON INDICADORES DE ORTOREXIA

Andrish Gómez
andrish_1994@hotmail.com

y

Andreína Rondón
andreinalisetterondon@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela
Escuela de Psicología

RESUMEN

Este trabajo investiga cómo es la autoimagen y el autoconcepto en una muestra de sujetos con indicadores de ortorexia. Se propone explorar y describir la presencia de ambos constructos y la tendencia a padecer ortorexia en un conjunto de adolescentes. El universo se conforma por un grupo de jóvenes con edades entre los 16 y 22 años, de ambos sexos, residentes del área metropolitana de Caracas, a los cuales se les aplica el Test Orto-15, y según los resultados obtenidos se constituye la muestra, a la cual se le suministra el Test de Imagen Corporal de Gardner, la Escala de Medición de Percepción Corporal de Castro y Colás, la Escala de Autopercepción de Imagen Corporal de Montero y la Escala de Autoestima de Rosenberg, además de una entrevista semi-estructurada y el Test de Figura Humana. Se utilizan los porcentajes y las frecuencias, acompañado de un análisis categórico y descriptivo para las entrevistas, el Test Orto-15 y Figura Humana. Se encontraron marcadas tendencias obsesivas en estos jóvenes. También que los chicos se sienten más insatisfechos con su imagen corporal que las chicas, por lo que la critican frecuentemente y buscan aumentar su masa muscular.

Palabras Clave: autoimagen, autoconcepto, ortorexia, adolescencia, trastorno alimenticio.

SELFIMAGE AND SELFCONCEPT IN TEENAGERS WITH ORTHOREXIA INDICATORS

Andrish Gómez
andrish_1994@hotmail.com

and

Andreína Rondón
andreinalisetterondon@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela
Escuela de Psicología

ABSTRACT

This research takes the relationship between selfimage and selfconcept in subjects with orthorexia indicators. Its main objective being to explore and describe the presence of both constructs as well as the tendency to suffer from orthorexia in teenagers. The universe consists of a host of adolescents, males and females with ages ranging from 16 to 22 years old, and all of them living in Caracas metropolitan area. They all took the Ortho-15 Test and the results obtained became the sample to work with after Gardner's Body Image Test, Castro and Colás Measurement Scale of Body Perception, Montero's Self Perception Scale for Body Image and Rosenberg's Self Esteem Image Scale were administrated. Apart from this a semi-structured interview along with the Human Body Drawing Test were employed. Percentajes as well as frequency indicators are used accompanied by a categorical and descriptive analysis of the interviews, the Ortho-15 and the Human Body Tests. Quite obsessive tendencies were found in these boys and girls. So much so that boys feel more unsatisfied with their body image than girls. Thus they criticize it more often and make efforts to have a bigger size.

Keywords: selfimage, selfconcept, orthorexia, teenagers, eating disorder.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	15
II. MARCO TEÓRICO	17
Adolescencia	17
Autoimagen o Imagen Corporal	19
Autoconcepto	23
Dimensiones del autoconcepto	23
Desarrollo del autoconcepto	25
Construcción del autoconcepto	26
Factores que influyen en su formación.....	26
Nutrición	27
Nutrición en Venezuela	28
Trastornos alimenticios.....	29
Ortorexia	30
Concepciones de la ortorexia	30
Dieta alimenticia	31
Criterios diagnósticos	31
Diagnóstico diferencial.....	32
Rituales o etapas	32
Investigaciones sobre la ortorexia	32
Relación con la obsesividad.....	33
III. MARCO LEGAL.....	35
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36

4.1 Viabilidad	37
4.2 Consecuencias.....	37
4.3 Pregunta de Investigación.....	37
V. OBJETIVOS	38
5.1 Objetivo General.....	38
5.2 Objetivos Específicos	38
VI. MARCO METODOLÓGICO	38
6.1 Variables de estudio.....	38
6.1.1 Autoimagen.....	38
6.1.2 Autoconcepto	39
6.1.3 Ortorexia	40
6.2 Variables extrañas controladas	40
6.2.1 Edad	40
6.3 Variables extrañas no controladas	41
6.3.1 Nivel Socioeconómico	41
6.3.2 Antecedentes médicos y psicológicos	41
6.4 Tipo de Investigación	41
6.5 Diseño de Investigación.....	41
6.6 Participantes.....	42
6.6.1 Población	42
6.6.2 Muestra	42
6.7 Recursos.....	42
6.7.1 Humanos	42
6.7.2 Instrumentos	42
6.8 Ambiente.....	46
6.9 Procedimiento	46
6.9.1 Preoperatorio.....	46

6.9.2 Trabajo de campo	48
6.9.3 Fase de análisis	48
VII. RESULTADOS.....	48
7.1 Análisis categórico y descriptivo del Test del Dibujo de la Figura Humana	54
7.1.1 Análisis categórico y descriptivo de los dibujos 1 y 2 del Test DFH (Autoimagen).....	55
7.1.2 Análisis categórico y descriptivo del dibujo 3 del Test DFH (Autoconcepto)	58
7.1.3 Indicadores emocionales en adolescentes según Koppitz	61
7.2 Análisis categórico y descriptivo de las entrevistas semi-estructuradas	63
VIII. DISCUSIÓN	67
IX. CONCLUSIONES	71
X. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	73
10.1 Limitaciones	73
10.2 Recomendaciones	74
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
XII. ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.	44
Tabla 2.	49
Tabla 3.	49
Tabla 4.	50
Tabla 5.	50
Tabla 6.	51
Tabla 7.	52
Tabla 8.	54
Tabla 9.	55
Figura 1.....	58
Tabla 10.....	58
Figura 2.....	62
Figura 3.....	62
Tabla 11.	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A.....	81
Anexo B.....	82
Anexo C.....	83
Anexo D.....	84
Anexo E.....	85
Anexo F.....	87
Anexo G.....	88
Anexo H.....	89
Anexo I.....	89
Anexo J.....	90
Anexo K.....	91
Anexo L.....	92

I. INTRODUCCIÓN

La ortorexia es una alteración de la conducta alimenticia planteado por el Doctor Steve Bratman en el año 1997, el cual no ha sido reconocido en el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013)**, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Por consiguiente, no se cuenta con una amplia gama de estudios sobre el tema.

Al no ser reconocido por la APA, no se dispone de sus estadísticas de incidencia en la población, ni se poseen criterios diagnósticos para identificarla. Ésta situación llamó la atención de los autores, quienes consideran importante realizar investigaciones sobre dicho síndrome en pro del avance de nuestra disciplina, de conocer con mayor profundidad los trastornos alimenticios, para así poder comprenderlos, identificarlos y tratarlos, en aras de mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen.

El enfoque de este trabajo basa su lente en la recolección de documentación referente a los avances teóricos que han alcanzado focalizar y engranar un mayor entendimiento de lo que se conoce como adolescencia, autoimagen, autoconcepto, nutrición, trastornos alimenticios, y por supuesto, ortorexia. Para ello se rescatan las principales concepciones que a *grosso modo* vislumbren un mayor entendimiento de los individuos con indicadores de este síndrome.

En primer lugar, se plantea lo que se concibe como adolescencia, siendo esta entendida como un período evolutivo que conlleva la transición de la infancia, a la etapa adulta, en el cual se ven involucrados cambios de índole biológico, cognitivos y socio-afectivos (Santrock, 2003; c.p. Gamboa, 2012).

Del mismo modo, autoimagen se trabaja, en términos generales, como la representación que cada individuo construye en su mente en relación a su cuerpo (**Contreras y García, 2004**); siendo además definida por Raich (2004) como un constructo multidimensional en el que se conjugan a nivel personal aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales.

Con respecto al autoconcepto Shavelson, Hubner y Stanton, (1956; c.p. **Padovani y Santander, 2012**) lo definen como la percepción que el individuo tiene sobre sí mismo,

basado tanto en sus experiencias con los demás, como en atribuciones de su propia conducta. Es decir, son los pensamientos y las opiniones que cada quien tiene respecto a sí mismo.

Retomando el tema de la ortorexia, autores como Aranceta (2007), plantean definirla y categorizarla como una alteración obsesivo-compulsiva; del mismo modo Jerez, Lagos, Valdés-Badilla, Pacheco y Pérez (2015) esbozan marcados lineamientos de autocuidado personal con respecto a la alimentación en pacientes con tendencia a la ortorexia.

Aunado a ello, se dan a conocer las diversas etapas o rituales por las que atraviesa un sujeto ortoréxico, fungiendo estas como elementos que ayudan a la identificación y “diagnóstico” de estos pacientes (Brytek-Matera, 2012). Además, se complementa el estudio con investigaciones que hablan sobre el nivel de incidencia y las condiciones que, a pesar de no ser estrictamente necesarias, tienden a repetirse para dar paso al desarrollo de este síndrome.

En relación a lo anterior, este estudio tiene como finalidad explorar y describir cómo es la autoimagen y el autoconcepto en jóvenes con indicadores de ortorexia; para ello se tomará como muestra de investigación a adolescentes residentes del área metropolitana de Caracas que presenten indicadores de ortorexia (ver anexo 7); posteriormente se analizarán los rasgos hallados en función a escalas previamente seleccionadas que describan la autoimagen y el autoconcepto de cada sujeto (ver anexos 8 a 11); aunado a esto se les aplicará el Test del Dibujo de la Figura Humana según los criterios planteados por diversos autores y una entrevista semi-estructurada (ver anexo 12).

Enriqueciendo el valor heurístico de esta investigación centrada en un plano más venezolano, se busca **substraer a** través de esta exploración, si este constructo se desarrolla en Venezuela de una forma semejante a lo manejado en otros países cuya condición social, económica y política es más favorecedora. Abriendo la puerta a nuevos senderos investigativos cuyo planteamiento pueda estar guiado en conocer la factibilidad de una condición como lo es la ortorexia en un plano más ajustado a la realidad venezolana, donde la nutrición puede ser una variable externa la cual no se encuentre bajo el control **en estos momentos** por parte de sus habitantes.

II. MARCO TEÓRICO

Adolescencia

Se puede definir adolescencia como un proceso de cambio y desprendimiento, en el cual el individuo tiene como prioridad establecer su propia identidad adulta, para ello funge como base el desarrollo de las primeras relaciones objetales – parentales internalizadas, además se apoya de elementos biofísicos que le permiten mantener cierta estabilidad en el desarrollo de la personalidad vinculada al plano genital; todo esto va a ir desenvolviéndose a medida que el individuo logre hacer duelo con respecto a su identidad infantil (Aberastury y Knobel, 1974).

Adicionalmente, Caricote (2009) agrega que si bien el fin del joven es el de asumir una nueva imagen de sí mismo, es inexorable catalogar a este período como la transición entre la niñez y la edad adulta, siendo entonces una etapa de turbulencia, de crisis, de tensiones, y de sentimientos vacilantes y ambivalentes.

Abriendo camino en el desarrollo de esta etapa, varios autores y organizaciones se han dado la tarea de poder identificar con precisión dicho período. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) considera que la adolescencia está dividida en dos etapas, siendo la primera de ellas la adolescencia temprana, comprendida entre los diez (10) y los catorce (14) años, en este período se generan manifestaciones de cambios físicos tanto externos como internos, dentro de los cuales resaltan la aceleración en el crecimiento, el desarrollo de los órganos sexuales, el incremento del número de células cerebrales (pueden llegar a duplicarse en casi un año), y la adquisición de mayor conciencia de las diferencias de género, característica que se presenta durante esta etapa en ambos sexos. Estos cambios, según esta organización, despiertan ansiedad y a la vez entusiasmo en los jóvenes que los enfrentan.

UNICEF (2011) también expresa que esta etapa debe caracterizarse por ser un espacio, en el cual, el joven cuente con un punto seguro y claro para poder conciliarse con todos aquellos cambios que a nivel cognitivo, sexual, social y psicológico demanda la adolescencia, librándose además, de cargas que implican la asunción propiamente dicha de la vida adulta, requiriendo por ende, del apoyo incondicional de adultos responsables, tales como padres, otros familiares y demás figuras de autoridad en la vida del adolescente.

La segunda fase de la adolescencia según dicho organismo es la adolescencia tardía, la que definen como aquel período comprendido entre los quince (15) y diecinueve (19) años, en donde, a pesar de ya haberse presentado los cambios físicos de mayor renombre, el cuerpo aún continúa desarrollándose, el cerebro mantiene su proceso de reorganización y se conserva el aumento de sus funciones, como lo son la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo. A nivel social, en esta etapa son sumamente relevantes para el joven las opiniones de los miembros de su grupo, pero a medida que incrementen su confianza y autonomía, estas opiniones comienzan a posicionarse de manera secundaria en el repertorio de decisiones del adolescente.

UNICEF (2011) agrega además que a medida que se incrementa la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes, disminuye la temeridad propia de la adolescencia temprana; sin embargo, drogas y demás vicios que son adquiridos, en la mayoría de los casos, durante la fase temprana, terminan prolongándose a la etapa tardía y hasta la adulta propiamente dicha.

A pesar de las conceptualizaciones previamente plasmadas, es imperante mencionar nuevamente que dichas delimitaciones cronológicas no están del todo fundadas con precisión evolutiva. Es por ello que autores como Bonachera, Martínez y Palomanes (2013) indican que si bien la pubertad es marcada con el inicio de cambios físicos y hormonales, que a su vez, dan paso a cambios psicológicos y sociales, el fin de la adolescencia no se encuentra delimitado, por lo que situar una edad tope varía de cultura en cultura. Particularmente en la sociedad occidental esta culminación se relaciona con la adquisición de responsabilidades propias, interactuar con los demás de forma madura y asumir su rol social, y hasta profesional.

Aunado a lo previamente expuesto, Medina y Rivero (2016) concuerdan que la adolescencia es un período que puede inclusive, gestarse desde la pubertad, siendo esta a su vez definida como el inicio de una fase de cambios físicos y psicológicos generada a partir de los doce (12) años. Sin embargo, las autoras plantean que a pesar de que la culminación propiamente dicha de la adolescencia carece de precisión cronológica, declaran que este momento puede situarse a la edad de veinte (20) años o inclusive, prolongar dicho ultimato unos años más allá.

Finalmente, se tomará como referencia para los fines de esta investigación la conceptualización de Santrock (2003; c.p. Gamboa, 2012) la cual define la adolescencia como un período evolutivo que conlleva la transición de la infancia a la etapa adulta, en el cual se ven involucrados cambios de índole biológico, como son la puesta en juego de genes

heredados de los padres, el aumento del peso y estatura, el desarrollo del cerebro, las habilidades motora y los cambios hormonales. A su vez, se ven implicados cambios cognitivos en los cuales se involucran el pensamiento, la inteligencia, la memoria y la imaginación. Por último, dichos cambios arrojan el área socioemocional, incluyéndose aquí las relaciones del sujeto con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeña cada uno de los contextos sociales en su desarrollo. El autor indica que este período de evolución oscila entre los diez (10) y doce (12) años, hasta los veinte (20) y veintidós (22) años aproximadamente.

Es por ello, que la adolescencia es una etapa en la que el individuo se ve obligado a reformularse aquellos conceptos que había adquirido hasta este punto de su vida, conceptos de sí mismo, de sus padres, amigos, demás familiares, intereses, entre otros, con el objeto de poder abandonar la etapa infantil y poder proyectarse hacia lo que será su futuro como adulto (Aberastury y Knobel, 1974).

Partiendo del argumento previamente enunciado, se cita a Craig (2009; c.p. Moya, Naranjo y Palacios, 2014) ya que dicho autor agrega que si bien la adolescencia es una etapa de grandes cambios fisiológicos, es una fase impregnada por sentimientos de “agradados y desagradados” con respecto a la metamorfosis que presenta el cuerpo. Craig expresa que la presencia o ausencia de este malestar está sujeto a la comparación de estereotipos de belleza que se emiten en diferentes medios sociales. En este punto Duskin, Papalia y Wendkos (1998; c.p. Moya y cols., 2014) completan lo previamente expuesto, al señalar que el argumento de Craig desemboca en preocupación por la condición física, todo ello, generado por una sociedad que juzga constantemente la imagen corporal.

Autoimagen o Imagen Corporal

Imagen corporal o autoimagen, es la próxima arista a desarrollar. Al igual que la concepción de adolescencia existen varios focos en los cuales se puede trabajar este elemento. Según Contreras y García (2004) la definición más general de imagen corporal es la de describirla como la representación que cada individuo construye en su mente en relación a su cuerpo. Por otro lado, desde el foco neurológico estos autores acotan que la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Finalmente mencionan que, desde un plano dinámico, la imagen corporal se aprecia como el conjunto de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Leiva (2011) plantea que la imagen corporal posee 3 componentes interrelacionados: los pensamientos, las emociones y el cuerpo. La conexión de estos componentes propicia la percepción de las dimensiones corporales y los comportamientos relacionados con el cuerpo.

Autores como Jaramillo (2012) explican que la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, sin embargo, esta definición no integra componentes neurológicos, solo incluye la idea que cada quien tiene de su cuerpo. El autor agrega que esta idea es forjada a través de múltiples experiencias, siendo este el lugar donde se encuentran los estímulos que recibimos del medio.

En función del planteamiento anterior, el autor afianza el hecho de que la imagen corporal parte de la identidad del sujeto, proviniendo desde la imagen que los otros le devuelven al sujeto sobre sí mismo, para que de esta manera el sujeto vaya estructurando su imagen corporal. Del mismo modo, esta imagen dependerá de elementos externos y personas que giran a su alrededor.

Retomando los aportes de Leiva (2011), ella menciona que esta imagen corporal no la creamos nosotros mismos. Al igual que Jaramillo (2012), indica que son las personas que nos rodean y los factores culturales los encargados de moldear esta autoimagen de determinado sujeto. La autora menciona además que las personas reciben mensajes positivos y negativos sobre su cuerpo constantemente, bien sean provenientes de familiares, amigos o conocidos, dichos mensajes comienzan a circular desde muy temprana edad, y son los encargados de moldear lo que se conoce como imagen corporal.

Con lo previamente expuesto, Raich (2004) acota que en una sociedad donde prevalece la “belleza” y la crítica con respecto a la misma, aumenta la preocupación por la apariencia física, especialmente en jóvenes, los cuales pueden llegar a gastar altas cantidades de dinero al año con el fin de mejorar su apariencia física, pero el acrecentamiento de la preocupación por el aspecto físico puede resultar perturbador, e incluso, incapacitar al individuo. Raich (2004) basa la definición de esta temática como un constructo multidimensional que abarca desde los pensamientos y creencias del propio cuerpo hasta las autopercepciones, sentimientos y acciones referentes al mismo.

La imagen corporal se puede ver afectada a lo largo del ciclo de la vida, ya sea por el proceso natural del envejecimiento o por experiencias negativas (como enfermedades, lesiones, discapacidades, entre otras). En este punto Leiva (2011) menciona que la imagen corporal como estructura psíquica está formada por las representaciones conscientes e inconscientes del cuerpo, constituyendo así la conceptualización mental que cada individuo se forma en relación a su propio cuerpo, es decir, cómo es nuestra auto-apreciación corporal.

En función del escrito anterior, es necesario traer a colación a Françoise Dolto (1994; c.p. Sassano, 2003), este autor menciona que la imagen corporal es propia de cada persona, la misma está ligada al sujeto y a su respectiva historia. El autor marca además una diferencia en lo que representa el esquema corporal y la imagen corporal, indica que el esquema corporal abarca lo inconsciente, preconscious y lo consciente, y su función es especificar al individuo como miembro de nueva especie; mientras que este último (imagen corporal) es meramente inconsciente por lo que es producto de nuestras experiencias emocionales.

Dolto (1984; c.p. Rodríguez, 2011) expresa que esta imagen inconsciente del cuerpo es el lenguaje arcaico del cuerpo infantil, etapa donde se almacenan las primeras impresiones que va adquiriendo como imagen el bebé, las cuales van a formar parte del contenido inconsciente. En pocas palabras, la imagen inconsciente del cuerpo sería el lenguaje del inconsciente, siendo la misma reprimida con la formación del Yo, gracias a los primeros impactos psíquicos producto de las primeras sensaciones.

Estas primeras sensaciones se van plasmando en el psiquismo del bebé desde el primer momento embrionario, comenzando por el contacto con la madre, por los contactos carnales, afectivos y simbólicos, todo ello ocurrido en un período de seis (6) meses que luego dará paso al descubrimiento de su imagen en el espejo (Dolto, 1984; c.p. Rodríguez, 2011).

Siguiendo la corriente de Dolto, Nasio (2008) expresa que la imagen inconsciente del cuerpo es la huella dejada por el otro en nuestro cuerpo y en el psiquismo infantil, siendo esta marca el determinante de cómo llevar a cabo las relaciones interpersonales, influenciando además nuestra forma de ser. En relación a este punto Dolto (1984; c.p. Rodríguez, 2011) sostiene que el ser humano se define por el deseo y la necesidad de comunicarse con otros.

Finalmente vemos como Pervin y Jhon (1999; c.p. Graterol, 2012) indican que existen zonas del cuerpo que mientras más son gratificadas (en función de la interacción social y las necesidades) mayor será el crecimiento mental y emocional del niño.

A modo de integración de este elemento, se concibe a la imagen corporal como un constructo multidimensional en el que se conjugan a nivel personal aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales, conductuales y culturales cuyo objetivo es dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cómo me percibo?, ¿cómo me imagino?, ¿cómo me siento? y ¿cómo actúo respecto a mi imagen corporal?

Para dar respuesta a estas preguntas se han creado una serie de cuestionarios que buscan analizar la visión que cada individuo tiene con respecto a su autoimagen. Sin embargo, dicha tarea resulta compleja y ardua (Bravo y Lemus, s.f.). Los autores señalan

que los cuestionarios que han tenido mayor difusión en este estudio han sido: “Cuestionario de Pensamientos Automáticos de la Imagen Corporal”, la “Escala de figuras” o la “Escala de Valoración de la Imagen Personal de Gardner, Stark, Jackson y Freedman”, cabe destacar que las mismas han servido como modelo para numerosas investigaciones, siendo validadas en poblaciones y contextos geográficos diversos. Dichas escalas consisten en una serie de figuras o siluetas que van desde muy delgadas hasta muy obesas, la tarea para el sujeto consiste en seleccionar la silueta que, según su percepción, se aproxime más a su imagen corporal.

Ahondando de manera pormenorizada en la representación, valor o significado que la autoimagen ocupa durante la adolescencia, se encontró que la preocupación por la misma muestra un inicio temprano, que remonta a la niñez y se intensifica en la adolescencia (Duskin, Papalia y Wendkos, 2009).

Bravo y Lemus (s.f.) conceptualizan que la imagen corporal en el adolescente es una construcción cognitiva, subjetiva e influenciada por contextos socioculturales. Estos autores plantean que la imagen corporal se construye de forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de cada persona. Dicha construcción viene delimitada por los cánones de ideales corporales que establece la sociedad, y el grado de ajuste de cada sujeto con respecto a las referencias culturales va a determinar el grado de bienestar o malestar subjetivo, forjando además satisfacciones o insatisfacciones a nivel personal. En un estudio realizado por Brown y Slaughter (2011; c.p. Bravo y Lemus, s.f.) alrededor del setenta (70 %) de las mujeres adolescentes y el cincuenta (50 %) de los hombres adolescentes desean cambiar su cuerpo, tanto en tamaño como en forma.

Estos autores agregan a modo de síntesis, que el desmesurado culto al cuerpo y la infinidad de modelos estéticos vigentes e impulsados con un gran auge social, han ocasionado que la insatisfacción con la imagen corporal sea una de las sensaciones más frecuentes en la actualidad, generando como consecuencia la normalización y el incremento de trastornos de conducta relacionados a la autoimagen en los adolescentes.

Continuando con la extensión teórica que ofrece este autor con respecto a la imagen corporal, se precisa que las investigaciones en función a este concepto se inician en 1962, en el momento en el que Bruch (1962; c.p. Bravo y Lemus, s.f.) cristaliza la importancia de la imagen corporal en el desarrollo de los trastornos alimenticios. Siendo este el momento hito en donde la comunidad científica se aboca en el estudio de este constructo.

Es importante señalar que las principales investigaciones que se han abocado al estudio de la imagen corporal basan su foco de aproximación en la posible (o no) influencia

del género con respecto a problemas derivados tales como: anorexia y bulimia. Sin embargo, en dichos estudios se incluyen también otros trabajos sobre patologías alimentarias e insatisfacción corporal donde independientemente del género o de las demandas culturales que se planteen, la autoimagen proyecta como objetivo el reconocimiento y la admiración por parte de los demás (Bravo y Lemus, s.f.).

Autoconcepto

El próximo elemento a trabajar es el de autoconcepto, el cual puede definirse como la percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, basado tanto en sus experiencias con los demás como en atribuciones de su propia conducta. Es decir, son los pensamientos y las opiniones que cada quien tiene respecto a sí mismo. En otras palabras, es un esquema cognitivo complejo construido a través de experiencias previas con respecto al mundo que lo rodea (Shavelson y cols., 1956; c.p. Padovani y Santander, 2012).

El autoconcepto determina lo que la persona es, piensa, hace, desea hacer y puede llegar a ser. Abarca un amplio conjunto de representaciones mentales, incluyendo juicios e imágenes, no sólo conceptos acerca de sí mismo. Además, afecta cada aspecto del comportamiento del sujeto y su aprendizaje (Manterola, 1989; c.p. Padovani y Santander, 2012).

De acuerdo con Esnaola, Goñi y Madariaga, (2008; c.p. Heras y León, 2016) dicha variable es muy importante para el desarrollo de la personalidad, debido a que un autoconcepto positivo dará paso a un funcionamiento óptimo en las distintas esferas en las que el sujeto se desenvuelve, por ejemplo: laboral, académico, social, familiar y personal.

Dimensiones del autoconcepto

Hablamos de un autoconcepto general cuando se integran las 4 dimensiones que se detallan a continuación:

Autoconcepto físico: consiste en una valoración sobre el aspecto físico que el individuo refleja a través de muestras de felicidad, satisfacción y confianza. El autoconcepto físico es multidimensional. Los aspectos que lo conforman son: habilidad y apariencia física. No obstante, existen otros modelos como el propuesto por Fox (1988; c.p. Heras y León, 2016) que contemplan dimensiones de: habilidad física (habilidades para aprendizaje,

predisposición y práctica de deportes), condición física (resistencia y silueta física), atractivo físico (satisfacción y confianza que le brinda su imagen) y fuerza (energía y resistencia para la ejecución de actividades). En conclusión, el autoconcepto físico se encuentra fuertemente vinculado con los hábitos de una vida saludable, al igual que el bienestar general de los sujetos, por lo que puede verse influenciado por trastornos alimenticios, depresión y ansiedad, cuando se encuentre en descenso.

Autoconcepto social: según Markus y Wurf (1987; c.p. Heras y León, 2016) puede ser visto desde dos perspectivas. Por un lado tenemos el contexto, es decir, cómo visualiza la sociedad al sujeto según las habilidades que posea y su autovaloración en los diferentes planos sociales. Por otro lado, se podría evaluar considerando las habilidades sociales, agresividad y asertividad, así lo consideran Infante, García, Sánchez, Hierrezuelo, De la Morena y Muñoz (2002; c.p. Heras y León, 2016). Básicamente el hecho de que las personas le atribuyan habilidades sociales automáticamente hace que el sujeto reafirme esta concepción.

Autoconcepto académico: se relaciona con el rendimiento del alumno de alta capacidad cognitiva, así como también de mayor edad. Otra de las características que se enmarcan en este concepto es el optimismo, dando al sujeto una visión positiva de su desempeño como estudiante a pesar de un rendimiento deficiente.

García y Misutu (2001; c.p. Heras y León, 2016) añaden otras variables al autoconcepto. Son las siguientes:

Autoconcepto emocional: se refiere a como el sujeto percibe su estado emocional y la forma de responder a varios acontecimientos de la vida cotidiana. Este aspecto engloba dos perspectivas. Por una parte, tenemos la visión general que el sujeto posee de su estado emocional, por ejemplo cuando el individuo dice: “soy alegre, triste”, etc. Por otra parte, tenemos la reacción que tienen las personas frente a figuras de autoridad o situaciones específicas. El autoconcepto emocional positivo está directamente relacionado con el control de las emociones, la aceptación de los pares, el bienestar y las habilidades emocionales. Por el contrario, el autoconcepto emocional negativo se relaciona con la ansiedad, el consumo de sustancias, la depresión y la inadecuada integración social.

Autoconcepto familiar: consiste en la forma en que la persona se visualiza dentro del contexto familiar y como siente que la familia lo percibe. Un círculo familiar estable, brinda un ambiente de seguridad y cordialidad, sobre todo un equilibrio psicológico, proporcionando un correcto desarrollo. Cuando existe cuidado, atención, afecto, aceptación,

asistencia instrumental, ayuda, consejo, educación, entre otros, se podría hablar de un apoyo emocional eficiente.

Existen varias dimensiones que se interconectan unas con otras; es decir, si el sujeto tiene un deficiente autoconcepto familiar, ello influirá en su autoconcepto emocional. Las situaciones diarias por las que atraviese el individuo y la forma en que la sociedad los conciba, interfirieren en la visión que la persona tenga de sí misma, y por lo tanto, en la elaboración de su autoconcepto.

Desarrollo del autoconcepto

Jacob (2001; c.p. Heras y León, 2016) sostiene que el autoconcepto se aprende desde los primeros años de vida, cuando el niño descubre y guarda una serie de experiencias afectivas y así va acumulando información con respecto a él mismo, tomando como punto de referencia sus capacidades y la importancia que las otras personas le atribuyen. En otras palabras, la visión que el niño tiene de sí mismo es dada tanto por la experiencia propia como por el contexto. Éste último consiste en la información que obtiene de personas significativas del entorno (padres, amigos, familiares, profesores, entre otros). La interacción de ambas partes contribuye a la construcción de su identidad e influye en la elaboración de un autoconcepto positivo o negativo. Con el paso del tiempo el sujeto irá adquiriendo habilidades y recursos que le permitirán fortalecer o debilitar su autoconcepto.

Mestre, Samper y Pérez (2000; c.p. Penagos, Rodríguez, Carrillo y Castro, 2006) realizaron un estudio longitudinal en el que se evaluaron los cambios por los que atraviesa el autoconcepto en la adolescencia, y obtuvieron como resultado que las variables personales como edad y género modulan el autoconcepto de los jóvenes. Otros teóricos como Arnett (1999; c.p. Penagos, y cols., 2006) encontraron en sus investigaciones que la formación del autoconcepto es una de las tareas críticas de la adolescencia; concretamente hallaron marcadas diferencias en el desarrollo del autoconcepto, la auto valía y el afecto según el grupo étnico, el ambiente escolar y la estructura familiar del joven. Los resultados obtenidos aseveran que aspectos inherentes a cada cultura, como por ejemplo las tradiciones, los valores y los estereotipos sociales generan cambios en la formación de la identidad en los jóvenes. Dicha información debe tomarse en cuenta debido a que constituye un criterio explicativo al evaluar las diferencias en autoconcepto para diferentes poblaciones.

En general, las conclusiones obtenidas mediante diversas investigaciones relacionadas con el autoconcepto en la adolescencia arrojan que éste es un constructo multidimensional, debido a que su formación depende de diferentes factores como el ámbito familiar (Leary, Cottrel & Phillips, 2001; c.p. Penagos y cols., 2006), social, escolar, cultural y religioso, entre otros (Lila, Musitu & Buelga, 2000; c.p. Penagos, y cols., 2006). Así mismo se plantea que la construcción del autoconcepto en la adolescencia se relaciona con importantes procesos como la toma de decisiones, la formación de identidad, y la adquisición de independencia y autonomía. De igual forma, es evidente que los adolescentes muestran marcadas diferencias de género respecto a este constructo y que, adicionalmente, éste sufre transformaciones según la etapa por la que esté atravesando, el nivel de madurez y las experiencias de vida del joven (Amescua y Pichardo, 2000; c.p. Penagos y cols. 2006).

Construcción del autoconcepto

El autoconcepto se forma en 3 etapas descritas por Haussler y Milicic (1994; c.p. Heras y León, 2016):

Primera etapa: denominada etapa “existencial” o del “sí mismo primitivo”. En donde el niño se concibe como una realidad diferente a otras personas. Ésta inicia en el nacimiento y abarca los dos (2) primeros años de vida.

Segunda etapa: definida como del “sí mismo exterior”. Es un período importante en donde se definirá el éxito o el fracaso, debido a que en esta etapa se adquiere la información e interrelación con los adultos, dando mayor importancia a lo que los demás piensan de él, primordialmente su maestro, porque el niño se encuentra en edad escolar. Es decir, va desde los dos (2) hasta los doce (12) años.

Tercera etapa: llamada del “sí mismo interior”. En esta fase el adolescente busca su identidad, tratando de diferenciarse cada vez más del otro. A pesar que el autoconcepto ya se encuentra construido en esta etapa, puede sufrir modificaciones que lo refuerzan o debilitan, orientándolo hacia una vida de éxito o de fracaso.

Factores que influyen en su formación

Una vez descrito como se elabora el autoconcepto, enumeraremos factores que son significativos en la formación del mismo, en palabras de Rodríguez (2012; c.p. Heras y León, 2016):

Actitud o motivación: es la respuesta que emite un individuo ante circunstancias positivas o negativas, analizando la razón del por qué actuar de tal o cual manera, sin dejarse llevar por el momento o por la ansiedad.

Esquema corporal: es cómo visualizamos nuestro cuerpo adecuada o inadecuadamente, en base a los estímulos sociales, prototipos, modelos, entre otros.

Actitudes: tiene que ver con la inteligencia, razonamiento y habilidades para la realización de distintas actividades, sin dejar de lado la asertividad con la que el sujeto lo ejecuta.

Valoración externa: refuerzos sociales, halagos y reconocimientos, entre otros, son respuestas que tienen los sujetos hacia un determinado individuo, influyendo en su valoración.

En función a lo expuesto previamente, se trae nuevamente a colación los aportes de Duskin y cols. (2009) los cuales conciben que es en la adolescencia temprana y media cuando la insatisfacción por el cuerpo de los jóvenes se presenta con mayor pesadez, indicando además que esta preocupación puede conducir al adolescente a adoptar controles excesivos que están enraizados al peso e imagen corporal. Dichos controles pueden desembocar en el desarrollo de lo que hoy día se conoce como trastornos alimenticios. Si bien los más conocidos y reseñados son los llamados anorexia y bulimia, los fines de esta investigación basaran su enfoque en una alteración reciente y pionera, en lo que se refiere al desarrollo de su campo diagnóstico y de investigación.

Nutrición

Primeramente, es menester definir lo que se conoce como nutrición, entendiéndose ésta como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Ésta organización agrega además que la buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud y que, a diferencia de ello, la mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. Entendido este punto, Duskin y cols.

(2009) expresan que la nutrición representa un importante apoyo para el rápido crecimiento del adolescente, y además funge como prominente rol en la adecuada adquisición de hábitos alimenticios saludables, los cuales buscaran establecerse y prolongarse hasta la adultez propiamente dicha.

Estos autores acotan que la mala nutrición puede desarrollarse principalmente en poblaciones económicamente deprimidas o aisladas, pudiendo sujetarse además con exacerbaciones en las preocupaciones con respecto al control del peso y a la imagen corporal. Empero, en función de la teoría que refiere a la alteración que se va a manejar en esta investigación, dichos criterios pueden no cumplirse durante su desarrollo, e inclusive, la presencia de dicho síndrome demanda, en la mayoría de los casos, de criterios opuestos a los señalados por Duskin y cols. (2009). Esta dimensión dentro de las alteraciones recibe el nombre de “Ortorexia”.

Nutrición en Venezuela

Los autores de la investigación consideran pertinente describir los hábitos alimenticios actuales de la nuestra población. Hoy en día, la alimentación de los venezolanos se encuentra gravemente comprometida. Los indicadores de alimentación, nutrición y salud han exhibido cifras nunca antes vistas en el país, acompañándose además con el surgimiento de fenómenos que muestran situaciones extremas de inseguridad alimentaria y hambre en todos los estratos de la población, según el Observatorio Venezolano de la Salud (OVS, 2017).

A los ciudadanos se les dificulta acceder a los alimentos debido a diversos factores, siendo los principales la severa escasez de alimentos que atraviesa el país (entre 50 % - 80 % en rubros básicos durante el año 2015), la reducción de la producción nacional alimentaria, la dependencia de las importaciones de alimentos y la persistente inflación (315 % en 2015), siendo la más alta en América Latina y el Caribe, y 600 % en 2016. Todo ello ha generado una alteración significativa en los hábitos alimenticios de los venezolanos y una drástica reducción en las cantidades de comida que acostumbraban consumir, lo que causa un incremento de la desnutrición en todas sus formas, entre otras situaciones indeseables tales como, el incremento considerable de la “desnutrición grave” entre los años 2014 y 2016, la pérdida significativa de peso gran en parte de la población de distintos estratos socioeconómicos (entre 7 Kg y 8 Kg durante 2016), y el notable aumento de la cantidad de

personas hambrientas de todas las edades deambulando por las calles y hurgando en los contenedores de basura en busca de comida, conductas propias de situaciones de hambrunas (OVS, 2017).

Con respecto a la población juvenil, según el estudio de Zambrano, Colina, Valero, Herrera y Valero (2013), la ingesta calórica diaria de los adolescentes disminuyó en relación al año 2003, por lo que actualmente las comidas que consumen los jóvenes en sus hogares no aportan las calorías suficientes para cubrir los requerimientos calóricos recomendados, es decir, no cumplen con lo establecido por los valores de referencias de energía y nutrientes para la población venezolana según Fundacredesa (2013).

Según esta investigación, el consumo diario de proteínas actual en los jóvenes clase media de Caracas es de 91,2g/día; no obstante, en el año 2003 el consumo de proteínas promedio era de 108 g/día en adolescentes de entre 12 y 16 años. También se reflejó una disminución en la ingesta de productos cárnicos, que pudiera estar relacionada al costo y la disponibilidad. Se agrega también, que en Venezuela los granos de mayor consumo son la caraota (*Phaseolus vulgaris*) y la lenteja (*Lens culinaris*), sin embargo, en los últimos años la producción de caraotas ha disminuido, lo que influye notablemente en su consumo. En el año 1994, se estimó que el consumo aparente, para los estratos sociales III, IV y V de la población venezolana era de 44,5 g/persona/día de leguminosas, pero para el segundo semestre del año 2012, según el INE (Instituto Nacional de Estadística), el consumo de caraotas se ubicó en 18,42 g/persona/día, seguido de la lenteja con 12,01 g/persona/día.

Trastornos alimenticios

Una característica que Bruch señala como principal en lo que a trastornos alimenticios respecta, es el hecho de que la preocupación por la comida y el peso es una ocurrencia emblemática de una perturbación mayormente fundamentada en el autoconcepto (Bruch, 1987; c.p. Gabbard, 2002).

Si bien el autoconcepto es pieza de perturbación en los trastornos alimenticios, es imperante iniciar con las primeras intentos de ingesta que se desarrollan en el humano. Ludeln (1978; c.p. Rosas, Pérez e Iglesias, s.f.) habla del chupeteo el cual aparece ya en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o prevalecer toda la vida, consiste en un contacto de succión de la boca (labios), repetida y rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición. Esta acción de mamar con fruición cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una acción motriz en una suerte de orgasmo, no es raro que el

mamar con fruición se combine con el frotamiento de ciertos lugares sensibles del cuerpo como el pecho y los genitales externos, por lo que muchos niños pueden pasar del chupeteo a la masturbación. Freud ofrece una explicación en lo que respecta al carácter sexual de la oralidad, en el cual habla de las inclinaciones perversas por reclamar el valor sexual para la cavidad bucal, ya que para él la primera organización sexual pregenital es la oral o canibalística, y el objetivo de la actividad es la incorporación del objeto a través de la identificación.

Para Freud (1905; c.p. Rosas, Pérez e Iglesias, s.f.) los trastornos alimenticios podrían ser considerados como perversiones porque la satisfacción sexual no se lleva a cabo en los genitales sino en un estadio anterior de desarrollo sexual, en la boca. La perversión sería entonces una regresión a una fijación anterior de la libido.

Ortorexia

Ortorexia, un nuevo constructo en el campo de las alteraciones en la conducta alimenticia, siendo en el año 1997 cuando el médico norteamericano Steve Bratman la focaliza como la obsesión por el consumo de comida sana, extendiéndose a un punto que pudiera catalogarse como patológico (Jerez y cols., 2015).

Delgado y Gervacio (2012) aseveran que si bien este fenómeno no es prevalente ni posee inclusión ni reconocimiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) publicada por la OMS, como trastorno ni patología alimenticia, es menester indicar que va en aumento, por tanto su estudio no debe verse interrumpido, sino que, en aras de conquistar un mayor entendimiento, debe abocarse a mayores exploraciones que impliquen diferentes aristas de la ortorexia.

Concepciones de la ortorexia

Ortorexia proviene del griego *ortho* que significa justo y recto, y de *orexis* que hace alusión a la apetencia, por tanto, de manera resumida sería “apetito justo o correcto”, no obstante Muñoz y Martínez (2007, c.p. Delgado y Gervacio, 2012) aclaran que realmente

dicho término posee como entendimiento la obsesión por la comida sana, llegando a un punto que ineludiblemente es considerado como patológico.

Aranceta (2007) delimita a la ortorexia como un síndrome con características obsesivo-compulsivas, donde la apetencia y selección de alimentos sanos por parte del individuo pueden rigidizarse, llegando éste a configurar una especie de ritual por el fiel cumplimiento de una dieta restrictiva pudiendo, en la mayoría de los casos, llevar al completo aislamiento social.

Dieta alimenticia

Se posee un perfil de aquellas personas que poseen conductas ortoréxicas. Para seguir esta línea, Jerez y cols. (2015) exponen que estos pacientes evitan de manera excesiva aquellos alimentos que presenten aromatizantes, conservantes, o contengan en exceso azúcar, sal, pesticidas, incluyendo además cualquier producto alimenticio que haya sido modificado genéticamente. Por ello, es común que los ortoréxicos extraigan de su dieta alimenticia los lácteos, el gluten, los granos, la carne, los vegetales y gran parte de las frutas (Richards, 2014).

Trayendo a colación el listado de alimentos que alcanzan a atravesar el filtro del ortoréxico, se encuentran principalmente aquellos productos que proceden de la agricultura ecológica, pudiendo suprimirse por completo la ingesta de nutrientes que provengan de carnes blancas o rojas. Jerez y cols. (2015) señalan que entre las principales consecuencias que pueden acarrear la supresión de dichos minerales y grasas necesarias para el organismo son la desnutrición, anemias, hipervitaminosis, carencias de oligoelementos, hipotensión, osteoporosis, entre otras.

Aunado a esto, estos autores señalan que dichos pacientes se caracterizan por ser meticulosos, ordenados y con una marcada necesidad por mantener un autocuidado personal.

Criterios diagnósticos

Es importante indicar que los criterios diagnósticos para la ortorexia señalados a continuación, tal como lo expresa Aranceta (2007), a pesar de haber sido extraídos en función de los resultados del Test de Bratman, no cuentan con suficiente contraste y documentación para alcanzar un nivel empírico de validación. Los 6 criterios son:

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que por el placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la “calidad” de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

Diagnóstico diferencial

En relación al punto anterior, Brytek-Matera (2012) plantea ciertos criterios diferenciales de la ortorexia en relación con la bulimia o anorexia, debido a que en los primeros no se desencadenan preocupaciones excesivas en lo que respecta a la silueta delgada, siendo además, la calidad de sus alimentos una preocupación mayor, que desplaza el interés por los valores personales y relaciones interpersonales. Es por ello, que la autora emplea el término de “ortorexia nerviosa”, cuando la alteración consigue que una persona logre renunciar a su estilo de vida normal.

Rituales o etapas

Siguiendo los aporte de Brytek-Matera (2012) se plantea que parte del aislamiento social característico de los ortoréxicos es producto de los altos índices de tiempo invertidos en pro de la configuración de una dieta “100 % saludable”, siendo el primer paso pensar arduamente y con preocupación en aquellos alimentos que debería ingerir el sujeto.

Posteriormente se desarrolla la búsqueda de dichos alimentos, los cuales serán preparados siguiendo una serie de parámetros culinarios que no se vinculan con riesgos de la salud, para luego culminar con la etapa de satisfacción, comodidad y culpa. Esta última, siendo detonada por el incumplimiento de alguno de los pasos que integran el ritual del ortoréxico.

Investigaciones sobre la ortorexia

Motivado a que el tema de exploración carece de investigaciones que aborden el nivel de incidencia en diferentes contextos; se procederá a documentar información referente a los posibles acaecimientos del síndrome en determinadas poblaciones.

En un estudio realizado por Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle y Phillipa (2015) se concluyó la no presencia de indicadores diferenciales entre hombre y mujeres con ortorexia, además se evidenciaron bajas correlaciones en relación al sobrepeso.

Otro estudio empírico fue el desarrollado por López-García y Medina-Pérez (2013) el cual iba dirigido a estudiantes universitarios. En los hallazgos se derivaron un conjunto de indicadores que son tendencia a la hora de trabajar con estos pacientes. El primero de ellos fue el nivel socio-económico, aquí las personas con ortorexia suelen caracterizarse por tener de un alto poder adquisitivo; de igual forma, la incidencia incrementa con aquellas personas que regularmente visitan el gimnasio; del mismo modo se acoplaron como tendencia aquellos estudiantes que se encuentran bajo una estricta dieta médica; de manera concomitante puede acreditarse como indicador aquellas personas con registro de cirugías estéticas. Puntualizan además, que aquellas personas con tendencia a la ortorexia tienden a obtener bajos puntajes en los factores que corresponden a calidad de vida, planeación y relaciones interpersonales.

Finalmente, en una investigación de diseño no experimental, descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo en adolescentes de un colegio privado en Chile se derivó como correlación positiva la alta incidencia a padecer de ortorexia con el grupo etario de 16 años, sin embargo, se delimitó como edad más sensible el período que integra los 18 años (Jerez y cols., 2015).

Relación con la obsesividad

Dieta y obsesividad son los términos empleados por Ceballos, García, Méndez y Ramírez (2014) para dar a conocer la “pandemia” que, según ellos, es estimulada por los medios de comunicación, con el objeto de educar a las personas sobre las implicaciones y complicaciones médicas con las cuales pueden acarrear si llevasen una dieta poco saludable. Estos intentos de “concientización” son, para estos autores, una especie de moda para la salud que termina siendo poco saludable, en el sentido de que la mayoría de las personas que adoptan la información suministrada terminan apartando y eliminando grupos enteros de alimentos necesarios.

En este sentido Ceballos y cols. (2014) indican que las urgidas propagandas por dar a conocer una determinada marca o promoción llevan a infinidad de medios publicitarios a recurrir al miedo de daño alimenticio como estrategia de comercialización. Es así como los autores delimitan el inicio de la ortorexia; señalando que inicialmente las personas propensas a desarrollarla comienzan simplemente a seleccionar a aquellos alimentos considerados saludables en función de la información comercial previamente recibida. Con el tiempo, esta necesidad por comer alimentos sanos se agudiza desembocando en una obsesión. Los autores refieren que los pacientes con ortorexia padecen, o mejor dicho, comparten patrones de comportamiento compatibles a los sujetos con trastornos obsesivos – compulsivos.

En esencia, las personas con ortorexia son individuos muy estrictos, controladores y exigentes consigo mismos y con los demás, que poseen además una percepción vulnerable; siendo esta la principal conexión entre la ortorexia y el trastorno obsesivo compulsivo, en el cual se exhibe el sufrimiento y obsesión por la comida sana (Ceballos y cols., 2014).

Con respecto al valor heurístico de esta investigación, cuyo foco está centrado en un plano venezolano, se busca a través de esta exploración, conocer si la ortorexia se desarrolla en Venezuela de una forma análoga a lo manejado en otros países cuya condición social, económica y política es más favorecedora. Esperando de esta manera abrir nuevos senderos investigativos cuyo planteamiento pueda estar guiado en conocer la factibilidad de este nuevo constructo (ortorexia) en un plano más ajustado a la realidad venezolana, donde la nutrición apunta ser una variable externa que se aleja del control por parte de sus habitantes.

En función de lo previamente expresado se busca explorar y describir como se definen y ven físicamente los adolescentes caraqueños, que compartan indicadores de ortorexia, ahondando en diversas esferas físicas, de la personalidad y emocionales, su papel con respecto a las demandas sociales y los intereses de estos por adquirir una imagen deseada. Por tal razón, esta investigación es de suma importancia, motivado a que contribuye a enriquecer el incipiente cúmulo de información con respecto a la ortorexia, y su desarrollo en poblaciones escasamente estudiadas, como lo es la muestra con adolescentes venezolanos.

III. MARCO LEGAL

Las bases legales de este estudio se encuentran respaldadas bajo el marco de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA, 2007) del Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente (CPNNA) y con el Código de Ética Profesional del Psicólogo (Federación de Psicólogos de Venezuela, 1981).

Bajo dichas referencias, se postula que si bien la LOPNNA delimita la mayoría de edad y el final de la adolescencia a partir de los 18 años (Ley N° 5859E, 2007), los fines de

esta investigación tomaran el rango de edad que establece Santrock (2003; c.p. Gamboa, 2012), el cual extiende el período de esta fase de vida hasta los 22 años.

Con respecto al Código de Ética Profesional del Psicólogo (FPV, 1981) el desarrollo de este trabajo posee como base los planteamientos de los artículos 55 y 57, de la sección de los deberes éticos en el área de investigación, encargados de proteger a los sujetos que forman parte de la muestra de determinado estudio. El mencionado documento asevera que:

Artículo 55: la investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

Artículo 57: para proteger la integridad física y mental de la persona, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación.
- b) Toda persona debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- c) Toda persona debe estar suficientemente informada acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la evaluación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de los mismos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es conveniente realizar ésta investigación porque contribuye al conocimiento de los trastornos alimenticios, específicamente al conocimiento de la ortorexia, lo que beneficia tanto a la comunidad científica como a la comunidad en general. Es de suma importancia que se lleven a cabo investigaciones como esta ya que dicha condición es reciente, no ha sido incluida en el DSM-V (APA, 2013) ni en el CIE-10 (OMS, 1992), y además, no se

dispone de una amplia cantidad de información, hallazgos o estudios sobre el tema, lo que dificulta su conocimiento, diagnóstico y recuperación. Éste trabajo busca llenar un vacío en el conocimiento actualmente disponible sobre la ortorexia, debido a que los resultados obtenidos pueden desarrollar una teoría, o afirmar ideas anteriormente planteadas sobre lo que se concibe y maneja por imagen corporal y autoconcepto. Asimismo, ofrece la posibilidad de una exploración fructífera para conocer en mayor medida sus características, esperando con sus resultados descubrir cualidades sobre éste constructo que eran hasta ahora desconocidas, lo que podría generar estudios posteriores, impulsando el conocimiento y la comprensión de dicha condición y ayudando así a los profesionales a mejorar el abordaje de la misma. Es necesario acotar que este estudio también busca investigar, tanto en el abordaje teórico-académico como en el clínico, cómo se desarrollan y mantienen los indicadores de esta alteración en nuestros jóvenes a pesar de las circunstancias actuales que enfrenta el país.

4.1 Viabilidad

Es factible llevar a cabo esta investigación ya que se dispone de los recursos tanto humanos como materiales necesarios y la cantidad de tiempo requerida. Sin embargo, en cuanto a los recursos humanos, puede representar una limitación el proceso de selección de la muestra ubicar a aquellos adolescentes que efectivamente alcancen el puntaje indicado en la escala de Orto-15.

4.2 Consecuencias

Este trabajo no tendrá ningún tipo de repercusión negativa para con los sujetos implicados.

4.3 Pregunta de Investigación

Por lo anteriormente **expuesto** se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la autoimagen y el autoconcepto en adolescentes del área metropolitana de Caracas con indicadores de ortorexia?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- **Explorar** la autoimagen y el autoconcepto en adolescentes con indicadores de ortorexia.

5.2 Objetivos Específicos

- **Conocer** el autoconcepto en hombres y mujeres con indicadores de ortorexia.
- **Caracterizar** la autoimagen en chicos y chicas con indicadores de ortorexia.
- **Describir** cuales criterios diagnósticos del cuestionario Orto-15 son compartidos por los adolescentes venezolanos con indicadores de ortorexia.

VI. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Variables de estudio

6.1.1 Autoimagen

6.1.1.1 Definición teórica

Según Contreras y García (2004) la autoimagen es entendida como la representación que cada individuo construye en su mente en relación a su cuerpo. Raich (2004) agrega que la imagen corporal es un constructo multidimensional en el cual se conjugan a nivel personal aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales.

6.1.1.2 Definición operacional

La autoimagen se evalúa según el Test de Imagen Corporal de Gardner (ver anexo 8), la Escala de Autopercepción de la Imagen Corporal de Montero (ver anexo 9), la Escala de Percepción Corporal de Castro y Colás (ver anexo 10) y una entrevista semi-estructurada (ver anexo 12). En las escalas mencionadas se obtienen los índices de percepción corporal *Actual*, *Deseada* y *Real* de cada sujeto. Además, se aplica también el Test del Dibujo de la Figura Humana y se evalúa según los criterios de Machover (Portuondo, 1997), Xandró (2007) y Koppitz (1991).

6.1.2 Autoconcepto

6.1.2.1 Definición teórica

Shavelson y cols. (1956; c.p. Padovani y Santander, 2012) lo definen como la percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, basado tanto en sus experiencias con los demás como en atribuciones de su propia conducta. Es decir, son los pensamientos y las opiniones que cada quien tiene respecto a sí mismo.

6.1.2.2 Definición operacional

El autoconcepto se evalúa a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (ver anexo 11), de una entrevista semi-estructurada (ver anexo 12) y del Test del Dibujo de la Figura Humana según los criterios de Machover (Portuondo, 1997), Xandró (2007) y Koppitz (1991). La Escala de Rosenberg arroja que un valor de 30 a 40 puntos es categórico de una autoestima elevada; de 26 a 29 puntos indican una autoestima media (sin

inconvenientes graves pero con recomendación a mejorar), y menos de 25 puntos plantea la posibilidad de presentar problemas significativos de autoestima.

6.1.3 Ortorexia

6.1.3.1 Definición teórica

Condición progresiva caracterizada por la obsesión de comer alimentos saludables. El sujeto que la padece limita la variedad de los alimentos que consume por contener sustancias artificiales como colorantes o conservantes, y/o contenidos excesivos de sal, azúcar, grasas saturadas y otros componentes (Bracho, 2015).

6.1.3.2 Definición operacional

Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella (2005) diseñaron el Test Orto-15, en el cual conservaron seis (6) reactivos del Test de Bratman y diseñaron otros nueve (9), englobando así un total de quince (15) ítems dispuestos en una escala Likert, con las opciones de respuesta “siempre”, “a menudo”, “a veces” y “nunca” (ver anexo 7).

6.2 Variables extrañas controladas

6.2.1 Edad

Con la finalidad de trabajar el nivel de desarrollo evolutivo propio de la adolescencia, y siguiendo además los esquemas teóricos con respecto a la población más vulnerable que conlleva el padecimiento de la ortorexia, se optó por trabajar con un rango de edad que se extiende desde los dieciséis (16) hasta los veintidós (22) años, siendo dieciséis (16) la edad mínima que plantea Donini y cols. (2005) para completar el Test Orto-15, mientras que Santrock (2003; c.p. Gamboa, 2012) plantea la adolescencia como un período evolutivo que se puede extender hasta los veintidós (22) años.

6.3 Variables extrañas no controladas

6.3.1 Nivel Socioeconómico

A pesar de ser el alto poder adquisitivo un criterio que López-García y Medina-Pérez (2013) mencionan es característico en las personas con indicadores de ortorexia, no se consideró esta variable como un elemento para la selección de la muestra.

6.3.2 Antecedentes médicos y psicológicos

No se consideró esta variable en la investigación debido a que, al tratarse de un estudio exploratorio, se buscó controlar la menor cantidad de variables posibles, para que la investigación pudiera abarcar a una mayor cantidad de sujetos y obtener resultados más generales.

6.4 Tipo de Investigación

Es de tipo exploratorio y descriptivo, debido a que tiene como finalidad examinar un tema de investigación poco estudiado, como lo es la ortorexia, por lo que se busca indagar sobre este tema y otras áreas (imagen corporal y autoconcepto) desde nuevas perspectivas; y a su vez es descriptivo motivado a que posee como objeto detallar como se manifiesta un determinado fenómeno o suceso (la ortorexia en la población de adolescentes venezolanos) y cada una de sus propiedades prominentes a analizar (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

6.5 Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño no experimental, de corte transaccional. Es un estudio de naturaleza no experimental porque busca observarlas variables en su ambiente natural, sin manipulación de ningún tipo, para analizarlas posteriormente; de tipo transaccional porque tiene como objetivo trabajar con variables y analizar su incidencia en un momento único en el tiempo (Hernández y cols., 2014).

6.6 Participantes

6.6.1 Población

Se utilizó como población a aquellos adolescentes residentes del área metropolitana de Caracas, con edades comprendidas entre dieciséis (16) y veintidós (22) años, que respondieron el Test Orto-15 vía web.

6.6.2 Muestra

Tomando como referencia a Hernández y cols. (2014) la muestra de trabajo es de tipo no probabilístico incidental, constituida por un grupo de dieciséis (16) adolescentes, nueve (9) chicos y siete (7) chicas, quienes al responder el Test Orto-15 obtuvieron el puntaje propio de sujetos que presentan indicadores de ortorexia.

6.7 Recursos

6.7.1 Humanos

Se requirió de dos investigadores que se encargaran de suministrar cada uno de los test, pruebas y demás instrumentos seleccionados a los sujetos de la muestra, estando éstos a su vez bajo la supervisión de un docente de Psicología del Departamento de Clínica Dinámica de la Universidad Central de Venezuela.

6.7.2 Instrumentos

6.7.2.1 Orto-15

El Test de Bratman creado por el doctor Steve Bratman en 1997, mide los indicadores de ortorexia y consta de diez (10) ítems evaluados en una escala dicotómica. Sin embargo, Donini y cols. (2005) diseñaron una nueva versión del test llamada Orto-15, en la cual conservaron seis (6) reactivos de Bratman y diseñaron otros nueve (9), sumando un total de

quince (15) ítems dispuestos en una escala Likert, cuyas respuestas son “siempre”, “a menudo”, “a veces” y “nunca”. Según Donini y cols. (2005) dichos reactivos comprenden 3 áreas: (a) la cognitiva, (b) la emocional y (c) la clínica. En este cuestionario el valor de uno (1) se le asigna a la respuesta que es más indicativa de ortorexia y cuatro (4) a la respuesta que indica un comportamiento alimenticio normal. El autor probó tres valores límites diferentes para el Orto-15 en función de las puntuaciones obtenidas por sus diferentes grupos de sujetos, siendo estos <35, <40, <45, y diagnosticando con ortorexia a aquellos individuos con un puntaje inferior a dichos valores. No obstante, para esta investigación se tomó como punto de referencia la cifra de 35 puntos o menos, para ser calificado como sujeto con tendencia a padecer de ortorexia (ver anexo 7).

6.7.2.2 Test de Imagen Corporal de Gardner

Consta de trece (13) imágenes – figuras humanas, en donde se le solicita al participante que marque con un “P” el cuadro cuya figura represente mejor su percepción actual de su imagen corporal, posteriormente se le demanda al sujeto que marque con una “D” la silueta que represente la imagen corporal que desearía tener, finalmente, el evaluador asignará una “R” a la silueta que, según su juicio como investigador, represente la percepción real del evaluado (Gardner, Stark, Jackson y Friedman, 1999) (ver anexo 8).

6.7.2.3 Escala de medición de Percepción Corporal de Castro Lemús y Colás Bravo

Conformado por siete (7) imágenes – figuras tanto masculinas como femeninas, encargadas de reflejar de manera concreta la percepción de cada una de las partes corporales; estas partes se formulan en una gama de opciones que van siempre de menor a mayor envergadura. Midiendo así, la valoración de cada sujeto con respecto a su imagen corporal. Además, estas siluetas vienen acompañados por un conjunto de preguntas, las cuales muestran del mismo modo siete (7) opciones de respuesta, ofreciendo como posibilidades: “mucho”, “bastante”, “poco”, “ni una cosa ni la otra”, “poco”, “bastante”, “mucho” (Bravo y Lemus, s.f.) (ver anexo 10).

6.7.2.4 Escala de Autopercepción de la Imagen Corporal de Montero, compilado por: Durán-Agüero, Beyzaga-Medel y Miranda-Durán

Contiene siete (7) imágenes – figuras tanto masculinas como femeninas, encargadas de reflejar de manera concreta la percepción de cada una de las partes corporales. Estas partes se formulan en una gama de opciones que van siempre de menor a mayor envergadura, midiendo así la valoración de cada sujeto con respecto a su imagen corporal. Estas siluetas poseen una talla de aproximadamente 1.75 cm en los modelos masculinos y 1.65 cm en los femeninos. Se le preguntó a cada sujeto su peso y talla, y se les solicitó que eligieran el modelo con el que mejor se identificaran. A partir de esta información, se calculó el IMC (Índice de Masa Corporal) y se comparó la figura escogida por los sujetos con la figura que más se asemejaba a su talla y peso real (Montero, 2004; c.p. Beyzaga-Medel, Durán-Agüero y Miranda-Durán, 2016) (ver anexo 9).

Tabla 1.

Pesos de la Escala de Autopercepción de la Imagen Corporal de Montero, compilado por: Durán-Agüero, Beyzaga-Medel y Miranda-Durán.

Masculino	Figura N°	Femenino
55 Kg	(18)	50 Kg
67 Kg	(22)	60 Kg
77 Kg	(25)	68 Kg
83 Kg	(27)	74 Kg
92 Kg	(30)	82 Kg
107 Kg	(35)	95 Kg
122 Kg	(40)	109 Kg

6.7.2.5 Escala de Autoestima de Rosenberg

Creado por Morris Rosenberg en 1965, posee como objetivo explorar el autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto por sí mismo. Comprende diez (10) ítems, de los cuales cinco (5) están enunciadas de forma positiva y cinco (5) de forma negativa (para controlar el efecto de aquiescencia). En su calificación cuantitativa se refleja que un valor comprendido entre 30 y 40 puntos es categórico de una

autoestima elevada; de 26 a 29 puntos indica una autoestima media (sin inconvenientes graves pero con recomendación a mejorar) y finalmente obtener menos de 25 puntos representa problemas significativos de autoestima (Rosemberg, 1965) (ver anexo 11).

6.7.2.6 Dibujo de la Figura Humana, Test Proyectivo de Machover

Un papel blanco sin rayas de 8-1/2 por 11, un lápiz de grafito n° 2 y una goma de borrar son los implementos para desarrollar este test, empleándose como consigna: “Dibuje a una persona”. Luego, si dibujó a un hombre, se le pide que dibuje a una mujer, y viceversa. Finalmente, se le pide al sujeto que conteste a una serie de preguntas en relación al dibujo ilustrado (Portuondo, 1997).

6.7.2.7 Test del Dibujo de la Figura Humana, Xandró y Belda G. Fresca

Comparte la consigna de Machover: “Dibuje a una persona”. Luego, si dibujo a un hombre, se le pide que dibuje a una mujer, y viceversa. No obstante, al final se le solicita al evaluado que dibuje una tercera figura, esta vez bajo la consigna “Dibújate a ti mismo”, para finalmente pedirle al sujeto que conteste a una serie de preguntas en relación al dibujo ilustrado (Xandró, 2007).

6.7.2.8 Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana por alumnos de Educación Media

Con el objeto de poder purificar los criterios que pudieran estar ligados a la ortorexia de aquellos que son más categóricos y descriptivos de la adolescencia, se optó por anexar al proceso de corrección los criterios de Koppitz, la cual trabaja con indicadores de dibujos de la figura humana dirigido a estudiantes de educación media (Koppitz, 1991).

6.7.2.9 Entrevista semi-estructurada

Hernández y cols. (2014) definen la entrevista como una reunión que permite el intercambio de información entre personas que adquieren un rol determinado (entrevistador

y entrevistado). Del mismo modo los autores conceptualizan que si bien en la entrevista semi-estructurada el entrevistador posee una guía de asuntos y preguntas, goza además de libertad para introducir interrogantes adicionales, con el objeto de precisar en diversos aspectos y de esta manera obtener mayor información. La entrevista fue construida a partir de las dimensiones de estudio. Fue sometida a juicio por parte de la tutora, quien valoró la adecuación de las preguntas y el lenguaje utilizado (ver anexo 12). Una vez realizadas las correcciones pertinentes, se procedió con la realización de las entrevistas.

6.8 Ambiente

Para la aplicación tanto de las pruebas psicológicas como de la entrevista semi-estructurada se dispuso de un espacio iluminado, ventilado, amueblado y libre de ruido.

6.9 Procedimiento

6.9.1 Preoperatorio

Motivado al bajo cúmulo de información con respecto a lo que representa y define a la ortorexia, la fase previa adquirió diversos ajustes que condujeron a la esperada ubicación de los sujetos que formaron parte oficial de la muestra. Inicialmente el Test de Bratman planteado por Steven Bratman no cumplía con los requisitos de validez para ser utilizado, por tal razón se optó por emplear el cuestionario Orto-15 diseñado por Donini y cols. (2005) los cuales construyeron una versión con quince (15) reactivos, de los cuales seis (6) fueron extraídos del Test de Bratman, mientras que los otros nueve (9) eran construcción de su investigación. A pesar de que el test desarrollado por Donini y cols. poseía sus escritos originales en italiano, sus publicaciones se encontraban disponibles en inglés, por tal razón, con el objeto de evitar la pérdida de información al hacer una doble traducción (italiano – inglés, inglés – español) se contactó al profesor Donini vía correo electrónico solicitándole la versión original de su cuestionario, recibiendo respuesta positiva a este pedido (ver anexo 4). Posteriormente se seleccionaron dos expertos, uno de ellos licenciado en idiomas modernos (italiano) (ver anexo 5), para que tradujera el test de la forma más detallada

posible, y un segundo experto en lengua española (ver anexo 6), para evaluar la traducción verificando su redacción y el lenguaje utilizado (ver anexo 7).

Como segunda fase, se localizaron instituciones educativas públicas y privadas situadas en diferentes municipios del área metropolitana de Caracas. Una vez ubicadas las instalaciones, se solicitó una entrevista con el personal directivo del recinto donde se les planteó la investigación y expresó además lo que se necesitaba para su desarrollo, introduciendo de esta manera una carta de permiso solicitando formalmente la autorización para poder realizar el estudio en sus planteles (ver anexo 1). Sin embargo, motivado a los diversos acontecimientos durante los meses de abril y julio del año 2017, desencadenados por la crisis política, social y económica que atraviesa Venezuela actualmente, las actividades académicas de gran parte de las instituciones privadas y públicas del país se tornaron irregulares, por lo tanto, dicha opción de abordaje fue cancelada.

Paralelamente a esta estrategia, se introdujo una carta en el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, solicitando información acerca de si poseían como internos algún paciente cuyo diagnóstico estribara en la ortorexia, sin embargo, no se obtuvo respuesta.

Posteriormente se diseñó una versión digital del test Orto-15 (ver anexo 7), el cual fue difundido por diversas redes sociales y sitios web de diversos grupos universitarios, expandiéndose así la aplicación de esta prueba a 137 sujetos. Los protocolos de estos sujetos fueron cuidadosamente corregidos, seleccionando como parte de la muestra a aquellas personas que alcanzaran como puntuación un valor de 35 puntos o menos. De estos 137 sujetos que completaron el test, solo 34 obtuvieron 35 puntos o menos, a estos sujetos se les envió una invitación telefónica, por correo electrónico, mensaje de texto, redes sociales u otro medio para que formaran parte de las sucesivas actividades que conlleva esta evaluación. No obstante, solo 11 accedieron a participar. Adicionalmente, se aplicaron cinco (5) Test Orto-15 en físico a personas que realizaban actividad deportiva (como asistir a gimnasio, o ejercitarse al aire libre) o el tema de la alimentación era un punto de preocupación para ellos. Todas estas personas se posicionaron por debajo del punto de corte delimitado, es decir, alcanzaron 35 o menos puntos. Estos sujetos se mostraron más receptivos a participar en la investigación (bajo ciertas condiciones de desplazamiento, día, hora, lugar...) conformando de esta manera la muestra total de dieciséis (16) adolescentes, nueve (9) son varones y siete (7) hembras.

6.9.2 Trabajo de campo

A las personas que cumplieron con los requerimientos se les preguntó acerca de la disponibilidad para que se les entregara el consentimiento informado (ver anexos 2 y 3), les fueron administradas en una primera sesión las escalas de valoración de la imagen corporal según las versiones de los autores: 1. Gardner (ver anexo 8), 2. Montero (ver anexo 9) y 3. Castro y Colas (ver anexo 10), además se incluyó la Escala de autoestima de Rosenberg (ver anexo 11) y el Test del Dibujo de la Figura Humana. Finalmente, en una segunda sesión, se realizó la entrevista semi-estructurada (ver anexo 12). Aunado a ello, se les indicó que la administración sería individual, garantizando la confidencialidad de los resultados obtenidos, siendo estos utilizados estrictamente con fines académicos, ofreciendo además la oportunidad de recibir una especie de devolución una vez concluida la investigación.

6.9.3 Fase de análisis

Finalizada la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo la corrección de los mismos siguiendo las instrucciones correspondientes. Se utilizaron los porcentajes y las frecuencias de los indicadores para el análisis de los diversos test y las escalas trabajadas, y se realizó un análisis categórico para las entrevistas semi-estructuradas, para el Test Orto-15 y el Dibujo de la Figura Humana.

VII. RESULTADOS

En este apartado se presentan los diferentes resultados recabados a través de la aplicación de los test y cuestionarios implementados en este estudio. Recordando que la investigación es de tipo exploratorio – descriptivo, por tanto, se procederá a realizar un análisis categórico de cada uno de los contenidos compartidos por los sujetos de la muestra,

basando además dicho análisis en las frecuencias y porcentajes que conlleva cada una de los conglomerados siguientes.

Para empezar, se presentan en la tabla 2 los datos principales de la muestra conformada, tales como iniciales, edad, sexo, ocupación y municipio donde residen.

Tabla 2.

Datos de los participantes.

Sujeto	Edad	Sexo	Ocupación	Municipio
YM	16 años	F	Estudiante	Sucre
MR	18 años	F	Estudiante	Baruta
AL	19 años	F	Profesora	Sucre
AZ	19 años	F	Estudiante	Libertador
JZ	20 años	F	Estudiante	Sucre
MC	20 años	F	Estudiante	Sucre
AA	21 años	F	Promotora	Sucre
BA	16 años	M	Estudiante	Libertador
JA	17 años	M	Estudiante	Libertador
LL	18 años	M	Estudiante	Libertador
JB	18 años	M	Teleoperador	Libertador
RG	18 años	M	Estudiante	Libertador
CS	20 años	M	Estudiante	Sucre
OO	20 años	M	Ilustrador	Sucre
EE	21 años	M	Serigrafista	Libertador
RA	22 años	M	Músico	Libertador

A continuación, se resumen en las tablas 3, 4 y 5 los resultados obtenidos de la aplicación del Test Orto-15, suministrado a la muestra de sujetos.

Tabla 3.

Resultados del Test Orto-15.

S/P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
YM	N	N	AM	AM	AV	AM	N	AM	AV	AV	AV	S	AV	AM	AV
MR	AV	AV	S	S	N	S	S	AV	S	AV	N	S	S	S	AV
AL	N	N	AM	AM	AV	AM	AV	N	N	N	S	S	N	AV	S
AZ	N	N	AM	N	AM	S	AV	S	AV	AM	AV	S	AV	S	S

JZ	AV	N	AV	S	N	S	AV	AV	AV	S	AM	AM	S	S	V
MC	AV	N	AM	AM	AV	S	S	S	AM	S	AV	S	S	S	S
AA	S	N	S	S	AV	S	S	AV	S	S	S	S	AV	S	N
BA	N	N	AM	AV	AM	S	N	AV	AV	N	N	S	AV	AM	AM
JA	S	N	AM	AM	N	S	N	AV	S	N	N	S	AV	S	S
LL	N	N	AM	AV	AV	N	AV	N	N	AV	N	AM	AV	S	S
JB	N	N	S	N	AV	S	AV	AV	AM	AV	N	S	AV	AV	AV
RG	AV	N	S	AM	S	S	AM	AM	AM	N	AV	S	AV	S	AV
CS	AV	N	AM	AM	N	S	N	AV	AV	AM	S	S	AV	S	AM
OO	N	N	AM	AM	AM	AM	N	AV	N	AM	AM	S	N	S	N
EE	N	N	S	S	AV	S	N	AM	AV	N	AV	S	AV	AM	N
RA	AV	N	AV	S	AV	S	N	AM	S	AV	S	S	S	S	N

Tabla 4.

Leyenda de respuestas del Orto-15.

Respuesta	Siempre	A Menudo	A Veces	Nunca
Abreviatura	S	AM	AV	N

Tabla 5.

Frecuencias de los resultados del Test Orto-15.

Porcentaje	Marcador	Frecuencia	Respuesta	Abreviatura	Ítems que figuraron
93,75 %		15	Nunca	N	2
87,5 %		14	Siempre	S	12
75 %		12	Siempre	S	6
68.75 %		11	Siempre	S	14
62,5 %		10	A Veces	AV	13
56,25 %		9	A Menudo	AM	3
50 %		8	A Veces	AV	1 ; 5 ; 8

Tal como se puede observar en las tablas 3, 4 y 5, el reactivo que los sujetos respondieron coincidiendo en un 93,75 % (15 sujetos) es el número 2: “¿cuándo va al supermercado se siente confundido? Siendo valorada esta respuesta con un puntaje de “1”. Según Donini y cols. (2005) las respuestas que más se acerquen a “1” son representativas de la ortorexia, y aquellos valores que más se aproximen a “4” hablan un patrón de alimentación normal. Por tanto, puede decirse que este ítem es en líneas literales exclusivo de esta condición.

De igual forma el ítem 12 alcanzó un 87,5 % (14 sujetos) de coincidencia en sus respuestas, inclinándose la gran mayoría de los sujetos a contestar “siempre” a la pregunta “¿Cree que consumir productos sanos puede mejorar su aspecto físico?”, dicha respuesta de igual forma fue valorada con un punto.

Los ítems 6 y 14 alcanzaron una consistencia en sus respuestas que figuró en el 75 % (12 sujetos) y 68,75 % (11 sujetos) respectivamente, los sujetos respondieron a estos reactivos con un “siempre” en ambos casos: ¿Estás dispuesto a gastar más dinero por productos más sanos? y ¿Cree que en el supermercado también hay comida poco saludable? Siendo esta respuesta, al igual que las mencionadas con anterioridad, valoradas con una puntuación de “1”.

Finalmente los ítems que alcanzaron un conceso del más del 50 % (más de 8 sujetos) en sus respuestas fueron los reactivos 13 con un 62,5 % (10 sujetos): “¿Se siente culpable cuando come comida chatarra?”; el 3 con un 56,25 % (9 sujetos): “¿En los últimos meses le ha preocupado su alimentación (en términos de alimentos saludables)?” y los ítems 1: “¿Cuándo come, presta atención a las calorías de los alimentos?”, 5: “¿Para usted es más importante el sabor que la calidad de los alimentos?” y 8: “¿Se permite usted romper su régimen alimenticio?” con un 50 % (8 sujetos).

Tabla 6.

Resultados del Test de Imagen Corporal de Gardner.

Sujeto	Índice de Insatisfacción Corporal	Índice de Distorsión de la Imagen Corporal
YM	(3)Inclinación por disminuir su masa	(1)Distorsión con mayor masa
MR	(1)Inclinación por disminuir su masa	(0)Cero distorsión
AL	(0)Sin insatisfacción	(0)Cero distorsión
AZ	(1)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
JZ	(0)Sin insatisfacción	(1)Distorsión con menor masa
MC	(3)Inclinación por disminuir su masa	(0)Cero distorsión
AA	(1)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
BA	(2)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
JA	(5)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
LL	(4)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
JB	(4)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
RG	(2)Inclinación por disminuir su masa	(1)Distorsión con mayor masa
CS	(1)Inclinación por aumentar su masa	(3)Distorsión con menor masa
OO	(2)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
EE	(2)Inclinación por aumentar su masa	(0)Cero distorsión
RA	(1)Inclinación por disminuir su masa	(1)Distorsión con menor masa

En la tabla 6 se puede observar, con respecto al Índice de Insatisfacción Corporal, que el 87,5 % (14 sujetos) de los jóvenes desean modificar su masa corporal, ya sea aumentándola (56,25 %, 9 sujetos) o disminuyéndola (31,25 %, 5 sujetos), en comparación con el 12,5 % (2 sujetos) que no muestra insatisfacción.

En cuanto al género, 71,4 % (5 sujetos) de las jóvenes desean modificar su masa corporal, ya sea aumentándola (28,56 %, 2 sujetos) o disminuyéndola (42,84 %, 3 sujetos), mientras que el 28,56 % (2 sujetos) no muestra insatisfacción. En la muestra masculina puede verse que el 100 % (9 sujetos) desean modificar su masa corporal, ya sea aumentándola (77,77 %, 7 sujetos) o disminuyéndola (22,22 %, 2 sujetos).

Con respecto al Índice de Distorsión de la Imagen Corporal el 31,25 % (5 sujetos) poseen una imagen distorsionada de su cuerpo, ya sea por mayor masa (12,5 %, 2 sujetos) o menor masa (18,75 %, 3 sujetos), en comparación con el 68,75 % (11 sujetos) que no muestra distorsión.

En cuanto al género, el 28,56 % (2 sujetos) de las chicas poseen una imagen distorsionada de su cuerpo, ya sea por mayor masa (14,28 %, 1 sujeto) o menor masa en la misma medida, mientras que el 71,4 % (5 sujetos) no muestra distorsión. En la muestra masculina puede verse que el 33,33 % (3 sujetos) poseen una imagen distorsionada de su cuerpo, ya sea por mayor masa (11,11 %, 1 sujeto) o menor masa (22,22 %, 2 sujetos), mientras que el 66,66 % (6 sujetos) no muestra distorsión.

Tabla 7.

Resultados de la Escala de autopercepción de la Imagen Corporal de Montero, compilado por Durán-Agüero, Beyzaga-Medel y Miranda-Durán y de la Escala de medición de Percepción Corporal de Castro Lemús y Colás Bravo.

Sujeto	Talla	Peso	IMC (índice de masa corporal)	Peso y figura con la que se identifica	Peso y figura más cercana al peso real	Diferencia entre figura cercana a peso real y figura con la que se identifica	Identificación
YM	1.68 cm	70kg	24.8 Normal	68kg (25)	68kg (25)	-2kg	Se identifica con figura acorde
MR	1.64 cm	46kg	17.1 Delgadez Aceptable	50kg (18)	50kg (18)	4kg	Se identifica con figura acorde
AL	1.64 cm	45kg	16.3 Delgadez Moderada	50kg (18)	50kg (18)	5kg	Se identifica con figura acorde

AZ	1.65 cm	45kg	16.53 Delgadez Moderada	50kg (18)	50kg (18)	5kg	Se identifica con figura acorde
JZ	1.68 cm	58kg	20.55 Normal	60kg (22)	60kg (22)	2kg	Se identifica con figura acorde
MC	1.67 cm	70kg	25.1 Sobrepeso	74kg (27)	68kg (25)	4kg	Se identifica con figura de mayor masa
AA	1.63 cm	54kg	20.32 Normal	60kg (22)	50kg (18)	6kg	Se identifica con figura de mayor masa
BA	1.70 cm	65kg	22.49 Normal	83kg (27)	67kg (22)	18kg	Se identifica con figura de mayor masa
JA	1.80 cm	70kg	21.6 Normal	83kg (27)	67kg (22)	13kg	Se identifica con figura de mayor masa
LL	1.81 cm	72kg	21.98 Normal	77kg (25)	77kg (25)	5kg	Se identifica con figura acorde
JB	1.75 cm	54kg	17.31 Delgadez Aceptable	67kg (22)	55kg (18)	13kg	Se identifica con figura de mayor masa
RG	1.79 cm	73kg	22.78 Normal	107kg (35)	77kg (25)	34kg	Se identifica con figura de mayor masa
CS	1.70 cm	65kg	22.49 Normal	77kg (25)	67kg (22)	12kg	Se identifica con figura de mayor masa
OO	1.65 cm	55kg	20.2 Normal	77kg (25)	55kg (18)	22kg	Se identifica con figura de mayor masa
EE	1.75 cm	65kg	21.22 Normal	83kg (27)	67kg (22)	18kg	Se identifica con figura de mayor masa
RA	1.83 cm	108 Kg	32.25 Obeso Tipo I	92kg (30)	107kg (35)	-16kg	Se identifica con figura de menor masa

En la tabla 7 se puede observar, con respecto al IMC (Índice de Masa Corporal), que el 62,5 % (10 sujetos) poseen un IMC ubicado en el rango normal. El 12,5 % (2 sujetos) se ubican en “delgadez aceptable”, y el mismo porcentaje se ubica en “delgadez moderada”, a diferencia de un 6,25 % (1 sujeto) que se ubican en “sobrepeso” y la misma cantidad se ubica en la categoría “obesidad tipo I”.

En cuanto al género, el 42,84 % (3 sujetos) de las chicas poseen un IMC ubicado en el rango normal, el 28,56 % (2 sujetos) se ubican en “delgadez moderada”, el 14,28% (1 sujeto) se ubica en “delgadez aceptable” y el mismo porcentaje se ubica en “sobrepeso”. En

la muestra masculina puede verse que el 77,77 % (7 sujetos) poseen un IMC en el rango normal, el 11,11 % (1 sujeto) se ubica en “delgadez aceptable” y el mismo porcentaje se ubica en “obesidad tipo I”.

Con respecto a la figura con la que se sienten identificados, el 37,5 % (6 sujetos) se identifican con la figura acorde a su peso. El 56,25 % (9 sujetos) se identifican con una figura de mayor masa corporal y el 6,25 % (1 sujeto) se identifica con una figura de menor masa (ver tabla 1).

En cuanto al género, el 71,4 % (5 sujetos) de las jóvenes se identifican con la figura acorde a su peso y el 28,56 % (2 sujetos) se identifican con una figura de mayor masa. En la muestra masculina puede verse que el 77,77 % (7 sujetos) se identifican con una figura de mayor masa, el 11,11 % (1 sujeto) se identifica con la figura acorde a su peso y la misma cantidad se identifica con una figura de menor masa (ver tabla 1).

Tabla 8.

Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Sujeto	Puntuación	Categoría
YM	32	Autoestima Elevada
MR	37	Autoestima Elevada
AL	31	Autoestima Elevada
AZ	33	Autoestima Elevada
JZ	38	Autoestima Elevada
MC	37	Autoestima Elevada
AA	37	Autoestima Elevada
BA	31	Autoestima Elevada
JA	36	Autoestima Elevada
LL	33	Autoestima Elevada
JB	32	Autoestima Elevada
RG	33	Autoestima Elevada
CS	39	Autoestima Elevada
OO	40	Autoestima Elevada
EE	33	Autoestima Elevada
RA	38	Autoestima Elevada

En la tabla 8 se puede observar que todos los sujetos, alcanzaron entre 30 y 40 puntos, lo que el autor clasifica como un “Autoestima Elevada”, considerándola normal.

7.1 Análisis categórico y descriptivo del Test del Dibujo de la Figura Humana

La presente compilación de datos está construida sobre la base de criterios trabajados por los reconocidos autores: Karen Machover (Portuondo 1997), Mauricio Xandró (2007) y

Elizabeth Koppitz (1991). Tiene como fin propio la integración de los diversos aportes procedentes de estos investigadores, por tal razón se organizaron los resultados de manera conjunta, haciendo peso en el análisis de frecuencia de cada uno de los indicadores a señalar.

7.1.1 Análisis categórico y descriptivo de los dibujos 1 y 2 del Test DFH (Autoimagen)

Tabla 9.

Frecuencias y porcentajes de las categorías en el Test del DFH 1 y 2.

Criterios	F	%	Criterios	F	%
Rostro tenue	1	6.25	Manos grandes	2	12.5
Rostro dibujado de último	4	25	Manos sombreadas, retocadas, sucias	5	31.25
Rasgo facial destacado	3	18.75	Manos imprecisas	2	12.5
Omite rasgo fácil y hace contomo fuerte de la cara	1	6.25	Manos pequeñas	1	6.25
Cara vacía	1	6.25	Manos omitidas	1	6.25
Cabeza dibujada en último lugar	2	12.5	Dedos diferenciados	12	75
Cabeza demasiado pequeña	1	6.25	Dedos cortos	2	12.5
Cabello demasiado peinado	1	6.25	Dedos largos	2	12.5
Cabello lacio y recogido	1	6.25	Dedos en forma de garra	1	6.25
Cabello abundante y cuidado en mujeres	1	6.25	Dedos sin manos	2	12.5
Cabello abundante desordenado	1	6.25	Dedos en forma de pétalos cortos y redondos	1	6.25
Cejas dibujadas en hombres	6	37.5	Dedos puntiagudos en forma de lanza o talón	2	12.5
Cejas rectas y próximo a los ojos	3	18.75	Dedos menos de cinco	3	18.75
Cejas finas y cuidadas	3	18.75	Dedos más de cinco	1	6.25
Cejas destacadas	2	12.5	Dedos con uñas	1	6.25
Una ceja levantada	3	18.75	Cadera destacada	1	6.25
Ojos vacíos sin pupila	2	12.5	Caderas amplias	2	12.5
Ojos con pupilas débiles o poco marcadas	1	6.25	Cintura de avispa	1	6.25
Ojos destacados	1	6.25	Piernas pequeñas	1	6.25
Ojos penetrante fuertemente marcados	2	12.5	Piernas juntas y apretadas	2	12.5
Ojos cerrados	1	6.25	Piernas anchas, ampliamente apoyadas	2	12.5
Ojos con mirada desviada	2	12.5	Comenzar dibujos por las piernas	2	12.5
Ojos contorno grande con pupila pequeña	1	6.25	Pies apoyados sobre las puntas	1	6.25
Ojos con pestañas largas	1	6.25	Zapatos con adornos o cordones	9	56.25
Orejas grandes	1	6.25	Zapatos muy sombreados o acentuados	4	25
Orejas transparentes a través del cabello	1	6.25	Zapatos en forma de falo	1	6.25
Orejas acentuadas	3	18.75	Zapatos proporcionales al cuerpo	5	31.25
Nariz omitida	1	6.25	Zapatos pequeños al cuerpo	4	25
Nariz larga	2	12.5	Zapatos con cambio de línea	1	6.25
Boca con dientes	3	18.75	Zapatos con borraduras	1	6.25
Boca pequeña	1	6.25	Vestimenta abotonada	1	6.25
Boca como raya fuerte y recta	1	6.25	Corbata	1	6.25
Boca cóncava	3	18.75	Bolsillos	4	25
Labios destacados	1	6.25	Botones en línea media	3	18.75

Boca grande y reforzada	2	12.5	Tacones	2	12.5
Boca con arco de cupido	1	6.25	Presencia de movimiento	2	12.5
	1				
Cara de perfil y boca con una línea	1	6.25	Falta de movimiento	7	43.75
Quijada marcada	1	6.25	Línea media	4	25
Mentón saliente	1	6.25	Línea de la cintura desviada de su forma natural	1	6.25
Mentón cuadrado	1	6.25	Sucesión esperada	12	75
Cuello corto y ancho	4	25	Simetría	4	25
Cuello alto y delgado	2	12.5	Sombreado	2	12.5
Hombros con borraduras, repasos, enmiendas y vacilaciones	6	37.5	Sombrear contorno de la ropa	1	6.25
Hombros firmemente hechos	2	12.5			
Hombros fuertes en figuras femeninas realizadas por hombres	1	6.25	Preguntar si dibuja una figura completa	2	12.5
Tronco anguloso	4	25	Preguntar si dibuja hombre o mujer	4	25
Tronco con contorno confuso	2	12.5	Preguntar si dibuja la figura vestida o desnuda	2	12.5
Senos sombreados	2	12.5	Hacer dibujos de más edad	7	43.75
Senos grandes y acentuados	4	25	Hacer dibujo del propio sexo más joven	4	25
Brazos cortos	1	6.25	Figura geométrica	1	6.25
Brazos largos	2	12.5	Representación pobre	1	6.25
Brazos extendidos sin llegar a ángulo recto	3	18.75	Dibujar de perfil	1	6.25
Brazos en jarras	1	6.25	Dibujar primero el sexo opuesto	2	12.5
Brazos en la espalda	1	6.25	Cabeza de perfil, tronco frente, piernas de perfil	1	6.25
Dibujar mucho músculo	1	6.25	Posición en la hoja - izquierda	1	6.25
			Posición en la hoja - alta	3	18.75

En la tabla 9 se subyacen los resultados que corresponden al análisis de los dibujos 1 y 2 del Test del DFH. Localizándose a *grosso modo* rasgos que pudieran estar haciendo referencia a elementos de impulsividad (25 %, 4 sujetos), aspecto que se encuentra principalmente ilustrado al momento de dibujar cuellos, los cuales tendían a ser cortos o no proporcionales en relación al resto del cuerpo, lo cual habla acerca de la canalización y precario control de los impulsos. Egocentrismo es otro de los indicadores, reflejado en el posicionamiento global del dibujo, abarcando este, en la mayoría de los casos (especialmente en 3 protocolos, 18,75 %) en la mitad superior y central de la hoja. Del mismo modo se habla de ciertas tendencias obsesivas las cuales se vieron reflejadas con detallismos en diferentes partes del cuerpo, fundamentalmente en los zapatos, los cuales hablaron de una mayor minuciosidad en el 56,25 % (9 sujetos) de los dibujos; enlazando otro elemento al rasgo de los zapatos (y la estabilidad que los mismos proyectan al ser dibujados), se expresaron marcados tendencias de inestabilidad, tanto emocional, sexual y de dependencia, lo cual es reflejo del próximo punto, la ansiedad, siendo esta manifestada en el sombreado parcial o total de zonas como la cara, senos, piernas y manos.

Retomando el punto de las inseguridades, pudo apreciarse indicadores de dependencia materna, inmadurez e infantilismo, estos rasgos pudieron ser especialmente patentizados en el 25 % (4 sujetos) al dibujar senos grandes y sombreados, además del énfasis de botones en la línea media en un 18,75 % (3 sujetos), estos criterios fueron exclusivos del sexo masculino.

Otro criterio exclusivo de éste género fue el de dibujar cejas en hombres y mujeres por hombres, si bien su valor corresponde al 37,5 % (6 sujetos) es imperante mencionar que estas al ser solo dibujadas por hombres, representan un 66,6 % de la muestra masculina, y al ser este criterio acompañado por borraduras en hombros con repasos y vacilaciones en el trazado en un porcentaje similar al previamente señalado, estarían hablando de manera conjunta de las dudas o inseguridades con respecto a la propia masculinidad u orientación sexual.

No obstante, es importante recordar que la muestra trabajada representa exclusivamente a adolescentes, siendo varios de los criterios previamente compartidos propios de esta fase del desarrollo, tal como lo es las inseguridades, el egocentrismo, ambivalencia entre la independencia y la dependencia materna “soy grande, pero aún necesito de...”, las curiosidades y descubrimientos de la sexualidad que no necesariamente hablan de una orientación sexual definida; las ansiedades que a nivel general perturban al adolescente. Por tal razón, el punto “7.1.3” presenta una figura cuyo objetivo es organizar y deslindar según los criterios de Koppitz (1991) los rasgos que pudieran estar más vinculados a la ortorexia, de aquellos que sencillamente son comunes y propios de un adolescente.

7.1.1.1 Autoimagen en los dibujos 1 y 2 del Test del Dibujo de la Figura Humana

Los sujetos ilustraron su autoimagen en el test con rasgos que exclamaban un buen físico (musculosos), indicadores seductores y sexuales (como senos y caderas con curvas pronunciadas), detallando la vestimenta con accesorios cuyo ideal era transmitir una buena imagen social.

Entre los atributos o rasgos positivos que se les solicitó mencionar en la encuesta, los sujetos, si bien resaltaron aspectos afectivos, de personalidad e intelectuales, la mayoría de ellos anexo en ese listado aspectos físicos o materiales, como mejorar su condición económica, agrado por su cuerpo, especialmente rostro, hombros, abdomen, espalda y piernas, la mayoría de ellas, perfiladas por sujetos varones (66,6 %, 6 sujetos), a diferencia de las chicas que solo se inclinaron por mencionar atributos físicos en un 28,56 % (2 sujetos).

Es importante mencionar que la autocrítica corporal se vio equitativamente distribuida tanto en el dibujo 1 como en el dibujo 2 y por parte de ambos géneros. Es interesante mencionar que las jóvenes realizaron proporcionalmente hablando, menos autocríticas con respecto a su imagen (14,28 %, 1 sujeto) en relación a los varones, los cuales, puntuaron en 22,22 % (2 sujetos) de insatisfacción corporal.

En la figura 1 se ubican los valores previamente mencionados para imagen corporal, tomando como punto de discriminación las categorías del género.

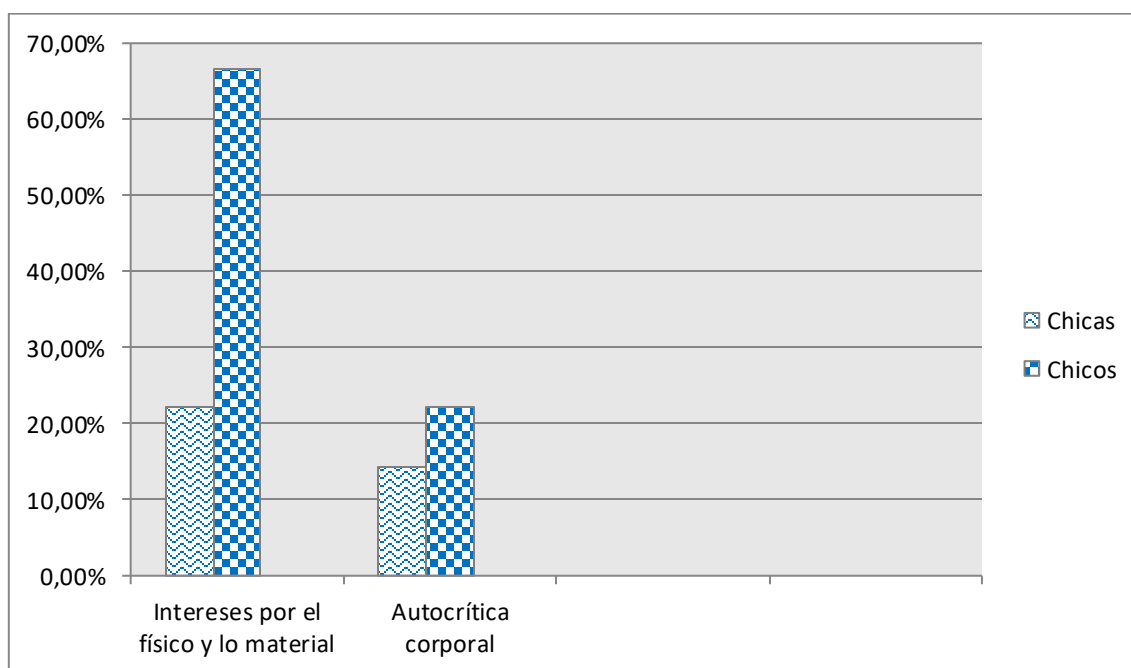


Figura 1. Indicadores que evalúan autoimagen de chicos y chicas del Test del DFH.

7.1.2 Análisis categórico y descriptivo del dibujo 3 del Test DFH (Autoconcepto)

Tabla 10.

Frecuencias y porcentajes de las categorías en el Test del DFH 3.

Criterio	F	%	Criterio	F	%
Rasgo facial destacado	4	25	Brazos largos	2	12.5
Rostro dibujado de último	3	18.75	Brazos extendidos sin llegar a ángulo recto	2	12.5
Cabeza excesivamente grande	1	6.25	Brazos en jarras	1	6.25
Cabello demasiado peinado	1	6.25	Manos grandes	2	12.5

Cabello abundante y cuidado en mujeres	1	6.25	Manos sombreadas, retocadas, sucias	3	18.75
Cabello abundante y desordenado	2	12.5	Manos imprecisas	2	12.5
Cabello en la barba	2	12.5	Manos pequeñas	1	6.25
Cejas destacadas	1	6.25	Dedos diferenciados	8	50
Cejas peludas	1	6.25	Dedos cortos	1	6.25
Una ceja levantada	1	6.25	Dedos sin manos	1	6.25
Cejas dibujadas en hombres	4	25	Dedos puntiagudos en forma de lanza o talón	1	6.25
Cejas rectas y próximo a los ojos	2	12.5	Dedos menos de cinco	3	18.75
Cejas finas y cuidadas	1	6.25	Dedos índice o pulgar con trazado especial	1	6.25
Cejas unidas, en visera	1	6.25	Piernas pequeñas	1	6.25
Ojos vacíos sin pupila	2	12.5	Piernas juntas y apretadas	1	6.25
Ojos con pupilas débiles o poco marcadas	1	6.25	Piernas anchas, ampliamente apoyadas	1	6.25
Ojos destacados	3	18.75	Pies reforzados	1	6.25
Ojos penetrante fuertemente marcados	2	12.5	Pies en forma de falo	1	6.25
Ojos cerrados	1	6.25	Zapatos con adornos o cordones	5	31.25
Ojos contomo grande con pupila pequeña	1	6.25	Zapatos muy sombreados o acentuados	2	12.5
Orejas grandes	1	6.25	Zapatos en forma de falo	1	6.25
Orejas acentuadas	1	6.25	Zapatos proporcionales al cuerpo	5	31.25
Nariz omitida	1	6.25	Vestimenta adornada	4	25
Nariz larga	1	6.25	Vestimenta abotonada	1	6.25
Nariz bien marcada	2	12.5	Sombreado en la ropa	1	6.25
Nariz sombreada	2	12.5	Bolsillos	2	12.5
Boca grande y reforzada	1	6.25	Presencia de movimiento	1	6.25
Boca con arco de cupido	1	6.25	Falta de movimiento	6	37.5
Boca emborronada	1	6.25	Sucesión esperada	8	50
Boca con dientes	3	18.75	Simetría	2	12.5
Boca como raya fuerte y recta	1	6.25	Sombreado	2	12.5
Boca cóncava	2	12.5	Sombrear contomo de la ropa	2	12.5
Labios destacados	1	6.25	Preguntar si dibuja la figura vestida o desnuda	1	6.25
Mentón saliente	1	6.25	Línea media	1	6.25
Mentón cuadrado	1	6.25	Línea de la cintura desviada de su forma natural	2	12.5

Cuello corto y ancho	2	12.5	Figura geométrica	1	6.25
Cuello alto y delgado	1	6.25	Representación pobre	1	6.25
Tronco anguloso	3	18.75	Posición en la hoja - izquierda	1	6.25
Tronco con contorno confuso	2	12.5	Posición en la hoja – alta	3	18.75
Hombros con borraduras, repasos, enmiendas y vacilaciones	7	43.75	Tamaño figura grande	1	6.25

En la tabla 10 se exponen los porcentajes y las frecuencias que corresponde a las correcciones del dibujo 3, elaborado bajo la consigna “*Dibújate a ti mismo*”, inicialmente es importante señalar que el 100 % de los sujetos emplearon mayor tiempo para realizar esta ilustración en comparación con los dos primeros dibujos, ejerciendo en este un mayor nivel de minuciosidad y detalle.

Al igual que con los dos primeros dibujos, en este se hicieron presentes criterios de egocentrismo, dependencia materna, ansiedad e inmadurez emocional y sexual, sin embargo, en este punto pudo constatarse un mayor nivel de inseguridades con respecto a la propia masculinidad (en el caso de los varones), siendo 37,5 % (6 sujetos) el índice de aparición de este rasgo (borraduras, repasos, en el trazo de hombros) en los dibujos 1 y 2, mientras que en el 3 el porcentaje fue del 43,75 % (7 sujetos).

A su vez se observaron en el trazo de los zapatos tendencias obsesivas (adornos, cordones) e indicadores de inseguridades y timidez (zapatos en punta y pies pequeños). No obstante, pese a esta inhibición, se hizo patente en el dibujo 3, al menos en un 25 % (4 sujetos) de los protocolos, señales de extraversión, vanidad y presunción, con preocupaciones por lograr producir una buena impresión en presencia de los demás, este indicador estuvo presente en los adornos de vestimenta de las figuras. Esto explicaría el hecho de que el 50 % (8 sujetos) dibujaran dedos diferenciados, como reflejo de un afán por conseguir una calidad productiva (en este caso social).

Finalmente, en estos dibujos resaltan ciertos criterios que apuntarían a una agresividad, siendo esta patentizada en diversos rasgos como la presencia de dientes, dedos largos y/o en forma de garra, boca en forma de raya recta y marcada, y ojos fuertemente penetrantes, siendo esto indicador de una actitud socialmente agresiva.

7.1.2.1 Autoconcepto en el dibujo 3 del Test del Dibujo de la Figura Humana

El autoconcepto reflejado en el dibujo 3 postula como principal rasgo a mencionar el egocentrismo, siendo este manifestado en más del 50 % (8 sujetos) de la muestra, atributos como: “creídos, narciso, déspota, pretencioso, altanero, oportunista, ambicioso” son calificativos que solo los varones resaltaron en sus aspectos a mejorar. Del mismo modo, es llamativo agregar que los varones se auto-valoraban con rasgos intelectuales en un porcentaje inferior al de las chicas, es decir, el 11,11 % (1 sujeto) de los chicos considera el aspecto intelectual como un atributo positivo, mientras que el 57,1% (4 sujetos) de las chicas considera este aspecto como cualidad personal.

Sin embargo, a nivel afectivo, tanto las jóvenes como los chicos expresaron como parte de su personalidad elementos de amistad, relaciones interpersonales y solidaridad, siendo las chicas (71,4 %, 5 sujetos) levemente superadas en este atributo por los jóvenes (77,7 %, 7 sujetos).

Finalmente, se resalta que el autoconcepto físico fue el criterio de menor peso en el dibujo 3 (en contraposición con las primeras dos), tanto chicas como chicos le atribuyeron dicho rasgo como una cualidad un poco más del 20 % aproximadamente.

En la figura 2 se ubican los valores previamente mencionados para autoconcepto, tomando como punto de discriminación las categorías del género.

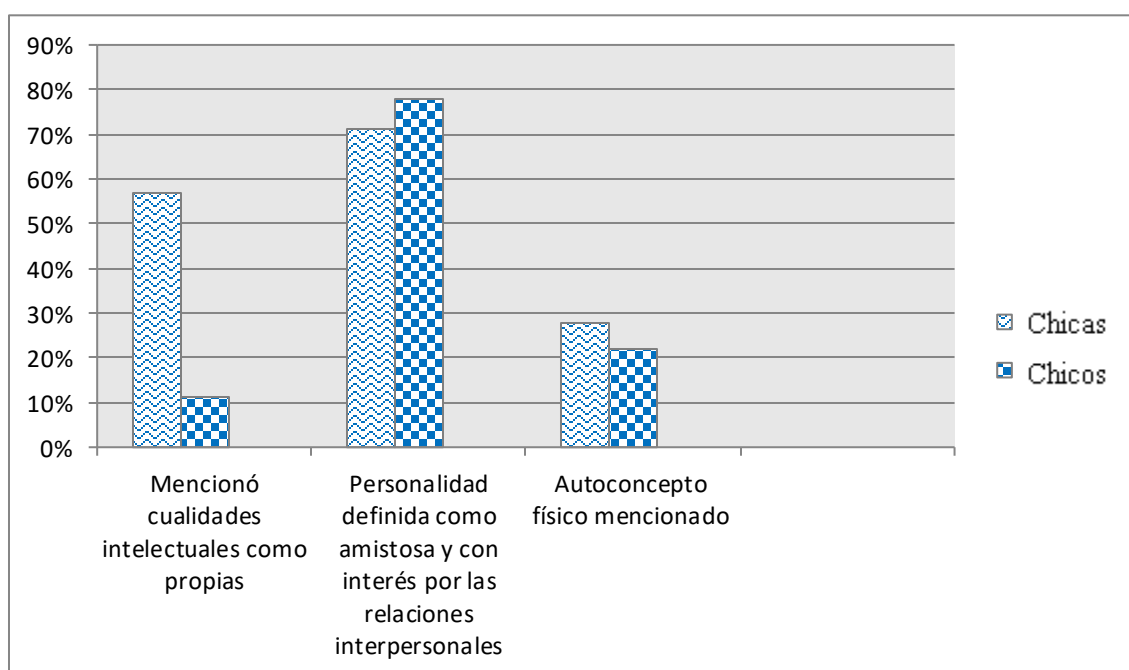


Figura 2. Indicadores que evalúan autoconcepto de chicos y chicas del Test DFH.

7.1.3 Indicadores emocionales en adolescentes según Koppitz

Según Koppitz (1991) los indicadores emocionales son signos clínicos, encargados de reflejar actitudes y características subyacentes en niños y adolescentes en el momento en el que realizan los dibujos de las figuras humanas. La autora agrega que estos indicadores no son mutuamente excluyentes, por lo que varios de ellos reflejan sentimientos y preocupaciones iguales o similares.

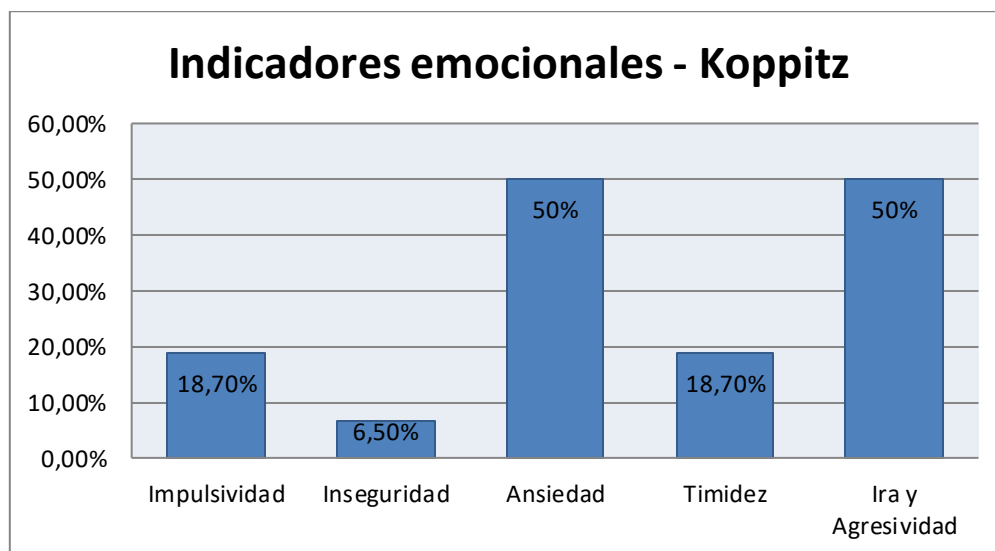


Figura 3. Indicadores emocionales en adolescentes según Koppitz.

En la figura 3 se observa como la ansiedad y agresividad son los indicadores que más se comparten en la muestra (en un 50 %, 8 sujetos). Koppitz (1991) define a la ansiedad como un estado de tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, el cual puede reflejar preocupaciones a las acciones o al futuro, o simplemente es esta una respuesta a la inestabilidad o aflicción. Entre los principales rasgos que demostraron la presencia de este indicador en los protocolos contestados fue el sombreado del cuerpo, especialmente en zonas como el cuello, manos y extremidades.

La ira y la agresividad son el próximo indicador a señalar, los mismos son definidos según Koppitz como el disgusto, exasperación, resentimiento o indignación que conlleva sentimientos de venganza hacia quienes son considerados como causantes de los agravios, estos ataques pueden ser verbales o físicos. La ira puede ir dirigida tanto hacia los demás, como hacia a la misma persona. Entre los rasgos que se presentaron como indicador de agresividad en brazos largos, manos grandes y dientes, distribuidos en el 50 % (8 sujetos) de la muestra.

Los demás indicadores se presentaron en diferentes proporciones según el caso particular de cada sujeto.

7.2 Análisis categórico y descriptivo de las entrevistas semi-estructuradas

Tabla 11.

Frecuencias y porcentajes de las categorías en la entrevista semi-estructuradas.

Categorías	Elementos compartidos	F	%
Autoconcepto	Interés por las relaciones interpersonales (amigable)	7	43,75%
(Aspectos Positivos)	No rendirse fácil (seguir adelante, perseverancia)	8	50%
Autoimagen	Todo el cuerpo	6	37,5%
	Cómodo con cintura	3	18,75%
	Cómodo con cara y demás rasgos faciales	5	31,25%
	Cómodo con piernas	4	25%
	Cómodo con brazos	4	25%
Autoconcepto y Autoimagen	Mejorar condición física (aumentar peso, masa muscular, adelgazar)	8	50%
(Aspectos a Mejorar)	Mejorar la puntualidad y organización	3	18,75%
Metas	Convicción de capacidad y deseo para culminar las metas	13	81,25%
(Planificación y Culminación)	propuestas, especialmente: Estudios, independencia familiar y/o económica.		
	Deseo pero con dificultad para cumplir todos sus objetivos	3	18,75%
Ayuda de otros	Ambas	4	25%
(Recibir o Pedir)	Recibir	5	31,25%
	Pedir	4	25%
Adaptación a nuevos contextos y personas	Fácil adaptación social	10	62,5%
	Deseo por conocer nuevas personas	5	31,25%
	Condicional para adaptarse a situaciones nuevas	3	18,75%
Actitud hacia las críticas	No le da importancia, ignoro	6	37,5%
	Me incomoda o molesta	6	37,5%
	Lo tomo como crítica constructiva	6	37,5%
Ámbito de los Famosos	A ninguno	5	31,25%
(Aspectos Físicos)	Por su aspecto físico	10	22,5%
	Modo de vestir, modo de comportarse	5	31,25%
Pareja	Trabajador y aspiraciones	5	31,25%
(Cualidades de personalidad y emocionales)	Que comparta mis actividades	4	25%
	Capacidad para entenderme	7	43,75%
	Una persona que piense en la pareja, me apoye	5	31,25%

	Amable, cariñosa y con educación	7	43,75%
Pareja	No es relevante	6	37,5%
(Cualidades físicas)	Atlético	4	25%
	Delgados	5	31,25%
	Morenos	3	18,75%
Manejo de la alimentación	Poseen una alimentación sana	5	31,25%
	Intentan o desean mantener una alimentación sana	9	56,25%
	No posee una dieta alimenticia	4	25%
Alimentos considerados saludables	Carbohidratos	5	31,25%
	Vegetales	6	37,5%
	Proteínas	6	37,5%
	Frutas	6	37,5%
	Verduras y Hortalizas	4	25%
	Carnes	7	43,75%
Alimentos considerados chatarra	Comida rápida o de calle (hamburguesas, perros calientes)	7	43,75%
	Dulces, chucherías y refrescos	7	43,75%
	Grasas específicas de frituras, aceite, mantequilla	10	62,5%
Postura ante el consumo de comida considerada chatarra	Consume y mantiene alimentación sana	3	18,75%
	Consume esporádicamente	10	62,5%
	Sentirse cómodo y/o feliz cuando consume	5	31,25%
	Se siente incómodo (pesado, asqueado, culpable)	3	18,75%
Dieta o régimen alimenticio	Si poseo	5	31,25%
	No poseo	7	43,75%
Comer solo o en compañía	Compañía	7	43,75%
	Indiferente, las dos, me da igual	6	37,5%
Prevalencia del sabor o la calidad de los alimentos	Calidad	8	50%
	Sabor	3	18,75%
	Compensación entre ambos	6	37,5%
Gastos por alimentos más sanos	Dispuesto a gastar más dinero por alimentos sanos	11	68,75%
Humor influye en la alimentación o viceversa	Si influye el humor en la alimentación	6	37,5%
	No influye el humor en la alimentación	3	18,75%
	Si influye la alimentación en el humor	7	43,75%
	No influye la alimentación en el humor	3	18,75%
Buena alimentación mejora aspecto físico	Alimentación si mejora aspecto físico	16	100%

En la tabla 11 se exponen las diferentes categorías que fueron abordadas durante la entrevista, las cuales arrojaron a su vez la conformación de diversos elementos, **que** serán desglosados en función de los valores de frecuencias y porcentajes.

Iniciando con la línea alimenticia se observó que el 100 % de los sujetos concuerdan con el hecho de que una buena dieta alimenticia contribuye al mejoramiento del aspecto físico y la salud en general, por tanto, más de la mitad de ellos (68,75 %, 11 sujetos) están dispuestos a no escatimar dinero a la hora de adquirir alimentos sanos.

El poder adquisitivo fue un punto de renombre durante la entrevista. El 56,25 % (9 sujetos) intentan y/o desean poseer con una dieta saludable, sin embargo, expresaron que el alza de los precios y las dificultades para adquirir los productos aminora el poder adquisitivo de selección y control de alimentos “idóneos” para mantener una dieta sana. Más de la mitad de la muestra no contaba con una dieta o patrón alimenticio considerado como sano, pese a sus deseos por adoptar esta rutina. También expresaron que las posibilidades de consumir un dulce y demás alimentos considerados como “chatarra” son cada vez más esporádicas, por consiguiente, cuando se presenta la oportunidad de ingerir algún alimento de este tipo, varios de los sujetos los consumen sin preocupación o culpa alguna. En total, el 62,5 % (10 sujetos) afirmó consumir comida chatarra esporádicamente.

A pesar de que el 50 % (8 sujetos) le atribuye mayor importancia a la calidad, por sobre el sabor de los alimentos, un 37,5 % (6 sujetos) considera necesario un equilibrio entre ambos. Incluso, en algunos casos, la calidad es considerada insuficiente a la hora de seleccionar productos alimenticios.

En este apartado nutricional se señala que los sujetos poseen una visión muy estructurada y válida en lo que respecta a qué clase de alimentos son considerados sanos y cuáles no, alcanzando un índice considerado del casi 40 % las frutas, vegetales y proteínas, y en un 50 % las carnes; mientras que la concepción de comida chatarra recayó en los puestos de comida rápida (43,7 %, 7 sujetos) y las frituras y demás grasas (62,5 % 10 sujetos).

A nivel social la alimentación no representa un punto de incomodidad al momento de presentarse la hora de la comida, marcando un porcentaje equivalente al 43,75 % (7 sujetos) en lo que respecta al deseo o preferencia por comer en compañía, y un 37,5 % (6 sujetos) al agrado de indiferente por permanecer en esa compañía o situarse en solitario. Del mismo modo, la preocupación por un estilo de vida alimenticio saludable no constituye mayor influencia en lo que respecta al humor o estado anímico de la muestra (43,75 %, 7 sujetos) y en menor capacitación la influencia de este último con respecto a la alimentación (37,5 % 6 sujetos).

Pasando ahora al plano del autoconcepto, vemos como el 43,75 % (7 sujetos) se definen como individuos sociales, y el 62,5 % (10 sujetos) afirma poseer una idónea capacidad comunicativa y de interrelación, es decir, una fácil adaptación social.

El autoconcepto de la muestra corresponde en un 50 % (8 sujetos) a la caracterización de la perseverancia y el seguir trabajando por lo que desea. En este punto, el 81,25 % (13 sujetos) de los jóvenes estudiados tienen la plena convicción y deseo por conquistar las metas que se proponen.

Con respecto al área de la autoimagen, si bien los porcentajes no arrojaron valores que superaran la mitad de la muestra, hubo una inclinación por parte de algunos jóvenes por señalar agrado en relación a todo el cuerpo en general, especialmente con los rasgos faciales (31,25 %, 5 sujetos), sin embargo, el nivel de comodidad con la imagen corporal en esta categoría resultó ser más de índole particular, caso por caso, que general.

Un análisis relevante pero que no se representó en la mayoría de las entrevistas, fue el hecho de que algunos de los sujetos que se sienten insatisfechos con su imagen corporal aseveraron haber crecido en hogares con padres deportistas, o para los cuales la alimentación saludable era muy importante, o incluso, padres que los presionaban para que cambiaran su aspecto físico a través de dietas y ejercicios, lo que concuerda con los planteamientos de Raich (2004) y Bravo y Lemús (s.f.), quienes aseveran que en una sociedad donde la crítica hacia la imagen corporal es constante y normalizada se incrementa la preocupación por la apariencia física y el riesgo de padecer trastornos alimenticios en los jóvenes.

Para finalizar, existe una marcada importancia en lo que respecta al físico de aquellas figuras públicas, las cuales representarían los modelos o ideales a seguir por parte de la muestra, siendo ésta valorada en un 62,5 % (10 sujetos); empero, en contraposición a ello, el 37,5 % (6 sujetos) expresa que la condición física no es relevante a la hora de conseguir pareja, igualando dicho puntaje con respecto a los atributos afectivos que, según la muestra, deben estar presentes al momento de formalizar una relación: amable, cariñosa y con educación, indicando además como punto preponderante la cualidad de entendimiento y escucha por parte del otro hacia sí mismo (47 %).

VIII. DISCUSIÓN

Son varios los puntos que deben entrar a discusión en este apartado, por tal razón haremos una exposición de cada uno de ellos en función del orden en el cual fueron abordados en la fase de análisis.

Procediendo con el Índice de Insatisfacción Corporal, se constató que si bien el 87,5 % (14 sujetos) de los jóvenes desean modificar su masa corporal, ya sea aumentándola (56,25 %, 9 sujetos) o disminuyéndola (31,25 %, 5 sujetos); son los varones los que en un 100 % (9 sujetos) desean modificar su masa corporal, dicha modificación se inclina marcadamente hacia el aumento de la misma (77,77 %, 7 sujetos) en contraposición, las chicas en un 71,4 % (5 sujetos) desean modificar su masa corporal, pero su inclinación por acrecentarla es de tan solo un 28,56 % (2 sujetos) apoyando mayor peso en el deseo de disminuirla (42,84 %, 3 sujetos).

Abordando ahora los índices de Distorsión de la Imagen Corporal, se encontró que el 31,25 % (5 sujetos) poseen una imagen distorsionada de su cuerpo, ya sea por aumentar masa (12,5 %, 2 sujetos) o por disminuir la misma (18,75 %, 3 sujetos), sin embargo,

mencionado índice no supera al porcentaje de sujetos que no muestra distorsión el 68,75 % (11 sujetos).

Otro elemento a discutir de la imagen corporal es la discrepancia entre los géneros, en el cual vemos que el 28,56 % (2 sujetos) de las chicas poseen una imagen distorsionada de su cuerpo, mientras que, en el caso de los varones el puntaje discrepa escasamente por encima del puntaje femenino, es decir, con un 33,33 % (3 sujetos) no muestra distorsión.

A pesar de que el índice de distorsión e incomodidad prevalece en los varones, la puntuación con respecto al índice de masa muscular favorece a los chicos, arrojando que el 77,77 % (7 sujetos) poseen un IMC en el rango normal, a diferencia de las chicas, cuyo porcentaje es de 42,84 % (3 sujetos).

Con respecto a la autoestima de los sujetos de la muestra, la misma en las correcciones terminó arrojando como valor unánime en sus respuestas la categoría de autoestima elevada.

Enlazando el tema previamente mencionado sobre la autoestima, es momento de traer a colación al Test del Dibujo de la Figura Humana siendo el rasgo de ansiedad uno de los principales indicadores que aparecen en la evaluación en forma de sombreado y trazado de la línea, además la posición general del dibujo en la hoja, (arriba y central) se interpreta como egocentrismo. Otro indicador a mencionar es el de impulsividad, el cual se vio principalmente reflejado en un 25 %, (4 sujetos) al dibujar cuellos cortos y desproporcionales al cuerpo. No obstante, tal como lo explica Koppitz (1991), dichos indicadores son rasgos propios de la adolescencia, por lo que deberían estudiarse de forma prolongada en el tiempo, con la finalidad de descubrir si se mantienen o cesan al llegar a determinada edad.

Un criterio que no es propio de esta etapa (adolescente) y que se hizo presente en un 56,25 % (9 sujetos) de los protocolos, fue el detallismo en diferentes partes del cuerpo, fundamentalmente en los zapatos, los cuales hablan de tendencias obsesivas, lo que concuerda con investigaciones realizadas por Aranceta (2007) y Jerez y cols. (2015), quienes relacionan la ortorexia con rasgos de un comportamiento obsesivo-compulsivo.

Otro de los criterios encontrados durante el análisis es la importancia que los sujetos le proporcionan a las relaciones interpersonales, enfocándose en características del aspecto físico en sí mismos, con el fin de transmitir una buena imagen. Es por ello, que dentro de los atributos o rasgos positivos que se les solicitó mencionar a los sujetos, la mayoría de ellos se refirió a aspectos físicos o materiales, como mejorar su condición económica, agrado por su cuerpo, especialmente rostro, hombros, todas ellas señaladas por varones (66,66 %, 6

sujetos), a diferencia de las chicas que solo se inclinaron por mencionar atributos físicos en un 22,22 % (2 sujetos).

En este punto las jóvenes realizaron menos autocríticas con respecto a su imagen (14,28 %, 1 sujeto) en relación a los varones, los cuales, puntuaron en 22,22 % (2 sujetos) de insatisfacción corporal.

Según lo que reportaron los sujetos en las encuestas realizadas después de la aplicación del Test del Dibujo de la Figura Humana, los varones tendían a valorar su imagen corporal en función de una figura atlética, lo que coincide con los cuestionarios de Gardner, Montero, y Colás y Castro, los cuales arrojaron que los chicos presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal y tendencia o deseo a aumentar su masa muscular. Es lógico que al sentirse descontentos con su físico, se enfocaran en aspectos emocionales y de personalidad cuando se les preguntó “¿cuáles son sus cualidades positivas?”. A diferencia de las chicas, quienes se mostraron más satisfechas con su físico, y reportaron un mayor equilibrio en sus respuestas sobre cualidades positivas, nombrando aspectos tanto corporales como emocionales o de personalidad.

Un criterio que se encontró en la totalidad de la muestra fue la marcada preocupación que sienten estos adolescentes por agradar al otro y transmitir una imagen social adecuada, lo que concuerda con los planteamientos de la organización UNICEF (2011), la cual menciona que para los adolescentes son relevantes las opiniones de los miembros de su grupo.

Sin embargo, las preocupaciones por lograr producir una buena impresión en presencia de los demás puede verse ofuscada por ciertos indicadores que señalan extraversión, vanidad y presunción, presentándose en el 25 % (4 sujetos), reflejándose en los adornos de vestimenta de las figuras. Esta discusión o acotación explicará el hecho de que el 50 % (8 sujetos) dibujaran dedos diferenciados, como reflejo de un afán por conseguir una calidad productiva (en este caso social).

Continuando en esta esfera, vemos los varones se auto-valoraban o definen con rasgos intelectuales en un porcentaje inferior al de las chicas, es decir, el 11,11 % (1 sujeto) consideró el aspecto intelectual como un atributo positivo, mientras que el 57,12 % (4 sujetos) considera este aspecto como cualidad personal.

Sin embargo, en términos comparativos, vemos que a nivel afectivo, tanto chicas como chicos expresaron como parte de su personalidad elementos de amistad, relaciones interpersonales y solidaridad, poseyendo las chicas un 71,4 % (5 sujetos), siendo levemente superadas en este atributo por los chicos con un 77,7 % (7 sujetos).

Retomando la dieta alimenticia, se constató que el 100 % (16 sujetos) de la muestra concuerdan que una buena dieta alimenticia trabaja en pro del mejoramiento del aspecto físico y la salud en general, por tanto, un 68,75 % (11 sujetos) de la muestra están dispuestos a no restringir dinero a la hora de adquirir alimentos sanos. Es por ello que un 56,25 % (9 sujetos) intentan y/o desean poseer con una dieta saludable, sin embargo, expresaron que la condición social, económica y política que atraviesa Venezuela, impide un mejor “control” de lo que sería la adopción de una dieta saludable o deseada. Tal como lo refleja el Observatorio Venezolano de Salud (2017), quienes expresan que actualmente los venezolanos tienen dificultades para acceder a los alimentos motivado a la severa escasez de los mismos y a la creciente inflación.

Entre los valores copilados y desarrollados en la fase de análisis, se encontró que el 50 % (8 sujetos) le atribuye mayor importancia a la calidad, por sobre el sabor de los alimentos; no obstante, un 37,5 % (6 sujetos) refiere como preferencia la existencia de un equilibrio entre ambos (sabor y calidad), además el 62,5 % (10 sujetos) afirmó que consumía comida chatarra esporádicamente.

A nivel de autoconcepto nuevamente vemos que el 43,75 % (7 sujetos) se define como individuos sociales, marcando por la empatía y comunicación de las relaciones interpersonales; siendo este autoconcepto complementado en un 50 % (8 sujetos) por la caracterización de la perseverancia y el seguir trabajando por lo que desea. En este punto, el 81,25 % (13 sujetos) evaluado cuenta con la plena convicción y deseo por conquistar las metas que se proponen.

Finalmente, a nivel de pareja vemos que el 37,5 % (6 sujetos) expresa que la condición física no es relevante a la hora de conseguir pareja, igualando mencionado valor con los atributos afectivos que, según la muestra, deben estar presentes al momento de formalizar una relación, al igual que la capacidad de entendimiento (47 %).

IX. CONCLUSIONES

La investigación realizada arrojó, en cuanto a los indicadores de ortorexia, que los jóvenes que poseen dichos indicadores no se sienten confundidos cuando acuden al supermercado ya que, como era de esperarse, no prestan mayor atención a las diversas opciones de comida que consideran poco saludables, sino que, por el contrario, buscan frutas, vegetales y carnes, entre otros alimentos que califican como sanos. También consideran que alimentarse de forma sana y balanceada influye en gran medida en su aspecto físico y salud en general, por lo que están dispuestos a gastar mayores cantidades de dinero para adquirir este tipo de alimentos.

Igualmente acostumbran, en algunos casos, sentirse preocupados por seguir una alimentación saludable y contar las calorías de los alimentos que van a ingerir. Asimismo, le proporcionan mayor importancia a la calidad de los mismos por sobre el sabor, y en algunas oportunidades, podrían llegar a sentir culpa después de comer un alimento que no

consideran sano. No obstante, la muestra de jóvenes con indicadores de ortorexia mostró la flexibilidad suficiente para no seguir una dieta estricta y permitirse romper su régimen alimenticio en algunas ocasiones, influido por la situación país y la dificultad actual para adquirir un dulce o “comida chatarra”.

En resumen, la situación alimentaria que atraviesa el país actualmente influye en el desarrollo y posterior mantenimiento de la ortorexia, ya que a pesar de que algunos de los sujetos cumplen con varios de los criterios para ser considerados ortoréxicos y con las conductas obsesivas típicas de dicha condición, no cumplen otros criterios porque la situación país lo dificulta.

En cuanto a la imagen corporal, los varones con indicadores de ortorexia muestran un mayor índice de insatisfacción, una marcada tendencia a aumentar su masa muscular y critican su propio cuerpo con más frecuencia. A diferencia de las chicas, quienes se sienten más satisfechas con su propia imagen, siendo éste uno de sus atributos más reconocidos por ellas mismas, o pueden, en algunos casos, mostrar interés en disminuir su masa.

El 25 % de la muestra (4 sujetos) que se sienten insatisfechos con su imagen corporal aseveraron durante la entrevista haber crecido en hogares con padres deportistas, o para los cuales la alimentación sana era sumamente importante, o incluso, padres que los presionaban para que cambiaran su aspecto físico a través de dietas y ejercicios.

Ambos sexos le conceden importancia al aspecto físico de diversas figuras públicas nacionales o internacionales (modelos, celebridades, misses, actores, actrices, cantantes, bailarinas, etc.), las cuales representan su modelo o ideal a seguir.

Con respecto al autoconcepto, los adolescentes varones le proporcionan mayor importancia a los objetos materiales y se muestran más interesados en mejorar su condición económica, por sobre los rasgos intelectuales, mientras que las chicas muestran más interés en características intelectuales. Sin embargo, ambos sexos se describen como perseverantes y se interesan por cumplir sus metas.

En cuanto al autoconcepto emocional, una característica propia de este grupo de jóvenes fue el alta autoestima y que se describen a sí mismos como solidarios y amigables. A pesar de otorgarle gran relevancia a las características físicas, a la hora de buscar pareja estable se interesan más por conseguir una persona amable, cariñosa y con educación, con la cual puedan formalizar una relación caracterizada por el entendimiento y escucha, por parte del otro hacia sí mismo.

También en el autoconcepto social de ambos grupos puede verse una marcada preocupación por agradar al otro, por producir una buena impresión, y por la opinión que

este pueda tener sobre ellos, por lo que buscan conseguir y transmitir una imagen social que sea aprobada y bien vista por los demás. Le atribuyen gran importancia a las relaciones interpersonales, por lo cual se describen como empáticos y comunicativos.

X. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 Limitaciones

- Dificultad para localizar la muestra, motivado a las fuertes protestas que se vivían diariamente en las calles de la ciudad durante los meses de abril y julio del presente año, lo cual condujo no solo a un retraso en el desarrollo de la investigación, sino además a la deserción de varios sujetos que en un principio resultaron ser candidatos para la muestra.
- Al no ser un trastorno alimenticio reconocido, y al no contar con suficiente aporte teórico e investigativo del mismo, no se posee en el país centros de estudio y/o tratamientos de personas que padecen o presenten indicadores de ortorexia.
- Es importante resaltar las limitaciones económicas por las cuales atravesó la investigación, debido a que las impresiones y fotocopias de cartas, test y cuestionarios, las impresiones para la corrección del trabajo, el precio del transporte para trasladarse hasta los puntos de encuentro propuestos por los sujetos y la adquisición de demás materiales para llevar a cabo el estudio acarreaban importantes

sumas de dinero, las cuales no se ajustan a un salario mínimo o beca estudiantil actual en el país.

- Dificultades para aumentar el número de participantes en la investigación, motivado a que, según los aportes de Donini y cols (2005) la ortorexia suele presentarse en sujetos con alto poder adquisitivo, y dicha variable no fue tomada en cuenta para la selección de la población.

10.2 Recomendaciones

- Aumentar el número de sujetos que conforman la muestra de trabajo, para obtener resultados que impliquen mayor validez y confiabilidad, así como la realización de este estudio durante un tiempo más prolongado para la investigación.
- Realizar una adaptación del Test Orto-15 en la población venezolana, con el propósito de trabajar con mayores niveles de confiabilidad y validez al momento de realizar una evaluación con respecto a la tendencia a padecer ortorexia.
- Realizar nuevas investigaciones sobre la ortorexia que involucren otras variables de estudio, como el nivel socioeconómico y la asistencia o no a centros de gimnasio, profundizando además en el género como elemento a explorar.
- Emplear otros instrumentos psicológicos con el fin de contrastar los resultados obtenidos entre ambas investigaciones, y de este modo aseverar o refutar los hallazgos derivados en las mismas.
- Explorar la ortorexia en otros ámbitos (como el médico o deportivo) con el objeto de poder actualizar la información que se posee con respecto a este síndrome.
- Emplear otros tipos de muestra en futuras investigaciones, con el propósito de afinar criterios en función de las etapas del desarrollo (juventud, adulto joven, adulto contemporáneo, ancianidad, entre otros).

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* (5ta ed.). Washington, DC. EE.UU.: Autor.

Aranceta, J. (2007). *Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable*, 57(5), 313-315. Recuperado el 10 de julio de 2016 de <http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v57n4/art02.pdf>

Aberastury, A. y Knobel, M. (1974). *El mundo del adolescente*. Recuperado el 25 de Febrero del 2016 de <https://es.scribd.com/doc/146627565/La-adolescencia-normal-Un-enfoque-psicoanalitico-Arminda-Aberastury-y-Mauricio-Knobel>

Beyzaga-Medel, C., Durán-Agüero, S. y Miranda-Durán, M. (2016). *Comparación en autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios evaluados según Índice de Masa Corporal y porcentaje de grasa*, 20(3), 182. Recuperado el 20 de Mayo del 2017 de <http://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v20n3/original3.pdf>

- Bracho, A. (2015). *Cuando alimentarse sanamente, se vuelve una obsesión*. Recuperado el 7 de julio de 2016, del sitio web de la Clínica Ávila: <http://clinicaelavila.com/noticias-ver.php?id=14&tp=1>
- Bravo, P. y Lemus, N. (s.f.). *Autoimagen corporal de los adolescentes. Investigación desde una perspectiva de género*. Recuperado el 28 de febrero del 2016 de <http://hdl.handle.net/11441/39536>
- Brytek-Matera, A. (2012). *Ortorexia nerviosa - ¿un trastorno alimentario, trastorno obsesivo-compulsivo o perturbado hábito de comer?*, 2012(1), 55-60. Recuperado el 18 de julio de 2016 de https://translate.google.co.ve/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.archivespp.pl/uploads/images/2012_14_1/BrytekMatera55__APP1_2012.pdf&prev=search
- Brytek-Matera, A., Donini, L., Krupa, M., Poggiogalle, E., y Phillipa, H. (2015). *Ortorexia nerviosa y aspectos de actitud de auto-imagen corporal en los estudiantes universitarios femeninos y masculinos*, 3(2). doi: 10.1186 / s40337-015-0038-2
- Caricote, E. (2009). *La salud sexual en la adolescencia tardía*, 45, 415-425. Recuperado el 28 de Febrero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102009000200016
- Ceballos, G.; García, A.; Méndez, E. y Ramírez, I. (2014). ¿Qué sabe Ud. Acerca de... Ortorexia?, [Versión electrónica], *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45(2), 84-87.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. y Cannella, C. (2005). *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire*, [Versión electrónica], *Instituto de ciencias de la alimentación, Italia*, 10, 28-32.
- Duskin, R., Papalia, D. y Wendkos, S. (2009). *Desarrollo Humano*. México, D.F.: S.A. de C.V.
- Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). *Código de Ética Profesional del Psicólogo*. Recuperado el 16 de mayo del 2017 de <http://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf>
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ra ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Gardner, RM., Stark, K., Jackson, N. y Friedman, BN. (1999). *Development and validation of two new scales for assessment of body-image*. *Percept Mot Skills*. 87. 981-93.

- Gamboa, J. (2012). *Validación de la escala de actitudes hacia la sexualidad ampliada en adolescentes venezolanos*. Tesis no publicada, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Graterol, E. (2012). Rasgos de personalidad: autopercepción e Ideal del Yo en jugadores de rol [Versión electrónica], *Revista Docencia, Investigación, Extensión, educación y trabajo*, 1, 30-72.
- Heras, C. y León, C. (2016). *Valoración del Autoconcepto en adolescentes de zona rural*. Tesis no publicada. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- Jaramillo, D. (2012). *Intervienen la distorsión de la imagen del cuerpo a raíz de un desmembramiento*. Tesis de licenciatura. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Disponible: <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/159/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-7.pdf>
- Jerez, T., Lagos, R., Valdés-Badilla, P., Pacheco, E., y Pérez, C. (2015). *Prevalencia de conducta ortoréxica en estudiantes de educación media de Temuco*, 42(1) 41-44. Recuperado el 10 de Julio de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46935880005>
- Koppitz, E. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana por alumnos de Educación Media*. Médico D.F: Manual Moderno.
- Leiva, S. (2011). *Percepción de imagen corporal en pacientes con psoriasis, basado en estudio de casos de 10 adultos con edades entre 25 y 30 años que asisten a la fundación ponte en mi piel*. Tesis de licenciatura. Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador. Disponible: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1320/1/TESIS%20SOFIA%20LEI%20VA.PDF>
- Ley N° 5859E, (2007). *Ley orgánica para la protección del niño, niña y adolescente*. Recuperado el 16 de mayo del 2017 de http://www.cecodap.org.ve/descargables/prensa/Cecodap_Sala_de_Prensa-LOPNA.pdf
- López-García, D. y Medina-Pérez, O. (2013). *Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la universidad de Medellín*. Recuperado el 22 de Julio de 2016 de <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/2184>

- Medina, P. y Rivero, A. (2016). *Vivencia Subjetiva de la Maternidad Adolescente en Madres e Hijas: Transmisión Intergeneracional*. Tesis no publicada, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Moya, T., Naranjo, P. y Palacios, E. (2014). Influencia de las alteraciones estéticas bucodentales sobre la autoimagen y sociabilización en adolescentes entre 12-17 años [Versión electrónica], *Revista de Odontología*, 17, 45-53.
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Recuperado el 30 de agosto de 2017, de la página web:
<http://book.google.es/books?id=EiAfdyVxlmUC&printsec=frontcover&dq=la+imagen+inconsciente+del+cuerpo&hl=es&sa=X&ei=TPkMU86LKZSskAfPkoEg&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>
- Observatorio Venezolano de la Salud, (2017). Boletín Febrero 2017: *La situación alimentaria y nutricional en Venezuela omitida en el último reporte de la FAO*, 7, 1-4.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* (10ma ed.). Madrid: Meditor.
- Padovani, V. y Santander, J. (2012). *Autoconcepto y calidad de vida percibida de una muestra de docentes del subprograma Samuel Robinson va al liceo – UCV*. Tesis no publicada, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S. y Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes bogotanos [Versión electrónica], *Universidad de Los Andes (Colombia)*, 5(1), 21-36.
- Portuondo, J. (1997). *La Figura Humana, Test Proyectivo de Karen Machover*. España: Biblioteca Nueva.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal [Versión electrónica], *Revista de Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Richards, S. (2014, 13 de octubre). Orthorexia: When healthy eating becomes an obsession. CNN. Recuperado el 19 de julio de 2016, del sitio web <http://edition.cnn.com/2014/10/07/health/orthorexia/index.html>
- Rosas, A., Pérez, S. e Iglesias, A. (s.f.). Trastornos alimentarios y perversión [Versión electrónica], *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 211-223.
- Rodríguez, C. (2011). *Cuerpo, familia y psicosis: Aportes de Gisela Pankow y su clínica de la imagen del cuerpo hacia una comprensión y abordaje de la psicosis*. Tesis de

licenciatura. Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
 Disponible:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/162/1/tesisfinal.pdf>

Rosemberg, M. (1965). *Escala de autoestima de Rosemberg*. Recuperado el 20 de mayo del 2017 de <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala%20rosenberg.pdf>

Sassano, M. (2003). *Cuerpo, tiempo y espacio: principios básicos de la psicomotricidad*, Recuperado el 30 de agosto de 2017, de la pág. web: <http://books.google.es/books?id=pLivxj6PSKMC&pg=PA140&dq=francoise+Doltó+la+imagen+inconsciente+del+cuerpo&hl=es&sa=X&ei=YWgfU6TAJouPkAfjtoHgDg&ved=0CDUQ6AEwATgK#v=onepage&q=francoise%20Doltó%20la%20imagen%20inconsciente%20del%20cuerpo&f=false>

UNICEF, (2011). *La adolescencia, una época de oportunidades*. Recuperado el 25 de febrero del 2016 de https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

UNICEF, (2017). *Nutrición*. Recuperado el 28 de febrero del 2016 de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Xandró, M. (2007). *Test de Machover: Pareja y familia*.

Zambrano, R., Colina, J., Valero, Y., Herrera, H. y Valero, J. (2013). Evaluación de hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de Caracas, Venezuela [Versión electrónica], *Anales Venezolanos de Nutrición*; 26(2), 86-94.

XII. ANEXOS

Anexo A. Carta institucional.



Universidad Central De Venezuela
Facultad De Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Caracas, ____ de Marzo de 2017.

Lic. _____
Colegio _____
Calle _____, Urb. _____
Presente

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, en calidad de tesistas del décimo semestre de la Escuela de Psicología, mención Clínica Dinámica, Facultad de Humanidades

y Educación, Universidad Central de Venezuela, para solicitar su cooperación en nuestra investigación y trabajo de grado. A tales fines abordamos el tema “Autoimagen y autoconcepto en adolescentes con indicadores de ortorexia”, y somos supervisados por la Lic. Adriana Paz Castillo, C.I., V-8.819.528, psicóloga y profesora de la institución.

Para el desarrollo de dicha investigación precisamos acceder a una muestra de jóvenes de ambos sexos, entre 16 y 18 años de edad. En virtud de ello, queremos solicitar los permisos correspondientes para trabajar con algunos estudiantes de esta institución. La aplicación de los instrumentos psicológicos llevará aproximadamente 2 semanas, lapsos previstos para ocupar 1 hora académicas del tiempo de los estudiantes. Antes de la aplicación se les proporcionará a los jóvenes toda la información necesaria y un consentimiento informado donde acepten participar en el estudio de forma voluntaria. En caso de ser menores de edad el consentimiento irá dirigido a sus padres y/o representantes.

Agradeciendo su recepción, se despiden de Ud.

Br. Andrish Gómez Tarazona
C.I. 21.542.525

Br. Andreína Rondón
C.I. 21.291.878

Anexo B. Consentimiento informado (menor de edad).



Universidad Central De Venezuela
Facultad De Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Consentimiento Informado

Yo _____, mayor de edad, C.I. _____ representante de _____, C.I. _____, por medio de la presente autorizo que mi representado participe voluntariamente en la investigación “Autoimagen y autoconcepto en adolescentes con indicadores de ortorexia”, que llevan a cabo los bachilleres Andrish Gómez, C.I. 21.542.525 y Andreína Rondón, C.I. 21.291.878, tesis de la Escuela de Psicología, mención Clínica Dinámica, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela. Dicho trabajo es supervisado por la Lic. Adriana Paz Castillo, C.I. V-8.819.528, psicóloga y profesora de la institución.

Asimismo, autorizo la participación de mi representado (a), mientras se garantice la devolución de resultados a los padres y/o representantes, reservando el derecho de mantener información confidencial en caso necesario. Dicha participación no es obligatoria, por lo que me reservo el derecho de retirar a mi representado si así lo deseo, en cumplimiento con las normas de ética que rigen el ejercicio en Psicología, según los artículos:

Artículo 55: la investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

Artículo 57: para proteger la integridad física y mental de la persona, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación.
- b) Toda persona debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- c) Toda persona debe estar suficientemente informada acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la evaluación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de los mismos.

Firma del representante

Anexo C. Consentimiento informado (mayor de edad).



Universidad Central De Venezuela
Facultad De Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Consentimiento Informado

Yo, _____, C.I. _____, por medio de la presente informo que acepto participar voluntariamente en la investigación "Autoimagen y autoconcepto en adolescentes con indicadores de ortorexia", que llevan a cabo los bachilleres Andrish Gómez, C.I. 21.542.525 y Andreína Rondón, C.I. 21.291.878, tesis de la Escuela de Psicología, mención Clínica Dinámica, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela. Dicho trabajo es supervisado por la Lic. Adriana Paz Castillo, C.I. V-8.819.528, psicóloga y profesora de la institución.

He sido informado suficientemente por los investigadores sobre los objetivos y alcances de la investigación y me ha quedado claro cuál será mi rol en la misma. Finalmente, los investigadores me explicaron que mi participación se mantendrá en el anonimato y los resultados que arroje tendrán carácter reservado, sólo serán utilizados para fines académicos, tal como lo establecen los artículos 55 y 57 del Código de Ética Profesional del Psicólogo de la Federación de Psicólogos de Venezuela.

Artículo 55: la investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

Artículo 57: para proteger la integridad física y mental de la persona, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación.
- b) Toda persona debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- c) Toda persona debe estar suficientemente informada acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la evaluación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de los mismos.

Firma

Anexo D. Orto-15 (versión original).

Università degli Studi di Roma "Sapienza" Dipartimento di Fisiopatologia Medica Sezione di Scienza dell'Alimentazione					
ORTHO-15					
LM Donini, D Marsili, MP Graziani, M Imbriale, C Cannella: <i>Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire</i> . Eat Weight Disord 2005, 10, e28-e32					
		Sempre	Spesso	Talvolta	Mai
1	Quando mangia fa attenzione alle calorie degli alimenti ?				
2	Quando entra in un negozio di prodotti alimentari, è confuso ?				
3	Negli ultimi 3 mesi, il pensiero del cibo è stato per lei una preoccupazione ?				
4	Le sue scelte alimentari sono condizionate dalla preoccupazione per il suo stato di salute ?				
5	Il sapore è la più importante delle qualità di cui lei tiene conto nel giudicare un cibo ?				
6	E' disposto a spendere di più per avere un cibo sano?				
7	Il pensiero del cibo sano la preoccupa per più di tre ore al giorno ?				
8	Si concede qualche trasgressione alimentare ?				
9	Ritiene che il tono dell'umore incida sul suo comportamento alimentare ?				
10	Ritiene che la convinzione di alimentarsi con cibi sani aumenti la sua autostima ?				
11	Ritiene che il consumo di cibi sani modifichi il suo stile di vita (frequenza ristorante, amici,) ?				
12	Ritiene che consumare cibi sani possa migliorare il suo aspetto fisico ?				
13	Si sente in colpa quando trasgredisce ?				
14	Ritiene che in commercio siano presenti anche cibi non sani ?				
15	Attualmente quando consuma i pasti, lo fa da solo ?				
Lorenzo M. Donini "Sapienza" University of Rome Department of Medic Physiopathology – Food Science Section P.le Aldo Moro, 5 – 00185 Rome (Italy) e-mail: lorenzomaria.donini@uniroma1.it ; tel.: +39.06.4969.0216; fax: +39.06.4991.0699					

Anexo E. Curriculum de experto en el idioma italiano.

Graciela Bonanno.

Licenciada en Idiomas Modernos.
Barcelona, España.

Estudios

1978-1983. **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CALABARIA**, Laurea in lingue moderne (Filología).

2002-2003. **UNIVERSITA' DI SIENA**, Certificazione per l' insegnamento della lingua italiana a stranieri, **DITALS**.

Coautora de libros especializados para el aprendizaje del idioma italiano. **"Divertiamoci Imparando l'Italiano"**.

Experiencia Laboral

Periodo: 2016.

Empresa: Kielet LS, Barcelona.

Cargo: Profesora de italiano.

Funciones: Curso enfocado al aprendizaje de italiano para empresas cubriendo todas las destrezas del mismo como gramática, vocabulario, comprensión y expresión oral.

Periodo: 2015-2016.

Empresa: Idiomes Manhattan.

Cargo: Profesora de Italiano.

Funciones: clases presenciales privadas.

Periodo: 1998-2014.

Empresa: Colegio S. Bolívar y G. Garibaldi.

Cargo: Coordinadora escuela paritaria.

Funciones: Supervisar el cumplimiento de los reglamentos internos en materia educativa.

Velar por el cumplimiento de la programación.

Elaborar el plan académico anual de evaluación.

Detectar y analizar las necesidades que se derivan de las actividades académicas y canalizar su solución.

Cursos / Eventos

Centro para la Normalización Lingüística de Barcelona. Catalán(Atualmente).

Strategie dell'italiano,Universita'diPerugia,1996.

Seminario sull'uso delle glottotecnologie di L2, IARD,1997.

Corso di formazione della didattica dell'italiano,ITALS, 1999.

Corso della didattica,Universita' Ca' Foscari,Venezia,1999.

Corso della didattica,Universita' Ca' Foscari,Venezia,2000.

Fondazione IARD.

Corso di formazione Universita' per stranieri di Perugia,2002.

Formación y aprendizaje de los docentes del idioma italiano.

Certificato di competenza dell'italiano,Siena,2003.

Seminario di formazione glottodidattica,2004.

Imparare a costruire, 2006.

Lectura técnica comprensiva.
Seminario di formazione glottodidattica.
Psicología Positiva.
Incontro di Linguisti, U.S.B.
Mindfulness. Técnicas de meditación aplicada a la educación.
Redes Sociales, Arete' Gestión Coruña 2015.

Habilidades y Destrezas Adquiridas

Manejo de Sistema Operativo Windows (2000, Vista, 7, 8).
Manejo de Office (2003/2007/2010/2013).
Facilitadora de Cursos y Talleres a nivel Universitario y Organizacional.
Manejo del idioma Italiano, otros idiomas y Catalán Básico.
Capacidad para trabajar en equipo.
Habilidades de coaching y liderazgo.

Anexo F. Curriculum de experto en lengua española.
Iliana Rodríguez.

Profesora de Castellano y Literatura.
Caracas, Venezuela.

Estudios

1984-1990. **UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (PEDAGÓGICO DE CARACAS)**, Profesora. Especialidad: Lengua Materna, mención: Literatura.

2000-2005. **UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (PEDAGÓGICO DE CARACAS)**, Magister en Literatura Latinoamericana.

Experiencia Laboral

Periodo: 2006-2015.

Empresa: Pedagógico de Caracas.

Cargo: Profesora de Lengua Española.

Funciones: Dictar contenido programático de la asignatura en el aula; Corrección de pruebas orales y escritas; Aplicar comprobaciones de lecturas, exposiciones y debates; Programación de clases magistrales a cargo de invitados especiales (cine-foros, mesas redondas); Asistencia de los cursantes a representaciones teatrales.

Periodo:1991-2017.

Empresa: Escuela Estatal Jesús Rafael Albornoz.

Cargo: Maestra de aula.

Funciones: Integral.

Cursos / Eventos

Comprensión Lectora, Santillana, 1991.

Curso – Taller de experiencia creativa con el arte, Ateneo de Caracas, 1993.

Jornada de Actividades Culturales de Teatro y Música. Zona Educativa Miranda, 1995.

Jornada de Actividades Culturales para el desarrollo de los Centros Estudiantiles, Escuela Estatal Jesús Rafael Albornoz, 1995.

Taller de Arte de la palabra a través de cuentacuentos, Pedagógico de Caracas, 1996.

Taller de Narración Oral, Pedagógico de Caracas, 1996.

Asistencia a Clubes de Lecturas, Escuela Estatal Jesús Rafael Albornoz, 1997.

Encuentro Subregional de Clubes de Lectura, COEULM – Miranda, 1997.

Jornadas de Literatura Infantil, Pedagógico de Caracas, 1997.

I Encuentro Subregional de Clubes de Lectura, COEULM – Miranda, 1997.

II Encuentro Subregional de Clubes de Lectura, COEULM – Miranda, 1998.

Taller: Aproximación a la poesía dictada por el poeta Rafael Cadenas, Universidad del Valle de San Francisco, 2012.

Anexo G. Orto-15 (traducción).



Universidad Central De Venezuela
Facultad De Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Nombres y Apellidos		¡Ejemplo de cómo contestar!	
Edad:	Género	¿Comes mucho helado?	
		(Siempre) - (A menudo) - (A veces) - (Nunca)	
Correo:		☒ ☐ ☐ ☐	
Nº de contacto:			
Municipio:			
Forma Incorrecta De Contestar			
		SIEMPRE	A MENUDO
		A VECES	NUNCA

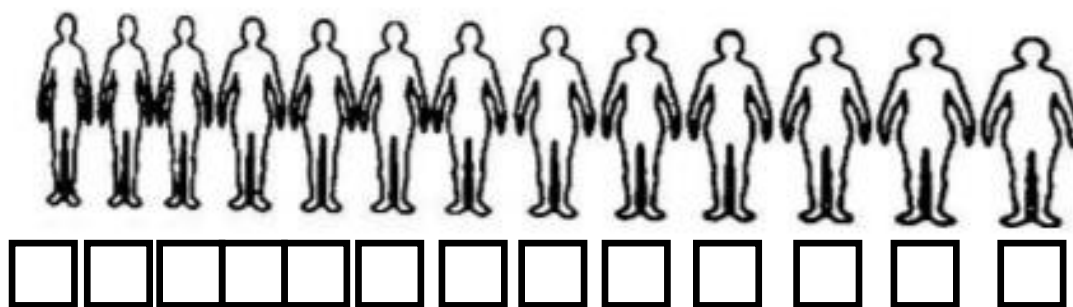
Cuestionario de Ortorexia				
1.- ¿Cuándo come, presta atención a las calorías de los alimentos?	☐	☐	☐	☐
2.- ¿Cuándo va al supermercado se siente confundido?	☐	☐	☐	☐
3.- ¿En los últimos meses, le ha preocupado su alimentación? (en términos de alimentos saludables)	☐	☐	☐	☐
4.- ¿Selecciona sus alimentos de acuerdo a su estado de salud?	☐	☐	☐	☐
5.- ¿Para usted es más importante el sabor que la calidad de los alimentos?	☐	☐	☐	☐
6.- ¿Está dispuesto a gastar más dinero por productos más sanos?	☐	☐	☐	☐
7.- ¿Pensar acerca de la comida le preocupa por más de tres horas al día? (en términos de alimentos saludables)	☐	☐	☐	☐
8.- ¿Se permite usted romper su régimen alimenticio?	☐	☐	☐	☐
9.- ¿Considera que su humor influye en su alimentación?	☐	☐	☐	☐
10.- ¿Cree que consumir solo alimentos sanos aumenta su autoestima?	☐	☐	☐	☐
11.- ¿Cree que consumir comida sana cambia su vida social? (comer fuera de casa, amigos,...)	☐	☐	☐	☐
12.- ¿Cree que consumir productos sanos puede mejorar su aspecto físico?	☐	☐	☐	☐
13.- ¿Se siente culpable cuando come comida chatarra?	☐	☐	☐	☐
14.- ¿Cree que en el supermercado también hay comida poco saludable?	☐	☐	☐	☐
15.- Actualmente ¿usted ingiere sus alimentos sin compañía?	☐	☐	☐	☐

¡MUCHAS GRACIAS!

Protocolos de los Tesistas: Andrish Gómez Tarazona & Andreína Rondón Rodríguez

Forma de corrección	Respuestas			
	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

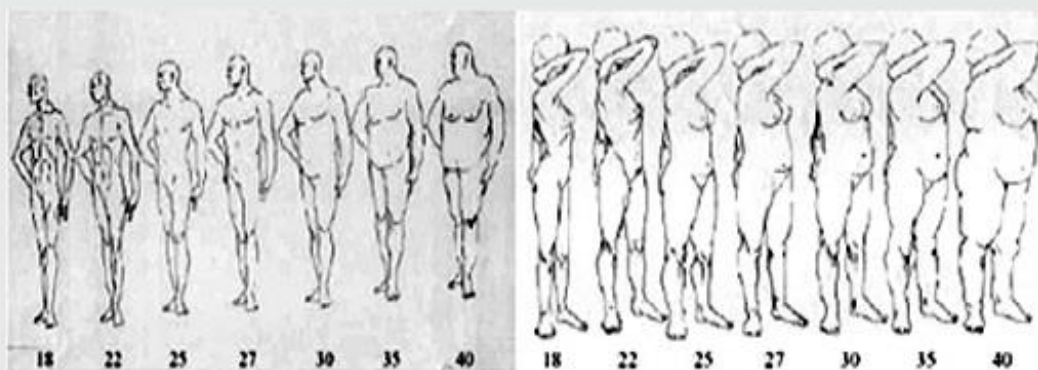
Anexo H. Test de imagen corporal de Gardner.



- 1.) Señala con una “P” la silueta que representa la **percepción actual** de su imagen corporal.
- 2.) Segundo, con una “D” señala la silueta que **desearían tener**.
- 3.) Posteriormente, el entrevistador señala con una “R” su estimación de la **imagen corporal real** del paciente.

Anexo I. Escala de Autopercepción de la imagen corporal de Pilar Montero, compilado por: Samuel Durán-Agüero, Carlos Beyzaga-Medel y Melisa Miranda-Durán.

Figura 1. Modelos anatómicos de hombres y mujeres. Tomado de Montero y Cols.³

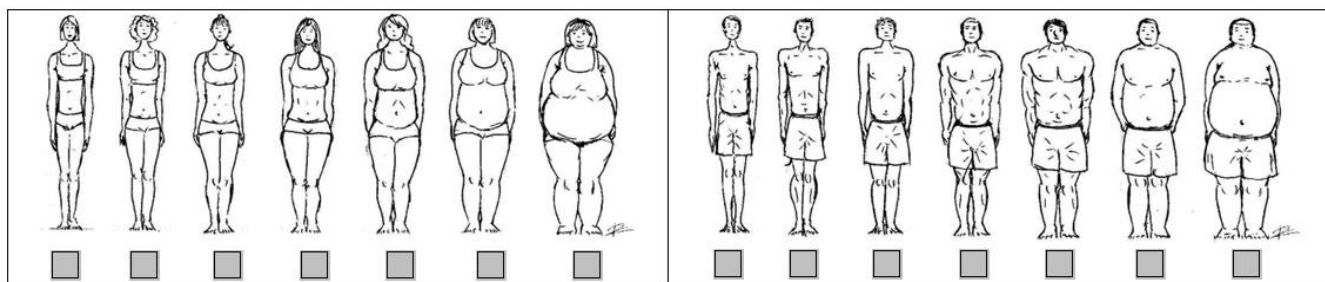


Cada persona elige el modelo con el que mejor se identifica:

"Cuándo se mira desnudo(a) al espejo, ¿con cuál de estas imágenes se siente más identificado(a)?". Esta elección corresponde el IMC autopercebido.

Anexo J. Escala de medición de percepción corporal de Castro Lemús y Colás Bravo.

• *Parte A*



Observe detenidamente estas figuras y coloque una cruz a la que cree que mejor refleje su imagen corporal

• *Parte B*

2.- Indica con una "X" lo que mejor describa tu imagen corporal según te acerques a un término u a otro, siendo:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho	Bastante	Poco	Ni una cosa ni la otra	Poco	Bastante	Mucho

		1	2	3	4	5	6	7	
Mi imagen corporal general es	delgada								gorda
Mis hombros y brazos son	estrechos								anchos
Mis pechos y tórax son	reducido								voluminoso
Mi cintura y estómago son	reducidos								voluminosos
Mi cadera es	estrecha								ancha
Mis glúteos son	pequeños								grandes
Mis piernas son	delgadas								gordas

Anexo K. Escala de autoestima de Rosenberg.

Consigna: Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la opción de respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

Nº	Reactivos	A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).				
5	En general estoy satisfecho (a) de mí mismo (a).				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso (a).				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado (a).				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

- En función de las actividades que hemos realizado, ¿cómo te sientes?
- ¿Hubo algo que te llamó la atención, o que te gustaría mencionar?
- ¿Hubo alguna actividad o pregunta que te haya incomodado?
- Háblame un poco acerca de cómo te defines
- Precizando un poco, nómbrame ¿cuáles pudieran ser tus cualidades?
 - Háblame de ellas...
- Si pudieras mejorar algo en ti mismo ¿qué sería?
 - ¿Has pensado hacer alguna cosa para mejorarlo?
 - ¿Lo has intentado?
- ¿Tú crees que has logrado las metas que te has propuesto?
 - (Si responde NO) - ¿te has fijado metas?
- En función de las experiencias previas, ¿acostumbra a finalizar los objetivos que te propones?
 - (Si responde NO) - ¿consideras que puedes realizar las cosas?
- ¿Te agrada recibir o pedir ayuda de otras personas?
- ¿Se te es fácil adaptarte a situaciones nuevas, con personas poco conocidas o que no son de tu ámbito personal?
- Si alguien te realiza una crítica física o de tu personalidad ¿cuál suele ser tu reacción al respecto?
- Físicamente ¿con qué partes de tu cuerpo te sientes cómodo, y con cuales no?
 - ¿Has pensado hacer alguna cosa para mejorarlo?
 - ¿Lo has intentado?
- ¿A quién te gustaría parecerte dentro del ámbito de los famosos?
- En el caso personal, ¿cuáles serían las características que debería tener tu pareja? o ¿cómo harías para seleccionar a tu pareja?
 - Preguntar por características tanto físicas, como afectivas y de personalidad
- Retomando un poco el objetivo inicial, ¿cómo consideras tú que manejas tu alimentación?
- ¿Qué alimentos y qué rutina alimenticia consideras saludable?
- ¿Qué alimentos consideras son “comida chatarra”?
- ¿Consumes comida chatarra?
 - Cuando lo haces ¿cómo te sientes?
- ¿Posees una dieta o régimen alimenticio?

- ¿Te permites romperlo?
- ¿Cómo te sientes al respecto?
- ¿Prefieres comer en compañía o solo?
- ¿Consideras más importante el sabor o la calidad de los alimentos?
- ¿Estás dispuesto a pagar más por conseguir alimentos más sanos?
- Aproximadamente ¿cuánto tiempo al día dedicas en pensar en alimentos saludables?
- ¿Consideras que tu humor o estado anímico influye en tu alimentación? o viceversa
- ¿Crees que ingerir alimentos sanos influye en tu aspecto físico?
- ¿Te gustaría hacer alguna pregunta o agregar algún comentario con respecto a esta actividad?