



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una
unidad educativa de Cuenca**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

Autora:

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo

C.I. 0106580616

Directora:

Mgt. María Fernanda Cordero Hermida

C.I. 0105118749

Cuenca - Ecuador

28 de octubre de 2019



RESUMEN

La insatisfacción con la imagen corporal (IC) y la sintomatología depresiva, son variables que se presentan principalmente durante la adolescencia, etapa en la que priman una serie de cambios biopsicosociales. Por lo tanto, el objetivo general de este estudio se orientó a describir los niveles de insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva en adolescentes varones y mujeres de 12 a 15 años de edad. El estudio fue cuantitativo, no experimental, de corte transversal y con un alcance inicialmente descriptivo. El análisis de la información se realizó a través de medidas de tendencia central, dispersión de datos y pruebas no paramétricas. La muestra estuvo conformada por 222 estudiantes, 69 hombres y 153 mujeres, de 12 a 15 años de edad ($\bar{x}=13.47$). Se aplicaron dos instrumentos, el cuestionario IMAGEN: Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010), y el Inventario de Depresión Infantil en su versión en español (Del Barrio y Carrasco, 2004), además de una breve ficha sociodemográfica. Los resultados mostraron un porcentaje elevado de adolescentes con insatisfacción con la IC, de los cuales, los varones obtuvieron niveles superiores de insatisfacción; por otro lado, la sintomatología depresiva apareció en un reducido número de participantes, igualmente, en mayor proporción en los hombres. Se halló una correlación positiva media entre la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva. Se concluye que la aparición de estas dos variables puede explicarse por la convergencia de elementos cognitivo-conductuales negativos, tales como: pensamientos, percepciones, emociones y comportamientos; mismos que obstaculizan el adecuado desenvolvimiento psicosocial del adolescente.

Palabras claves: Insatisfacción con la imagen corporal. Sintomatología depresiva. Adolescencia.



ABSTRACT

Body image dissatisfaction and depressive symptomatology are variables that mainly occur during adolescence, a stage in which a series of biopsychosocial changes prevail. Therefore, the general objective of this study was to describe the levels of body image dissatisfaction and depressive symptomatology in adolescent males and females aged 12 to 15 years. The study was quantitative, not experimental, cross-sectional and initially descriptive. The information analysis was carried out through measures of central tendency, data dispersion and non-parametric tests. The sample consisted of 222 students, 69 men and 153 women, from 12 to 15 years old ($\bar{X}= 13.47$). Two instruments were applied, the IMAGEN questionnaire (Solano and Cano, 2010), and the Child's Depression Inventory in its Spanish version (Del Barrio and Carrasco, 2004), in addition to a brief record sociodemographic. The results showed a high percentage of adolescents with body image dissatisfaction, being the males those who obtained higher levels of dissatisfaction; on the other hand, depressive symptomatology appeared in a small number of participants, also, in greater proportion in men. A positive average correlation was found between body image dissatisfaction and depressive symptomatology. It is concluded that the presence of these two variables can be explained by the convergence of negative cognitive-behavioral elements, such as: thoughts, perceptions, emotions and behaviors; same that hinder the appropriate psychosocial development of the adolescent.

Keywords: Body image dissatisfaction. Depressive symptomatology. Adolescence.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional.....	6
Cláusula de Propiedad Intelectual.....	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
PROCESO METODOLÓGICO	18
Participantes	18
Instrumentos	19
Procedimiento y análisis de datos	20
Aspectos éticos.....	21
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
Insatisfacción con la imagen corporal.....	22
Sintomatología depresiva	27
Correlación entre insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	33
ANEXOS	38



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	19
Tabla 2	27
Tabla 3	29
Tabla 4	29
Tabla 5	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Presencia y niveles de insatisfacción con la IC en la muestra total.....	23
Figura 2. Niveles de insatisfacción con la IC de acuerdo al sexo.....	24
Figura 3. Valores descriptivos del puntaje total de insatisfacción con la IC de acuerdo al sexo	25
Figura 4. Insatisfacción con la IC de acuerdo a la edad.....	25
Figura 5. Componentes de la insatisfacción con la IC de acuerdo a los niveles presentados..	26
Figura 6. Presencia y niveles de depresión de acuerdo al sexo.	28
Figura 7. Sintomatología depresiva de acuerdo a la edad.....	28



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de octubre de 2019

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo

C.I. 0106580616



Cláusula de Propiedad Intelectual

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo, autora del trabajo de titulación “Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de octubre de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Andrea Nataly Arboleda Jaramillo", written over a horizontal line.

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo

C.I. 0106580616



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Los seres humanos forjan paulatinamente su imagen corporal (IC) desde temprana edad a partir de su interacción con los demás, en virtud de ello, las percepciones, emociones, pensamientos y conductas que surgen de tal imagen, pueden generar insatisfacción corporal e influir a nivel psicológico en los individuos, desencadenando a la vez diversas psicopatologías, entre las cuales se encuentra la depresión (Brausch y Muehlenkamp, 2007). Debido a los cambios específicos de la etapa de la adolescencia, el riesgo de presentar insatisfacción con la IC, así como sintomatología depresiva se incrementa, por ello, a lo largo de esta investigación se abordarán estas dos categorías teóricas a partir de su conceptualización, historia, modelos explicativos y estudios científicos para comprender el alcance y magnitud de las mismas en la población adolescente.

La imagen corporal es un constructo multidimensional que incluye variables cognitivas, afectivas y comportamentales (Wertheim y Paxton, 2011). Comprende los pensamientos, sentimientos y percepciones sobre el propio cuerpo, así como las actitudes o conductas que subyacen al mismo y convergen en la percepción real o alterada de la apariencia física (Cash y Pruzinsky, 2002; Grogan, 2008). La IC interviene en la manera en que las personas se valoran y actúan, pues, a partir de ella, estiman la percepción de los demás e internalizan las reacciones frente a su apariencia, mecanismo que condiciona su posterior comportamiento (Rodríguez-Testal, 2013).

El interés y la preocupación por el estudio de la IC se incrementan notablemente a finales del siglo XX (Grogan, 2008). Inicialmente primaron las investigaciones sobre el esquema corporal desde la neuropatología, es decir, desde el aspecto fisiológico de la IC (Cash y Pruzinsky, 2002). En 1935, Paul Schilder fue el primer autor en abordar la IC biopsicosocialmente, en ese entonces resaltó la necesidad de examinar sus variables neurológicas, psicológicas y socioculturales (Schilder, 1983); más adelante, en 1958, Seymour Fisher contempla la IC desde un enfoque psicodinámico, a través del cual explica su relación con la experiencia sexual, pues plantea la existencia de límites corporales de *barrera* y *penetración*, cuya fuerza o permeabilidad varía durante el contacto sexual, además acuñó los conceptos de conciencia corporal y distorsiones en la percepción del cuerpo (Cash y Smolak, 2011).

En 1969, Franklin Shontz se aleja de la perspectiva psicodinámica y defiende el estudio de la experiencia corporal multifacética que articula las dimensiones cognitivas y perceptuales.



En 1990, Cash y Pruzinsky expanden la investigación de la IC añadiendo el aspecto perceptivo de esta, y en este mismo año, Thompson incorpora los trastornos de la alimentación como una faceta de la IC desde un enfoque cognitivo-conductual. En 2001, Thompson y Smolak profundizan en la IC de los niños y adolescentes, así como en la prevención de problemáticas relacionadas a ella. Actualmente, el estudio de la IC se ha incrementado notablemente, pues existe más del doble de publicaciones en este tema del 2000 al 2010, en relación con los que había en los años 90 (Cash y Smolak, 2011). A continuación se abordarán los diversos enfoques y modelos explicativos de la IC.

El enfoque psicodinámico plantea que la IC es creada por la imaginación y vive dentro del mapa del territorio real del cuerpo. La IC es la representación mental dinámica y evolutiva del propio cuerpo, pues este es un recipiente y un conductor de las experiencias emocionales, donde las fantasías, el significante y el significado se proyectan. La insatisfacción con la IC se concibe entonces, como la dificultad de integrar tales elementos dentro del psiquismo, lo cual converge en la incapacidad de expresar las emociones de manera verbal. El cuerpo narra lo que las palabras no pueden decir, y lo hace a través de síntomas o al convertirse en un objeto de alienación modificado mediante automutilación y dietas (Krueger, 2002).

Françoise Dolto, renombrada psicoanalista, diferenció la IC del esquema corporal, definiendo a la primera como la fantasía o representación inherente del ser humano de donde nace el deseo, la cual se construye y presenta solo en la relación con el otro; mientras que el segundo es descrito como la mentalización del cuerpo, cuya base es fisiológica y objetivable. También explica que la imagen inconsciente del cuerpo es aquella que asegura la cohesión interna del sujeto y se forma luego de la prueba del espejo que realiza el niño, es decir, tras el *shock* que este experimenta al contrastar una IC ya formada por él con la imagen que ve reflejada. Finalmente, describe tres modalidades de la IC: la imagen de base o de reposo, que busca la estabilidad; la imagen funcional, orientada a satisfacer el deseo a través del movimiento; y la imagen erógena, que diferencia lo placentero de lo desagradable, de acuerdo al lugar del cuerpo en que se localice la sensación (Dolto y Nasio, 1990).

Otro modelo explicativo incorpora la perspectiva genética y neurocientífica de la IC. Este indica que la heredabilidad de problemas con la IC como la insatisfacción, es generalmente del 50 % o más, lo que sugiere que al menos la mitad de las diferencias individuales en alteraciones de la IC se deben a factores genéticos. Los hallazgos muestran que los niveles más altos de insatisfacción e impulsos de delgadez en mujeres con trastornos de la alimentación están



asociados con el alelo S del gen transportador de serotonina, pues este neurotransmisor está implicado en la regulación de la ingesta de alimentos y el estado de ánimo; también se han vinculado a esta alteración los cromosomas específicos 1 y 13. Estudios de neuroimagen indican que el giro fusiforme está implicado en el reconocimiento facial y corporal, y que los pacientes con alteraciones de la IC muestran mayor activación del hemisferio izquierdo en la corteza prefrontal y el lóbulo temporal (Suisman y Klump, 2012). Otro estudio encontró que, cuando las pacientes se comparaban con imágenes de mujeres delgadas, había mayor activación de la ínsula contrario a lo que ocurría con el giro fusiforme; esto indica elevada autoconsciencia sobre el cuerpo (Van den Eynde et al., 2013).

La IC también ha sido abordada a partir del modelo cognitivo-conductual, el cual plantea que esta se compone de dos dimensiones: la evaluación de la apariencia y su orientación o inversión. Por un lado, la evaluación es un componente cognitivo-emocional y describe las creencias de satisfacción o insatisfacción sobre la apariencia física, influidas por la internalización del ideal social de belleza; y por otro, la inversión, como un componente cognitivo-conductual, abarca el cuidado, atención y conductas manifestadas en base a la evaluación (Cash, 2011). Un concepto clave que surge a partir de este modelo es la insatisfacción con la IC, pues esta vincula las dos dimensiones anteriormente descritas.

La insatisfacción con la IC se presenta cuando la evaluación y la inversión convergen en una elevada preocupación por la apariencia (Cash y Smolak, 2011); implica la preferencia por características corporales diferentes a las actualmente percibidas por la persona y se asocia con afectos negativos (Wertheim y Paxton, 2011), en otras palabras, es la evaluación negativa del peso y la forma del cuerpo (Pearson, Heffner y Follette, 2010). Las personas insatisfechas con su IC tienden a realizar conductas repetitivas relacionadas con su apariencia, por ejemplo: revisan sus cuerpos para evaluar su forma y peso, tratan de arreglar o camuflar los aspectos que creen desagradables, evitan recibir información sobre su IC, entre otros (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991; Walker y Murray, 2012).

Es así que la IC, de acuerdo a varios teóricos, incorpora cuatro componentes: 1) el perceptivo, alude a las representaciones sensoriales interpretadas, organizadas y construidas sobre la apariencia física que son almacenadas en la memoria, es decir, cómo ve la persona su cuerpo; 2) el afectivo, se relaciona con el grado de satisfacción e insatisfacción y con las emociones que surgen de la evaluación del cuerpo, esto es, cómo el individuo se siente con él; 3) el cognitivo, incluye los pensamientos, esquemas o creencias sobre la apariencia, que pueden



generar discrepancias y la pérdida de autoestima; conocidos también como distorsiones o sesgos; y 4) el componente conductual, explica los actos de comprobación, evitación, restricción y búsqueda de seguridad que surgen ante la insatisfacción (Rosen et al., 1991; Grogan, 2008; Rodríguez-Testal, 2013; Ricciardelli y Yager, 2016).

En este sentido, la insatisfacción con la IC puede agruparse en tres categorías, de acuerdo a los elementos que intervienen en ella: ICE o insatisfacción cognitivo-emocional, esto es, el deseo y necesidad de tener un cuerpo delgado o realizar dietas, el miedo a engordar, la sensación de estar subiendo de peso o la irritabilidad y el malestar emocional asociados al aspecto físico; IPE o insatisfacción perceptiva, es decir, la creencia o sensación subjetiva de haber alcanzado un peso por encima del deseado o una figura deforme; y finalmente ICL o insatisfacción comportamental, que implica producirse el vómito, tirar comida, utilizar laxantes, realizar ejercicio físico de manera excesiva, entre otros (Solano y Cano, 2010).

En cuanto a la etiología de la insatisfacción con la IC, el modelo cognitivo-conductual también plantea la existencia de dos factores que influyen en su aparición. El primero es un factor de tipo histórico, el cual incluye: la socialización cultural; las experiencias interpersonales a partir del modelado y la retroalimentación positiva o negativa, es decir, halagos o burlas; las características físicas y sus cambios, y la personalidad. Todas ellas son experiencias que moldean la forma en que las personas piensan, sienten y actúan en relación a su cuerpo. El segundo es un factor de tipo proximal relacionado con los eventos actuales o presentes que influyen sobre la IC, como diálogos internos, emociones y acciones de autorregulación (Cash, 2011). Otros factores predictivos de insatisfacción con la IC son el índice de masa corporal (IMC), las conversaciones y críticas sobre la apariencia con los pares y los ideales internalizados de belleza (Lawler y Nixon, 2011); sin embargo, para llegar a comprender plenamente por qué los adolescentes pueden presentar insatisfacción con la IC, es necesario realizar un abordaje evolutivo de las etapas de desarrollo humano.

La formación de la IC se asocia al momento evolutivo de la persona y al nivel de conciencia adquirido. Desde temprana edad, la IC depende del ideal social de belleza, de la importancia que se le otorgue y de las experiencias vividas en la familia y con los pares; se encuentra en constante cambio, pues se adapta a la configuración corporal que lleva hacia la adultez (Rodríguez-Testal, 2013). En torno a los 15 meses, los bebés adquieren conciencia de su apariencia y se reconocen en un espejo; a los 2 años ya cuentan con una representación mental de su propia apariencia y se reconocen en fotografías; y no es sino hasta los 2 años y medio



que comprenden su pertenencia a los grupos sociales categóricamente e identifican su género y edad (Smolak, 2012). Según Lacan (2007), de los 6 a los 18 meses, el niño reconoce su imagen en el espejo con júbilo, pues es durante el estadio del espejo que el infante contempla su imagen entera y se da la primera identificación de una unidad que todavía no asimila como suya, pero que poco a poco lo hará, anticipando su maduración y dominio motriz, todo esto en relación con el otro semejante a él mismo.

Más adelante, de los 3 a los 6 años, los infantes empiezan a internalizar las normas sociales de la apariencia y se implican rudimentariamente en la comparación entre pares, por lo cual a esta edad ya aparecen alteraciones de la IC, como la insatisfacción, principalmente en las niñas (McCabe, 2012). De los 6 a los 12 años, la insatisfacción parece mantenerse y prevalece el deseo por la delgadez en ellas (Smolak, 2012). La satisfacción con la IC declina significativamente durante la adolescencia temprana, de los 12 a los 15 años (Ricciardelli y Yager, 2016), pues los jóvenes se enfrentan los desafíos normativos de una sexualidad emergente, la formación incipiente de la identidad y la intensificación de los roles de género que se instaurarán en su fase adulta (Cash y Smolak, 2011). En consecuencia, la IC interviene en la transición hacia la adultez, pues durante la adolescencia ocurren importantes cambios físicos, sociales y psicológicos (Brausch y Muehlenkamp, 2007).

Durante la adolescencia temprana, la percepción de la IC se consolida como un componente fundamental de la autoestima, la cual se puede asociar al desarrollo de patologías como la depresión, en caso de que exista insatisfacción con la IC (Cash y Smolak, 2011). En este sentido, el estado de ánimo y la autoestima se relacionan con la percepción y la satisfacción con la IC, es decir, evidencia un fuerte vínculo entre una IC deficiente y una mayor incidencia de sintomatología depresiva con predominio de autoestima negativa (Hollander, Siragusa y Berkson, 2012). Por ello, la discrepancia con la IC parece ser un factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos en adolescentes tempranos (Solomon-Krakus, Sabiston, Brunet, Castonguay, Maximova y Henderson, 2017).

Existen estudios que vinculan la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva. Por ejemplo, Brausch y Gutierrez (2009), encontraron que los adolescentes que hacen esfuerzos constantes para controlar su peso alterando su conducta alimentaria a través de dietas, atracones y purgas, pueden fallar, tras lo cual experimentarían sentimientos de infelicidad, fracaso, culpa, vergüenza y desesperanza, que a la larga contribuirían al desarrollo de síntomas depresivos. En otra investigación se encontró que la sintomatología depresiva es una variable mediadora de la



relación existente entre la insatisfacción con la IC y el deterioro del comportamiento asociado a la IC (dietas, purgas, etc.) (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Perona-Garcelán y Perpiñá, 2017). Estos resultados muestran que la insatisfacción con la IC puede conducir a patrones alterados de alimentación, que a su vez aparecerían seguidos por sentimientos negativos que desembocarían en síntomas depresivos.

A partir de lo anteriormente descrito en cuanto a la relación entre la insatisfacción con la IC y la depresión, se incluye esta última como la segunda categoría teórica planteada en el estudio, de la cual es necesario puntualizar su concepto y características principales.

La depresión es descrita en los manuales de diagnóstico de enfermedades mentales como un trastorno caracterizado por un “estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo” (American Psychiatric Association, 2014, p.155). Se clasifica en varios trastornos, entre ellos el trastorno depresivo mayor y la distimia. Su sintomatología se presenta como una marcada disminución de la energía y de la capacidad de sentir placer, asimismo, son frecuentes las alteraciones en el sueño y el apetito, y predomina la disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo (OMS, 2000).

La presencia de depresión y su sintomatología pueden ser explicadas a partir de la teoría de la vulnerabilidad cognitiva propuesta por Ingram, Miranda y Segal (2006). Esta teoría incorpora los conceptos de esquema cognitivo negativo, desesperanza y apego inseguro como experiencias vitales estresantes y traumáticas en la niñez o adolescencia, que pueden favorecer la aparición de sintomatología depresiva o el desarrollo posterior de depresión. Asimismo, explica que la cognición incluye procesos mentales que tienen implicaciones causales significativas para el inicio, mantenimiento y remisión de la depresión, especialmente en la adolescencia, un período crítico en el que la mayoría de personas la desarrollan o experimentan su primer episodio (Abela y Hankin, 2008).

Los esquemas cognitivos negativos parecen ser un factor de riesgo para la depresión durante la adolescencia, debido a que estos interactúan con los cambios biológicos y psicosociales específicos de la etapa, de tal manera que pueden afectar más a las mujeres que a los hombres para contribuir a la aparición de sintomatología depresiva entre ellos (Nolen-Hoeksema y Hilt, 2008). Las mujeres presentan mayor vulnerabilidad cognitiva, pues son más propensas a experimentar eventos negativos y estresores interpersonales en el ámbito social y familiar, se centran en los sucesos que tienen mayor contenido emocional y los codifican en la memoria



con mayor detalle; esto las hace vulnerables a concebir creencias negativas sobre sí mismas y a presentar insatisfacción con su IC (Hankin, Wetter y Cheely, 2008).

Beck y Alford (2009), explican que, durante sus primeros años de vida, los individuos desarrollan una amplia variedad de conceptos y actitudes sobre ellos mismos y su mundo, algunos de los cuales se desvían de la realidad y los hacen vulnerables a posibles trastornos psicológicos como la depresión. Es importante considerar que los niños con antecedentes de depresión tienden a mantener tal sintomatología en la adolescencia (Gaffrey, Tillman, Barch y Luby, 2018). Así mismo, se revela la presencia de patrones cognitivos básicos que se activan en la depresión que fuerzan al individuo a verse a sí mismo, al mundo y al futuro de una manera negativa, esta es la denominada tríada cognitiva de Beck que genera un estado de ánimo disfórico, ausencia de voluntad, deseos de evasión, ideación suicida, mayor dependencia hacia los demás y autoestima negativa (Beck y Alford, 2009).

La sintomatología depresiva se puede agrupar principalmente en dos componentes, de acuerdo a Del Barrio y Carrasco (2004): autoestima negativa y disforia; el primero abarca los juicios de ineficacia, fealdad y maldad; mientras que el segundo, la tristeza, preocupación y el humor depresiva. La autoestima negativa se relaciona con pensamientos automáticos distorsionados y percepciones sesgadas sobre la valía personal que, combinados con la disforia, originan sujetos que tienden al llanto, irritables o frustrados, que manifiestan culpa y se ven como ineptos y desesperanzados (Friedman y Anderson, 2014). El examen que la persona hace de su apariencia física se ve influido por la evaluación de los demás y condiciona su autoestima, este caso dirigida al aspecto de su cuerpo (Rodríguez-Testal, 2013).

El modelo de los factores que promueven el desarrollo de la insatisfacción con la IC sintetizado por Smolak y Thompson (2009), explica que los rasgos de personalidad perfeccionista aumentan la vulnerabilidad a la autoestima negativa, y esta, junto al resto de síntomas depresivos, favorecen la búsqueda de aprobación por parte del entorno social, búsqueda que contribuye a la internalización del ideal delgado de belleza como el camino culturalmente aceptado hacia el éxito social. Una mayor internalización conduce directamente a la insatisfacción corporal e indirectamente al proceso de comparación corporal; sin embargo, la autoestima negativa por sí misma, también puede llevar a la insatisfacción.

El modelo cognitivo-conductual localiza la autoestima y la depresión como factores inmediatos que influyen en la manifestación de alteraciones en la conducta alimentaria, tales como la restricción, los atracones y las purgas, mientras que la insatisfacción con la IC lo hace



indirectamente. La depresión puede causar atracones, pero el comportamiento compensatorio depende de la autoestima, de la importancia otorgada a la IC y del nivel de insatisfacción que la persona exprese (Brechan y Kvaem, 2015).

A través de la revisión de literatura científica, se ha encontrado un considerable número de estudios previos, en los cuales las variables insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva han sido analizadas conjuntamente, y cuyos resultados a destacar dan cuenta de la relación existente entre ellas y su prevalencia, de acuerdo a características sociodemográficas como el sexo y la edad. Estos han sido realizados en el continente asiático, específicamente en Emiratos Árabes Unidos; en países europeos como Noruega, Irlanda, Francia, España, Portugal; en países de América del Norte como Estados Unidos y Canadá; y en menor proporción, investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica: México, Colombia y Ecuador.

Se encontraron estudios que respaldan la mayor prevalencia y severidad de depresión en las mujeres. En una investigación de Brausch y Gutierrez (2009), las mujeres informaron niveles significativamente más altos de síntomas depresivos que los hombres; resultados similares fueron obtenidos por Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon (2002), sin embargo, ellos también encontraron que la IC, la autoestima y los eventos negativos estresantes median la relación entre el género y los síntomas depresivos. Solomon-Krakus et al. (2017), obtuvieron hallazgos que concuerdan con los anteriormente descritos en adolescentes tempranos de 13 años de edad.

En cuanto a las diferencias de género encontradas respecto a la insatisfacción con la IC, los resultados de las investigaciones mostraron que las mujeres reportan estar más insatisfechas con su cuerpo que los hombres (Ortiz, Veloz, Solís, Montano y Esparza, 2010; Dion et al., 2015); y que ellas tienden a recurrir tanto a atracones como a la restricción alimentaria para compensar las emociones negativas, mientras que ellos se enfocan menos en comer (Brechan y Kvaem, 2015); estos hallazgos concuerdan con los de una investigación que incorporó el Cuestionario IMAGEN, la cual, además reveló que un porcentaje relativamente bajo de la población, aproximadamente un cuarto de ella, presentaba insatisfacción con la IC (Alba y Canales, 2012). Sin embargo, en otro estudio que incluyó los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como variable, la mayoría de la población manifestó insatisfacción corporal (Schulte y Thomas, 2013).

Respecto a la prevalencia de insatisfacción con la IC, los estudios realizados en Latinoamérica han revelado porcentajes bajos, inferiores al 25 % de la población (Ortiz, Veloz,



Solís, Montano y Esparza, 2010), resultados que concuerdan con los hallazgos de Borda, Santos, Martínez, Meriño, Sánchez y Solano (2016), sin embargo, ellos también encontraron sintomatología depresiva en una cuarta parte del total de los adolescentes que subvaloraron su IMC y depresión en un porcentaje inferior al 10 % de la población. En otra investigación se encontró que el 40.5 % de los participantes (10-17 años) presentaba sintomatología depresiva, con mayor prevalencia en los varones (Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados, 2011).

Las investigaciones realizadas en torno a la relación existente entre la insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva mostraron que cerca del 50 % de las adolescentes mujeres de 13 años deseaba una figura más delgada a diferencia del 30 % de los varones. Además, la insatisfacción corporal se asoció con un aumento de los síntomas depresivos en ambos sexos, especialmente en aquellos participantes que deseaban ser más delgados (Almeida, Severo, Araújo, Lopes y Ramos, 2012). Otro estudio reveló que aquellos adolescentes que reportaron estar deprimidos, presentaban una IC más negativa, es decir, se encontró una correlación directa y positiva entre los síntomas depresivos y la discrepancia existente entre la percepción del cuerpo real y la figura ideal (Solomon-Krakus et al., 2017). Roberts y Duong (2013), analizaron esta asociación en adolescentes de diferentes etnias de los Estados Unidos y encontraron que los latinoamericanos tienen mayor probabilidad de verse con sobrepeso y a estar insatisfechos con su cuerpo, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor.

A nivel nacional, existen trabajos de pregrado que evalúan la insatisfacción con la IC y otras variables. En un estudio con adolescentes femeninas, cerca del 40 % de la población presentó insatisfacción con la IC y de esta, el 20 % una probable depresión; se evidenció una relación inversa entre insatisfacción y autoestima, y una asociación directa entre insatisfacción y depresión (Vela y Chiles, 2015). En otra investigación realizada con adolescentes de ambos sexos, aproximadamente el 25 % presentó insatisfacción con la IC, de los cuales la mayoría fueron mujeres (Dávila y Carrión, 2014). Estos estudios carecen de la especificidad que se concibe en la presente en cuanto a variables, población y metodología.

De lo anteriormente dicho, se entiende que la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva son variables que se presentan principalmente en la población adolescente debido a la diversidad de cambios biopsicosociales que los mismos experimentan durante esta etapa de desarrollo. Existen teorías o modelos explicativos que vinculan tales elementos a partir de sus componentes, como la vulnerabilidad cognitiva o la autoestima negativa, pues estos pueden



influir sobre su etiología, presentación y curso. Las investigaciones sugieren una mayor prevalencia de insatisfacción con la IC y depresión en mujeres adolescentes y revelan una correlación positiva y directa entre ambas, sin embargo, actualmente en la población masculina ya se han encontrado indicios de una manifestación significativa de dichas variables. Resalta un mayor porcentaje de individuos con estas problemáticas en Latinoamérica, no obstante, es necesario continuar investigando en este campo.

Partiendo de todo lo antes descrito, la problemática de la investigación se vincula a la etapa de la adolescencia, pues en ella se dan importantes cambios físicos, sociales y psicológicos, que pueden promover la aparición de insatisfacción con la IC y trastornos como la depresión (Brausch y Muehlenkamp, 2007), la cual es una de las psicopatologías con mayor prevalencia a nivel mundial (World Health Organization, 2017). En la adolescencia se adquieren y establecen los patrones de comportamiento para la vida adulta, por ello, una historia de depresión en la juventud tiende a traducirse en depresión mayor en la adultez (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000). Actualmente se observa que, indiferentemente de su sexo, los jóvenes pueden sentirse presionados para alcanzar el ideal social de belleza (Brausch y Gutierrez, 2009). Por ello, el presente estudio busca ampliar el conocimiento de la insatisfacción con la IC a nivel local, incorporando la variable de la sintomatología depresiva para su análisis conjunto, de manera que los resultados beneficien a los adolescentes, pues podría abrir las puertas al desarrollo de programas preventivos y de intervención en este campo.

De estos precedentes se desprenden las preguntas que guiaron la investigación: ¿cuántos adolescentes presentan insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva?, ¿cuáles son los componentes de la insatisfacción con la IC presentes mayoritariamente en los adolescentes?, ¿qué nivel de sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes? y ¿en qué medida se presenta la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva de acuerdo a edad y sexo? Estas preguntas se vincularon con los objetivos, pues el general estuvo orientado a describir los niveles de insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva en adolescentes varones y mujeres de 12 a 15 años de edad, mientras que los específicos buscaron: identificar los componentes de la insatisfacción con la IC más frecuentes en los adolescentes, determinar la presencia y los niveles de sintomatología depresiva en los adolescentes y establecer la presencia de insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva de acuerdo a edad y sexo.



PROCESO METODOLÓGICO

La presente investigación se ajustó a un enfoque cuantitativo, pues los datos recolectados fueron medidos y analizados estadísticamente de acuerdo a los objetivos planteados a través de dos cuestionarios psicométricos con validez y confiabilidad adecuadas. Fue no experimental, debido a que no se manipuló ninguna variable y de corte transversal, pues la información se recogió en un momento único y con una muestra específica. El alcance fue descriptivo, por tanto, los datos permitieron describir las tendencias de la población y especificar las propiedades y características importantes de las variables del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), que en este caso fueron variables sociodemográficas, insatisfacción con la IC y depresión, asimismo se hizo uso de instrumentos estadísticos para cuantificar los datos recogidos. A pesar de que los objetivos iniciales no se orientaron hacia un alcance correlacional, a la luz de los datos obtenidos, se vio la necesidad de analizar las relaciones existentes entre las variables del estudio.

Participantes

El estudio se realizó con estudiantes de octavo, noveno y décimo año de Educación General Básica (EGB) de la Unidad Educativa Herlinda Toral (UEHT) de Cuenca, Ecuador ($N=300$). La muestra se seleccionó a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un margen de error máximo admitido del 5 % y un nivel de confianza del 99.9 %, que equivalió a $n=235$, para ello se incluyó a varones y mujeres comprendidos entre los 12 y 15 años de edad, matriculados en el año lectivo 2018-2019 y que hayan cumplido con las firmas del consentimiento y asentimiento informados. Se excluyó a aquellos adolescentes cuya discapacidad (visual, auditiva o motriz) imposibilitó su participación.

Tras la depuración de aquellos cuestionarios recogidos incompletos o con inconsistencias, se obtuvieron 222 casos válidos, de los cuales 69 fueron hombres (31.1 %) y 153 mujeres (68.9 %), con una edad mínima de 12 años y máxima de 15, cuya media fue de 13.47 años ($DE=0.921$), la distribución de las frecuencias de edad se detalla en la tabla 1. Respecto al curso, 56 se encontraban en octavo año de EGB (25.2 %), 81 en noveno (36.5 %) y 85 en décimo (38.3 %). De ellos, 134 pertenecían al horario de la sección matutina (60.4 %) y 88 a la vespertina (39.6 %).



Tabla 1

Distribución de la edad de los participantes de acuerdo a frecuencias y porcentajes

	N	%
Edad	12	15.8
	13	35.6
	14	34.7
	15	14.0
Total	222	100.0

Nota. N=frecuencias

Instrumentos

Para la recolección de información, se usó una ficha sociodemográfica que incluyó los datos de edad, sexo, curso y sección; y dos instrumentos psicométricos:

IMAGEN: Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010). Este cuestionario permite evaluar la presencia y niveles de insatisfacción con la IC, así como, sus tres principales componentes: cognitivo-emocional (ítems del 1 al 21), perceptivo (22-31) y comportamental (32-38); tiene 38 ítems tipo Likert (de 0- Casi nunca o nunca a 4-Casi siempre o siempre). Para la calificación se suman los puntos de los ítems de cada escala y se obtienen las puntuaciones directas de cada una de ellas, el resultado total representa la suma de las tres escalas. Estos puntajes se analizan a partir de baremos en percentiles por sexo y grupo (normal o no clínico), en los cuales se encuentran cuatro niveles de insatisfacción: mínima o ausente, moderada, marcada y severa. El instrumento demuestra excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad con una consistencia interna alta de ($\alpha= 0.956$), valor similar al que se obtuvo en el cuestionario original ($\alpha= 0.91$).

Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory, CDI) (Kovacs y Beck, 1977) versión en español (Del Barrio y Carrasco, 2004). Este instrumento permite evaluar la presencia y niveles de sintomatología depresiva de los adolescentes de hasta 15 años, consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta (0-ausencia del síntoma, 1-síntoma moderado, 2-síntoma grave). Su calificación se realiza sumando todos los valores, tras lo cual se obtiene una puntuación directa que luego se transforma en percentiles de acuerdo a los baremos del manual. Este inventario brinda además la puntuación de dos escalas: autoestima negativa (A) (ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26), y disforia (D) (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 9, 19, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27). Para la interpretación de los niveles se usan baremos de acuerdo al sexo, que indican: ausencia de sintomatología en percentiles inferiores a 90; existencia de sintomatología



leve a partir del percentil 90; y sintomatología severa desde el percentil 96. Tiene una consistencia interna adecuada de ($\alpha= 0.886$), resultado semejante al obtenido en el cuestionario utilizado ($\alpha= 0.79$) – ($\alpha= 0.80$).

Procedimiento y análisis de datos

Para iniciar la investigación, se solicitó a la rectora de la UEHT la autorización para acceder a la población, quien remitió a la psicóloga encargada del Departamento de Consejería Estudiantil para definir las directrices de la aplicación. Una vez obtenidos los permisos y coordinados los horarios, se procedió a visitar cada curso para explicar el objetivo de la investigación y el proceso que se llevará a cabo en la misma, así también se entregó los formularios de consentimiento informado a cada uno de los participantes para que sean firmados por sus representantes. Más adelante y una vez recogidos los consentimientos firmados, se entregó el formulario de asentimiento informado para registrar la confirmación de su participación voluntaria. Finalmente, antes de la aplicación de los instrumentos, se explicó nuevamente los objetivos del estudio, se brindó las instrucciones necesarias para responder a los cuestionarios y se recaló la confidencialidad de sus respuestas, el uso de la información para fines académicos e investigativos y la no obligatoriedad de participación. Durante la aplicación se aclararon las dudas que surgieron y se motivó a los estudiantes para que contesten a todos los ítems.

Una vez recolectada la información, se llevó a cabo la depuración de aquellos cuestionarios incompletos o con respuestas dobles. Luego, se dio inicio al análisis con la creación de la base de datos en el programa estadístico SPSS 25, que incluyó todas las variables del estudio y permitió el cálculo de las puntuaciones de los instrumentos, así como el posterior procesamiento de la información. Para verificar la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, se utilizó el estadístico Alpha de Cronbach.

El análisis de datos incluyó el cálculo de los estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, valores máximos y mínimos) y medidas de tendencia central y dispersión. Más adelante, la prueba Kolmogorov Smirnov mostró que los datos no se comportaban de manera normal ($p < 0.05$), por cual se hizo uso de una prueba no paramétrica, el coeficiente de correlación rho de Spearman para analizar la relación entre las variables del estudio (insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva), en la que las decisiones fueron tomadas con una consideración del 5% de probabilidad de error ($p < 0.05$) y los rangos aceptados fueron



los sugeridos por Hernández, Fernández y Baptista (2014). La edición de tablas y figuras se realizó en Excel y Word 2013.

Aspectos éticos

Se consideraron los principios éticos sugeridos por la APA para este tipo de investigaciones, por ello se respetó el derecho de confidencialidad, autodeterminación y equidad de los participantes de la investigación, pues su colaboración voluntaria estuvo respaldada por la firma de un consentimiento y asentimiento informados aprobados por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS), en los cuales se resaltó el uso de la información con fines meramente académicos y se garantizó que, a pesar de la existencia de un riesgo mínimo, los sujetos no sufrirían ningún daño físico o psicológico derivado de su participación; ni tampoco recibirían remuneración económica alguna por la misma.



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan de acuerdo a la estructura de los instrumentos. En primer lugar, se detallan los hallazgos obtenidos a partir del cuestionario IMAGEN, es decir, los niveles de insatisfacción con la IC y su descripción de acuerdo a variables sociodemográficas, así como los componentes de la insatisfacción con la IC más frecuentes en los adolescentes. Más adelante se describen los resultados del CDI: la presencia y niveles de sintomatología depresiva de los participantes de acuerdo a la edad y el sexo, y el análisis de sus componentes (autoestima negativa y disforia). Finalmente, se incluyen resultados adicionales en los cuales se correlacionan las diferentes variables de esta investigación.

Insatisfacción con la imagen corporal

La Figura 1 muestra los niveles de insatisfacción con la IC encontrada en la muestra estudiada. El 76.6 % de los participantes puntuó como positivo en la presentación de esta variable, en los niveles de insatisfacción moderada, marcada y severa, siendo el nivel moderado el mayor puntuado ($\bar{X}=31.58$; $DE=26.54$). Este resultado discrepa con los obtenidos en los estudios de Ortiz, et al. (2010) y Borda, et al. (2016), en los cuales solo aproximadamente la cuarta parte de la población presentaba insatisfacción con la IC, sin embargo, cabe recalcar que en estas investigaciones se usaron otros instrumentos de evaluación (Test de las siluetas y *Body Shape Questionnaire* o BSQ). En contraste, en una investigación realizada en Oriente Medio con una muestra clínica, es decir, con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se encontró que la mayor parte presentaba insatisfacción con la IC (Schulte y Thomas, 2013), motivo por el cual llama la atención este resultado obtenido en una muestra no clínica, como lo son los estudiantes de una institución educativa.

En otro estudio se encontró que más de la mitad de la muestra presentaba insatisfacción con la IC, siendo una parte significativa de ellos adolescentes con obesidad (López, Díaz y Smith, 2017). En una investigación que incorporó el cuestionario IMAGEN, se observaron niveles significativos de insatisfacción con la IC en una muestra de adolescentes y adultos tempranos (17-24 años) (García, Solbes, Expósito y Navarro, 2012).

Figura 1. Presencia y niveles de insatisfacción con la IC en la muestra total.

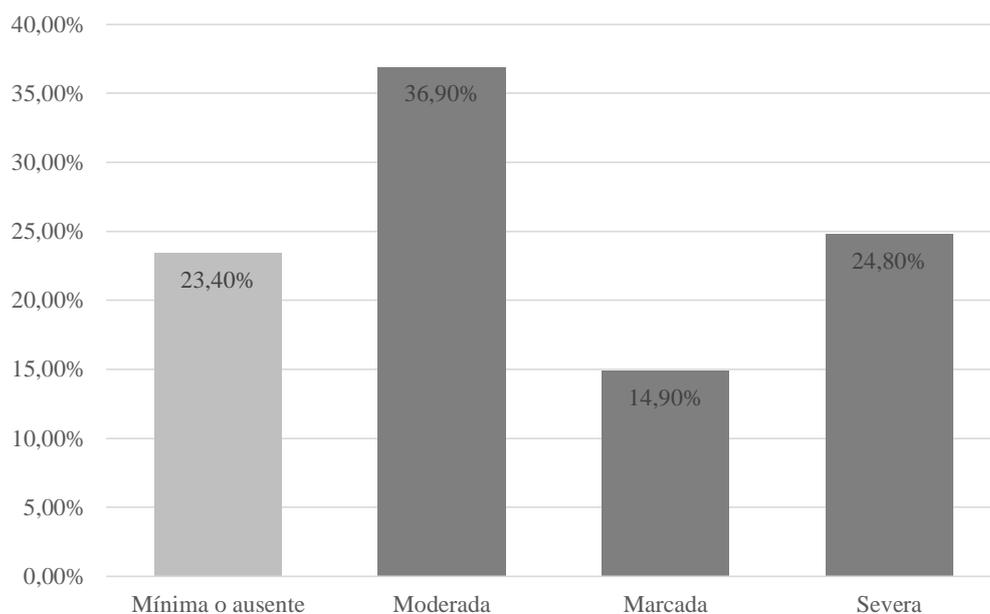
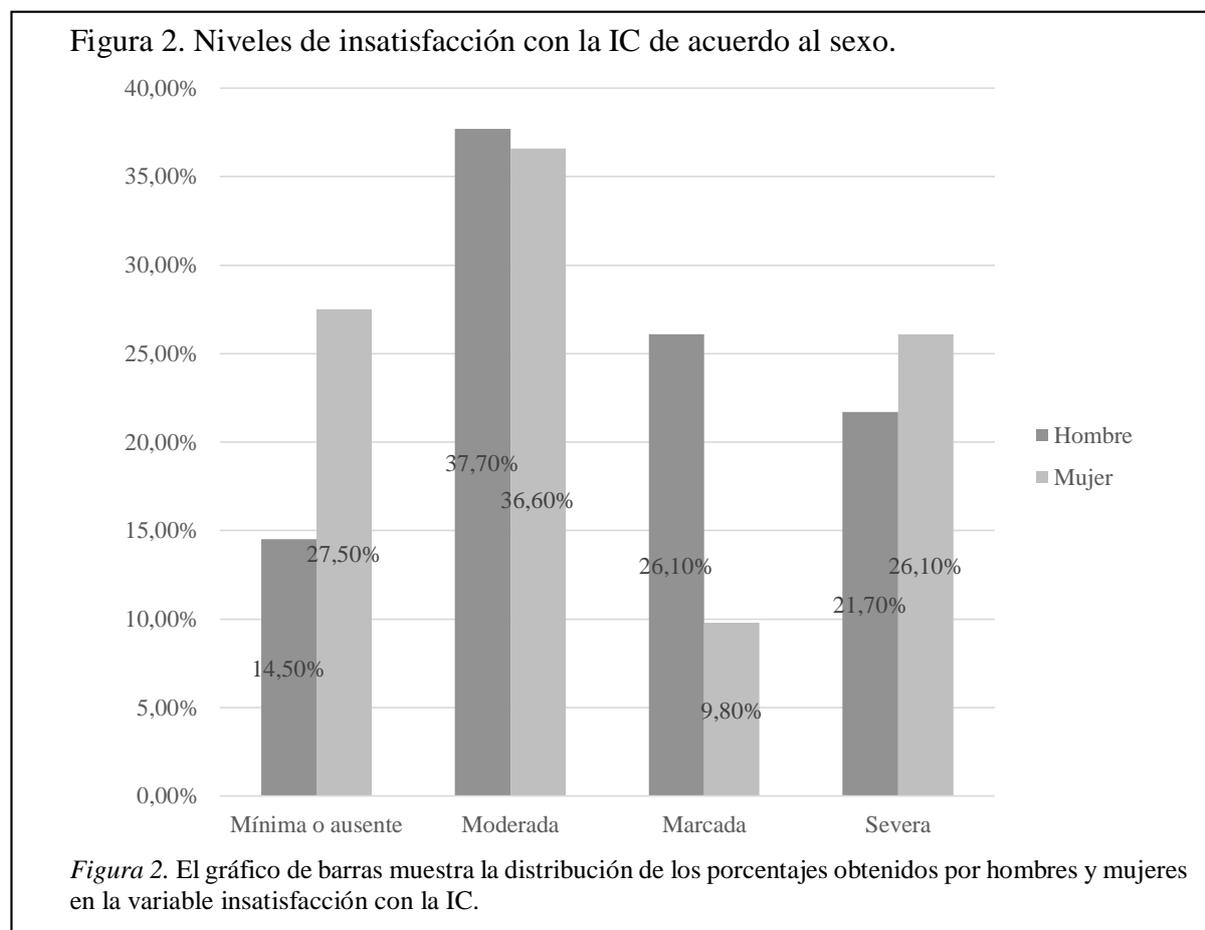


Figura 1. El gráfico de barras indica los porcentajes globales obtenidos en cada uno de los niveles de insatisfacción con la IC.

Por otro lado, en relación al sexo de los participantes, en el nivel moderado de insatisfacción con la IC se evidenciaron porcentajes similares entre hombres (37.7 %) y mujeres (36.6 %), en el nivel marcado se halló una diferencia mayor a favor de los varones (26.1 % frente al 9.8 %), y en el severo también se encontró una proporción similar, pero mayor en las mujeres (26.1 % frente al 21.7 %), esto se muestra con mayor detalle en la Figura 2. De acuerdo a estos resultados, los hombres presentan mayor insatisfacción que las mujeres, pero la diferencia es pequeña (85.50 % - 72.50 %).

Estos hallazgos no concuerdan con ninguno de los analizados en los antecedentes de esta investigación, pues en todos ellos se encontró que las mujeres presentaban mayor insatisfacción con la IC que los hombres (Ortiz, et al. 2010; García et al., 2012; Dion et al., 2015; Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016). No obstante, los resultados alcanzados en otro estudio, mostraron que los hombres estaban más insatisfechos con su IC y tenían además una mayor distorsión de su imagen que las mujeres (Gómez-Marmol, Sánchez-Alcaraz y Mahedero-Navarrete, 2012), coincidiendo con los de la presente investigación. En otro trabajo revisado, la proporción de hombres y mujeres con insatisfacción fue prácticamente homogénea (López et al., 2017). Este resultado puede explicarse por la percepción general de la IC que los varones pueden alcanzar, la cual gira en torno a la masculinidad, cuyo atractivo físico se cierne en el

ideal de un cuerpo magro, que además influye sobre los comportamientos de satisfacción e insatisfacción relacionados con las diferentes partes de sus cuerpos para mantenerlas o modificarlas.



Mediante un análisis de las medias, se encontró que los hombres obtuvieron menores puntajes totales en el cuestionario IMAGEN en contraste con las mujeres ($\bar{x}=20.29$; $DE=20.464$ frente al $\bar{x}=36.67$; $DE=27.446$) (Figura 3), lo cual se puede interpretar como la presencia de insatisfacción con la IC con menor severidad en ellos, no obstante, los baremos de este instrumento de Solano y Cano (2010), contemplan tal diferencia y califican a los varones como insatisfechos desde puntajes más bajos que las mujeres, hecho que permite explicar el anterior resultado en el cual son los hombres quienes, en una proporción global, presentan más insatisfacción corporal que ellas.

Figura 3. Valores descriptivos del puntaje total de insatisfacción con la IC de acuerdo al sexo.

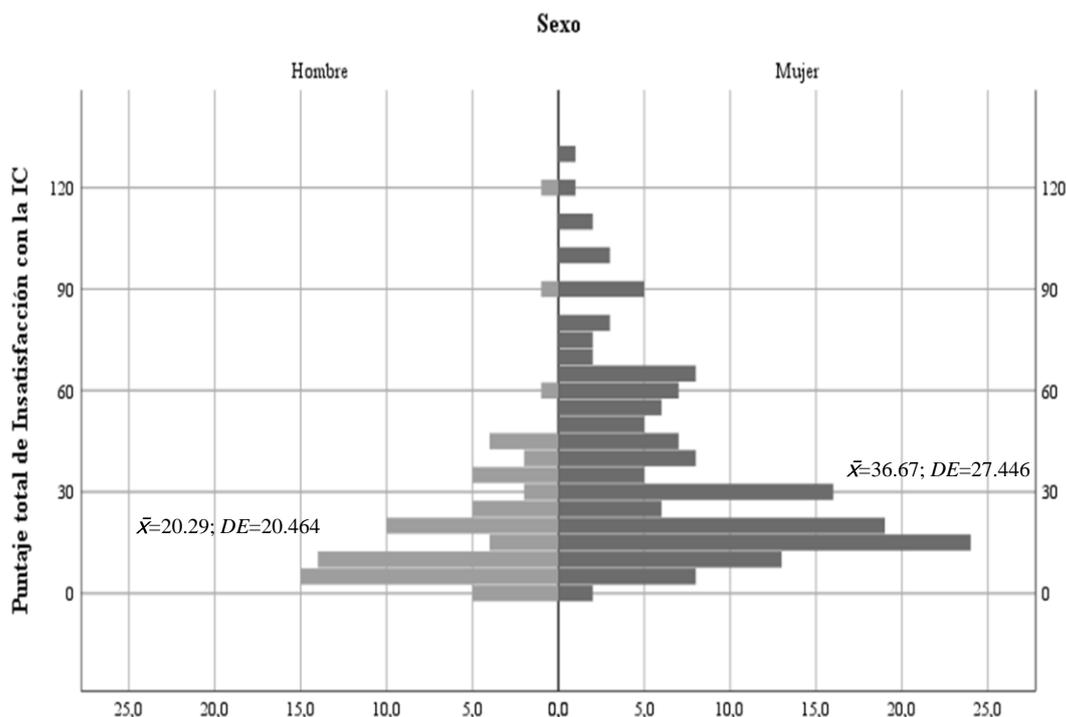


Figura 3. El histograma muestra la distribución de los puntajes obtenidos por los hombres y las mujeres, los cuales se muestran superiores en ellas.

Respecto a la edad, la teoría indica que la satisfacción con la IC declina significativamente durante la adolescencia temprana, de los 12 a los 15 años (Ricciardelli y Yager, 2016). En este estudio, la mayoría de los participantes que presenta insatisfacción con la IC se encuentra entre los 13 (29.70 %) y 14 años (26.20 %), hallándose la minoría en los 12 (9.50 %) y en los 15 años de edad (11.30 %), como se observa en la Figura 4. En la investigación de García et al. (2012), se hallaron puntuaciones estadísticamente similares de insatisfacción en los participantes de todas las edades.

Figura 4. Insatisfacción con la IC de acuerdo a la edad.

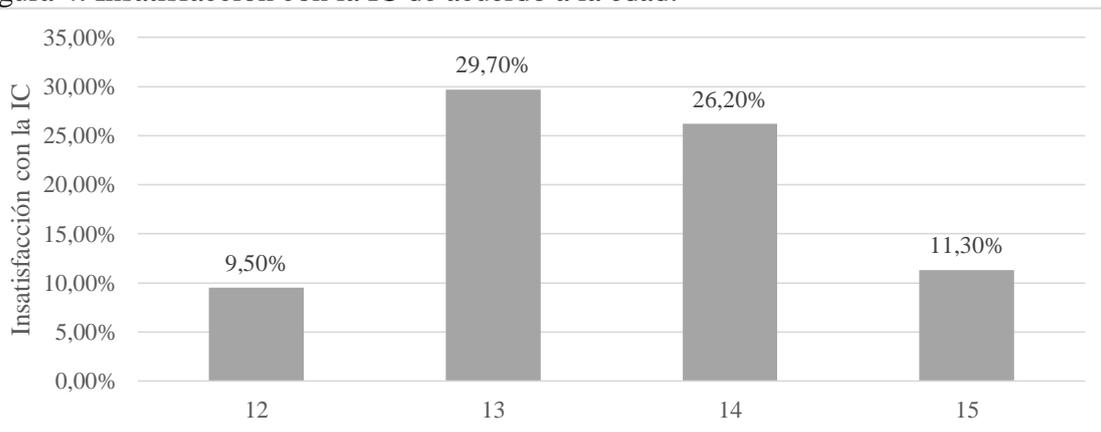


Figura 4. El gráfico de barras muestra la distribución de los porcentajes obtenidos en insatisfacción con la IC por los participantes de cada edad.

En la Figura 5 se muestran los porcentajes obtenidos en los componentes de la insatisfacción con la IC. En primer lugar, los participantes puntuaron positivamente en insatisfacción cognitivo-emocional (69.3 %), en segundo lugar, en insatisfacción perceptiva (53.7 %) y en tercer lugar, en insatisfacción comportamental (29.7 %). Dentro del componente mayor puntuado, se destacan ítems por el valor superior de su media en la Tabla 2. Cash (2011), explica que la evaluación de la IC es un componente cognitivo-emocional y se relaciona con las creencias de satisfacción o insatisfacción sobre la apariencia física, influidas por la internalización del ideal social de belleza, por lo cual puede consolidarse como el componente más afectado durante la adolescencia, etapa en la que priman los cambios físicos, sociales y psicológicos (Brausch y Muehlenkamp, 2007).

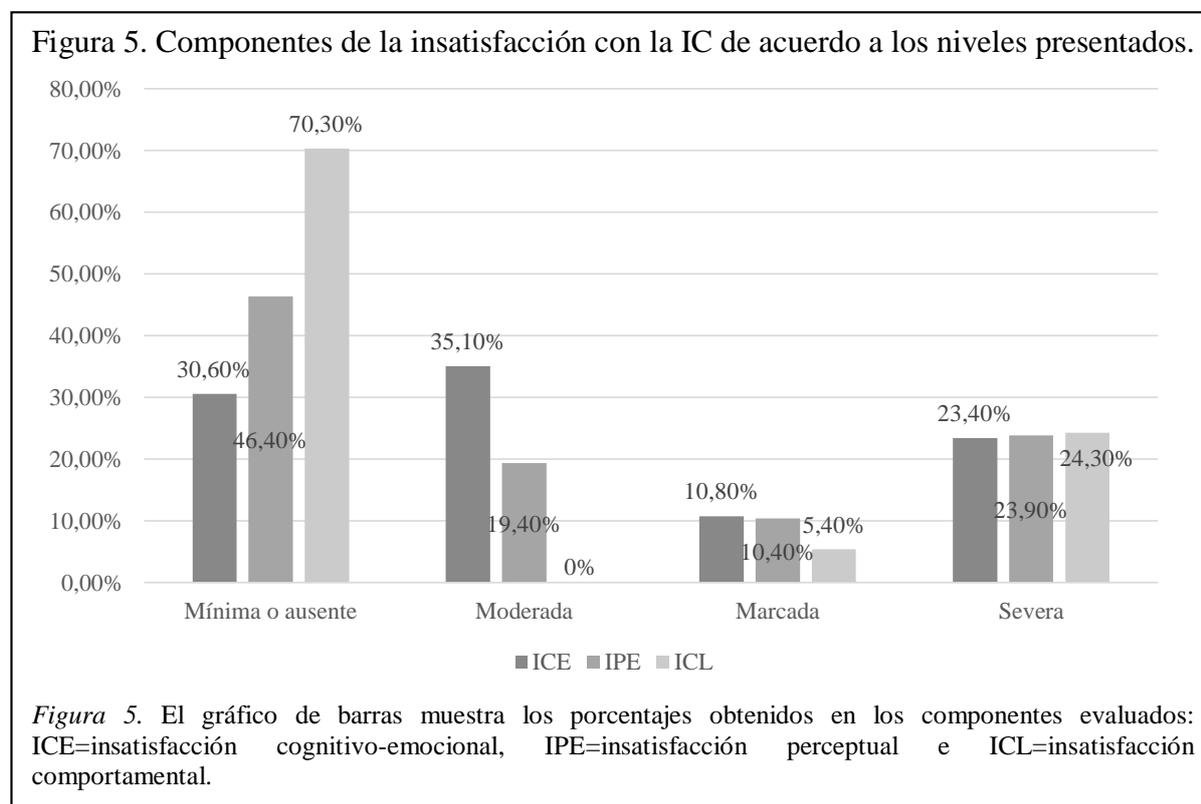




Tabla 2

Ítems mayor puntuados del componente ICE

Ítems	\bar{x}	DE
Creo que si realizase ejercicio conseguiría disminuir mi peso.	1.86	1.456
Tendría que hacer ejercicio para controlar mi peso.	1.82	1.448
Tengo miedo a tener celulitis.	1.71	1.568
Tengo miedo a engordar.	1.55	1.441
Tengo miedo a perder el control sobre mi aspecto físico.	1.55	1.380
Estoy insatisfecha(o) con mi Figura corporal.	1.54	1.432
Debería ponerme a dieta.	1.52	1.351
Imagino que si fuese una persona delgada estaría segura de mí.	1.46	1.503

Nota. El valor mínimo de todos los ítems es 0 y el máximo es 4. \bar{x} =Media; DE=Desviación estándar

Sintomatología depresiva

En cuanto a la sintomatología depresiva, aproximadamente la cuarta parte de los participantes (24.3 %) la presenta en sus niveles de leve y severa, siendo la ausencia de sintomatología el nivel más puntuado (\bar{x} =15.27; DE= 8,692), porcentaje inferior al encontrado en la investigación de Ospina-Ospina et al. (2011), en la cual el 40.5 % de adolescentes evaluados con el CDI presentaba esta sintomatología, con mayor prevalencia en los hombres, resultado que concuerda con el que se obtuvo en este estudio, pues los varones presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva respecto a las mujeres, 27.50 % frente al 22.90 %; esto se detalla en la Figura 6. Sin embargo, la mayoría de estudios revisados respaldan la mayor prevalencia y severidad de depresión en las mujeres (Marcotte et al., 2002; Brausch y Gutierrez, 2009; Solomon-Krakus et al., 2017); es así que al realizar un análisis de las medias obtenidas en el puntaje total del CDI, las mujeres obtuvieron un puntaje mínimamente superior (\bar{x} =15.69; DE=8.476 frente al \bar{x} =14.33; DE=9.146), resultado que indica mayor severidad en los síntomas de depresión en ellas, a pesar de tener en conjunto menor proporción de participantes con tal sintomatología en relación a los hombres.

Figura 6. Presencia y niveles de depresión de acuerdo al sexo.

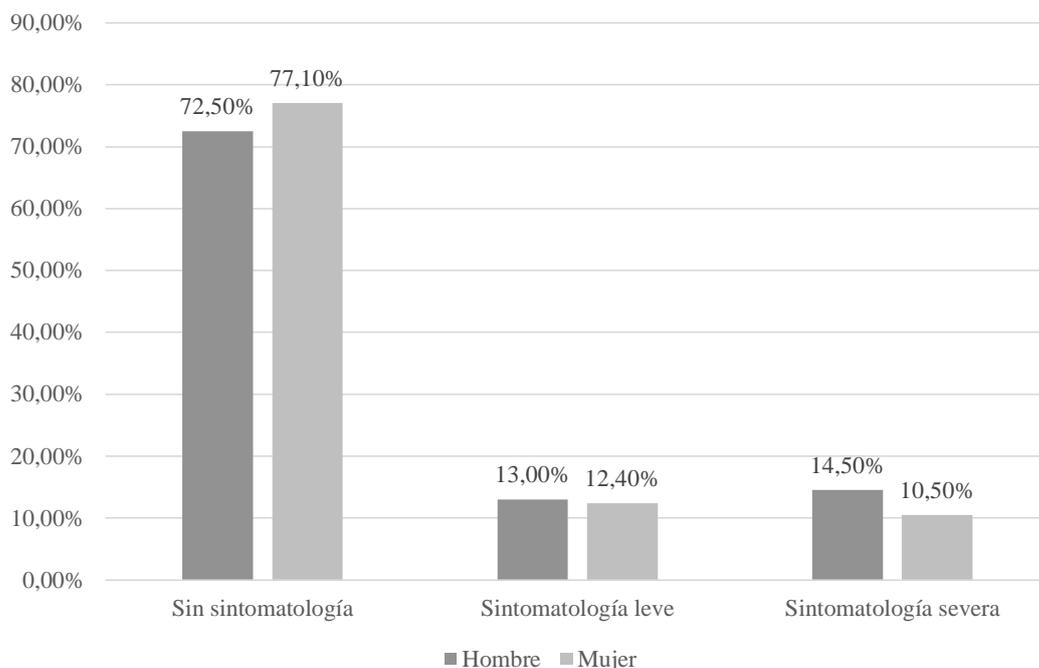


Figura 6. El gráfico de barras muestra la proporción de hombres y mujeres que presentan sintomatología depresiva en sus diferentes niveles.

De acuerdo a la edad, la mayoría de participantes que presentaron sintomatología depresiva fueron los de 13 y 15 años (29.10 %), no obstante, la diferencia con los de 12 (17.20 %) y 14 años (20.80 %) es muy baja, tal como se observa en la Figura 7. Estos hallazgos ya han sido descritos en la teoría, la cual explica que la sintomatología depresiva puede presentarse en la adolescencia debido a los esquemas cognitivos negativos que interactúan con los cambios biológicos y psicosociales específicos de la etapa (Nolen-Hoeksema y Hilt, 2008), de manera que no se logra localizar una edad exacta dentro del grupo etario en la que predomine esta sintomatología.

Figura 7. Sintomatología depresiva de acuerdo a la edad

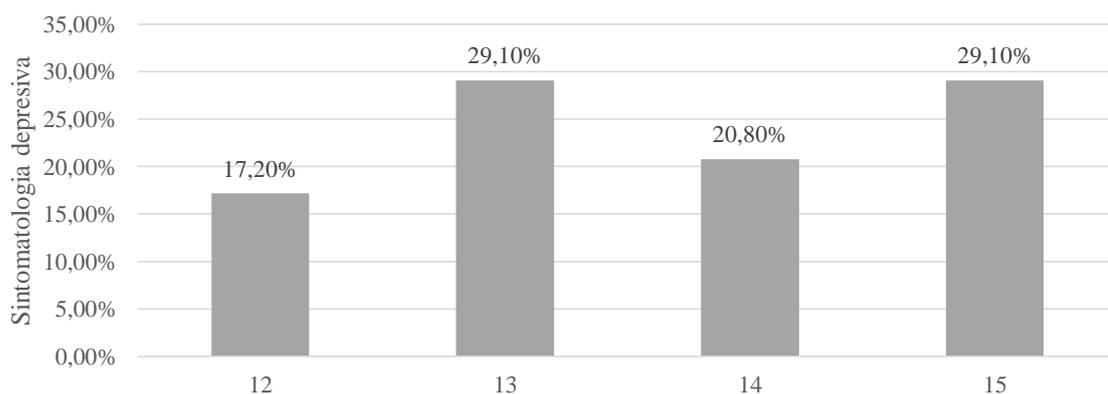


Figura 7. El gráfico de barras muestra la distribución de los porcentajes obtenidos en sintomatología depresiva por los participantes de cada edad.



En las escalas de sintomatología negativa valoradas, disforia (D) y autoestima negativa (A), se evidencia que la primera es aquella en la que los adolescentes puntuaron con mayor frecuencia, con un porcentaje de 30.2 % frente a un 16.3 % en A, datos que se describen con mayor detalle en la Tabla 3. Este hallazgo resulta interesante si lo ponemos a la luz del modelo propuesto por Smolak y Thompson (2009), el cual indica que la autoestima negativa, junto al resto de síntomas depresivos, favorecen la búsqueda de aprobación por parte del entorno social, hecho que contribuye a la internalización del ideal delgado de belleza, como antesala de la posible relación entre la sintomatología depresiva y la insatisfacción con la IC.

Tabla 3

Niveles de sintomatología depresiva en las escalas de disforia y autoestima negativa

	Disforia		Autoestima negativa	
	n	%	n	%
Sin sintomatología	155	69.8	186	83.8
Sintomatología leve	39	17.6	17	7.7
Sintomatología severa	28	12.6	19	8.6
Total	222	100	222	100

Nota. n=frecuencia

Correlación entre insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva

Tras el análisis de los puntajes obtenidos en insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva, se encontró una correlación positiva media (Hernández et al., 2014) entre estas dos variables del estudio ($r_s=0.535$; $p=0.000$), lo cual señalaría que, a mayor presencia de insatisfacción con la IC en los participantes, mayor sintomatología depresiva y viceversa (Tabla 4). Estos resultados coinciden con investigaciones en las cuales se encontró asociación directa y significativa entre la insatisfacción corporal y el aumento de síntomas depresivos (Almeida et al., 2012). En otro estudio también se identificó una correlación directa y positiva entre estas variables (Solomon-Krakus et al., 2017). Finalmente, este hallazgo se asemeja a aquellos encontrados por Roberts y Duong (2013), respecto a los latinoamericanos y su mayor probabilidad de verse con sobrepeso y a estar insatisfechos con su cuerpo, lo cual aumentaba el riesgo de desarrollar depresión mayor.

Tabla 4

Relación entre insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva

Insatisfacción con la IC	Sintomatología depresiva	
	r_s	
		0.535
	p	0.000*

Nota. Coeficiente de correlación Rho de Spearman (r_s). *Relación significativa ($p<0.05$)



Respecto a la edad y las variables del estudio, como se especifica en la Tabla 5, no se encontraron correlaciones significativas, lo cual se puede explicar por la presencia de participantes con un rango de edad de reducida distribución (\bar{x} =13.47 años; DE =0.921). Levine y Smolak (2002), explican que la satisfacción con la IC declina de manera significativa precisamente durante la adolescencia temprana, es decir, de los 12 a los 15 años y tiende a incrementarse a medida que se hacen mayores. Esto concuerda con los estudios de Gómez-Marmol et al. (2012) y García et al. (2012), en los cuales se constató un descenso significativo en el porcentaje de insatisfacción con la IC conforme avanzaba la edad de los participantes (relación negativa). En cuanto a la depresión y la edad, Ceballos-Ospino, Suarez-Colorado, Suescún-Arregocés, Gamarra-Vega, González y Sotelo-Manjarres (2015), identificaron la inexistencia de una relación significativa entre ellas.

Tabla 5

Relación entre edad, insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva

	Edad	
	r_s	p
Insatisfacción con la IC	-0.049	0.471*
Sintomatología depresiva	0.020	0.770*

Nota. Coeficiente de correlación Rho de Spearman (r_s). *Relación no significativa ($p > 0.05$)



CONCLUSIONES

Los objetivos planteados en esta investigación se orientaron a describir la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva en adolescentes de 12 a 15 años, así como sus niveles y distribución de acuerdo a los datos sociodemográficos de edad y sexo; sin embargo, tras el análisis de la información, se lograron establecer correlaciones entre las variables del estudio. Los instrumentos usados demostraron niveles adecuados de fiabilidad para valorar la presencia y niveles de insatisfacción con la IC y sintomatología depresiva en los participantes. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que:

Existe un número elevado personas que presentan insatisfacción con la IC en la muestra de la presente investigación y que el nivel moderado fue el mayor puntuado. En cuanto al sexo, resalta la mayor presencia de insatisfacción con la IC en los varones, encontrándose una diferencia mínima en cuanto al porcentaje obtenido por las mujeres, sin embargo, de acuerdo al análisis de las medias, fueron ellas las que presentaron niveles más severos de insatisfacción. Respecto a la edad, los adolescentes de 13 y 14 años mostraron puntajes más elevados en esta variable. El componente de la insatisfacción con la IC que predominó en los hallazgos fue el cognitivo-emocional, es decir, aquel que a partir de la evaluación de la IC, se relaciona con las creencias de satisfacción o insatisfacción sobre la apariencia física en los adolescentes.

Por otro lado, se identificó sintomatología depresiva en un bajo porcentaje de los participantes, aproximadamente una cuarta parte de ellos, siendo los varones también los más afectados por esta, con un contraste mínimo ante los resultados obtenidos por las mujeres, situación similar ocurrió con la variable edad, pues los valores fueron bastante semejantes en todas ellas (12-15 años). La escala de disforia fue la más puntuada, lo cual resulta interesante al analizar la manera en que esta, como un principal síntoma de la depresión, puede a su vez intervenir en la IC de los adolescentes de acuerdo al modelo de los factores que promueven el desarrollo de la insatisfacción con la IC.

Además de los objetivos planteados, se pudo corroborar con base en los resultados, que existe una correlación positiva media entre la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva, es decir, a mayor presencia de una de ellas, aumenta la otra; no así entre la edad y las variables antes mencionadas, hallazgos que concuerdan con los de otras investigaciones revisadas. Finalmente, la aparición de estas variables puede explicarse por la convergencia de elementos cognitivo-conductuales negativos como pensamientos, percepciones, emociones y comportamientos que obstaculizan el adecuado desenvolvimiento psicosocial del adolescente.



RECOMENDACIONES

En esta investigación las limitaciones principales fue el acceso a una población que disponga un número similar de varones y mujeres, por lo cual se recomienda que en futuros estudios se logre localizar una muestra más equilibrada que permita comparar significativamente la insatisfacción con la IC y la sintomatología depresiva de acuerdo al sexo en diferentes rangos de edad. Otra limitación fue el reducido tiempo con el que se contaba para administrar los instrumentos a los estudiantes, debido a su extenuante carga horaria, por ello se recomienda utilizar tests con menor extensión para evitar el agotamiento de los participantes y obtener respuestas más reflexivas y certeras por su parte. En cuanto a los riesgos que se contemplan en la realización de estudios de este tipo que tratan temas delicados, resulta trascendental abordarlos con mucha cautela y asertividad hacia los adolescentes, con el debido apoyo del departamento psicológico de la institución.

Se sugiere que se realicen otros estudios que contemplen los trastornos de la conducta alimentaria como una variable interviniente en la IC y la depresión. Para poder realizar una generalización objetiva de los resultados, es importante que se pueda replicar este estudio en un número significativo de instituciones educativas de la ciudad de Cuenca o del Ecuador. Finalmente, se recomienda implementar programas de prevención y promoción enfocados en aquellos aspectos que se encuentran afectados en los estudiantes de la Unidad Educativa Herlinda Toral, pues se identificaron adolescentes con niveles severos de insatisfacción y varios que marcaron positivamente en enunciados de ideación suicida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abela, J. y Hankin, B. (Eds.). (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Almeida, S., Severo, M., Araújo, J., Lopes, C. y Ramos, E. (2012). Body image and depressive symptoms in 13-year-old adolescents: Body image and depressive symptoms. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(10), E165-E171. doi: [10.1111/j.1440-1754.2012.02576.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02576.x)
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. y Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatment* (2a ed). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Borda, M., Santos, M., Martínez, H., Meriño, E., Sánchez, J. y Solano, S. (2016). Perception of body image and its relationship to the nutritional and emotional state in schoolchildren 10-13 years of three schools in Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 472-482. doi:[10.14482/sun.32.2.9747](https://doi.org/10.14482/sun.32.2.9747)
- Brausch, A. y Gutierrez, P. (2009). The Role of Body Image and Disordered Eating as Risk Factors for Depression and Suicidal Ideation in Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71. doi:[10.1521/suli.2009.39.1.58](https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.58)
- Brausch, A. y Muehlenkamp, J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4(2), 207-212. doi:[10.1016/j.bodyim.2007.02.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001)
- Brechan, I. y Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58. doi: [10.1016/j.eatbeh.2014.12.008](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008)
- Cash, T. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. Cash, T. y Smolak, L. (Eds.). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (2a ed.) (pp. 39-47). New York: Guilford Press.
- Cash, T. y Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (2a ed.). New York: Guilford Press.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E. y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22. doi: [10.21676/2389783X.1394](https://doi.org/10.21676/2389783X.1394)
- Dávila, P. y Carrión, P. (2014). *Insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de bachillerato de los colegios particulares mixtos. Cuenca. 2013-2014*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca.



- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dion, J., Blackburn, M., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M,...y Touchette, É. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(2), 151-166. doi: [10.1080/02673843.2014.985320](https://doi.org/10.1080/02673843.2014.985320)
- Dolto, F. y Nasio, J. (1990). *L' enfant du miroir*. Paris: Rivages.
- Friedman, E. S. y Anderson, I. M. (2014). *Handbook of Depression* (2a ed.). London: Springer Healthcare.
- Gaffrey, M., Tillman, R., Barch, D. y Luby, J. (2018). Continuity and stability of preschool depression from childhood through adolescence and following the onset of puberty. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 39-46. doi:[10.1016/j.comppsy.2018.07.010](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.010)
- García, J., Solbes, I., Expósito, E. y Navarro, E. (2012). Body Image and Risk of Eating Disorders among Undergraduate Spanish Students: Gender Differences. *Revista de Orientación Educativa*, 26(50), 31-46.
- Gómez-Marmol, A., Sánchez-Alcaraz, B. y Mahedero-Navarrete, M. (2012). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *ÁGORA para la educación física y el deporte*, 15(1), 54-63.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2a ed.). London; New York: Routledge.
- Hankin, B., Wetter, E. y Cheely, C. (2008). Sex Differences in Child and Adolescent Depression A Developmental Psychopathological Approach. En Abela, J. y Hankin, B. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 377-414). New York: Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Hollander, E., Siragusa, J. y Berkson, S. (2012). Body Image in Mood and Psychotic Disorders. En Cash, T. F. (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 212-234). Amsterdam ; Waltham, MA: Academic Press.
- Ingram, R.E., Miranda, J. y Segal, Z.V. (2006). Cognitive Vulnerability to Depression. En Alloy, L. B. y Riskind, J. H. (Eds.). *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 63-86). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Krueger, D. W. (2002). Psychodynamic Perspectives on Body Image. En Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 30-37). New York: Guilford Press.
- Lacan, J. (2007). *Escritos* (Trad. Segovia, T.). México: Siglo Veintiuno. 1956



- Lawler, M. y Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71. doi: [10.1007/s10964-009-9500-2](https://doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2)
- Levine, M. y Smolak, L. (2002). Body Image Development in Adolescence. En Cash, T. y Pruzinsky, T. (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 74-82). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. y Gotlib, I. (2000). Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591. doi:[10.1176/appi.ajp.157.10.1584](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1584)
- López, G. F., Díaz, A. y Smith, L. (2017). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*, 34(1), 167. doi: [10.6018/analesps.34.1.294781](https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781)
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. y Papillon, M. (2002). Gender Differences in Depressive Symptoms During Adolescence: Role of Gender-Typed Characteristics, Self-Esteem, Body Image, Stressful Life Events, and Pubertal Status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 29-42. doi:[10.1177/106342660201000104](https://doi.org/10.1177/106342660201000104)
- McCabe, M. (2012). Body Image Development – Boy Children. En Cash, T. F. (Ed.). (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 207-211). Amsterdam ; Waltham, MA: Academic Press.
- Mendieta-Izquierdo, G. (2014). Percepción de cuerpo e imagen corporal masculina: Una revisión narrativa. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(1), 17-30. doi: [10.18270/chps.v14i1.1342](https://doi.org/10.18270/chps.v14i1.1342)
- Nolen-Hoeksema, S. y Hilt, L. (Eds.). (2008). *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación: CIE-10: CDI-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ortiz, P. M., Veloz, D. C., Solís, A. F., Montano, F. E. y Esparza, G. V. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3).144-154.
- Ospina-Ospina, F. del C., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 908-920. doi: [10.1590/S0124-00642011000600004](https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004)



- Pearson, A. N., Heffner, M. y Follette, V. M. (2010). *Acceptance & commitment therapy for body image dissatisfaction: a practitioner's guide to using mindfulness, acceptance & values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 9(1), 42-50. doi: [10.5231/psy.writ.2015.1409](https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1409)
- Ricciardelli, L. A. y Yager, Z. (2016). *Adolescence and body image: from development to preventing dissatisfaction*. London : New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Roberts, R. y Duong, H. (2013). Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 47(8), 1110-1117. doi:[10.1016/j.jpsychires.2013.03.019](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.019)
- Rodríguez-Testal, J. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.
- Rosen, J., Srebnik, D., Saltzberg, E. y Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3(1), 32-37. doi:[10.1037/1040-3590.3.1.32](https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32)
- Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudios sobre las energías constructoras de la psique*. Barcelona; Buenos Aires: Paidós.
- Schulte, S. J. y Thomas, J. (2013). Relationship between eating pathology, body dissatisfaction and depressive symptoms among male and female adolescents in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 14(2), 157-160. doi: [10.1016/j.eatbeh.2013.01.015](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.015)
- Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J., Perona-Garcelán, S. y Perpiñá, C. (2017). Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry Research*, 248, 121-126. doi:[10.1016/j.psychres.2016.12.003](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.003)
- Smolak, L. (2012). Body Image Development – Girl Children. En Cash, T. F. (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 212-218). Amsterdam ; Waltham, MA: Academic Press.
- Smolak, L. y Thompson, J. K. (Eds.). (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment* (2nd ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solano, N. y Cano, A. (2010). Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal IMAGEN. Madrid, España: TEA ediciones.
- Solomon-Krakus, S., Sabiston, C., Brunet, J., Castonguay, A., Maximova, K. y Henderson, M. (2017). Body Image Self-Discrepancy and Depressive Symptoms Among Early Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 38-43. doi:[10.1016/j.jadohealth.2016.08.024](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.024)



- Suisman, J. L. y Klump, K. L. (2012). Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. En Cash, T. F. (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 29-38). Amsterdam ; Waltham, MA: Academic Press.
- Van den Eynde, F., Giampietro, V., Simmons, A., Uher, R., Andrew, C. M., Harvey, P.-O., ...y Schmidt, U. (2013). Brain responses to body image stimuli but not food are altered in women with bulimia nervosa. *BMC Psychiatry*, 13(1). doi: [10.1186/1471-244X-13-302](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-302)
- Vela, G. y Chiles, P. (2015). *Relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y autoestima en adolescentes femeninas de entre 14 y 20 años de edad, del colegio 24 de Mayo de la ciudad de Quito, durante los meses de junio a julio del 2015* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Walker, D. y Murray, A. (2012). Body image behaviors: Checking, fixing, and avoiding. En T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*. (pp. 166-172). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Wertheim, E., y Paxton, S. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. En Cash, T. F. y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (2a ed.) (76-84). New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva. Disponible en: <https://bit.ly/2y6f0DL> [Consultado octubre 2018].



ANEXOS

Anexo 1.1. Consentimiento y asentimiento aprobados por el COBIAS.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca"

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Andrea Nataly Arboleda Jaramillo	0106580616	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio denominado "Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca".

En este documento llamado "asentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y los derechos en caso de que decida participar. Después de revisar esta información y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

Introducción

La imagen corporal (IC) es la representación mental de la apariencia de nuestro cuerpo que asimilamos a lo largo de la vida y a partir del cual nos relacionamos con los demás. Durante la adolescencia se dan importantes cambios físicos, sociales y psicológicos que influyen en esta imagen y pueden generar insatisfacción con la misma, es por ello que se considera importante realizar este estudio en esta población. Usted fue escogido para participar de la investigación debido a que es un(a) adolescente comprendido(a) entre los 12 a 15 años y se encuentra matriculado(a) en la presente unidad educativa.

Objetivo del estudio

La finalidad que se persigue con la presente investigación es determinar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en los adolescentes.

Descripción de los procedimientos

El proceso de evaluación se realizará con 216 estudiantes de 8^{vo}, 9^{no} y 10^{mo} años de Educación General Básica (EGB) de la presente unidad educativa. A cada participante se le solicita responder a los datos de una ficha sociodemográfica y luego a dos instrumentos, el Cuestionario IMAGEN de Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010) y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Del Barrio y Carrasco, 2004). El cuestionario IMAGEN evalúa la presencia y niveles de insatisfacción con la imagen corporal, así como sus tres principales componentes: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental a través de 38 ítems tipo Likert. El CDI evalúa la presencia y niveles de sintomatología depresiva, para ello consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta (0-ausencia del síntoma, 1-síntoma moderado, 2-síntoma grave). Este proceso tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Riesgos y beneficios

El proceso de participación de su representado(a) puede presentar riesgos mínimos ligados a la esfera psicológica, específicamente la emocional, debido a que la investigación aborda el tema de la imagen corporal y la depresión. El Cuestionario IMAGEN y el CDI describen conductas y/o situaciones que pueden generar incomodidad al momento de contestar, ante lo cual usted está en la completa libertad de NO RESPONDER. Debe saber también que los resultados obtenidos beneficiarán a los usuarios de la institución, pues abre las puertas al desarrollo de programas preventivos y de intervención en este campo.

Otras opciones si no participa en el estudio

Si usted no desea participar en el estudio, tiene total libertad de retirarse.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado

No aplica.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0968856963 que pertenece a Andrea Nataly Arboleda Jaramillo o envíe un correo electrónico a andrea.arboleda@ucuenca.edu.ec.

Asentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de asentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Andrea Nataly Arboleda Jaramillo	<i>Andrea N</i>	10/5/2019
Nombres completos del testigo (si aplica)	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos de la investigadora	Firma de la investigadora	Fecha
Andrea Nataly Arboleda Jaramillo	<i>Andrea N</i>	10/5/2019

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO
Fecha: 29 ABR 2019



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca"

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Andrea Nataly Arboleda Jaramillo	0106580616	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Su representado(a) está invitado(a) a participar en este estudio denominado "Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca" que se llevará a cabo en esta institución.

En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será la participación de su representado(a) y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y los derechos de su representado(a) en caso de que autorice su participación. Después de revisar esta información y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

Introducción

La imagen corporal (IC) es la representación mental de la apariencia de nuestro cuerpo que asimilamos a lo largo de la vida y a partir del cual nos relacionamos con los demás. Durante la adolescencia se dan importantes cambios físicos, sociales y psicológicos que influyen en esta imagen y pueden generar insatisfacción con la misma, es por ello que se considera importante realizar este estudio en esta población. Su representado(a) fue escogido(a) para participar de la investigación debido a que es un(a) adolescente comprendido(a) entre los 12 a 15 años y se encuentra matriculado(a) en la presente unidad educativa.

Objetivo del estudio

La finalidad que se persigue con la presente investigación es determinar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en los adolescentes.

Descripción de los procedimientos

El proceso de evaluación se realizará con 216 estudiantes de 8^{vo}, 9^{no} y 10^{mo} años de Educación General Básica (EGB) de la presente unidad educativa. A cada participante se le solicita responder a los datos de una ficha sociodemográfica y luego a dos instrumentos, el Cuestionario IMAGEN de Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010) y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Del Barrio y Carrasco, 2004). El cuestionario IMAGEN evalúa la presencia y niveles de insatisfacción con la imagen corporal, así como sus tres principales componentes: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental a través de 38 ítems tipo Likert. El CDI evalúa la presencia y niveles de sintomatología depresiva, para ello consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta (0-ausencia del síntoma, 1-síntoma moderado, 2-síntoma grave). Este proceso tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Riesgos y beneficios

El proceso de participación de su representado(a) puede presentar riesgos mínimos ligados a la esfera psicológica, específicamente la emocional, debido a que la investigación aborda el tema de la imagen corporal y la depresión. El Cuestionario IMAGEN y el CDI describen conductas y/o situaciones que pueden generar incomodidad al momento de contestar, ante lo cual su representado(a) está en la completa libertad de NO RESPONDER. Debe saber también que los resultados obtenidos beneficiarán a los usuarios de la institución, pues abre las puertas al desarrollo de programas preventivos y de intervención en este campo.

Otras opciones si no participa en el estudio

Si su representado(a) no desea participar en el estudio, tiene total libertad de retirarse.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Derechos de su representado(a)

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado

No aplica.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0968856963 que pertenece a Andrea Nataly Arboleda Jaramillo o envíe un correo electrónico a andrea.arboleda@ucuenca.edu.ec.

Consentimiento informado

Comprendo la participación de mi representad(a) en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo a través de este documento. Todas mis dudas fueron aclaradas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de autorizar la participación de mi representado(a) y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto y autorizo voluntariamente que mi representado(a) participe en esta investigación.

Nombres completos del representante

Firma del representante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo

Nombres completos de la investigadora

Andrea Nataly Arboleda Jaramillo
Firma de la investigadora

10/01/2019
Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO

Fecha:

29 ABR 2019



Anexo 1.2 Instrumento de evaluación: Cuestionario *IMAGEN: Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal* (Solano y Cano, 2010).

FACULTAD DE PSICOLOGÍA										
Fecha:				Cuestionario N°:						
Instrucciones:										
Estos cuestionarios corresponden a un trabajo de tesis y tienen la finalidad de explorar las respuestas de los adolescentes como tú a las situaciones planteadas. Cuando respondas a las preguntas trata de hacerlo de la forma más sincera que puedas, recuerda que esto es anónimo y lo que contestes será confidencial.										
<i>¡No hay contestaciones buenas ni malas, correctas o incorrectas, sencillamente sigue tu criterio personal!</i>										
Empieza por la ficha sociodemográfica y prosigue con los cuestionarios.										
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA										
Edad (años cumplidos)	Sexo		Curso			Sección				
	Hombre	Mujer	Octavo	Noveno	Décimo	Mañana	Tarde			
Cuestionario IMAGEN										
Instrucciones:										
A continuación se presentan una serie de frases que hacen referencia a determinados pensamientos, emociones o comportamientos asociados a tu figura. Se trata de que señales con qué frecuencia se dan en ti de acuerdo a la siguiente escala:										
0	1	2	3	4						
Casi nunca o nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre						
Observa el siguiente <i>ejemplo</i> :										
¿Con qué frecuencia tienes el siguiente pensamiento?										
1.	No quiero ser una persona gorda					0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
En el ejemplo, la persona ha contestado 2 , lo que quiere decir que a veces tiene el pensamiento de no querer ser una persona gorda.										
Comenzamos...										
¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENES LOS SIGUIENTES PENSAMIENTOS Y EMOCIONES?										
1.	Debería ponerme a dieta.					0	1	2	3	4
2.	Tendría que hacer ejercicio para controlar mi peso.					0	1	2	3	4
3.	Es absolutamente necesario que esta delgada o delgado.					0	1	2	3	4
4.	Estoy insatisfecha(o) con mi figura corporal.					0	1	2	3	4
5.	Creo que si realizase ejercicio conseguiría disminuir mi peso.					0	1	2	3	4
6.	Me da miedo conocer mi peso.					0	1	2	3	4
7.	Admiro a las personas o modelos capaces de mantener una figura delgada.					0	1	2	3	4
8.	Estoy triste cuando pienso en mi figura.					0	1	2	3	4
9.	Me siento irritable cuando pienso en mi aspecto físico.					0	1	2	3	4
10.	Me enfado cuando mi familia me indica algo sobre mi figura.					0	1	2	3	4
11.	Me siento inferior cuando alguien halaga la figura de otras personas.					0	1	2	3	4
12.	Me siento gorda o gordo cuando gano algo de peso.					0	1	2	3	4
13.	Si engordase no lo soportaría.					0	1	2	3	4
14.	Tengo miedo a perder el control sobre mi aspecto físico.					0	1	2	3	4
15.	Tengo miedo a engordar.					0	1	2	3	4
16.	Cuando como, tengo miedo a perder el control.					0	1	2	3	4
17.	Imagino que si fuese una persona delgada estaría segura de mí.					0	1	2	3	4
18.	Tengo miedo a tener celulitis.					0	1	2	3	4
19.	Me influyen de forma negativa los comentarios sobre mi cuerpo.					0	1	2	3	4
20.	Recuerdo de forma negativa las burlas sobre mi aspecto físico.					0	1	2	3	4
21.	Pienso que me estoy poniendo gorda o gordo.					0	1	2	3	4



Anexo 1.3 Instrumento de evaluación: Inventario CDI (*Children's Depression Inventory, CDI*) (Kovacs y Beck, 1977) versión en español (Del Barrio y Carrasco, 2004).

INVENTARIO CDI			
Instrucciones:			
Los y las adolescentes como tú, tienen diferentes sentimientos e ideas . En este cuestionario recogemos estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar UNA oración que sea la que mejor describa cómo te has sentido durante estas DOS ÚLTIMAS SEMANAS . Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente. Reiteramos nuevamente, no hay contestaciones correctas o incorrectas . Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente . Pon una cruz (X) en el espacio junto a tu respuesta.			
Hagamos un <i>ejemplo</i> , pon una cruz junto a la frase que mejor te describa:			
Ej.	Leo libros		
	Leo libros de vez en cuando		
	Nunca leo libros		
Recuerda señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas .			
Comenzamos...			
		D	A
1.	Estoy triste de vez en cuando.	0	
	Estoy triste muchas veces.	1	
	Estoy triste siempre.	2	
2.	Nunca me saldrá nada bien.		2
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.		1
	Las cosas me saldrán bien.		0
3.	Hago bien la mayoría de las cosas.		0
	Hago mal muchas cosas.		1
	Todo lo hago mal.		2
4.	Me divierten muchas cosas.	0	
	Me divierten algunas cosas.	1	
	Nada me divierte.	2	
5.	Soy malo siempre.	2	
	Soy malo muchas veces.	1	
	Soy malo algunas veces.	0	
6.	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.		0
	Me preocupa que me ocurran cosas malas.		1
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.		2
7.	Me odio.	2	
	No me gusta como soy.	1	
	Me gusta como soy.	0	
8.	Todas las cosas malas son culpa mía.	2	
	Muchas cosas malas son culpa mía.	1	
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	0	
9.	No pienso en matarme.	0	
	Pienso en matarme pero no lo haría.	1	
	Quiero matarme.	2	
10.	Tengo ganas de llorar todos los días.	2	
	Tengo ganas de llorar muchos días.	1	
	Tengo ganas de llorar de vez en cuando.	0	
11.	Las cosas me preocupan siempre.		2
	Las cosas me preocupan muchas veces.		1
	Las cosas me preocupan de vez en cuando.		0
12.	Me gusta estar con la gente.	0	
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente.	1	
	No quiero en absoluto estar con la gente.	2	



		D	A	
13.	No puedo decidirme.		2	
	Me cuesta decidirme.		1	
	Me decido fácilmente.		0	
14.	Tengo buen aspecto.		0	
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.		1	
	Soy feo/a.		2	
15.	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.		2	
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.		1	
	No me cuesta ponerme a hacer los deberes.		0	
16.	Todas las noches me cuesta dormir.	2		
	Muchas veces me cuesta dormir.	1		
	Duelmo muy bien.	0		
17.	Estoy cansado de vez en cuando.	0		
	Estoy cansado muchos días.	1		
	Estoy cansado siempre.	2		
18.	La mayoría de los días no tengo ganas de comer.	2		
	Muchos días no tengo ganas de comer.	1		
	Como muy bien.	0		
19.	No me preocupa el dolor ni la enfermedad.		0	
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.		1	
	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.		2	
20.	Nunca me siento solo.	0		
	Me siento solo muchas veces.	1		
	Me siento solo siempre.	2		
21.	Nunca me divierto en el colegio.	2		
	Me divierto en clase sólo de vez en cuando.	1		
	Me divierto en clase muchas veces.	0		
22.	Tengo muchos amigos.	0		
	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.	1		
	No tengo amigos.	2		
23.	Mi trabajo en el colegio es bueno.		0	
	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.		1	
	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.		2	
24.	Nunca podré ser tan bueno como otros chicos.		2	
	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros chicos.		1	
	Soy tan bueno como otros chicos.		0	
25.	Nadie me quiere.	2		
	No estoy seguro de que alguien me quiera.	1		
	Estoy seguro de que alguien me quiere.	0		
26.	Generalmente hago lo que me dicen.		0	
	Muchas veces no hago lo que me dicen.		1	
	Nunca hago lo que me dicen.		2	
27.	Me llevo bien con la gente.	0		
	Me peleo muchas veces.	1		
	Me peleo siempre.	2		
		ND=	P=	T=

Comprueba que has respondido a todas las secciones.
¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!