

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Escuela de Posgrado**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ALUMNAS DE 3RO Y 4TO  
DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
FRANCISCO ANTONIO DE ZELA, TACNA 2015

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

LIC. MARÍA SUSANA CONDORI FERNANDEZ

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)  
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

TACNA - PERÚ

2017


**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

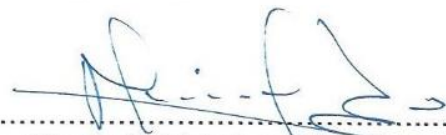
Escuela de Posgrado


**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**


**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ALUMNAS DE 3RO Y 4TO  
DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
FRANCISCO ANTONIO DE ZELA, TACNA 2015**

Tesis sustentada y aprobada el 18 de octubre de 2016; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :   
.....  
Dra. Olga Choque Cura

SECRETARIO :   
.....  
Dr. Alberto Patricio Lanchipa Ale

MIEMBRO :   
.....  
M.Sc. Juan José Evaristo Changllo Roas

ASESORA :   
.....  
Dra. Rina María Alvarez Becerra

**DEDICATORIA:**

*A Dios, por darme la vida,  
guiar mi camino en cada  
momento de mi vida y  
haciendo de mi vida una  
mujer fuerte y luchadora.*

*A mi familia, por ayudarme  
a crecer cada día y por su  
apoyo a pesar de las  
adversidades.*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Institución Educativa Nacional Francisco Antonio de Zela de la Ciudad de Tacna, por permitirme la realización del presente trabajo de investigación.

A la Dra. Rina Alvarez Becerra por su asesoría en el presente trabajo de investigación.

## CONTENIDO

	<b>Página</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	xiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1.Descripción del problema.....	4
1.1.1. Antecedentes del problema.....	4
1.1.2. Problemática de la investigación.....	11
1.2.Formulación del problema.....	12
1.3.Justificación e importancia.....	13
1.4.Alcances y limitaciones.....	15
1.5.Objetivos.....	16
1.5.1. Objetivo general.....	16
1.5.2. Objetivos específicos.....	16
1.6.Hipótesis .....	17
1.6.1. Hipótesis principal.....	17
1.6.2. Hipótesis específicas.....	17

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1.	Antecedentes del estudio.....	19
2.2.	Bases teóricas.....	27
2.2.1	Trastornos de conducta alimentaria.....	27
	A) Definiciones.....	28
	B) Clasificación.....	30
	a. Anorexia nerviosa.....	30
	b. Bulimia nerviosa.....	37
	c. Trastornos de conducta alimentaria no especificados (EDNOS).....	43
	C) Indicadores de los trastornos alimenticios .....	45
	D) Diagnóstico diferencial.....	48
2.2.2.	Imagen corporal.....	51
	A) Definiciones.....	51
	B) Componentes de la imagen corporal.....	53
	C) Perspectivas psicopatológicas.....	54
	D) Alteraciones de la imagen corporal .....	61
	E) Formación de la imagen corporal negativa.....	68
2.3.	Definición de términos.....	71

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

3.1.	Tipo y diseño de la investigación.....	73
------	--	----

3.2.	Población y muestra.....	73
3.2.1.	Población.....	73
3.2.2.	Muestra.....	74
3.3.	Operacionalización de Variables.....	74
3.3.1.	Identificación de variables.....	74
3.3.2.	Caracterización de las variables.....	75
3.4.	Técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	76
3.4.1.	Materiales y/o instrumentos.....	76
	A) Test Yénovar.....	76
	B) Cuestionario BSQ.....	79
3.4.2.	Recolección de datos.....	81
3.5.	Procesamiento y análisis de datos.....	82
3.5.1.	Procesamiento de datos.....	82
3.5.2.	Análisis de datos.....	84
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>		
4.1.	Resultados .....	86
4.2.	Proceso de contrastación de hipótesis.....	92
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>		
4.3.	Discusión.....	112
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>121</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>123</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>137</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 1:</b> Distribución de la población de estudio según edad	86
<b>Tabla 2:</b> Distribución de la población según los trastornos de conducta alimentaria.....	88
<b>Tabla 3:</b> Distribución de la población según percepción de la imagen corporal.....	90
<b>Tabla 4:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	93
<b>Tabla 5:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	97
<b>Tabla 6:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	101

<b>Tabla 7:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	105
<b>Tabla 8:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	109

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1:</b> Distribución de la población de estudio según edad	87
<b>Figura 2:</b> Distribución de la población según los trastornos de conducta alimentaria.....	89
<b>Figura 3:</b> Distribución de la población según percepción de la imagen corporal.....	91
<b>Figura 4:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	95
<b>Figura 5:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	99
<b>Figura 6:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	103

<b>Figura 7:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	107
<b>Figura 8:</b> Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria.....	111

## RESUMEN

La presente investigación se centró en determinar la relación entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela” en la Ciudad de Tacna, 2015. Es de carácter cuantitativo, no experimental y correlacional; la muestra está conformada por 220 alumnas; cuyas edades fluctúan entre 14 y 17 años; se recabó la información a través de la aplicación de los instrumentos tales como “Yénovar” y el “BSQ”. Se analizaron 220 encuestas, donde se encontró que el 49,55 % presenta trastornos de conducta alimentaria, pero no presentan alteración en la percepción de la imagen corporal, el 31,82 % presentan alteración de la percepción de la imagen corporal en relación con los trastornos de conducta alimentaria y el 18,6 % no presentan ninguna de las dos variables. Por lo tanto, se demostró que existe relación significativa con un  $p < 0,05$  por lo que se sostiene que hay relación entre las variables.

**Palabras clave:** *Trastornos de conducta alimentaria, percepción de la imagen corporal, imagen corporal.*

## ABSTRACT

This research focused on determining the relationship between the perception of body image and eating disorders in students of 3rd and 4th Junior High School "Francisco Antonio de Zela" in the city of Tacna, 2015. It is character quantitative, non experimental and correlational; the sample is comprised of 220 students; whose ages range between 14 and 17 years; The information was collected through the application of instruments such as "Yénovar" and "BSQ". 220 surveys, where he encotroo that 49,55 % have eating disorders but present no alteration in the perception of body image were analyzed, the 31,82 % have impaired perception of body image related to disorders eating behavior and 18,6 % have none of the two variables. Thus it was shown that there is significant relationship with  $p < 0.05$  so it is argued that no relationship between the variables.

**Keywords:** *Eating disorders, body image perception, body image.*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la incidencia y prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) va aumentando dramáticamente en las sociedades occidentales, afectando principalmente a las mujeres, en especial aquellas que están muy preocupadas por su peso y su cuerpo. Además, la alteración de la imagen corporal constituye un componente importante en los TCA.

VERONICA, G. (2012) “Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental, que se asocian a una significativa morbilidad y mortalidad biomédica y psiquiátrica. Tanto es así, que la Anorexia Nervosa (AN) es el trastorno psiquiátrico relacionado con mayor mortalidad”. (p.567)

Debido al constante aumento de los TCA en las últimas décadas y a todas las consideraciones previas, hoy en día resulta importante que los profesionales de la salud se familiaricen con la detección precoz y el manejo apropiado de estas patologías.

En la actualidad, el Ministerio de Salud, aún a la fecha, no ha tomado con responsabilidad este gran problema social que las adolescentes van padeciendo. Es por ello que, esta situación provoca una profunda preocupación, por lo que se decidió tomar en cuenta como un caso a estudiar. El papel que juegan las variables de relación entre la percepción de la imagen corporal con los trastornos de conducta alimentaria se estudiaron en esta investigación en la población de adolescentes mujeres, por ser una población vulnerable; para lo cual se consideró como estudio la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, en el año 2015, del distrito de Tacna, provincia de Tacna; ubicado en la zona urbana de la región.

La presente investigación tiene como fin determinar la relación entre percepción de la imagen corporal y los trastornos conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, de esa manera afirmar dicha hipótesis.

En el primer capítulo se realiza el planteamiento y delimitación del problema. También la delimitación de los objetivos, hipótesis, importancia, justificación y por último la limitación del estudio.

Seguidamente en el segundo capítulo se presenta el marco teórico, donde se desarrolla las investigaciones relacionadas con el tema. También se expone la estructura teórica y científica que sustenta la investigación y por último, la definición de los términos básicos.

En el tercer capítulo se desarrolla la metodología; que incluye el tipo y método de investigación. También el área de estudio, la población, muestra, técnicas e instrumento de recolección de datos. Y por último, el procesamiento y técnicas de recolección de datos.

En el penúltimo capítulo se desarrolla lo que abarca a los resultados obtenidos y discusión del estudio de investigación.

Para culminar, se presenta las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se adjunta las referencias bibliográficas según norma APA y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del problema:**

##### **1.1.1. Antecedentes del problema:**

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta.

- **A NIVEL INTERNACIONAL :**

ALUBA,( 2010), “Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia”, en España emitió un nuevo informe que revela un incremento de casi un 50 % en las patologías alimentarias entre las adolescentes registrado en el último decenio, según su relevamiento de algo más de 100 000 casos. En el año 2005 se registró un nivel de patologías del 9 % en el total de adolescentes mujeres encuestadas, en tanto en el último informe el índice llega al 12 %. En el año 2000 se detectó un 26 % de la

población encuestada con desórdenes alimentarios. Las patologías tienen mayor incidencia en la adolescencia aunque la edad de comienzo es cada vez más temprana. Si la enfermedad se cronifica puede acompañar al individuo toda la vida”. (p.234)

Taylor (2007) reporta que en la ciudad de México, las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años, pero se han detectado casos de trastorno alimentario en niños de apenas siete años y en personas de más de ochenta años. (p. 345). Por género, se ha visto un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios en las mujeres adolescentes de los países de occidente. La preferencia actual por la delgadez y por un físico pre adolescente propicia que las mujeres se muestren muy insatisfechas con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente.

Anaya (2004), “En Venezuela, mostró que la tendencia de morbilidad en estudios referidos desde 1970 a 2002, indicaban un 6 % de incidencia y 17 % de prevalencia, incluyendo aquellos que hacen referencia exclusivamente a la anorexia, los que sólo lo hacen a la bulimia y los que engloban y consideran todos los trastornos de la conducta alimentaria en su conjunto. Respecto a la edad de inicio de

estos trastornos, se encontró que la edad promedio es de 17 años, aunque hay algunos datos que proponen edades entre 14 y 18 años”. (p.234)

Schvili-Mann (2002) “En cuanto a la prevalencia, señalan que ésta fluctúa entre el 0,5 y el 1 %”, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales V (DSM-V), para los cuadros clínicos clásicos de anorexia y bulimia, aunque existen hallazgos contradictorios en cuanto a cuál de ellos es el de mayor prevalencia.

Masson (2002) “En España, la prevalencia actual de la anorexia nerviosa está estimada en 0,5 % a 1 % y la bulimia nerviosa está considerada en 1 % a 3 % en adolescentes. También estos trastornos presentan un pico de prevalencia en los 14 años”. (p.270)

- **A NIVEL NACIONAL:**

Yuri Cutipé, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA), informó a Perú21; “que hasta junio de 2014 se atendió a 332 pacientes con anorexia y 185 con bulimia. Estos males suelen aparecer más entre los 12 y 17 años, aunque hay menores de 9 años, que los padecen. También se ha comprobado que de cada diez pacientes,

nueve son mujeres. Además, existe un 80 % de probabilidades que estos problemas vuelvan a aparecer. Por ejemplo, hay personas de más de 60 años que han iniciado tratamiento. Indicó que en lo que va de 2014 se han presentado 1 062 casos de trastornos alimenticios en general. El año pasado, estos llegaron a 2 258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 fueron bulimia. Las regiones con más casos de trastornos alimenticios atendidos son Lima (334), Junín (81), La Libertad (58) y Arequipa (54)".(<http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>)

Informó Pacheco (2014) Psicóloga y coordinadora de GABA (Grupo de Autoayuda en Bulimia y Anorexia). "En el Perú uno de cada diez adolescentes, de entre 11 y 19 años de edad, tienen anorexia y bulimia, es decir trastornos alimenticios que afectan seriamente la salud y pueden volverse crónicos e incluso provocar la muerte del paciente si no se recibe tratamiento, Agregó que estos trastornos se caracterizan por el miedo intenso a aumentar de peso y se da en el 40 % de los casos por factores genéticos, pero en el 60 % restante tiene que ver con factores socioculturales debido a que la sociedad impone la delgadez del cuerpo como el "físico ideal" lo cual hace que los adolescentes adopten actitudes o comportamientos que los lleven a alcanzar este físico porque

al no tenerlo se deprimen, se autocritican y se desvalorizan. Asimismo, manifestó que en estos pacientes desear tener un cuerpo delgado es una manera de ocultar problemas reales como: el miedo a competir, fracasar, ser discriminados o a asumir responsabilidades”.  
(<http://www.gabaperu.com/articulo01.php>).

En Terra-Perú, (2012) “Entre el 7,3 y 11,4 % de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país, sufren problemas alimentarios, según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” del MINSA. El director del Área Niños y Adolescentes de dicho establecimiento de Salud, Dr. Rolando Pomalima Rodríguez, explicó “que por lo general son mujeres adolescentes quienes adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar un intenso miedo a engordar o verse gordas, (distorsión de la imagen corporal).”  
(<http://www.terra.com.pe/noticias/noticias/act2428737/minsa-hasta-114-adolescentes-peruanos-sufre-trastornos-alimentarios.html>)

El MINSA, (2012) “Más del 30 % de problemas de alimentación en adolescentes está asociado a la depresión. El Instituto Especializado de Salud Mental atiende hasta 60 casos nuevos cada mes. Contrariamente

a lo que muchos padres suelen creer, los problemas relacionados con el tipo y la cantidad de alimentos que ingieren los adolescentes no constituyen un capricho sino se trata de trastornos de la alimentación, en cuyo trasfondo subsisten problemas de salud mental que requieren de tratamiento prolongado y complejo. El Dr. Rolando Pomalima Rodríguez responsable del Programa de Trastornos de Conducta Alimentaria del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi manifestó; “que las personas con anorexia y bulimia tienen como característica fundamental la distorsión de la imagen corporal, es decir, se ven diferentes de lo que realmente son; por ejemplo se observan gordas aun estando delgadas. Dijo que entre el 10 % y 15 % de personas con anorexia o bulimia fallecen, quien manifestó también que los trastornos más frecuentes en este grupo poblacional son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, seguidos de la orthorexia (obsesión por ingerir comidas sin condimentos) y vigorexia (obsesión por verse musculoso).”

EL MINSA (2011), el Hospital Hermilio Valdizan de la ciudad de Lima diagnosticó entre los años 2009-2010 más de mil pacientes, ocupando los puestos 14 y 20 según el ranking anual de patologías reportadas por esta institución psiquiátrica.

Martinez, Zusman, Hartley, Morote, & Calderón (2003), encontraron en la investigación realizada en Lima Metropolitana (Perú) que la prevalencia de los trastornos alimentarios, de acuerdo a los criterios de diagnósticos del Inventario de Conducta Alimentaria (ICA), se dio en 351 casos (16,4 %) con uno o más trastornos alimentarios, de los cuales 62 casos (2,9 %) presentaron más de un diagnóstico. Se encontró que el 15.4% del grupo de participantes pertenecientes a colegios públicos presenta uno o más trastornos alimentarios, mientras que en los colegios privados este porcentaje alcanza un 18,9 %. Sin embargo, los niveles de riesgo a presentar trastornos de anorexia y bulimia en las escolares de colegios públicos son mayores”. (p. 233-269)

La Sociedad Científica de Nutricionistas del Perú (2003) afirma “que la edad promedio de inicio para la anorexia nerviosa es de 13 a 15 años y de 14 a 17 años para la Bulimia nerviosa. Contrariamente a lo que se creía antes, ya está aclarado que no hay diferencias significativas en la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en relación a la condición socioeconómica ni a la raza, habiéndoseles declarado como un problema global". También se afirma que es más frecuente en las zonas urbanas, en donde se difunde lo relativo a comida y delgadez, que en las zonas rurales. También se afirma que el coeficiente intelectual de

los pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria es normal o normal-alto.”(p.15)

### **1.1.2. Problemática de la investigación:**

Los trastornos de conducta alimentaria al ser un serio problema de salud pública que ha ido en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad. Se ve que hay una franja de edad del grupo que tiene mayor incidencia en adolescentes de estos trastornos, como también no debe desestimarse a las personas adultas ni a niños prepuberales. A este problema social también se suma la influencia de los medios de comunicación y las situaciones sociales que fomentan normas y valores.

Por los datos que se disponen, no hay duda de que en la pubertad/adolescencia la vulnerabilidad es más elevada, por lo que amerita un estudio más preciso profundizando las variables que están asociadas a dichos trastornos a fin de poder establecer medidas preventivas. De acuerdo a las investigaciones, se propone un estudio detenido y adoptar medidas preventivas en la población de riesgo.

## **1.2. Formulación del problema:**

### **1.2.1. Problema principal:**

- ¿Cuál es la relación entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la relación entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015?
- ¿Cuál es la relación entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015?
- ¿Cuál es la relación entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015?.

- ¿Cuál es la relación entre la extrema preocupación de la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015?

### **1.3. Justificación e importancia:**

#### **1.3.1. Justificación de la Investigación:**

Los Trastornos de conducta Alimentaria son un problema de Salud Pública de importancia al que se enfrentan las instituciones de Salud en los países en vías de desarrollo. Los trastornos de la conducta alimentaria son una causa importante de morbilidad física y psicosocial en jóvenes adolescentes; afectan a personas tanto de países desarrollados como en países en vía de desarrollo. Es un problema de origen multicausal que es transversal a condiciones socioeconómicas y clase social y en la actualidad. En este contexto, el rol y la responsabilidad que compete a los profesionales de salud tienen grandes dimensiones, tanto en la propia profesión, como desde la alianza con otros sectores de la sociedad, siendo las directrices comunes en diferentes países y ajustadas a los contextos. Mientras tanto, es menester estudiar los casos con

detenimiento lo que permitirá afrontar responsablemente y oportunamente esta situación de riesgo.

### **1.3.2. Importancia de la Investigación:**

Los trastornos de conducta alimentaria son potencialmente muy graves pudiendo causar la muerte sino se diagnostican y tratan oportunamente, es así que se ha visto por conveniente investigar la presencia de estos trastornos en relación a la percepción de su imagen corporal en la población adolescente de la ciudad de Tacna; lo que permitirá ampliar los conocimientos sobre este tema en nuestra localidad; así mismo, el presente estudio de investigación dará mejores luces sobre el conocimiento de la problemática en las Instituciones Educativas Nacionales. Además del daño referente al área social y económica no solo del individuo que la padece, sino en lo familiar, así como en la productividad del desarrollo social. De esa manera posibilita la labor del profesional de salud; en plantear programas de acción e intervención preventiva-promocionales, con el objetivo de mejorar la conducta alimentaria y en consecuencia, mejorar la calidad de vida de las adolescentes. Finalmente, esta investigación servirá de aporte y estímulo para más estudios en el campo.

#### **1.4. Alcances y limitaciones:**

Entre las fortalezas de este estudio, cabe mencionar la selección de un marco multicultural relativamente estable. Las familias de la mayor parte de las estudiantes de la Institución Educativa Francisco Antonio de Zela han vivido en la ciudad de Tacna desde hace muchas generaciones, las participantes pertenecen a una ciudad occidental, de pacífica convivencia, donde la delgadez es un valor de reconocimiento social implícito.

La ventaja de este tipo de análisis radica en su marcada objetividad, en tanto las valoraciones de la muestra se sustentan en datos estadísticos de poblaciones de referencia. También, este tipo de análisis hace posible el estudio de gran número de sujetos y comparar sus resultados con número de estudios.

Sin embargo, el análisis cuantitativo ofrece informaciones de carácter descriptivo, poblacional y de pocas posibilidades de realizar estudios profundos a nivel de la individualidad de los sujetos al mismo tiempo que sus dictámenes, se restringen a informar del lugar de los sujetos en una población y en medida alguna, las condicionantes, que a nivel personal, se encuentran interviniendo en cualquier fenómeno u

objetivo de estudio. Otras de las limitantes es que hay escasos trabajos de investigación a nivel local, regional.

## **1.5. Objetivos:**

### **1.5.1. Objetivo general:**

- Determinar la relación entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”.

### **1.5.2. Objetivo específicos:**

- Establecer la relación entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015.
- Establecer la relación entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015.

- Establecer la relación entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015.
- Establecer la relación entre la extrema preocupación de la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela, Tacna 2015.

## **1.6. Hipótesis:**

### **1.6.1. Hipótesis principal:**

- Existe relación directa entre percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

### **1.6.2. Hipótesis específicas :**

- Existe relación entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de

3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015.

- Existe relación entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015.
- Existe relación entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015.
- Existe relación entre la extrema preocupación de la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio:**

- **NIVEL INTERNACIONAL:**

MARMOL, SANCHEZ ALCAZAR, & MAHEDERO NAVARRETE, (2013); “Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de 12 a 17 años de edad.” España. La presente investigación ha analizado la satisfacción con la apariencia física y el nivel de distorsión entre la imagen real y la imagen autoconcebida. Para ello se ha administrado el cuestionario BODY SHAPE (self-perceived) a 195 alumnos. Los resultados alcanzados reflejan que los hombres se encuentran más insatisfechos en este sentido, teniendo además una mayor distorsión de su imagen que las mujeres. Del mismo modo, a medida que aumenta la edad se observa una disminución de la distorsión, así como un aumento de los niveles de satisfacción.

PAREDES, NESSIER, & GONZALES, (2011); “Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de

danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe”. Argentina. En los últimos años se produjo un incremento progresivo de la incidencia y prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria. Esta incidencia es superior en grupos poblacionales que llevan a cabo actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden requerir una imagen delgada como es el caso de las bailarinas. Para valorar la percepción se utilizaron imágenes corporales. Un 50 % de las bailarinas sobreestimaron su imagen corporal, seleccionando imágenes que no se correspondían con sus parámetros antropométricos. A los fines de identificar las conductas alimentarias de riesgo para anorexia nerviosa se aplicó el cuestionario EAT-40. Se encontró que un 58,3 % de las bailarinas clasificaron con riesgo, es decir que llevan a cabo conductas alimentarias anómalas. Los resultados hallados dan cuenta de que las asistentes a los cursos de capacitación de danza clásica son un grupo vulnerable para el desarrollo de anorexia nerviosa, ya que más de la mitad clasificó con riesgo y la mitad presentó el factor de precipitación “distorsión de la imagen corporal”.

TORDERA & BAÑOS RIVERAS, (2010); “Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes Facultad de Psicología,

Universidad de Valencia". España. En este trabajo se evaluó la percepción de la imagen corporal en 83 adolescentes de sexo femenino mediante la utilización de la técnica del calibrador móvil (Slade y Russell, 1973). La muestra se dividió en tres grupos de "peso percibido": kilos de menos percibidos, peso justo percibido y kilos de más percibidos. Los resultados mostraron que todos los sujetos (excepto el grupo de kilos de menos percibidos) sobre-estimaron su peso. Además, se comprobó que en todos los grupos existía una tendencia generalizada a sobre-estimar su tamaño corporal, pero ésta era más marcada en los grupos que se alejaban de la "delgadez percibida". Se concluye que la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real.

ARRUFAT NEBOT, Francisco, (2010); "Estudio de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en población adolescente", Barcelona, España: adolescente de edades comprendidas entre los 14 y 16 años, de 3ero y 4to año de secundaria, entre varones y mujeres, un total de 1147 mujeres y 1133 varones, presentaron prevalencia d TCA en mujeres 5 %, anorexia 4 % y bulimia nerviosa 0,44 % en

varones un total 0,27 %. La insatisfacción con la imagen corporal se asocia a riesgo a TCA, existe elevada prevalencia de trastornos depresivos e ideas suicidas, entre los adolescentes con riesgo de un TCA.

MOREONO GONZALES & ORTIZ VIVEROS, (2009); “Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”. La muestra estuvo conformada por 298 adolescentes, alumnos de una escuela secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, de los cuales 51 % (153) eran mujeres y 49 % (145) hombres, con una edad de 13 a 14 años. Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, fueron 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se encontró riesgo de trastorno alimentario un 8 % y en un 10 % la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

UNIKEL, SAUCEDO MOLINA, VILLATORO, & FLEIZ, (2002); “Conductas Alimentarias de riesgo y Distribución del Índice de Masa

Corporal en estudiantes de 13 a 18 años de edad”; correspondiente a la dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México-Xochimilco. Se observó una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos. Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Conforme a los resultados obtenidos se puede concluir que 1,5 % de los hombres de 13 a 15 años y 2,2 % de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5,4 % en las de 13 a 15 años y a 16,1 % en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Este hecho señala la importancia que tiene considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes de las categorías de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de

conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son).

- **NIVEL NACIONAL:**

ALIAGA DEZA, CRUZ DE LA SALDAÑA & VEGA DIENSTMAIER, (2010); “Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima” Se planificó aplicar el cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Inventory - 2) a una muestra de 200 adolescentes. Sin embargo, luego del proceso de selección y llenado de encuestas, sólo se lograron incluir a 39 individuos. Los resultados indican que de los 39 participantes, 24 (62 %) fueron mujeres y 15 (38 %) varones. La edad promedio fue de 14,6 años (DE= 1,23). El 17,9 % tuvo puntajes elevados para la sub escala de obsesión por la delgadez, el 17,9 % para bulimia y el 28,2 % para insatisfacción corporal. Los puntajes de la sub escala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ( $p=0,041$ ).

LLANOS, PAREDES, PARRA, PEÑA & PEREYRA (2009); investigaron la “Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de Lima: un estudio piloto”. Se reportó que dada la gran relación documentada entre la satisfacción corporal y los comportamientos relacionados a este (llámese bulimia, anorexia dentro de los más alarmantes) y la influencia que existe cuando se recibe algún comentario con respecto al peso; pareció importante examinar el efecto de los comentarios acerca del peso corporal y la prevalencia de una autopercepción equivocada en alumnos que cursen secundaria debido a ser un grupo etéreo susceptible, para ello se encontró a 96 alumnos de la institución educativa "José María Arguedas", y los resultados fueron: 81,25 % recibieron comentarios sobre su peso, el más frecuente fue estas gordo/a 33,33 % y el lugar más frecuente donde recibieron estos comentarios fue en la escuela 38,09 %, prevaleciendo los comentarios negativos 60%, y provenían principalmente de amigos/as 26,22 %, concluyendo que la gran parte de los alumnos si recibieron comentarios sobre su imagen corporal. Al encuestarlos se observa que la mayoría de alumnos no están satisfechos con su imagen corporal (69 %) y un porcentaje aún mayor (72 %) tiene una autopercepción distorsionada de sí mismos. Esto

podría indicar que la autopercepción morfológica en adolescentes sí encontraría afectada por los comentarios recibidos. Estudios más complejos y con mayor tamaño muestral son necesarios para poder definir una relación clara entre los comentarios recibidos por los adolescentes y su influencia en la autopercepción.

- **A NIVEL LOCAL :**

PILCO VELÁSQUEZ, R. Y VIVANCO CHINCHAY, C. (2012);  
“Determinar la prevalencia de la Bulimia Nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann” de Tacna. Se tomó como población objeto de estudio a todos los estudiantes ingresantes a la universidad año académico 2012 siendo la muestra un total de 486. En la investigación se encontró ausencia de comportamiento compulsivo a la comida en hombres y mujeres, menos del 1 % presentan una posible bulimia nerviosa subclínica. Los adolescentes se perciben delgados o con mayor peso, lo cual difiere al IMC. La edad está relacionada con la presencia de sintomatología de desarrollo de bulimia nerviosa, además que existe una influencia entre los hábitos alimenticios y el índice de masa corporal.

YUPANQUI CHURA, D. (2012); "Nivel de Autoestima y Dinámica Familiar Asociados a la Prevalencia de Conductas de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes de la I.E. Carlos Armando Laura del Nivel Secundario de Tacna". La presente investigación se centró en determinar si se asocia el nivel de autoestima y la dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes. La muestra fue no probabilística la cual estuvo compuesta por 217 adolescentes de 12 a 19 años. Los adolescentes más afectados son el grupo de las mujeres que presentan un mayor porcentaje en la presencia de riesgo de conductas alimentarias (53,16 %) que en los hombres (46,84 %). El nivel de prevalencia de trastorno de conducta alimentaria que presentaron los adolescentes en estudio fueron: poco más de la mitad están sin riesgo (63,59 %), la diferencia tiene riesgo de tener algún TAC (36,41 %).

## **2.2. Bases teóricas:**

### **2.2.1. Trastornos de conducta alimentarias:**

La adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida. Una de las principales señales de maduración es el rápido

aumento de la estatura y del peso, en las mujeres empieza entre los 9 y los 14 años.

LAPORTA, (2003) manifiesta que durante la pubertad y la adolescencia media aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Igualmente se incrementan las necesidades nutricionales por su relación con una mayor cantidad de estrógeno y progesterona. En los hombres, el aumento de testosterona y andrógenos produce un incremento significativo de la masa magra, de la masa esquelética y, por ende, de una mayor masa celular (hipertrofia); mientras que en las mujeres, los estrógenos y la progesterona estimulan la creación de un mayor depósito de grasa. Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes. Esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes. (p.23)

#### **A) DEFINICIONES:**

- La Asociación Nacional de Desórdenes Alimenticios (2006), manifiesta que “Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo; factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales”. (p.45).
- El Instituto Tecnológico de Monterrey (2005) sostiene que “Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de factores entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal”. El Instituto Tecnológico de Monterrey explica que los TCA son enfermedades que se manifiestan en una distorsión de la imagen corporal, así como también un temor excesivo a subir de peso.(p.456)
- GONZALEZ, (2003); refiere que “Los Trastornos Alimenticios son graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta y una insatisfacción de la imagen corporal”; se refieren a una inadecuada percepción de la imagen corporal y una desorganización en la alimentación.( p. 20)

- Según el DSM–V (2013); “Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”.(p.553)

## **B) CLASIFICACIÓN:**

En la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Masson, 2002); clasifica a estos trastornos en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS).

### **A. La anorexia:**

#### **• Definiciones:**

- BRUMBERG, (1997) dice que el término anorexia proviene del griego *a-lan-* (negación) y *orégo* (apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva aun estado de inanición.(p.147)
- Según DSM-V (Masson, 2002); la anorexia nerviosa se caracteriza por ser un trastorno en donde la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo a ganar peso y una significativa malinterpretación de su cuerpo y su forma. Las personas que padecen de esta enfermedad se rehúsan a mantener su peso

adecuado dentro de lo normal y tienen una mala concepción de su cuerpo y figura. (p.25)

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); la anorexia es "Una enfermedad que se caracteriza, por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio enfermo", lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida".
  
- **Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa:** Según el DSM V,(2013) son los siguientes:
  - Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
  - Miedo intenso a ganar peso, o convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
  - Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal; exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).
  
- **Especificar el tipo:**
  - **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
  - **Tipo compulsivo/purgativo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
  
- **Características de la anorexia:** La anorexia se asocia con sentimientos y comportamientos que tienen que ver con el miedo de convertirse en “gordos”. Una persona con anorexia tiene probablemente una imagen distorsionada de su cuerpo, miedo a la comida en lo que se relaciona a su capacidad de crear “gordura” y un

temor intenso de mantener un peso corporal normal. Es importante entender que la gente con anorexia no solo ha perdido su apetito. Una persona anoréxica puede estar pensando en comida todo el tiempo, y quizás hasta quiere estar cerca de ella. Sin embargo, aun estando con hambre, muchas veces su temor a comer es mayor.

- **Manifestaciones en el comportamiento de una anoréxica:** La anorexia ha sido descrita como una enfermedad del Siglo XXI; sin embargo, hoy en día no siempre es diagnosticada correctamente. No todas las personas delgadas son anoréxicas, y no todas las personas que padecen de anorexia han llegado al extremo de la imagen clásica de una anoréxica. El diagnóstico es el primer paso, pero el tratamiento es la solución. Una persona que sufre de anorexia presenta algunos o todos de los siguientes comportamientos:
  - Dietas severas.
  - Hiperactividad, incluyendo ejercicio compulsivo.
  - Perfeccionismo
  - Incapacidad de tomar decisiones
  - Negación de hambre
  - Pensamientos de preocupación con la comida, el peso y la imagen del cuerpo.

- Evita responsabilidades. Anulación de relaciones íntimas o sexuales.
  
- **Manifestaciones emocionales de la anorexia:** Una persona que sufre de anorexia normalmente tiene miedo de ser gorda o volverse gorda y de perder el control sobre la cantidad de comida que come. Esta hipersensibilidad es acompañada por el deseo de controlar sus emociones y sus reacciones a estas emociones. Consideramos que una persona con anorexia tiene una continua necesidad de ser aceptada lo que le lleva a dietas obsesivas como forma no sólo de controlar su peso, sino también sentimientos y acciones con respecto a sus emociones. Muchas anoréxicas sienten que no merecen lo bueno de la vida. Algunas manifestaciones emocionales son:
  - Inhabilidad para expresar o hacer frente a situaciones emocionales.
  - Aislamiento: Disminución en el funcionamiento social e interpersonal.
  - Sentimientos de falta de adecuación o baja autoestima.
  - Cambios drásticos de humor.
  - Compulsión y vergüenza, respecto a sus hábitos alimenticios y su cuerpo.

- **Características físicas de la anorexia:** Algunas características físicas de una persona con anorexia pueden reflejar lo siguiente:
  - Pérdida excesiva de peso.
  - Lanugo (vellosidad delgada, producida por el cuerpo debido a una hipotermia, por baja de grasas en el cuerpo.)
  - Hipotensión, baja presión arterial.
  - Intolerancia al frío.
  - Bradicardia.
  - Estreñimiento
  - Piel seca
  - Reducida motilidad de los intestinos.
  - Frecuentes dolores de cabeza
  - Pelo quebradizo.
  - Calambres en las piernas.
  - Amenorrea (suspensión de la menstruación, por más de tres meses)
  - Dolor abdominal.
  - Pulso lento.
  - Hipometabolismo.
  - Sueño irregular.
  - Anemia.

- Deficiencia de estrógeno.
- Función cardíaca comprometedor.
- Osteoporosis
- **Consecuencias de la anorexia:** En el ciclo de auto-inanición de la anorexia nerviosa, el cuerpo es negado de los nutrientes esenciales que necesita para un funcionamiento adecuado. Por lo tanto, el cuerpo es forzado a disminuir todos sus procesos para conservar energía, resultando en consecuencias médicas muy serias, como las siguientes:
  - Disminución anormal en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, indicando que el músculo cardíaco está debilitado. El riesgo de falla cardíaca incrementa a medida que la presión y la frecuencia cardíaca bajan.
  - Reducción en la densidad de los huesos (osteoporosis) que resulta en huesos débiles y frágiles.
  - Pérdida de músculo y debilidad muscular.
  - Deshidratación severa que puede resultar en falla renal.
  - Sensación de desmayo, fatiga y debilidad general.
  - Cabello y piel secas; la pérdida de cabello es común.
  - Crecimiento en todo el cuerpo, incluyendo la cara, de una capa fina de cabello conocido como lanugo en un esfuerzo de conservar el calor

corporal.

## **B. La bulimia nerviosa:**

- **Definiciones:**

- MARTÍNEZ-AEDO (2001); La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se produce de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación. Empieza generalmente en mujeres adolescentes, cuando intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos, los pacientes se purgan vomitando, tomando laxantes o diuréticos (forma purgativa). En otros casos, realizan dietas severas o ejercicio físico intenso para compensar el atracón (forma restrictiva). (p.12).
- TURNBULL, WARD, & TREASURE , (1996) dice que la palabra bulimia también deriva del griego *bous* (buey) y *limos* (hambre) y significa tener “el apetito de un buey”. Los atracones han sido practicados desde hace miles de años. (p. 156).
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); la bulimia es "un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control del peso corporal”.

- **Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa:** Según el DSM-V,(2013) son los siguientes:
  - Presencia de atracones recurrentes, un atracón se caracteriza: primero por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; segundo, por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
  - Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
  - La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
  - La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

- **Especificar tipo:**
  - **Tipo purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
  - **Tipo no purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
  
- **Características de la bulimia:** Una persona que sufre de bulimia, tendrá momentos en que comerá grandes cantidades para satisfacer su hambre. Luego casi inmediatamente, se deshace de la comida provocándose vómito o tomando laxantes. Algunas personas con bulimia, luego del atracón pueden reducir fuertemente la comida o harán mucho ejercicio para tratar de no incrementar su peso. Las personas con bulimia se sienten fuera de control durante estos períodos de exceso de comida, y casi siempre lo harán estando solos ya que se sienten avergonzados de su comportamiento.

Los que sufren de bulimia se encuentran atrapados en un ciclo, donde se “atraca” y luego “purga” la comida que tomaron ya sea

provocándose el vómito o usando laxantes. Esto viene acompañado de sentimientos de vergüenza y promesas a sí mismos de no repetir este comportamiento. Esto es seguido por un período de evitar la comida, lo cual acaba nuevamente en un atracón. Y el ciclo se vuelve a repetir.

- **Manifestaciones en el comportamiento bulímico:** Una persona con bulimia puede mostrar el siguiente comportamiento:
  - Comportamiento reservado e impulsivo.
  - Formas de purga: Vómito inducido, diuréticos, laxantes, enemas, ejercicio, ayunos y eméticos.
  - Desaparición y robo de comida.
  - Comportamientos con frecuencia asociados a: robo, juegos de azar, abuso de drogas y alcohol, automutilación.
  - Constantes preocupación por la comida, el peso e imagen del cuerpo
  - Actividad sexual superficial o promiscua.
  - Conciencia del hambre, pero el desorden alimenticio no está usualmente conectado con las señales del hambre.

- **Manifestaciones emocionales de la bulimia:**
  - Frecuente sensación de culpa y vergüenza, conectada particularmente con comportamientos impulsivos.
  - Intenso temor a engordar.
  - Pensamientos e intentos suicidas.
  - Cambios frecuentes de humor.
  - Baja autoestima y desvalorización.
  
- **Características físicas de la bulimia:** Algunas características físicas de la bulimia pueden reflejar lo siguientes:
  - Grandes variaciones de peso, con frecuencia mantiene su “peso ideal” o un poco menor, aunque no siempre.
  - Problemas digestivos: calambres estomacales, mala absorción de grasa, proteína y calcio.
  - Disfunción intestinal: Hinchazón abdominal, estreñimiento, funcionamiento intestinal lento. (colon catártico)
  - Espasmos musculares, vértigos, arritmia cardiaca.
  - Baja de potasio: hipocaliemia, fatiga, reflejos disminuidos, arritmia cardiaca, daño al riñón.
  - Desbalance o pérdida de fluidos corporales: deshidratación, mareos y sed.

- Frecuentes problemas dentales: pérdida del esmalte, encías contraídas, incremento de caries.
  - Moretones o lastimados en los nudillos de las manos.
  - Labios agrietados, boca inflamada, ronquera.
  - Menstruación irregular.
  - Glándulas parótidas inflamadas.
  - Esofagitis crónica.
  - Anemia.
- 
- **Consecuencias de la bulimia nerviosa:** Los ciclos recurrentes de atracones y purgaciones de la bulimia pueden afectar todo el sistema digestivo y llevar a un desbalance químico y electrolítico en el cuerpo que puede afectar las funciones del corazón y otros órganos principales. Algunas de las consecuencias médicas de la bulimia incluyen:
    - Desbalance electrolítico que puede llevar a latidos cardíacos irregulares y posible falla cardíaca y muerte.
    - El desbalance electrolítico es causado por deshidratación y pérdida de potasio, sodio y cloro por parte del cuerpo por resultado de las purgaciones.
    - Ruptura gástrica potencial durante los períodos de atracón.

- Inflamación y posible ruptura del esófago debido al vómito frecuente.
- Caries dentales y destrucción de los dientes debido al contacto con los ácidos estomacales durante el vómito frecuente.
- Movimientos intestinales irregulares y constipación crónica como resultado del abuso de laxantes.
- Úlceras pépticas y pancreatitis.

**C. *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (EDNOS):***

El DSM-V describe en este apartado, un grupo de pacientes que presentan un trastorno de la conducta alimentaria, pero que no cumplen todos los criterios para ser diagnosticados de anorexia o bulimia nerviosa. Se trata en muchos casos de formas subclínicas; sin embargo, su identificación y diagnóstico precoces son importantes, pues van a permitir poner en marcha medidas preventivas para evitar la evolución a cuadros típicos de anorexia o bulimia nerviosa:

- Pacientes que cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, pero que presentan menstruaciones regulares.
- En otros casos, a pesar de existir una pérdida de peso importante, éste se encuentra por encima de los criterios establecidos para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

- Otras veces sólo existe un miedo desmesurado a engordar, desarrollando todos los síntomas de anorexia nerviosa, excepto la alteración de la percepción de la imagen corporal.
- Algunas adolescentes, influidas por modas y por el entorno familiar, desean una imagen corporal extremadamente delgada, y esto les lleva a realizar dietas severas, ejercicio físico extremo o provocación del vómito usando laxantes o diuréticos. Son jóvenes con conductas anoréxicas o bulímicas cuyo diagnóstico debe ser precoz.
- El miedo a la hipercolesterolemia se da también en adolescentes que restringen su dieta voluntariamente, sensibilizados tras algún episodio de complicación grave en familiares con hipercolesterolemia.
- Pacientes con criterio de bulimia nerviosa, pero donde los atracones se producen menos de dos veces por semana.
- Pacientes con un peso normal, pero con conductas compensatorias, que vomitan pequeñas cantidades de comida.
- Por el contrario, hay sujetos que presentan trastornos por ingesta compulsiva y que tienen episodios de atracones sin conductas compensatorias.
- Fobia a los alimentos que condiciona una conducta de vómitos, pero donde no existe miedo a engordar.

### **C) INDICADORES DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA**

**ALIMENTARIA:** (CELADA, 2003); Refiere que los indicadores de los trastornos alimenticios, son los siguientes:

- **Problemas digestivos:** Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan obstrucciones intestinales, estreñimiento y reflujo gastroesofágico.
- **Trastorno del sueño:** Se levantan a comer por la noche, aunque continúan dormidos. No son conscientes de lo que hacen y no recuerdan nada al despertar. Si les cuentan lo que han hecho, lo niegan rotundamente. A menudo, hacen régimen durante el día.
- **Erupción de la piel:** Piel seca, caída del cabello, uñas quebradizas, pérdida de la menstruación y lanugo.
- **Afección dental y de encías:** Debido a los constantes vómitos y al jugo gástrico, las pacientes con trastornos alimenticios, presentan daño en su dentadura así como también en las encías.
- **Hiperactividad e impulsividad:** Las personas con trastornos alimenticios suelen presentar un alto nivel de inquietud y movimiento,

mostrándose también auto y heteroagresivos, con riesgos de reacciones violentas de gran importancia a un riesgo suicida.

- **Ejercicio continuo:** La excesiva preocupación por la imagen corporal y pérdida de peso, conlleva a estos pacientes a la realización continua de ejercicios y control obsesivo de su peso.
- **Uso de sustancias para inducir el vómito o para adelgazar:** Las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria suelen hacerse consumidoras habituales de laxantes y diuréticos; presentando para ellas una solución al problema de aumento de peso.
- **Incapacidad para pensar claramente:** Ideaciones delirantes, fallos en la memoria de retención, dificultad para la concentración mental selectiva, y deterioro de las habilidades ocupacionales.
- **Imagen distorsionada de su propio cuerpo:** La percepción como la vivencia de su cuerpo, se produce de una manera distorsionada y disociada.
- **Baja autoestima:** Los sujetos con trastornos alimentarios son incapaces de valorarse por sí mismos, presentan una gran necesidad de ayuda; muestran excesiva autocrítica y tienen la sensación de no

rendir bien; aunque en sus actividades cotidianas los resultados sean buenos; sus sistemas de autoevaluación se encuentran perturbados; sus vidas la basan en una continua corrección y reproches, hay creencias negativas sobre sí mismos; sus sistemas de autoconfianza, se basan en referencias externas y perfeccionistas. Dudan de sus criterios propios, excepto en lo que respecta a la rigidez de los alimentos, talla de ropa y peso corporal, evidentemente en forma distorsionada.

- **Aislamiento social:** Presentan dificultades de interacción con la familia y amigos, pérdida de interés y constancia en sus actividades, mantiene relaciones interpersonales inestables y existe una severa retracción de la calidad de vida. Aislamiento progresivo de sí mismo y rechazo de los valores sociales.
- **Ansiedad:** Es producida por la enorme obsesión por adelgazar o miedo a engordar.
- **Vómitos:** Las pacientes con trastornos alimenticios utilizan este método autoinducido como forma de controlar su peso

**D)DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para Celada Gonzáles, J. (2003) es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). (p.129)

En las enfermedades médicas (por ejemplo, enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.

El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquélla (debido a su emaciación).

En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la

esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, rara vez presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa), y temor a ganar peso.

La familia del paciente afectado de anorexia, Celada Gonzáles, J. (2003) estudiando pacientes y familias, encuentra características psicológicas similares: “Trabajadoras, perfeccionistas, atildadas, estrechamente vinculadas con la familia, dependientes, depresivas y obsesivamente preocupadas por sus comidas y el temor a engordar”. Estas familias podrían estar enredadas hasta el punto que los límites entre las personas se harían cada vez más débiles como para diferenciarse. Están atrapadas en una especie de dependencia, donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales. (p.234)

El control que ejerce el paciente sobre su familia, en términos de alimentación, sólo es superado por el que tiene la madre en términos de protección y preocupación. La madre siempre está haciendo cosas por ella y ella es incapaz de tomar decisiones e iniciativas.

En esta relación simbiótica, la paciente podría adoptar una actitud de rebeldía, que no haría más que reflejar una acrecentada dependencia emocional, toda vez que su excesiva preocupación y control suelen ser comunes con los de la familia. En estudios retrospectivos se encuentran que las madres carecían de flexibilidad para modular su comportamiento, de acuerdo al humor del niño, intentaban imponerle su voluntad.

Palazolli, S. (1999) opina que en estas familias es frecuente observar que la relación de los padres está caracterizada por el rencor, la amargura y profundos resentimientos de cada uno de ellos hacia el otro. Los conflictos que no han sido manifiestos, son más bien revestidos por una aparente armonía y aviados a través de una excesiva solicitud hacia los hijos.

En estas familias resaltaría el perfeccionismo, la lucha y el sobre control. Estas familias, pocas veces son vistas como armónicas y suficientes. Las sensaciones priman sobre los sentimientos. Les cuesta poner palabras a sus sentimientos. La separación está difícil como estar juntos, es como si un nudo de ambivalencia los mantuviera

unidos. En las familias de las pacientes afectadas de bulimia nerviosa, resalta la impulsividad y una estructura más caótica.

### **2.2.2. La imagen corporal:**

#### **A) DEFINICIONES:**

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) (p. 56).

La vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc. Aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen. (p.89).

La imagen corporal se compone de varias variables (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990): La percepción, la evaluación, la

valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico. (p.125).

Así Rosen (1995) señala que la imagen corporal es” el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo”. (p.755)

Para Baile (2005) la imagen corporal es un “constructo psicológico complejo, que se refiere a como la autopercepción cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”. (p 161-169)

Para Osasunaz (2007) La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos. Los bebés hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el

cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo. (p. 171-183).

La sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica.

**B) COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL:** En esta línea se analizarán las portaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (1990) propone que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas: (p. 337-349)

- **Una imagen perceptual:** Se refiere a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- **Una imagen cognitiva:** Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- **Imagen emocional:** Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con una figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo, para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva y manifiestan que no tiene que porque haber un buen correlato con la realidad.

### **C) PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA:**

**a. Cuerpo, corporalidad, esquema corporal:** Esquema corporal es la imagen que nos formamos de nuestro propio cuerpo, total o segmentaria, en estado estático o dinámico, en la relación de sus partes constitutivas entre sí, y sobre todo con el espacio y los objetos que nos rodean.

Para. Schilder (1950) tras introducir en el estudio del esquema corporal conceptos psicoanalíticos propone un término esencial en el ámbito de la corporalidad la imagen corporal desde perspectivas fisiológicas, sociológicas y psicodinámicas, cuando define que “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma con la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”. Diferencia el concepto del esquema corporal, al que concibe como resultado de la percepción que le imprime la postura y el tono musculares, del de imagen corporal que representa la percepción del propio cuerpo en relación con la vivencia de la sexualidad. La imagen del cuerpo es concebida como integración de datos neurofisiológicos (esquema corporal), datos psicoanalíticos (la estructura libidinal del cuerpo); y las patologías psicomotrices y neurológicas. (p. 348)

La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente, y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen 1997). Se trata de un constructo en el que son esenciales (p. 836):

- **Un componente perceptual:** Que hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración del componente perceptual puede condicionar una percepción aumentada del tamaño o las dimensiones corporales superiores a las reales, es decir una sobrestimación, o todo lo contrario una percepción disminuida, una subestimación.
- **Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo):** Tiene que ver con las cogniciones, sentimientos, valoraciones y actitudes que suscita el cuerpo en cuanto al tamaño corporal, el peso del cuerpo, partes del mismo, y cualquier aspecto relacionado con la apariencia física. Esto puede implicar sentimientos de ansiedad, tristeza, preocupación, o de insatisfacción corporal.
- **Un componente conductual:** Evocado por el significado de la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados y que se puede traducir en conductas de evitación o de exposición del cuerpo ante los demás en determinadas situaciones. Thompson añade un componente conductual que amplía el concepto de imagen corporal.

Para Raich (2000) “La imagen corporal es pues un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos del cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y los límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos”. (p.52)

**b. Perspectiva Psiquiátrica de la Imagen Corporal:** La insatisfacción de la imagen corporal y/o su distorsión aparece en horizonte de la psicopatología de distintos trastornos psiquiátricos, como elemento clave para la etiopatogenia o el diagnóstico.

Fundamentalmente en los TCA, la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales es descrita como una característica esencial de la anorexia y la bulimia nerviosas, además de constituir un criterio diagnóstico. Por otra parte, todas las hipótesis explicativas de la aparición de dichos trastornos hacen referencia a la insatisfacción corporal como un factor individual de riesgo (Cooper, et al. 1987) Dentro de los Trastornos Somatomorfos, en el Trastorno Dismórfico Corporal, la preocupación por algún defecto en el aspecto físico,

imaginario o muy leve como para provocar una preocupación tan desproporcionada, es de nuevo esencial para el diagnóstico. (p. 485 – 494)

Bruch (1962) es la primera autora que centra su atención en la alteración de la imagen corporal en la Anorexia Nerviosa en la que destaca las siguientes características (p. 187 – 194):

- Un paralizante sentimiento de ineficacia personal.
- La incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo.
- La alteración de la imagen corporal.

Paralelamente se ha tratado de avanzar hacia una mayor precisión terminológica y Thompson (1998), recogiendo una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, etc., han intentado definir con mayor precisión cada término. El uso de una expresión u otra ha dependido más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal objeto de la investigación e incluso de la técnica de evaluación disponible. (p.193)

**c. Alteración de la imagen corporal:** Garner (1998) proponen que la alteración de la imagen corporal puede expresarse a dos niveles, primero como una alteración perceptual, que se manifiesta por la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño del cuerpo, segundo como una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo, manifestada por la presencia de emociones o pensamientos negativos debidos a la apariencia física.

La “insatisfacción corporal” cuando la alteración de la imagen corporal tiene que ver con el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia la forma y el tamaño del cuerpo. Sin embargo, para algunos autores la “insatisfacción corporal” representa la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas, para otros es la puntuación obtenida en una escala de nueve items referidos a diferentes partes del cuerpo y la satisfacción /insatisfacción que suscitan. (p. 365)

Para Sepúlveda (2001) también puede significar la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. (p 7-16)

Según Baile (2002) parece necesario no confundir “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos. Sin embargo, no existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal, debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores, pero lo operativizan de forma distinta, y utilizan técnicas muy diferentes de medida. (p.99)

No se ha propuesto una definición comúnmente aceptada de la misma, pero diferentes autores la definen como: la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria; o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Una revisión de la bibliografía en el campo de los TCA (Gracia, Ballester, y otros 2001) hace evidente la existencia de la presión social hacia la mujer para que mantenga una determinada imagen

corporal asociada a una extrema delgadez, lo que es considerado como una de las causas de la alta incidencia en los últimos años de estos trastornos. Se podría considerar que una de estas variables mediadoras entre la presión y la instauración de los trastornos es la insatisfacción corporal, pues ésta se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa. (p 1-5)

**D) ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL:** Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

- Alteración cognitiva y afectiva: Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.
- Alteraciones perceptivas: Que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.(p.11)

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptivas y subjetivas no siempre es

alta (Cash y Pruzinsky, 1990). Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

En general, cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, se habla de trastornos de la imagen corporal.

Grant y Cash, (1995) manifiesta que “En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal”. (p. 69)

Para Rosen, Reiter y Orosan, (1995) “Esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir, en un malestar significativo, en un 4 % de las mujeres y en menos del 1 % de los hombres”. (p.63)

De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA, 2013) (DSM-V-TR) el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas.

Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo. Así, en la esquizofrenia es habitual que existan alucinaciones perceptivas y visuales de tipo somático; en la manía los pacientes se ven más atractivos y más delgados; en la depresión más viejos y feos, en la transexualidad existen una falta de correspondencia entre los órganos sexuales y la identidad de género. En todos estos casos, las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma más dentro del cuadro que presenta el paciente y no son abordados específicamente.

En cambio, en los trastornos de conducta alimentaria, en la dismorfobia, y en la vigorexia las alteraciones de la imagen corporal

son centrales y requieren de una evaluación y una intervención específica.

Phillips, (1991) dice que así, en el trastorno dismórfico corporal la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores (p. 148).

En un estudio realizado con estudiantes universitarios por el grupo que dirige la profesora Raich (2003), las preocupaciones en los hombres se referían a la cintura, el estómago y el peso con referencia a la masa muscular, en cambio en las mujeres a las nalgas, las caderas y los muslos. (p.187)

Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, (1997) En una variante de la dismorfofobia, la vigorexia o dismorfia muscular, la preocupación se centra en obtener un cuerpo hipermusculado, lo que conduce a estas personas, principalmente hombres, a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas y anabolizantes esteroideos para aumentar su masa muscular, con el riesgo que conlleva para la salud. Se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo muy musculoso,

presentan pensamientos reiterados de preocupación y rituales (dedicar horas a ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta específica) y evitar situaciones donde puede ser observado su cuerpo). (p38).

En los trastornos de alimentación, dice Perpiña, Botella y Baños, (2000), aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. (p.247)

La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad. En

los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (Rosen, 1995):

- **Nivel psicofisiológico:** Respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).
- **Nivel conductual:** Conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- **Nivel cognitivo:** Preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
- **Nivel emocional:** Insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.(p 836)

A nivel cognitivo, Cash (1997) ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal:

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera cómo soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
- Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola. (p. 521)

Neziroglu y Yaryura Tobias (1993) señalan que en las personas con trastorno de la imagen corporal, aparecen las siguientes suposiciones: necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones.(p 24)

Para Holander, Cohen y Simeon, (1993); Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre auto-estima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc. de forma reiterada y con demandas irracionales. (p.23)

**E) FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA:** Según Salaberria, (2010) En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento. (p. 171- 183).

**a. Factores predisponentes:**

- **Sociales y culturales:** Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Señala también la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

- **Modelos familiares y amistades:** El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.
- **Características personales:** La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.
- **Desarrollo físico y feedback social:** Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- **Otros factores:** La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc.

sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

**b. Factores de mantenimiento:**

- **Suceso activante:** La exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar. La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.

### 2.3. Definición de términos:

- **Trastornos de conducta alimentaria:** Conductas anormales que se relacionan con los alimentos, los que pueden incluir ayuno, excesos de alimentarios, vomito, abuso de laxantes o ejercicios excesivos que se acompañan de ideas extrañas con respecto los alimentos, una imagen corporal irreal y anomalías psicológicas del desarrollo.
- **Imagen corporal:** La imagen corporal o esquema corporal consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo. Condición multifacética que involucra componentes como perceptivos: que incluye la manera como cada persona observa su cuerpo en función de tamaño y forma, cognitivos: involucra pensamientos y creencias subjetivas sobre el cuerpo, sentimientos: influye el grado de satisfacción con la figura, conductuales: refiriéndose a la reacción y comportamiento que la persona presenta como resultado del proceso perceptivo.
- **Percepción de la imagen corporal:** En los trastornos de alimentación (Thompson, 1996; Perpiña, Botella y Baños, 2000), aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de

un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). La percepción de la imagen corporal se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo y Diseño de la investigación:**

Para efectos de la contrastación de la hipótesis, se utilizará el diseño no experimental, correlacional, porque procura verificar la existencia de asociación significativa entre las variables. Responde a los diseños no experimentales porque no recurre a la manipulación de alguna de las variables en estudio, sino que éstas se analizan tal y como suceden en la realidad. Responde a los estudios transversales porque la información recogida corresponde a un solo periodo.

#### **3.2. Población y muestra:**

##### **3.2.1. Población:**

La población para el presente estudio estará conformada por alumnas de 3ero y 4to año de nivel secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela” del Distrito de Tacna, siendo aproximadamente 600 alumnas.

### 3.2.2. Muestra:

La muestra de estudio está conformada por 220 alumnas, cuyas edades están comprendidas entre 14 y 17 años de edad. Para lo cual se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple. (Ver Anexo N° 01)

$$n = \frac{Y^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Y^2 \cdot p \cdot q}$$
$$\frac{(1.86)^2 * (50) * (50)(600)}{(5^2)(600 - 1) + (1.86)^2 (50)(50)} = 220$$

### 3.3. Operacionalización de variables:

#### 3.3.1. Identificación de las Variables

X = Variable Independiente: Percepción de la imagen corporal

Y = Variable Dependiente: Trastornos de conducta alimentaria

### 3.3.2. Caracterización de las variables:

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA NOMINAL
Variable independiente	Percepción de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción corporal PUNTAJE: MÍNIMO 55</li> <li>• Preocupación por el peso PUNTAJE: MÍNIMO 30</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de preocupación por la imagen corporal, &lt;81.</li> <li>• Leve preocupación, de 81 a 110.</li> <li>• Moderada preocupación, de 110 a 140.</li> <li>• Extrema preocupación, &gt;140.</li> </ul>	<p>-Ítems: 1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31, 32. (INSATISFACCIÓN CORPORAL)</p> <p>-Ítems: 2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33, 34. (PREOCUPACIÓN POR EL PESO)</p>
Variable dependiente	Trastornos de conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Biológico:</b> Digestivos, dermatológicos, bucales, ciclo menstrual PUNTAJE: MÍNIMO 11</li> <li>• <b>Psicológico:</b> Autoestima, sueño, ansiedad. PUNTAJE: MÍNIMO 5</li> <li>• <b>Cognitiva:</b> Memoria, pensamientos. PUNTAJE: MÍNIMO 5</li> <li>• <b>Conductual:</b> Agresividad, dietas, hiperactividad, impulsividad, ejercicios, vómitos. PUNTAJE: MÍNIMO 5</li> <li>• <b>Social:</b> Relaciones interpersonales. PUNTAJE: MÍNIMO 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de Trastornos de Conducta alimentaria (64 - 230)</li> <li>• Tendencia de Trastornos de Conducta alimentaria(31 - 61)</li> <li>• Ausencia de Trastornos de Conducta alimentaria(0 - 30)</li> </ul>	<p>. Ítems 13 al 23 (BIOLÓGICO)</p> <p>- Ítems 24 al 39 (AFECTIVO)</p> <p>. Ítems 1 al 12 (COGNITIVA)</p> <p>. Ítems 40 al 60 (CONDUCTUAL)</p> <p>. Ítems 61 al 70 (SOCIAL)</p>

### **3.4 Técnicas e instrumentos para recolección de datos:**

#### **3.4.1. Materiales y/o instrumentos:**

Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta y como técnica el cuestionario; mediante el siguiente instrumento:

**A. “TEST YÉNOVAR”:** Elaborado por la Psicóloga Lic. Jessica Gozzer Minchola de la Universidad Privada Señor de Sipán del Distrito de Chiclayo; quien realizó un trabajo de investigación sobre “Validez y Confiabilidad del Test de Trastorno Alimenticios YÉNOVAR en las alumnas del 5to año de Educación Secundaria de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de Chiclayo 2006”. Consta de 70 ítems. La finalidad de este instrumento es detectar la presencia de los trastornos de conducta alimentaria a través de sus tres niveles (presencia, tendencia y ausencia). Ver Anexo N°02.

Para calificar el Test “YÉNOVAR”, se tuvo en cuenta que todos los ítems estén contestados; pues de no haber marcado 3 de las preguntas planteadas se invalidará la prueba; seguidamente se corrigió el valor de

cada ítem elegido. Cada alternativa de respuesta tendrá el siguiente puntaje:

- Siempre = 4
- Casi Siempre = 3
- A Veces = 2
- Casi Nunca = 1
- Nunca = 0

Luego de ello se suma los puntajes totales para hallar el Puntaje Directo, el cual se procede a ubicar en la siguiente tabla de niveles:

Niveles	Puntaje
Presencia de Trastornos Alimenticios	(64 - 230)
Tendencia a Trastornos Alimenticios	(31 - 61)
Ausencia de Trastornos Alimenticios	(0 - 30)

***Interpretación:***

- ***Presencia de trastornos alimenticios:*** Esto significa que la alumna encuestada presenta algún Trastorno de la Conducta Alimentaria; mostrando grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta y una insatisfacción de su imagen corporal, los cuales se deben tener en cuenta para un seguimiento minucioso y una posterior evaluación para diagnosticar el tipo de trastorno que padece la evaluada.
- ***Tendencia a trastornos alimenticios:*** Esto significa que la alumna encuestada presenta sintomatología relacionada a anormalidades en el comportamiento de la ingesta e insatisfacción de su imagen corporal que pueda desencadenar en un futuro algún tipo de trastorno alimenticio. Se deberá realizar un seguimiento para descartar la posibilidad de que la examinada padezca algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- ***Ausencia de Trastornos Alimenticios*** Esto significa que la alumna encuestada presenta un adecuado comportamiento de la ingesta de alimentos así como una apropiada percepción de su imagen corporal, manteniendo una buena salud mental y física.

Las pautas e instrucciones para el correcto llenado del instrumento se encuentran en el anexo N°04.

**B. Cuestionario BSQ:** Para evaluar la Imagen Corporal ha sido evaluada mediante el cuestionario Body Shape Questionnaire (BSQ), desarrollado por Cooper (1987) y adaptado a la población española por Raich (1996). Es un cuestionario autoaplicado de 34 ítems que evalúa aspectos actitudinales hacia la imagen corporal: insatisfacción /preocupación por el peso y la línea, ansiedad experimentada respecto al propio cuerpo, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, deseo de perder peso e insatisfacción corporal. Este cuestionario identifica claramente a pacientes con bulimia nerviosa. Ha sido aplicado tanto en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (TCA), como en la población general y ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura corporal en personas que no sufren TCA. Sirve para discriminar entre personas sin problemas o preocupaciones por la imagen corporal, personas preocupadas por la imagen corporal y personas con TCA. En principio fue diseñado para el cuerpo femenino, pero también se ha usado en muestras masculinas. Este test BSQ está adaptado y validado en Colombia en el año 2007; Este cuestionario se utilizará en el presente

trabajo y se modificará la redacción de algunas preguntas (4; 15; 24; 26 y 32) para mayor entendimiento en el Perú. (Ver anexo 03).

El BSQ permite obtener una puntuación total (suma de las puntuaciones directas de los ítems). El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Cada alternativa de respuesta tendrá el siguiente puntaje:

- Siempre = 6
- Casi siempre = 5
- Continuamente = 4
- A Veces = 3
- Casi nunca = 2
- Nunca = 1

Luego de ello se suma los puntajes totales para hallar el Puntaje Directo, el cual se procede a ubicar en la siguiente tabla de niveles:

<b>Niveles</b>	<b>Puntaje</b>
Ausencia de preocupación por la imagen corporal.	<81.
Leve preocupación	81 a 110.
Moderada preocupación	110 a 140.
Extrema preocupación	>140.

Las pautas e instrucciones para el correcto llenado del instrumento se encuentran en el anexo N°04.

En cuanto a la validación y confiabilidad de los instrumentos se puede decir:

- **Validación:** Los instrumentos no se sometieron a una validación por expertos, debido que anteriormente fueron validados en otras investigaciones.
- **Confiabilidad:** La confiabilidad que presentan los instrumentos es según el Cálculo de coeficiente de Confiabilidad “Alfa de Crombach”. Muestra una confiabilidad aceptable el Test de Yénovar (0,952) para la ejecución del instrumento. En cuanto al cuestionario BSQ, la confiabilidad ha quedado asegurada con los índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (alfa de Crombach (0, 692). Ver anexo N°6.

#### **3.4.2. Recolección de datos :**

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con la dirección y autoridades correspondientes de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”; para la autorización (Fecha, tiempo) de la

aplicación del instrumento. Los padres de las alumnas participantes fueron informados de las características del estudio y firmaron el consentimiento informado; además, las estudiantes dieron su asentimiento para participar en el estudio a las preguntas de los cuestionarios de forma voluntaria, teniendo en cuenta que la información era confidencial y estaba garantizado el anonimato. (Ver anexo N°07 consentimiento informado)

También se realizó un estudio piloto pasando los cuestionarios a una muestra de estudiantes de otra institución educativa de las mismas características de la muestra de estudio. Se comprobó que podían entender bien cada ítem y contestaban las respuestas adecuadas. Se corrigió y se depuro el cuestionario tras el estudio piloto.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos:**

#### **3.5.1. Procesamiento de datos:**

El procesamiento de datos se hizo de forma automatizada con la utilización de medios informáticos. Para ello, se utilizó:

- **El soporte informático SPS 21:** Paquete con recursos para el análisis descriptivo de las variables y para el cálculo de medidas inferenciales.
- **Excel, aplicación de Microsoft Office,** Que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos. Las acciones específicas en las que se utilizó los programas mencionados son las siguientes:

**En cuanto al Stagraphics.16:**

- Elaboración de las tablas de doble entrada que permitió ver el comportamiento conjunto de las variables según sus categorías y clases.
- Desarrollo de la prueba Chi cuadrado ( $X^2$ ) y cálculo de la probabilidad asociada a la prueba.
- Al igual que con Excel, las tablas y los análisis efectuados fueron trasladados a Word, para su ordenamiento y presentación final.

**En lo que respecta a Excel:**

- Registro de información sobre la base de los formatos aplicados. Este procedimiento permitió configurar la matriz de sistematización de datos que se adjuntará al informe.

- Elaboración de tablas de frecuencia absoluta y porcentual, gracias a que Excel cuenta con funciones para el conteo sistemáticos de datos estableciéndose para ello criterios predeterminados.
- Elaboración de barras que acompañarán a los cuadros que se elaborarán para describir las variables. Estas barras permitieron visualizar la distribución de los datos en las categorías que son objeto de análisis.
- Las tablas y barras elaborados en Excel fueron trasladados a Word para su ordenamiento y presentación final.

### **3.5.2. Análisis de datos:**

Se utilizó técnicas y medidas de la estadística descriptiva e inferencial.

#### **En cuanto a la estadística descriptiva, se utilizó:**

- Tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentual). Estas tablas sirvieron para la presentación de los datos procesados y ordenados según sus categorías, niveles o clases correspondientes.

- Tablas de contingencia. Se utilizó este tipo de tablas para visualizar la distribución de los datos según las categorías o niveles de los conjuntos de indicadores analizados simultáneamente.

**En cuanto a la estadística inferencial, se utilizó:**

Prueba Chi ( $\chi^2$ ). Esta prueba inferencial, que responde a las pruebas de independencia de criterios, se basa en el principio en que dos variables son independientes entre sí, en el caso de que la probabilidad de que la relación sea producto del azar sea mayor que una probabilidad alfa fijada de antemano como punto crítico o límite para aceptar la validez de la prueba. En este sentido, la prueba efectuada y la decisión para la prueba de hipótesis, se basa en el criterio del p-valor. Esto es: si p-valores mayor que alfa ( $\alpha$ ), entonces, las variables son independientes; en otras palabras, no hay relación entre las variables. Por el contrario, si p-valor es menor a alfa, entonces, para efectos del estudio, se asume que las variables están relacionadas entre sí. La prueba se ha efectuado mediante los procedimientos de Pearson y máxima verosimilitud o razón de verosimilitud.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Resultados:

Tabla 1:

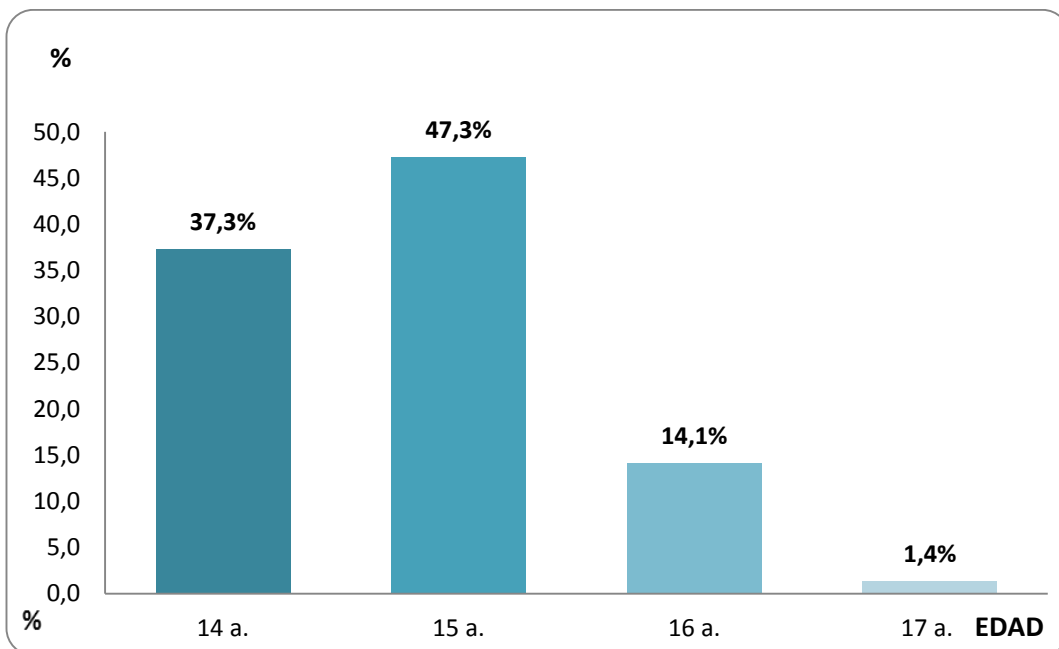
Distribución de la población de estudio según edad

EDAD	Nº	%
14 años	82	37,27
15 años	104	47,27
16 años	31	14,09
17 años	3	1,36
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta aplicada

#### Interpretación:

En la tabla 1 se observa que la edad de mayor frecuencia fue de 15 años, con 47,27 % le sigue en importancia el grupo de edad de 14 años con 32,27 %.



**Figura 1: Distribución de la población de estudio según la edad**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Tabla 2:**

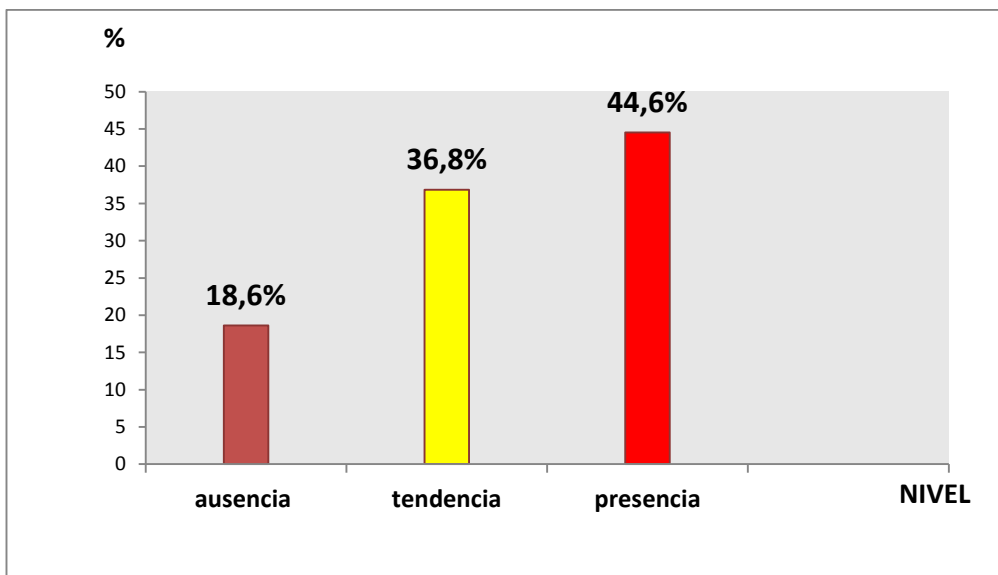
**Distribución de la población según trastornos de conducta alimentaria**

<b>TCA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ausencia	41	18,64
Tendencia	81	36,81
Presencia	98	44,55
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Interpretación:**

En la tabla 2 se encontró que del total de casos (220) el 44,5 % presenta presencia de trastorno de conducta alimentaria, el 36,82 % tiene tendencia a trastorno de conducta alimentaria (TCA) y en menor porcentaje de 18,64 % con ausencia.



**Figura 2: Distribución de la población según trastornos de conducta alimentaria**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Tabla 3:**

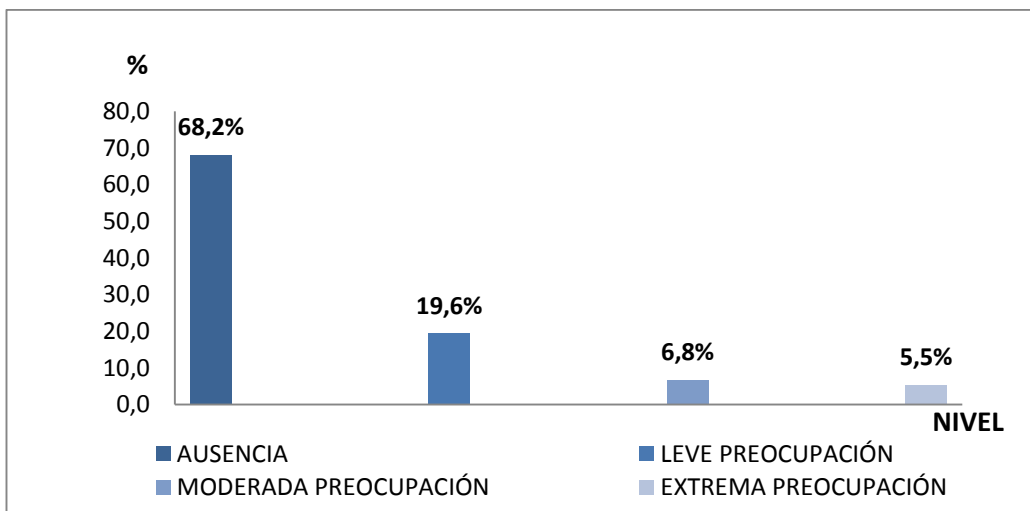
**Distribución de la población según percepción de la imagen corporal**

<b>Imagen corporal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ausencia	150	68,18
Leve preocupación	43	19,55
Moderada preocupación	15	6,82
Extrema preocupación	12	5,45
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Interpretación:**

En la tabla 3, se encuentra que, según la percepción de imagen corporal, el 68,18 % no presentan distorsión en la percepción de su imagen corporal, pero hay un 19,55 %, 6,82 % y un 5,45 % que sí presentan leve, moderada y extrema preocupación sobre su imagen corporal, respectivamente.



**Figura 3: Distribución de la población según percepción de la imagen corporal**

**Fuente:** Encuesta aplicada

#### **4.2. Proceso de contrastación de hipótesis:**

##### **a. ¿Cuál es la relación directa entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria?**

- **H0:** No existe relación directa entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.
- **H1:** Existe relación directa entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

**Tabla 4:**

**Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la percepción imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

ALTERACION DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL \ TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	SÍ		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SÍ</b>	70	31,8 %	00	0,0 %	<b>70</b>	<b>31,8 %</b>
<b>NO</b>	28	12,7 %	122	55,5 %	<b>150</b>	<b>68,2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>44,5 %</b>	<b>122</b>	<b>55,5 %</b>	<b>220</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Interpretación:**

En la presente tabla se observa que el 55,5 % no presenta trastornos de conducta alimentaria, tampoco presenta alteración en la percepción de la imagen corporal, el 31,82 % presenta alteración de la percepción de la imagen corporal en relación con los trastornos de conducta alimentaria y el 12,7 % presenta trastornos de conducta alimentaria pero no hay alteración por la percepción de la imagen corporal. El estadístico R de Pearson indica que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables: percepción de la

imagen corporal y trastorno de conducta alimentaria con un riesgo de 5 % (p<0,05).

**Nivel de significancia** :  $\alpha = 0,05$

**Estadístico de prueba** :  $X^2$  cuadrado

**Ecuación:**

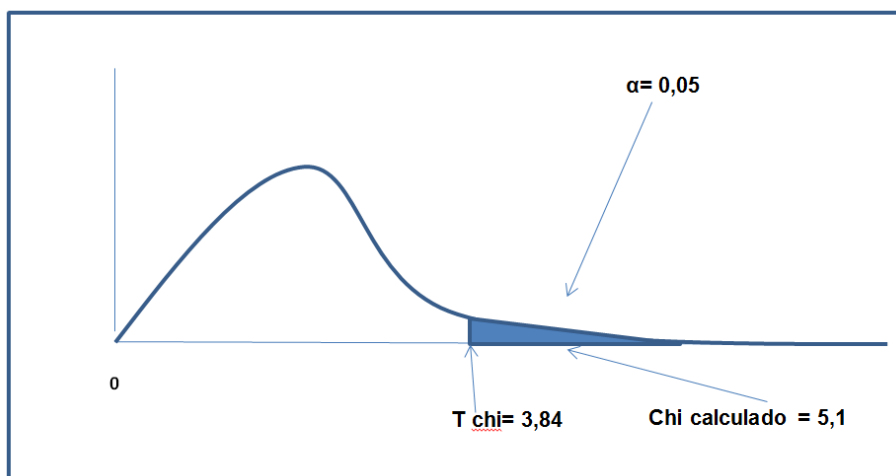
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Valor de Chi cuadrado calculado** : 5,1

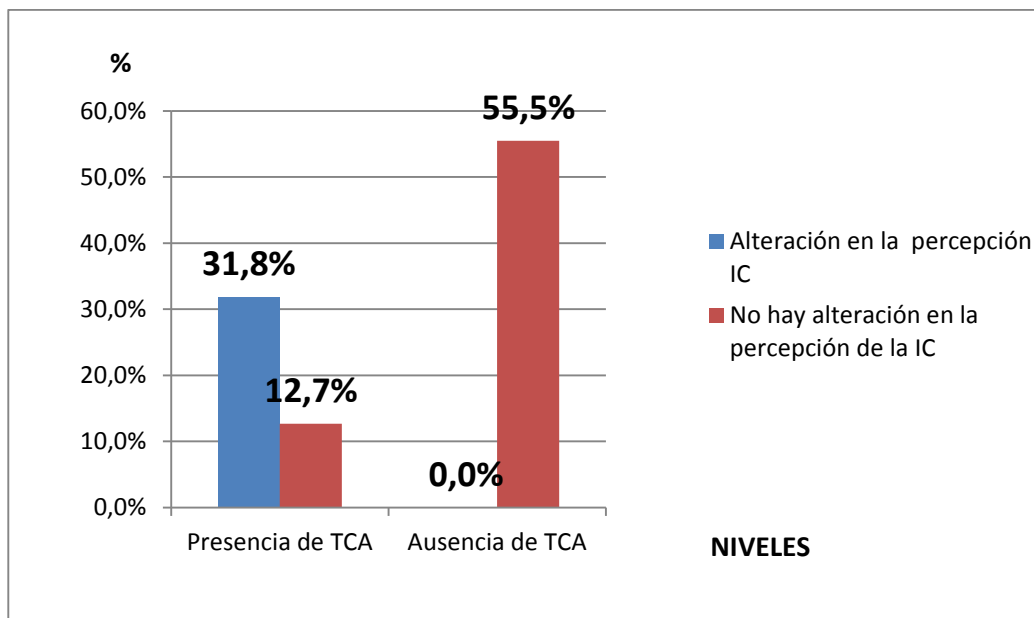
**Valor Chi cuadrado tabular** : 3,84

**Grados de libertad** : 1

**Decisión** : Rechazo la  $H_0$



$P < 0,05$



**Figura 4: Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**b. ¿Cuál es la relación entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015?**

- **H0:** No existe relación directa entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.
- **H1:** Existe relación directa entre de la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

**Tabla 5:**

**Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

AUSENCIA DE PREOCUPACION POR LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL \ TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	SÍ		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SÍ</b>	28	12,7 %	122	55,5 %	<b>150</b>	<b>68,2 %</b>
<b>NO</b>	70	31,8 %	00	0,0 %	<b>70</b>	<b>31,8 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>44,5 %</b>	<b>41</b>	<b>55,5 %</b>	<b>220</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Interpretación:**

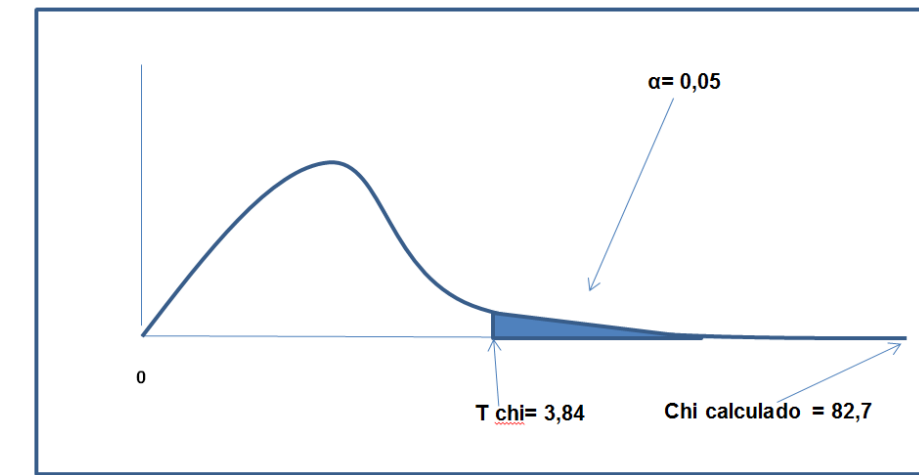
En la presente tabla se observa que un 55,5 % de la población encuestada que no presenta TCA tiene ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 31,18 % que presenta TCA, no tienen ausencia de preocupación por la alteración imagen corporal y un 12,7 % presentan TCA en relación al indicador de ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal. El estadístico R de Pearson indica que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un riesgo de 5 % ( $p < 0,05$ ).

**Nivel de significancia** :  $\alpha = 0,05$   
**Estadístico de prueba** :  $X^2$  cuadrado

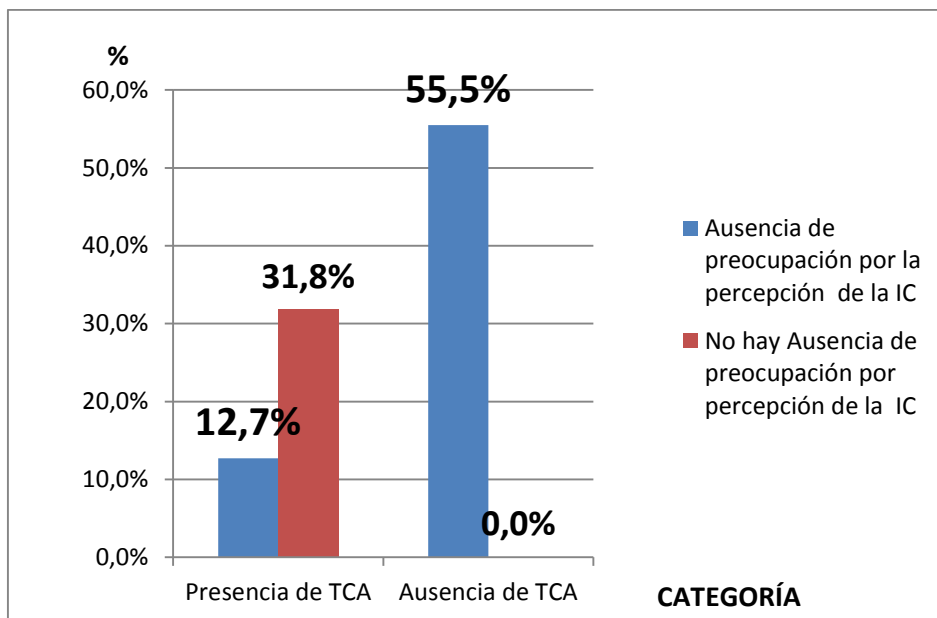
**Ecuación:**

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Valor de Chi cuadrado calculado** : 82,7  
**Valor Chi cuadrado tabular** : 3,84  
**Grados de libertad** : 1  
**Decisión** : Rechazo la  $H_0$



$P < 0,05$



**Figura 5: Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la ausencia de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**c. ¿Cuál es la relación entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015?**

- **H0:** No existe relación directa entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.
- **H1:** Existe relación directa entre de la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

**Tabla 6:**

**Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria**

LEVE PREOCUPACIÓN POR LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL \ TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	SÍ		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	<b>SÍ</b>	43	19,5 %	27	12,3 %	<b>70</b>
<b>NO</b>	55	25,0 %	95	43,2 %	<b>150</b>	<b>68,2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>44,5 %</b>	<b>122</b>	<b>55,5 %</b>	<b>220</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: Encuesta aplicada

**Interpretación:**

En la presente tabla se observa que un 43,2 % de la población encuestada que no presenta TCA tampoco tiene leve preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 25 % que presenta TCA no tiene el indicador de leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y un 19,5 % presenta TCA y tienen el indicador de leve preocupación por la percepción de la imagen corporal. El estadístico R de Pearson indica que

no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un riesgo de 5 % ( $p > 0,05$ ).

**Nivel de significancia** :  $\alpha = 0,05$

**Estadístico de prueba** :  $X^2$  cuadrado

**Ecuación:**

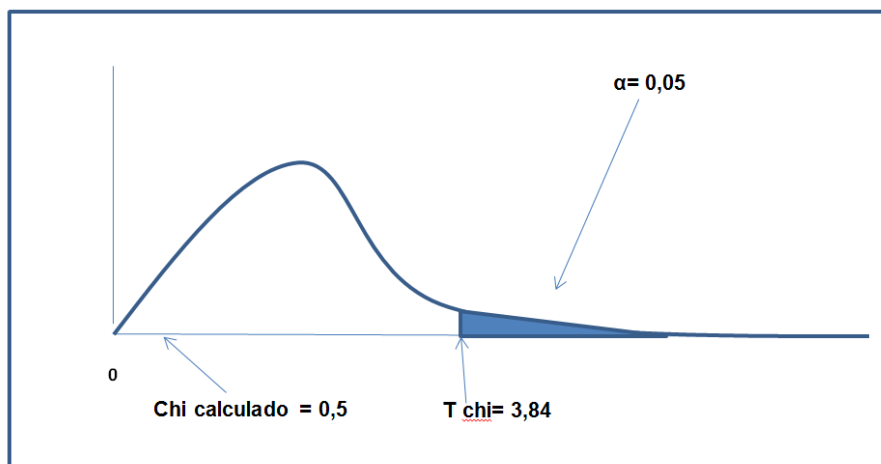
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Valor de Chi cuadrado calculado** : 0,5

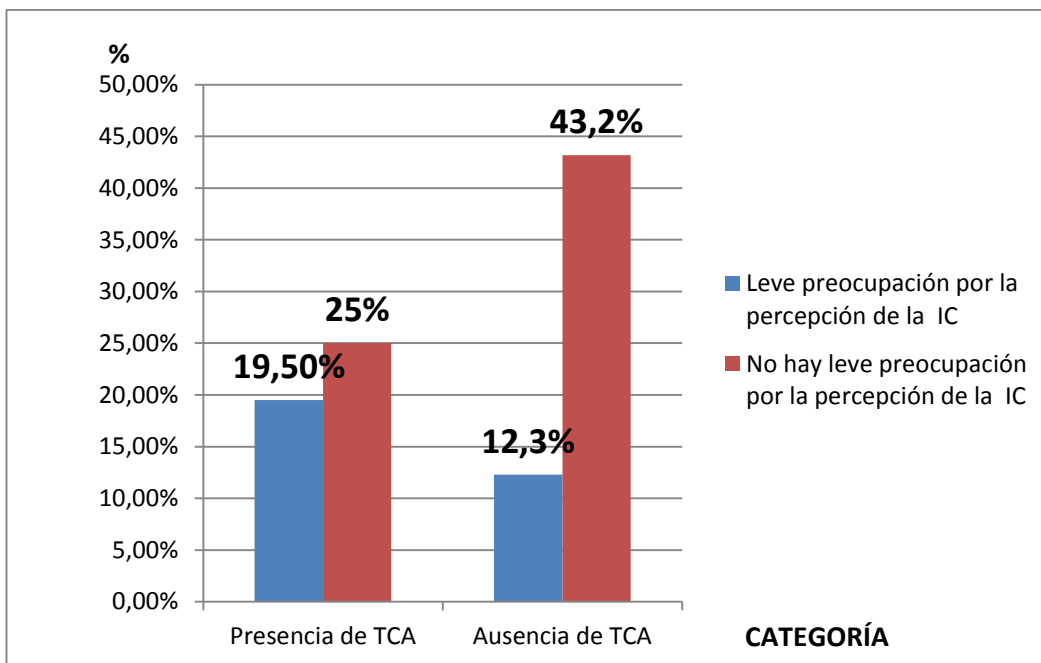
**Valor Chi cuadrado tabular** : 3,84

**Grados de libertad** : 1

**Decisión** : Acepta la  $H_0$



$P > 0,05$



**Figura 6: Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la leve preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**d. ¿Cuál es la relación entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015?**

- **H0:** No existe relación directa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.
- **H1:** Existe relación directa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

**Tabla 7:**

**Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

MODERADA PREOCUPACIÓN POR LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SÍ</b>	15	6,8 %	55	25,0 %	<b>70</b>	<b>31,8 %</b>
<b>NO</b>	83	37,7 %	67	30,5 %	<b>150</b>	<b>68,2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>44,5 %</b>	<b>122</b>	<b>55,5 %</b>	<b>220</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: Encuesta aplicada

### **Interpretación:**

En la presente tabla se observa que un 37,7 % de la población encuestada que presenta TCA no tiene el indicador de moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 30,5 % no presenta TCA tampoco moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 25 % que no presenta TCA, tiene moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y un 6,8 % presenta TCA con moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal. El estadístico R de Pearson indica que existe una relación

estadísticamente significativa entre ambas variables con un riesgo de 5 %. ( $p < 0,05$ ).

**Nivel de significancia** :  $\alpha = 0,05$

**Estadístico de prueba** :  $X^2$  cuadrado

**Ecuación:**

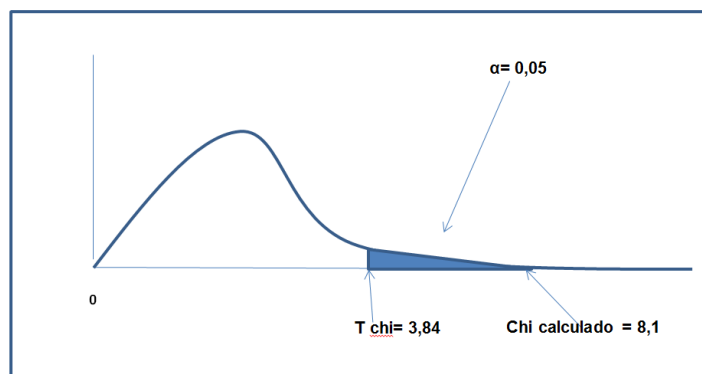
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Valor de Chi cuadrado calculado** : 8,1

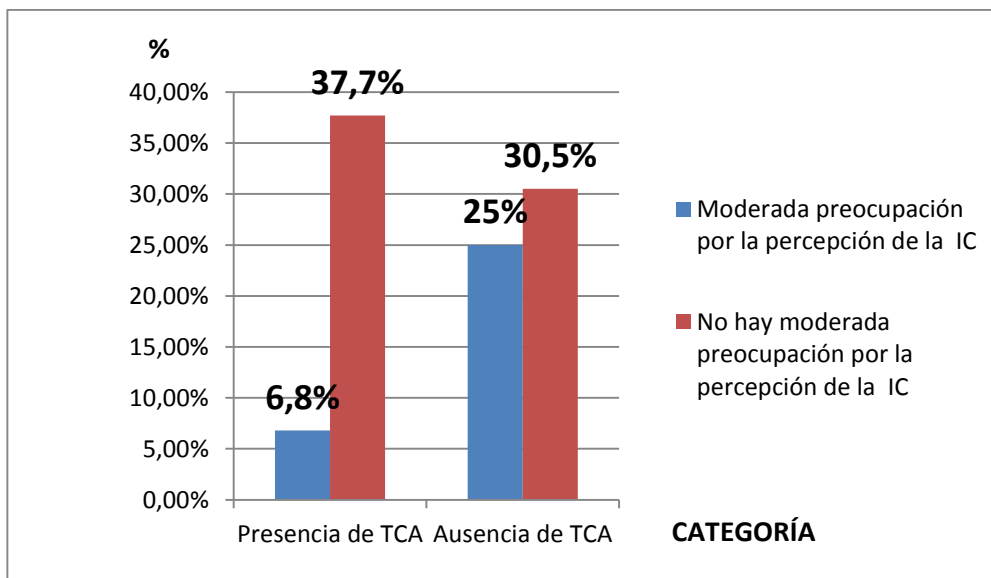
**Valor Chi cuadrado tabular** : 3,84

**Grados de libertad** : 1

**Decisión** : Se rechaza la  $H_0$



$P < 0,05$



**Figura 7: Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

**Fuente:** Encuesta aplicada

**e. ¿Cuál es relación entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, Tacna 2015?**

- **H0:** No existe relación directa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.
- **H1:** Existe relación directa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa.” Francisco Antonio de Zela”.

**Tabla 8:**

**Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

EXTREMA PREOCUPACIÓN POR LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA		NO		TOTAL	
	SÍ		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SÍ</b>	12	5,5 %	58	26,4 %	<b>70</b>	<b>31,8 %</b>
<b>NO</b>	86	30,0 %	64	29,1 %	<b>150</b>	<b>68,2 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>44,5 %</b>	<b>122</b>	<b>55,5 %</b>	<b>220</b>	<b>100,0 %</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Interpretación:**

En la presente tabla se observa que un 30 % de la población encuestada que presenta TCA no tiene extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 29,1 % no presenta TCA tampoco moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal, un 26,4 % no presenta TCA pero sí extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y un 5,5 % sí presenta TCA en relación a la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal. El estadístico R de

Pearson indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables con un riesgo de 5 %. ( $p > 0.05$ ).

**Nivel de significancia** :  $\alpha = 0,05$

**Estadístico de prueba** :  $X^2$  cuadrado

**Ecuación:**

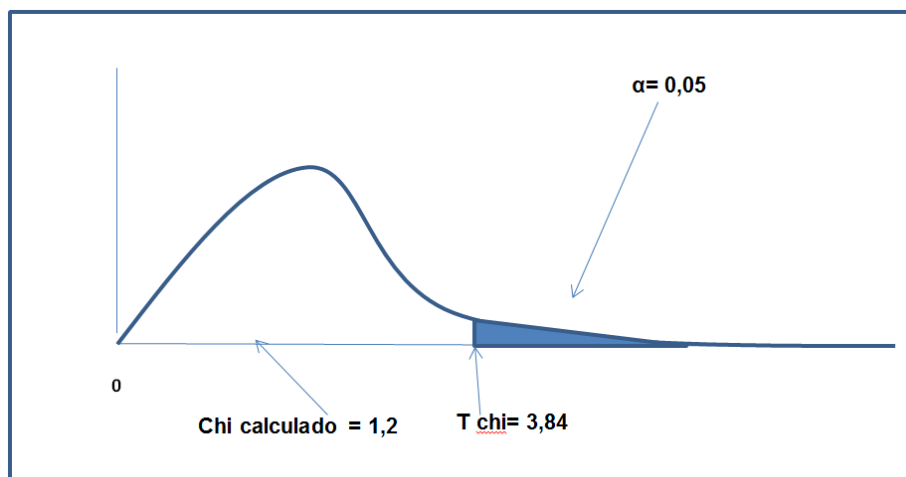
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Valor de Chi cuadrado calculado** : 1,2

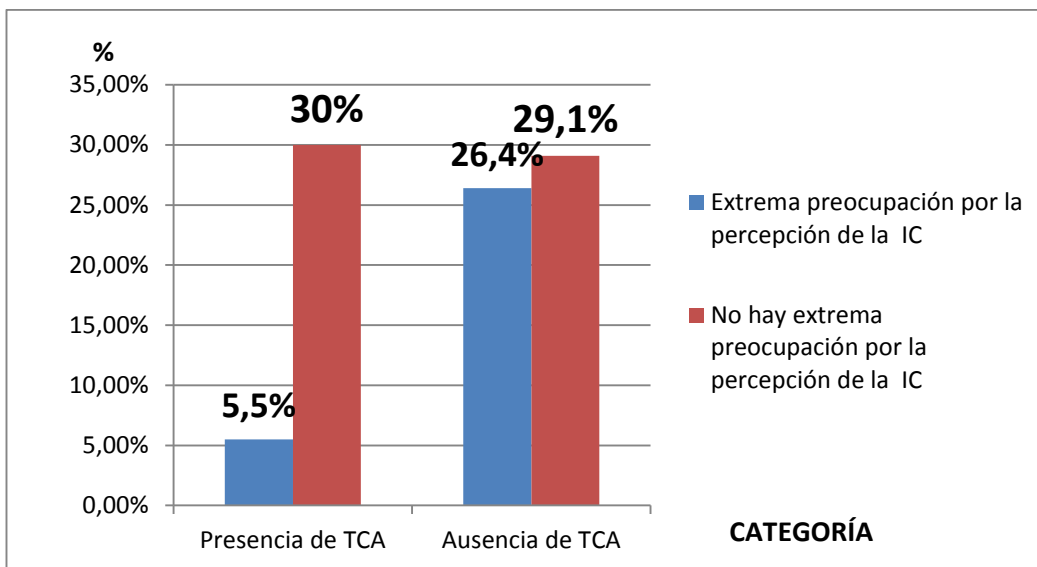
**Valor Chi cuadrado tabular** : 3,84

**Grados de libertad** : 1

**Decisión** : Acepta la  $H_0$



$P > 0,05$



**Figura 8: Prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre la extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria.**

**Fuente: Encuesta aplicada**

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

#### **5. DISCUSIÓN:**

Los estudios epidemiológicos previos muestran que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública de primer orden. Se ha demostrado la influencia de los factores socioculturales y en especial del ideal de belleza femenina identificado con delgadez, en la presencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA) y de insatisfacción corporal (ISC).

La autopercepción que los adolescentes poseen sobre su propia imagen corporal está adquiriendo progresivamente un papel más determinante en la vida de los adolescentes. De hecho, con preocupante frecuencia, un desorden en este ámbito desemboca en patologías de corte psicológico como la anorexia o la bulimia, con sus consecuentes perjuicios sobre la salud.

Menciona Taylor (2007), que se reporta en la ciudad de México, las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años (p345). Yuri

Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú (Minsa 2014), informó a Perú 21 que hasta junio de 2014 se atendió a 332 pacientes con anorexia y 185 con bulimia. Estos males suelen aparecer más entre los 12 y 17 años debido a muchos factores condicionantes como ser los cambios físicos de un adolescente hasta los factores externos que lo condicionan a desarrollar dichos trastornos.

Por ello la importancia del presente trabajo de investigación, se ha distribuido entre las alumnas de 3ero y 4to año que corresponde al grupo etéreo a estudiar entre las edades de mayor frecuencia fue de 15 años, con 47,27 % le sigue en importancia el grupo de edad de 14 años con 32,27 %.

En la 2da tabla se encontró que del total de casos de 220 el 44,5 % de alumnas encuestadas tienen presencia de trastorno de conducta alimentaria, el 36,82 % tiene tendencia a trastorno de conducta alimentaria (TCA). Al respecto, Yupanqui Chura, D. (2012) en el trabajo de investigación "Nivel de Autoestima y Dinámica Familiar Asociados a la Prevalencia de Conductas de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes de la I.E. Carlos Armando Laura del Nivel Secundario de Tacna". Determinó que los adolescentes más afectados son el grupo de

las mujeres que presentan un mayor porcentaje en la presencia de riesgo de conductas alimentarias (53,16 %) que en los hombres (46,84 %). Al respecto, Arrufat (2010) en el estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente, Barcelona, España: adolescente de edades comprendidas entre los 14 y 16 años, de 3ero y 4to año de secundaria, entre varones y mujeres, un total de 1147 mujeres y 1133 varones presentaron prevalencia de TCA en mujeres 5 %, anorexia 4 % y bulimia nerviosa 0,44 % en varones un total 0,27 %. Cutipé, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (2014), informó en lo que va del 2014 se han presentado 1 062 casos de trastornos alimenticios en general. El año pasado, estos llegaron a 2 258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 bulimia.

En la 3era tabla se encuentra que percepción de imagen corporal, el 68,18% no presentan distorsión en la percepción de su imagen corporal, pero hay un 19,55 %, 6,82 % y un 5,45 % que sí presentan leve, moderada y extrema preocupación sobre su imagen corporal, respectivamente.

Al respecto, la autopercepción entendida como la concepción que un individuo posee sobre sí mismo (González & Ham-Chande, 2007) es

un campo que está cobrando cada vez más relevancia dentro de las sociedades occidentales (Castro-Vázquez, Espinosa-Gutiérrez, Rodríguez-Contreras & Santos-Iglesias, 2005). La percepción del valor de sí mismos como personas es un logro de una importancia incuestionable en la infancia y adolescencia. Por una parte, las autopercepciones organizan las experiencias y guían los comportamientos (Swann, Chang-Schneider & McClarty, 2007). Por otra, una autopercepción de sí mismo saludable puede funcionar como un factor protector y promotor de la salud de los jóvenes (Mann, Hosman, Schaalman & De Vries, 2004).

La influencia sobre las autopercepciones en las mujeres jóvenes que generan preocupación más por perder peso y los hombres jóvenes por perder peso y ganar masa muscular (McCabe & Ricciardelli, 2005). Cabe resaltar que dentro de este grupo de población joven motivado por perder peso, cabe destacar que está formado por hombres con sobrepeso y por mujeres que o bien tienen sobrepeso o bien se perciben con sobrepeso, hecho que vuelve a poner de manifiesto las diferencias en el ámbito de la autopercepción de apariencia entre hombres y mujeres. Al respecto Llanos, Paredes, Parra, Peña & Pereyra (2009), en su investigación la “Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de

Lima: un estudio piloto” para ello encuestamos a 96 alumnos de la institución educativa "José María Arguedas", y los resultados fueron que al encuestarlos se observa que la mayoría de alumnos no están satisfechos con su imagen corporal (69 %) y un porcentaje aún mayor (72 %) tiene una autopercepción distorsionada de sí mismos. Esto podría indicar que la autopercepción morfológica en adolescentes sí se encontraría afectada por los comentarios recibidos. Al respecto, Tordera & Baños Rivera (2010) en su investigación “Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes Facultad de Psicología, Universidad de Valencia”. España. Los resultados mostraron que todos los sujetos (excepto el grupo de kilos de menos percibidos) sobre-estimaron su peso, además, se comprobó que en todos los grupos existía una tendencia generalizada a sobre-estimar su tamaño corporal, pero ésta era más marcada en los grupos que se alejaban de la "delgadez percibida". Se concluye que la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real

La finalidad del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la percepción de la imagen corporal, representativa de la realidad en la localidad de Tacna,

con tal fin, se tomó la opción de estudiar a las adolescentes mujeres como una sola unidad de análisis. En la 4ta tabla se observó que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria con un riesgo de 5 %. ( $p < 0,05$ ).

En las investigaciones se observa que la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal son variables asociadas a trastornos de alimentación que están vinculadas al modelo estético corporal vigente (Cruz & Maganto, 2002). La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres, adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física, como mental; en un estudio realizado en Venezuela, confirmaron que las mujeres que perciben su peso como superior al real presentan mayor riesgo asociado con los TCA, presentaron una percepción corporal distorsionada y comportamientos alimentarios anómalos, podían ser incluidas dentro del grupo de riesgo para el desarrollo de un TCA. Si bien en este trabajo el riesgo de desarrollar anorexia nerviosa y la percepción de la imagen corporal resultaron ser independientes, es relevante que un 25 % de las

bailarinas que percibieron su imagen corporal como superior a la real, también clasificaron con riesgo para desarrollar anorexia nerviosa. Posiblemente, la alteración de la imagen corporal y las conductas alimentarias anómalas no se manifiestan simultáneamente en el tiempo, pero sí una podría conducir a la otra. (López, 2013).

A partir de la 5ta hasta la 8ava tabla se detalla los indicadores de la percepción de la imagen corporal en relación a los trastornos de conducta alimentaria, donde se encontró con un 55,5 % que no presentan TCA tiene relación al indicador de ausencia de preocupación de la percepción de la imagen corporal alteración y en el indicador de moderada preocupación un 6,8 % que tiene TCA presenta moderada preocupación por la percepción de la imagen corporal; por lo tanto, sí se relacionan estadísticamente dichas variables ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los indicadores de leve preocupación (19,5 %) y extrema preocupación (5,5 %) por la percepción de la imagen corporal que presentan trastornos de conducta alimentaria; se concluyó que el estadístico R de Pearson indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre dichos indicadores y los trastornos de conducta alimentaria ( $p > 0,05$ ).

Al respecto, Tordera & Baños Rivera (2010) en su investigación sobre, “Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes Facultad de Psicología, Universidad de Valencia”. España, concluyó la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real. También, Moreono Gonzales & Ortiz Viveros, (2009) en su trabajo de “Trastorno Alimentario y su relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”. Encontró riesgo de trastorno alimentario en un 8 % y en un 10 % la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

A partir de este hallazgo, se puede considerar que no es posible afirmar totalmente que la presencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA) sean solo provenientes de la percepción de la imagen corporal, sino que más bien atraviesan todos los niveles, factores internos y externos. Lo que demuestra que la presencia de un TCA es un fenómeno ampliamente distribuido, que también afecta a todos sin importar si es o no un país en vías de desarrollo como el Perú. Esto nos hace reconocer la

necesidad de poner más interés y preocupación para poder determinar y detectar en forma precoz los TCA en sus primeras fases.

Por lo tanto, futuras investigaciones podrían dar respuesta sobre el significado de la presencia de estos factores de riesgo en el transcurso del tiempo y su relación con el riesgo futuro de desarrollar un TCA.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera:**

Existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria ( $p < 0,05$ ) en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, de Tacna.

### **Segunda:**

Existe una relación estadísticamente significativa entre el indicador de ausencia y moderada de preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria ( $p < 0,05$ ) en las alumnas de 3ero y 4to de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, de Tacna.

### **Tercera:**

No existe una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de leve y extrema preocupación por la percepción de la imagen corporal y trastornos de conducta alimentaria ( $p > 0,05$ ) en las alumnas de 3ero y 4to

de secundaria de la Institución Educativa “Francisco Antonio de Zela”, de Tacna.

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera:**

Sugerir a la Institución Educativa que realicen sesiones educativas y actividades de intervención sanitaria en coordinación con los profesionales de la salud, dirigidos a las alumnas y padres de familia, para que estén alertos sobre esta problemática actual.

### **Segunda:**

Se recomienda realizar futuras investigaciones sobre trastornos de conducta alimentaria relacionados con los diferentes factores que causan el desarrollo de estos trastornos en el país, siendo de utilidad para el Profesional de Salud, en el campo de prevención y promoción de la salud mental de los adolescentes.

### **Tercera:**

Desde el punto de vista de investigación clínico-epidemiológica, este trabajo es un estímulo para seguir profundizando en el conocimiento de los factores de riesgo de trastornos alimentarios, en las diferencias entre los sexos y entre los propios trastornos. Para ello cabe plantearse por una

parte diseños longitudinales (estudios cohortes), y por otra, analizar muestras clínicas. Se recomienda también al Sector Salud y Educación, poner mayor énfasis frente a los riesgos potenciales; describiendo mejor el valor de las intervenciones preventivas en la infancia y la adolescencia, considerados como los grupos con mayor riesgo de desarrollar conductas de riesgo de trastornos alimentarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliaga-Deza, Lorena; De La Cruz-Saldaña, Tania A & Vega-Dienstmaier, Johann M. (2010). Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista. Neuropsiquiátrica*, p.p.73(2);(52-61).

Aluba ( 2010) Salud, Revista Todo En Un Click. Argentina. Recuperado el 30 de abril 2016 de:

<http://www.todoenunclick.com/Notas/nota.php?kenota=32417>

Álvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Anaya, V. (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta. *Revista de Enfermería Clínica*, p.p.14(4), 230-234.

Arevalo, r. V., Lopez Aguilar, x., & Alvarez Rayon, g. (2014). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos. *Psicología conductual*, p.415 - 427.

Arrufat Nebot, Francisco Javier, (2010), Estudio de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Población Adolescente de la Comarca de Osona, España.

Artículo: “Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia.” Salud en Línea Trastornos de la alimentación. Curso 2001 - 2002. Recuperado el 24 de enero de 2016 de:

<http://www.educa.aragob.es/salud/pdftras/trastornos2.pdf>

Artículo: “Anorexia y Bulimia”: Gritos de una juventud alienada. Gacetillas de Prensa. Recuperado el 14 de julio de 2005 de: <http://www.aluba.org/aluba/novedades/gacetillas.html>

Bayle Ayensa, J. I.; Guillén Grima, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2, Nº 3, pp. 439-450.

Bayle Ayensa, J.I.; Raich, R.M., y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, Vol. 19, nº 2 (diciembre), p.187-192.

Baile, J.I.(2002). Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. Tesis Dcotoral. Pamplona. Universidad Pública de Navarra.

- Baile, J.I.; Monroy, K. Ygaray, f. (2005), Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. Revista de investigación en Psicología, p.10, 161-169.
- Barriguete, M. J. (2003). Anorexia y Bulimia Nerviosa: El Control del Miedo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Benavidez A. (2014) recuperado el 14 junio de 2015: <http://www.campus-oei.org/revista>
- Bruch, H. (1962).” Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa”. Psychosomatic Medicine, n°24, pp. 187 – 194
- Brumberg, J. J. (1997). The appetite as voice, food and culture; a reader. New York: ed carole counihan.
- Cash, T.F. (1997). The body image work book. An 8-step program for learning to like yourlooks. Oakland. New Harbinger p 521
- Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). “Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa”. Behavior Modification, p.p.11, 487-521.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). Body images: development, deviance and changes. Nueva York. Guilford Press
- Castrillón Moreno, D., Luna Montaña, i., & Avendaño Prieto, G.Scielo. Validación Del Body Shape Questionnaire (Cuestionario De La

Figura Corporal) BsQ Para La Población Colombiana, recuperado el 14 de marzo de 2016 de:

[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000100003&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100003&lng=es&nrm=)

Celada Gonzalez, J. (2003). Rehabilitación en Anorexia y Bulimia Nerviosa. Los Angeles: Ediciones Eating and Active.

Cooper, P. J. ; Taylor, M.j.; Coe Perr, z. Y f Airburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6. p.485 – 494

Cubeiro, Alejandro.(2005). Anorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela. Recuperado el 15 de agosto del 2015 de: <http://mural.uv.es/daroba/recoCAP.doc>

Cutipé, Y. (2014) Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú. *Peru 21*. Recuperado el 29 de junio de 2015 de: <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>

DSM V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association - APA). España (2013)

Echeburúa, Enrique & Marañón, Izaskun .(2002) Universidad del País Vasco. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria

- con los trastornos de personalidad. España. Recuperado 13 marzo 2016 de: <http://es.salut.conecta.it/echeburua.htm>
- Fernández Aranda F, Turón Gil V. (1998) Delimitación diagnóstica de la anorexia y la bulimia nerviosa. aspectos prácticos en trastornos de la alimentación. España.
- Farias R. (2006). Recuperado 13 de julio de 2014 de:  
<http://www.ccm.itesm.mx/dae/prevencion/talimen.html>
- Gaba (2014) *Portal de Ayuda Gaba Perú*. Recuperado el 13 de julio de 2014 de: <http://www.gabaperu.com/articulo01.php>
- Garner, D.M. (1998) Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Madrid: Tea Ediciones. p. 365
- Galán Julio, J. C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura. México: FES-Iztacala, UNAM.
- Gordon, R. (1994). Anorexia y Bulimia. Anatomía de una epidemia social (1ª. Edición ed.). Ariel S.A.
- Gowers SG, S. A. (2010). delopment of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. british jorunal of psychiatry.
- Gozzer,(2006) “Validez y Confiabilidad del Test de Trastorno Alimenticios YÉNOVAR en las alumnas del 5to año de educación secundaria de

Instituciones Educativas Nacionales del distrito de Chiclayo. Perú.

Recuperado el 24 de agosto de 2014 de:

<http://www.upss.edu.pe/Psicologia/Construccion/Test%20de%20Trastornos%20Alimentarios%20YENOVAR.pdf>

Gracia, M. ; Ballester, D. ; Patiño, J. y Suñol, C. (2001). Prevalencia de la insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 2001. p 1-5.

Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). "Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatments". *Behavior Therapy*, p.p.26, 69-84.

Guimón, J. (1999). "Los lugares del cuerpo". Barcelona. Paidós p 89

Holander, E., Cohen, L.J. y Simeon, D. (1993). "Body dysmorphic disorder". *Psychiatric Annals*, p.p. 23, 359-364.

Laporta, Deborah. (2003) "Aprendiendo a vivir". Fascículo 4, Módulo II, Explorando mi Sexualidad, GTZ e Instituto de Educación y Salud. Lima.

Larraburu, Isabel. (2002) Trastornos de la conducta de comer. Consejos para padres. *Los Trastornos de la Salud Mental. La Anorexia Nerviosa: Datos acerca de los trastornos alimentarios*. Portal Electrónico: healthsystem. Recuperado 2 de junio del 2015 de:

[http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_mentalhealth\\_sp/edanorex.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/edanorex.cfm)

Llanos F. M.; Paredes Z., P.; Parra G. P.; Peña B. J. & Pereyra Q. M. del C. (2009). *Relación entre los comentarios acerca del peso corporal y la autopercepción morfológica en adolescentes de ciertos colegios de Lima: un estudio piloto*. (Tesis Presentada en para obtención del grado de Especialista). Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima.

Lopez, c., & Treasure, j. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista medica clinica las condes*, p.85 - 87.

Luna Pari, María. Módulo Atención integral de salud del adolescente. Tacna Perú. 2000.

Marmol, A. G., Sanchez Alcazar, B., & Mahedero Navarrete, M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de 12 hasta 17 años. *Agora*, p.54 - 67.

Martínez, Aredonllero.(2013) "Anorexia y Bulimia Nerviosa. Concepto y Criterios Diagnósticos" Recuperado el 25 de marzo de 2014 de: <http://www.seep.es/privado/download.asp?url=/publicaciones/2000TCA/Cap12.pdf>

Martinez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores

- asociados en Lima Metropolitana. Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica, p.233-269.
- Masson. (2002). DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España.
- MINSA. (2012). Los niños primeros. Recuperado el 03 de agosto de 2012, de Noticia: Advierten que Problemas de Salud Mental Provocarían Trastornos Alimenticios: Recuperado 2 de junio de 2015 de: <http://www.losninosprimero.org/losninos/ver-destacados.php?id=1114&cont=&tipo=ver&var=Las%20Regiones&subvar=nutricion>
- Moreno Gonzales, M. A., & Ortiz Viveros, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado 2 de junio de 2015 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=7851184700>
- Neziroglu, F.A. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993). "Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder". Behavior Therapy 24, p.431-438.
- Paredes, Nessier, & Gonzales. (2011). Percepción de la Imagen Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo en Bailarinas de Danza Clásica del Liceo Municipal . Diate, p.18-24.

- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Valencia. Promolibro. p.p. 234 247
- Phillips, K.A. (1991). "Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness". American Journal of Psychiatry, pp.148, 1138-1149.
- Pilco, R y Vivanco,C. (2012). Prevalencia de Bulimia Nerviosa en Adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. revista Médica Basadrina. Cita en el texto:p.16
- Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997). "Muscle dysmorphic an unrecognised forms of body dysmorphic disorder". Psychosomatics, 38, 548-557. Portal en Internet Medicina y Prevención. Definición de Anorexia. Recuperado Recuperado 2 de junio del 2015 de:  
<http://www.medicinayprevencion.com/anorexia/anorexia.htm>
- Portal en Internet. Aula en el Mundo. Anorexia y Bulimia: Mucho más que una extravagante conducta juvenil. Recuperado 12 de enero de 2015 de: <http://www.elmundo.es/aula/99/11/11/noticia3.html>
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). Integrative them es in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsk y , Body Images. Development, Deviance and Change, pp. 337-349, N.York, The Guilford Press.

¿Qué es Anorexia Nerviosa?. The Center, A Place of Hope. Ecuador.

Recuperado 12 de enero de 2015:

[http://www.thecenter.com.ec/Que\\_es\\_Anorexia\\_Nervosa.html](http://www.thecenter.com.ec/Que_es_Anorexia_Nervosa.html)

Raich, R., Mora, M, Soler, A, Avila, C., , Clos, I., & Zapater, L. (1996).

Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 52 \_56.

Rosen, J.C. (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal". En V.Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol.1. Madrid. Siglo XXI. p.755- 836

Rosen, J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). "Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder". *Journal of Consulting and clinical Psychology*, p.63, 263-269.

Salaberria, K., Rodriguez, s., & Cruz, s. (2010). *Percepción de la Imagen Corporal*. Osasunaz, p.171- 183.

Sandoval V. (2014) Recuperado el 12 de enero de 2015:  
<http://www.nationaleatingdisorders.org>

Sepulveda, A. R.; Botella, J. y Leon, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: una metaanálisis. *Psicothema*, nº13,p.7-16.

- Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. N.York: International Universities Press. p. 348
- Schvili-Mann, S. &.-N. (2002). Trastornos de la alimentación: La anorexia nerviosa. Medicina Interna.
- Taylor, S. E. (2007). Conductas que mejoran la salud (Sexta edición ed.). México: McGraw-Hill, .
- Terra-Perú, r. (2012). "Noticias Sobre Salud". Recuperado el 20 de enero de 2014 de:  
<http://www.terra.com.pe/noticias/noticias/act2428737/minsa-hasta-114-adolescentes-peruanos-sufre-trastornos-alimentarios.html>
- Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders and obesity. Washington. American Psychological Association. p.90- 123
- Tordera, C. P., & baños riveras, r. (2010). Distorción de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. España: Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Turnbull, s., Ward, a., & Treasure , J. (1996). The demand for eating disorder care. Eeuu: Britsh Joirnal.
- Unikel, c., saucedo molina, t., villatoro, j., & fleiz, c. (12 de abril de 2002). Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal en Estudiantes de 13 a 18 años, México, Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado el 15 de agosto de 2014 de :

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58222507.pdf>

Verónica, G. P. (2012). Trastornos de Conducta Alimentaria en Jovenes Adolescentes. Revista médica clínica condes, p.566 - 578.

Wikipedia. Artículo bajo licencia GFDL. Versión: Muydelgada.com.

Artículo: Causas de la Anorexia. 2000. Recuperado el 15 de agosto de 2014 de: <http://www.muydelgada.com/causas-anorexia.html>

Yupanqui, Ch. D. (2012). *Nivel de autoestima y dinámica familiar asociados a la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna.

# **ANEXOS**

## ANEXO N°01

### OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Por el tipo de investigación se procedió a diseñar una muestra estadísticamente representativa con un margen de error de 5 % y de confiabilidad del 95 %. Para determinar el tamaño de la muestra, se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Y^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Y^2 \cdot p \cdot q}$$

Leyenda:

N = Población

n° = Muestra

Y = Nivel de confianza

p = Porcentaje estimado de la característica investigada

q = 100 – p

E = Error máximo de estimación

Desarrollo:

$$n = \frac{Y^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + Y^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.86)^2 \cdot (50) \cdot (50) \cdot (600)}{(5^2)(600 - 1) + (1.86)^2 (50)(50)} = 220$$

## ANEXO N°02

### TEST YÉNOVAR

Éste es un estudio acerca de tus actitudes y opiniones referentes a la alimentación en general y en particular de las dietas. Contesta con sinceridad a las siguientes afirmaciones, respondiendo si estás de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que presentamos a continuación, marcando con una “X”. Recuerda que tus repuestas son anónimas.

Edad:

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me siento tan culpable por comer en exceso que preferiría morir.					
2. Tengo dificultad para expresar mis ideas.					
3. Doy más importancia a mi aspecto físico que a mi propia vida.					
4. Considero que mi lenguaje no es el adecuado para una conversación.					
5. Me preocupa mi peso tanto que no logro mantener mi atención en lo que realizo.					
6. Olvido fechas importantes que anteriormente recordaba con facilidad.					
7. Olvido las cosas por pensar constantemente en adelgazar.					
8. Tengo dificultad en recordar los hechos recientes.					
9. Tengo dificultad para organizar mis ideas.					
10. Me cuesta mucho trabajo poner atención en clase					
11. Siento que mi vida no tiene sentido.					
12. Pienso mucho en comer que no logro concentrarme.					
13. He notado que mis uñas son quebradizas desde que empecé adelgazar.					
14. Desde que empecé adelgazar mi cabello está muy maltratado y quebradizo.					
15. Siento que mi menstruación ha cambiado desde que empecé a bajar de peso					

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
16. Pienso que mi estómago tiene el tamaño inadecuado.					
17. Mi piel es demasiado reseca.					
18. Me lastimo las encías cada vez que vomito.					
19. Tengo demasiado vello desde que empecé adelgazar.					
20. Mi menstruación es irregular, desde que empecé a bajar de peso.					
21. Desde que empecé a vomitar he notado problemas dentales.					
22. Tengo frecuentes dolores estomacales.					
23. Presento problemas al momento de defecar.					
24. Considero que no tengo un buen físico.					
25. Al controlar mi peso siento ansiedad.					
26. El tener una buena figura abre las puertas para nuevas oportunidades.					
27. Considero que los demás me aceptarían si fuera delgada.					
28. Tengo problemas para conciliar el sueño.					
29. Siento que soy menos ante los demás.					
30. Me siento incapaz para realizar mis labores.					
31. Nada de lo que visto me queda bien debido a mi físico.					
32. Me desagrada mi aspecto físico.					
33. Dicen que mi cuerpo es el adecuado mas no lo creo.					
34. Considero que debo bajar más de peso para verme y sentirme bien.					
35. Me pone ansiosa la idea de no poner adelgazar.					
36. Me levanto por las noches mas no lo recuerdo.					
37. La idea de subir de peso me pone ansiosa.					
38. Cada vez que me siento ansiosa como.					
39. El cuerpo que tengo no es de mi agrado.					
40. He llegado a golpear a personas que me conocen por haberse burlado de mi peso.					
41. Considero que mientras más tiempo dedique a mis ejercicios obtendré una mejor figura.					

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
42. Me es difícil concluir con mis labores.					
43. Cada vez siento más ganas de comer y comer.					
44. Creo que para mantener mi peso ideal es necesario controlar lo que consumo.					
45. Considero que el ayuno es un buen método para mantenerme delgada.					
46. Soy tan estricta en mis dietas que controlo la cantidad de calorías que consumo en mi alimentación.					
47. Después de comer me siento tan culpable que me agredo físicamente.					
48. Siento que voy a engordar si dejo de vomitar.					
49. Me lastimo cuando me peso y no veo resultados de mi dieta.					
50. Hago uso de medicamentos para mantener mi figura.					
51. Después de comer siento un gran impulso por vomitar.					
52. Cada vez que me exigen comer reacciono agresivamente.					
53. En lugar de ingerir alimentos prefiero tomar agua.					
54. Tengo dificultad para mantenerme quieta y en un solo lugar.					
55. Me siento tan culpable por ingerir alimentos en exceso que me purgo.					
56. Me siento muy llena después de cada comida que termino vomitando.					
57. Estoy al pendiente de los nuevos medicamentos para adelgazar.					
58. Hago ejercicios después de cada comida.					
59. Terminó vomitando cada vez que como en exceso.					
60. Me es indispensable el uso de laxantes para bajar de peso.					
61. Para que mi familia me quiera es necesario estar delgada.					
62. Para mis amigos el ser delgada es estar a la moda.					
63. He tenido fuertes discusiones con mi pareja debido a mi físico.					
64. Mi familia cree que estar delgada es símbolo de buena salud.					
65. Creo que es necesario tener una buena figura para ser aceptada dentro de un grupo.					
66. Pienso que mejor es estar sola a que se burlen de mí.					
67. Creo que para conseguir amigos es necesario tener un buen aspecto físico.					

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
68. Me siento tan mal por haber comido en exceso que prefiero encerrarme en mi cuarto.					
69. Creo que para mis compañeros es muy importante la apariencia física.					
70. Considero que las personas delgadas tienen mayores posibilidades de encontrar pareja.					

## ANEXO N°03

### Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario sobre Imagen Corporal)

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CONTINUAMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me siento molesta o enfadada al hacer un examen de mi aspecto físico.						
2. ¿Me sentí tan preocupada por mi aspecto físico que pensé que debería hacer dieta?						
3. ¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos, eran demasiados "grandes" gordos en relación al resto de mi cuerpo?						
4. ¿Sentí temor volverme gorda o a empezar a aumentar de peso?						
5. ¿Me eh sentido preocupada al sentir que mi piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada?						
6. La sensación de "llenura" (por ejemplo después de una comida abundante) ¿me ha hecho sentir gorda?						
7. ¿Me eh sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar?						
8. ¿Evité trotar a causa de que mis músculos podían tambalearse o moverse como gelatina?						
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada me ha hecho tomar conciencia del estado de mi figura corporal? (comparación)						
10. ¿Me he sentido preocupada por la parte de mis muslos que quedan visibles al sentarme?						
11. El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida ¿me hizo sentir gorda?						
12. El hecho de ver detalladamente la figura de otra mujer o mujeres, ¿me hizo compararme con ella o ellas y sentirme en desventaja por mi aspecto físico?						
13. El hecho de pensar en mi figura, ¿hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas? (por ejemplo mientras veía la televisión, leía o estudiaba)						
14. El estar desnuda (por ejemplo al darme un baño), ¿me hizo sentir gorda o pasada de peso?						
15. ¿Evito usar ropa que resalten mi figura corporal? (escote, minifalda, pantalón descaderado)						
¿He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo? (barriga, muslos, nariz)						

AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CONTINUAMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
16. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, me hizo sentir gorda?						
17. ¿No asistí a fiestas o reuniones sociales porque me sentí mal con mi figura?						
18. ¿Me he sentido excesivamente gruesa y rechoncha?						
19. ¿Me he sentido avergonzada de mi cuerpo?						
20. ¿La preocupación acerca de mi figura, me hizo ponerme a dieta?						
21. ¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío?						
22. ¿Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer?						
23. ¿Me siento preocupada si otras personas me ven "rollos" o "llantas" en mi cintura, caderas o estómago?						
24. ¿Siento que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que yo?						
25. ¿He vomitado con la intención de sentirme más delgada?						
26. ¿En compañía de otras personas, me siento preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (estar sentada en el sofá o en el asiento del autobús)?						
27. ¿Me siento preocupada porque se me forman hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?						
28. ¿Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura?						
29. ¿He pellizcado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa contienen?						
30. ¿Evito situaciones en donde otras personas puedan detallar mi cuerpo (piscinas, playas o gimnasios)?						
31. ¿Tomo laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más liviana?						
32. ¿Tomé especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas?						
33. ¿La preocupación acerca de mi figura, me hizo sentir que debería hacer ejercicio?						

## ANEXO N°04

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL TEST YENOVAR Y BSQ

- **Instrucciones para el Examinador:** El presente test tiene como finalidad detectar la presencia o ausencia de trastornos alimenticios y alteración de la percepción de la imagen corporal las alumnas del 3ero y 4to año de educación secundaria de Instituciones Educativas Francisco Antonio de Zela de Tacna. Deberá ser aplicado por personas capacitadas, para lo cual se debe tener en cuenta un previo conocimiento de la variable a investigar. Del mismo modo se debe considerar que el ambiente para la aplicación sea el apropiado y brinde comodidad al paciente, para ello se debe contar con una iluminación, ventilación propicia y libre de estímulos distractores que podrían alterar los resultados de la evaluación. Este test puede ser aplicado en forma individual o colectiva. Para la evaluación grupal se debe contar con una población de 30 a 35 personas como máximo, de excederse el número de individuos será necesario la presencia de 2 o más evaluadores. El tiempo destinado para la aplicación de éste test es de 20 minutos aproximadamente. Para el proceso de aplicación y desarrollo del test, los evaluados deben contar con los materiales necesarios como lápices, borradores y el protocolo; luego de ello se les

preguntará si han entendido las instrucciones indicadas en el protocolo, de no haber dudas de parte de los examinados, se procederá a la ejecución del test de Trastornos Alimenticios YÉNOVAR. Al momento de terminada la evaluación, el examinador debe verificar que todos los ítems hayan sido contestados.

- **Instrucciones para el Examinado:** “Este test tiene como finalidad conocer sus hábitos y costumbres alimenticios, para esto se le pide que marque con un aspa o cruz una de las alternativas con la que más se siente identificada o la que refleje cómo se ha sentido en éstos últimos meses”. “Usted dispone de 30 minutos para resolver este test, conteste con la mayor seriedad y sinceridad posible”.

## ANEXO N°05

### EL ALFA DE CROMBACH DEL TEST DE YENOVAR

- Estadísticos de resumen de los elementos:

	Media	Nº de elementos
Medias de los elementos	0,882	70
Varianzas de los elementos	0,956	70
Covarianzas inter-elementos	0,191	70

- Estadísticos de fiabilidad:

Alfa de crombach	Alfa de combrach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
0,952	0,952	70

- El alfa de crombach:

$$\alpha = \frac{K(COV/VAR)}{1 + (k-1)(COV/VAR)}$$

Donde:

K = Número de los ítems

COV = Media de las covarianzas de los ítems

VAR = Medias de las varianzas de los ítems

Resultados:

$$\alpha = 0,952$$

$$\alpha = \frac{70\left(\frac{0,260}{1,298}\right)}{1 + (70 - 1)\left(\frac{0,260}{1,298}\right)} = 0,952$$

### EL ALFA DE CROMBACH DEL CUESTIONARIO BSQ

- Estadísticos de resumen de los elementos:

	Media	Nº de elementos
Medias de los elementos	0,882	34
Varianzas de los elementos	0,956	34
Covarianzas inter-elementos	0,191	34

- Estadísticos de fiabilidad:

Alfa de crombach	Alfa de crombach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
0,692	0,692	34

- El alfa de crombach:  
Resultados:

$$\alpha = 0,952$$

$$\alpha = \frac{34\left(\frac{0,260}{1,298}\right)}{1 + (34 - 1)\left(\frac{0,260}{1,298}\right)} = 0,692$$

## **ANEXO N°06**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido informada/o de los beneficios de esta investigación para mi menor hija, del carácter confidencial de las respuestas, y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora. Comprendo que la participación de mi menor hija es voluntaria. Por lo tanto, doy libremente mi conformidad a participar en este estudio de investigación sobre “PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ALUMNAS DE 3RO Y 4TO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO ANTONIO DE ZELA”. Y, por ello, firmo este consentimiento informado.

.....

Firma del padre o madre de la participante

## ANEXO N°07:

A continuación presentamos tablas complementarias:

**Tabla 9:**

### Distribución de la población según edad y trastornos de conducta alimentaria

EDAD	TRANSTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA						TOTAL	
	AUSENCIA		TENDENCIA		PRESENCIA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
14	19	23,17	36	43,90	27	32,93	82	100
15	17	16,35	35	33,65	52	50,00	104	100
16	5	16,13	10	32,26	16	51,61	31	100
17	0	0,00	0	0,00	3	100,00	3	100
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>18,64</b>	<b>81</b>	<b>36,82</b>	<b>98</b>	<b>44,55</b>	<b>220</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada

Pruebas de chi-cuadrado			
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
	308,742849	312	0,055

Se encontró que del total de casos 220 el 44,5 % presenta presencia de trastorno de conducta alimentaria, el 36,82 % tiene tendencia a trastorno de conducta alimentaria (TCA) y en menor porcentaje de 18,64 % con ausencia. Por edad y presencia de TCA observamos que en el grupo de alumnas de 17 años el 100 %, el 50 % y 51,6 % de alumnas de 15 y 16 años. Asimismo en el grupo de 14 años resalta un 43,9 % con tendencia a TCA. Se aplicó el estadístico R de Pearson con un  $\chi^2$ , nos indica que existe relación entre la edad y trastorno de conducta alimentaria, siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 10:**

**Distribución de la población según edad y percepción de la imagen corporal**

EDAD	IMAGEN CORPORAL								TOTAL	
	AUSENCIA		LEVE PREOCUPACION		MODERADA PREOCUPACION		EXTREMA PREOCUPACION		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
14	64	78,05	11	13,41	5	6,10	2	2,44	82	100,00
15	65	62,50	25	24,04	6	5,77	8	7,69	104	100,00
16	19	61,29	6	19,35	4	12,90	2	6,45	31	100,00
17	2	66,67	1	33,33	0	0,00	0	0,00	3	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>68,18</b>	<b>43</b>	<b>19,55</b>	<b>15</b>	<b>6,82</b>	<b>12</b>	<b>5,45</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Encuesta aplicada

Pruebas de chi-cuadrado			
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
	238,04113	261	0,842

Se encontró que según edad y percepción de imagen corporal, el 68,18 % no presentan distorsión en la percepción de su imagen corporal, pero hay un 19,55 % y 6,82 % que si presentan leve y moderada preocupación sobre su imagen corporal, respectivamente. Según edad observamos que en el grupo de extrema preocupación resalta el grupo de edad de 15 y 16 años con 7,69 % y 6,45 % respectivamente, siendo similares porcentajes para moderada preocupación en la percepción de su imagen corporal, el estadístico chi<sup>2</sup> nos indica que no existe relación entre edad y percepción corporal ( $p > 0,05$ ).

**Tabla 11:**

**Distribución de la población según componente biológico en los trastornos de conducta alimentaria**

TRASTORNO BIOLÓGICO	N	%
NO (< 11 PUNTOS)	169	76,82
SI (>11 PUNTOS)	51	23,18
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta aplicada

En la presente tabla, se observa en relación al componente biológico que un 76.82 % no presenta signos de trastornos de conducta alimentaria y un 23,18 % si presenta signos de trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 12:**

**Distribución de la población según componente afectivo en los trastornos de conducta alimentaria**

TRASTORNO AFECTIVO	N	%
NO (< 5 PUNTOS)	28	12,73
SI (> 5 PUNTOS)	192	87,27
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta aplicada

En la presente tabla, se observa en relación al componente afectivo que un 87,27 % si presenta signos de trastornos de conducta alimentaria y un 12,73 % no presenta signos de trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 13:**

**Distribución de la población según componente cognitivo en los trastornos de conducta alimentaria**

TRASTORNO COGNITIVO	N	%
NO (< 5 PUNTOS)	26	11,82
SI (> 5 PUNTOS)	19	88,18
TOTAL	220	100,00

Fuente: Encuesta aplicada

En la presente tabla, se observa en relación al componente cognitivo que un 88.18 % si presenta signos de trastornos de conducta alimentaria y un 11.82 % no presenta signos de trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 14:**

**Distribución de la población según componente conductual en los trastornos de conducta alimentaria**

TRASTORNO CONDUCTUAL	N	%
NO (< 5 PUNTOS)	26	11,82
SI (> 5 PUNTOS)	194	88,18
TOTAL	220	100,00

Fuente: Encuesta aplicada

En la presente tabla, se observa en relación al componente conductual que un 88,18 % si presenta signos de trastornos de conducta alimentaria y un 11,82 % no presenta signos de trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 15:**

**Distribución de la población según componente social en los trastornos de conducta**

<b>TRASTORNO SOCIAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NO (&lt; 5 PUNTOS)</b>	102	46,36
<b>SI (&gt; 5 PUNTOS)</b>	118	53,64
<b>TOTAL</b>	220	100,00

**Fuente: Encuesta aplicada**

En la presente tabla, se observa en relación al componente social que un 53,64 % si presenta signos de trastornos de conducta alimentaria y un 46,36 % no presenta signos de trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de 3ero y 4to de educación secundaria de la I. E. "Francisco Antonio de Zela".