

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Relación entre la percepción de la imagen corporal y
la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de
colegios particulares, parroquiales y estatales,
Arequipa 2014**

Autor:

RÓSULO JUVENAL ASTO PACHECO

Trabajo de Investigación para optar el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

A Dios por darme la vida, por ser fuerza de seguir adelante, por ser luz y guía de mi camino, por estar ahí conmigo siempre y en todo momento, por envolverme de amor y protección cuando más lo necesito y por regalarme una familia maravillosa. A nuestra virgenita de Chapi por interceder mis suplicas.

A mi familia:

A mi madre Gladys, quién aquel día de mi ingreso a una nueva etapa en mi vida, en mi carrera; quedó grabado en mi mente y en mi corazón su sonrisa, su amor, su ilusión y toda su alegría. Y desde entonces ha sido incesante e incondicional apoyo en mi formación como persona y anhelo profesional.

A mi padre Róculo, por su paciencia, por compartir mi sueño desde un inicio, por ser fuerza y humildad, por enseñarme la grandeza de la sencillez.

A mis hermanos menores Rommel, Lizbeth y Nicole, pues bien saben que sin su paciencia y su comprensión, este año, como tantos ya, no hubiera sido posible esta realización. Este logro, es sobre todo, para ustedes.

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a mi amigo y compañero de la universidad Panchito y a su señora madre Mercedes Escobar, por su cariño, por su hospitalidad y por su valioso apoyo en momentos muy difíciles.

Quiero agradecer también a todos y cada uno de los que formaron parte de la realización de esta tesis:

Al Dr. Carlos Saavedra, por su tiempo y dedicación, su orientación, sus recomendaciones, sus enseñanzas y su capacidad de investigación.

A mi asesora, la Dra. Juana Cabala, por su gentileza, su coherencia y sus consejos.

Al Dr. Filiberto Guillen Camargo, por brindarme confianza, seguridad y su inapreciable amistad.

A mis jurados, la Dra. Ada del Carpio, la Dra. Yanyne Suarez y al Dr. Ervis Alvarado; por su paciencia, su comprensión y sobre todo por sus valiosas observaciones.

A directores, profesores y auxiliares de los colegios: I.E. Nuestra señora de Fátima, I.E. de Señoritas Arequipa y del I.E.P. Chaves de la Rosa. Mil gracias, sobre todo, a todas las adolescentes que han participado en el estudio ya que sin su colaboración no hubiera sido posible la presentación de esta tesis.

Finalmente, mi más sincero agradecimiento a la escuela de Medicina Humana de la UCSM, por las enseñanzas brindadas durante estos años de estudio.



*« Si tú dispones tu corazón,
y tiendes hacia Dios las manos;
si alguna iniquidad hay en tus manos, pero la apartas de ti,
y no consientes que en tu casa more la injusticia,
entonces levantarás tu rostro limpio de mancha,
serás fuerte y nada temerás.
Oblidarás tu miseria,
te acordarás de ella como de aguas que pasaron.
La vida te será más clara que el mediodía;
aunque oscurezca, será como la mañana.
Tendrás confianza, porque hay esperanza;
mirarás alrededor y dormirás seguro.
Te acostarás y no habrá quien te espante;
y muchos suplicarán tu favor.
Pero los ojos de los malos se consumirán;
no encontrarán refugio,
y toda su esperanza será dar su último suspiro.»*

Job 11:13-20 Reina-Valera 1995 (RVR1995)

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: Material y Métodos	5
CAPITULO II: Resultados	12
CAPITULO III: Discusión y Comentarios.....	33
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	62
ANEXO 1: Ficha de Recolección de Datos.....	63
ANEXO 2: Cuestionario BSQ.....	64
ANEXO 3: Eating Attitudes Test (EAT – 26).....	66
ANEXO 4: Información y Compromiso de Confidencialidad	68
ANEXO 5: Consentimientos Informados.....	69
ANEXO 6: Autorización de Colegios.....	70
ANEXO 7: Matriz de Sistematización de Información	73
ANEXO 8: Proyecto de Investigación	74

ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa

APA: American Psychiatric Association

BITE: Test de Bulimia de Edimburgo

BN: Bulimia Nerviosa

BSQ: Body Shape Questionnaire

CDRS: Contour Drawing Rating Scale

ChR: “Chaves de la Rosa”

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición-Texto revisado

EAT-26: Eating Attitude Test de 26 items

EAT-40: Eating Attitude Test de 40 items

EDI: Eating Disorders Inventory

I.E.: Institución Educativa

I.E.P.: Institución Educativa Privada

ICA: Inventario de Conductas Alimenticias

IMC: Índice de Masa Corporal

NSF: “Nuestra Señora de Fátima”

PNP: Policía Nacional del Perú

TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria

RESUMEN

Antecedente: La percepción de la imagen corporal en mujeres adolescentes puede influir en sus conductas alimentarias

Objetivo: establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa.

Métodos: Se aplicó el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire), y el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) así como una ficha de datos. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relacionan variables con el coeficiente de correlación lineal de Pearson y el coeficiente de Spearman.

Resultados: En total 258 estudiantes cumplieron los criterios de selección. El 40.31% de ellas eran de la I.E. Arequipa, el 35.27% eran de la I.E. Nuestra Señora de Fátima, y 24.42% de la I.E. Chaves de la Rosa. La edad promedio de las participantes fue de 15.18 años. En la mayor parte del total de adolescentes evaluadas el estado nutricional era normal, con 4.26% de adolescentes adelgazadas, y 6.20% del total con sobrepeso. No se observaron diferencias significativas entre las instituciones educativas ($p > 0.05$). Con la aplicación del cuestionario BSQ a las adolescentes se encontró una frecuencia global de insatisfacción corporal de 22.09%, sin diferencias significativas entre las tres instituciones ($p > 0.05$). Luego de la aplicación del instrumento EAT-26, se encontró riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en un 12.40% del total de participantes, sin diferencias significativas entre las instituciones ($p > 0.05$). Se observó una alta correlación directa entre los puntajes de ambos cuestionarios en las estudiantes, ($r = 0.69$; $p < 0.05$), con una influencia de la imagen corporal de 47.64% sobre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

Conclusión: La frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres en edad escolar es baja, con relativamente alta insatisfacción corporal y elevada relación entre ambas variables.

PALABRAS CLAVE: imagen corporal – BSQ – trastornos de la conducta alimentaria – EAT-26 – adolescentes – mujeres.

ABSTRACT

Background: The perception of body image in adolescent girls may influence eating disorders.

Objective: To establish the relationship between the perception of body image and eating behavior in adolescent girls from private, parochial and public schools of Arequipa.

Methods: The questionnaire BSQ (Body Shape Questionnaire) and the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) and a data sheet was applied. Results were compared using chi square test and variables with linear correlation coefficient of Pearson and Spearman coefficient are related.

Results: A total of 258 students met the selection criteria. The 40.31% of them were of the IE: Arequipa, 35.27% were the EI Our Lady of Fatima, and 24.42% of the I.E. Chaves de la Rosa. The average age of participants was 15.18 years. In most of all adolescents assessed the nutritional status was normal, with 4.26% of adolescents thinned, and 6.20% of total overweight. No significant differences between educational institutions ($p > 0.05$) were observed. With the application of the questionnaire BSQ adolescent there was an overall frequency of body dissatisfaction 22.09%, with no significant differences between the three institutions ($p > 0.05$). After application of the instrument EAT-26, risk of eating disorders was found in 12.40% of the total participants, with no significant differences between institutions ($p > 0.05$). A direct correlation between high scores on both questionnaires students was observed ($r = 0.69$, $P < 0.05$), with an influence of body image of 47.64% on the risk of eating disorders.

Conclusion: The frequency of eating disorders in adolescent girls of school age is low, with relatively high body dissatisfaction and high relationship between the two variables.

KEYWORDS: body image - BSQ - disorders of eating behavior - EAT-26 - adolescents - female.



Introducción

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando en la niñez, pero es en el periodo de la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima, sobre todo en la adolescencia. La distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o incluso de manera desproporcionadas de lo que realmente son.

La percepción de la imagen corporal puede verse influida por muchos factores, entre ellos la presión social del entorno, por lo que la formación en la etapa secundaria y el entorno social y económico pueden ser factores importantes que influyan en las alteraciones de la percepción de la imagen corporal y en actitudes de conducta alimentaria, sobre todo en mujeres.

Esta autopercepción que se va formando en la niñez se consolida en la etapa de la adolescencia, donde puede relacionarse a conductas de evitación de ciertos alimentos o a la realización de ejercicios con el fin de mantener o disminuir el peso corporal, llevando a actitudes de riesgo como la anorexia o la bulimia.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen uno de los principales motivos de consulta psiquiátrica en adolescentes y predomina sobre todo en el sexo femenino. La preocupación por el aspecto físico guarda relación con estos

desordenes y se acentúan durante la adolescencia. La tendencia a estar delgada, como respuesta a la presión social se ha convertido en sinónimo de “ser popular”, de éxito, de aceptación, de belleza; situación que lleva a adoptar una serie de comportamientos inadecuados con respecto a su alimentación, poniendo en riesgo su salud.

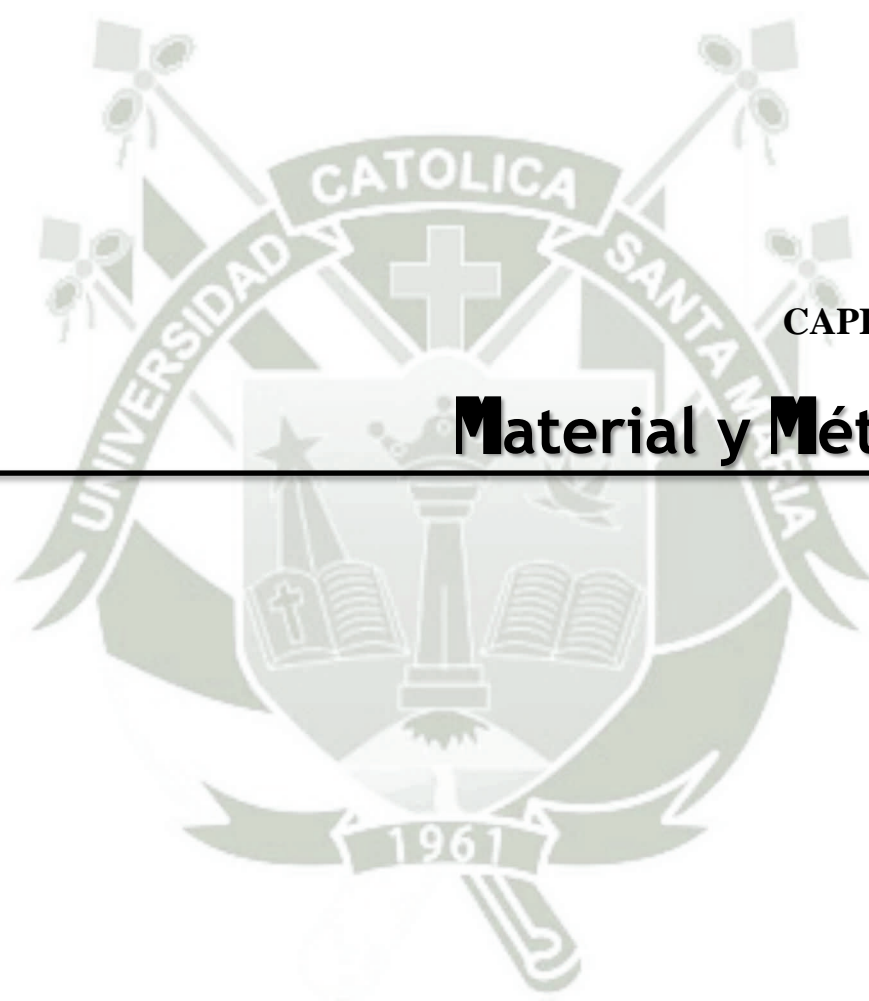
En nuestro medio no se hallaron investigaciones, que relacionen la insatisfacción corporal y los trastornos de conducta alimentaria, al menos no en disponibilidad, sobre todo en adolescentes. Por lo tanto, el presente estudio representa una de las primeras aproximaciones de este tipo de trastornos en adolescentes peruanas y específicamente arequipeñas. No obstante, los resultados deben tomarse con cautela debido a ciertas limitantes, por ejemplo: el tratarse de un estudio trasversal, el reducido tamaño de la muestra que por ende no es posible generalizar los resultados y el que no se haya analizado variables como el nivel socioeconómico, la realización de ejercicios como medida de control del peso, entre otros.

Desde la perspectiva del médico, preservar la salud es a *priori*. Dada la importancia en salud, de estos trastornos y su creciente incidencia a lo largo de las últimas décadas en la que no podemos ser ajenos a esa realidad preocupante que involucra también a muchas adolescentes de nuestro medio. Estos trastornos podrían estar en su hogar, en una hermana, una hija o un familiar; adolescentes que podrían verse afectadas sin un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.

Por tal razón, más allá de una experiencia familiar o social, nace el interés personal de realizar un estudio que intencionadamente busque la presencia de adolescentes con riesgo de trastornos de conducta alimentaria y que además estén

relacionados con insatisfacción de su imagen corporal. Por lo tanto, la realización de este tipo de estudios arrojará información relevante para la detección oportuna de adolescentes con este riesgo. Además, no solo nos permitirá demostrar tal presencia, sino que también invitará a reflexionar a los profesionales de salud u organizaciones sobre la situación actual de estos trastornos y de este modo, estimular la realización de programas o estrategias de prevención que puedan llegar a reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar el pronóstico.

En este sentido, se plantea estudiar la relación entre la conducta alimentaria y las alteraciones de la percepción de la imagen corporal en adolescentes mujeres de secundaria de colegios con gestión estatal, privada y parroquial. Investigaciones como ésta, no solo ponen en evidencia la frecuencia de trastornos alimentarios entre las adolescentes, sino que también permitirá conocer la relación que existe con la insatisfacción de la imagen corporal, que es el objeto principal de este estudio.



CAPITULO I:

Material y Métodos

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario de Imagen corporal BSQ (Anexo 2) y el test de actitudes alimentarias, Eating Attitudes Test (EAT – 26) (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en tres instituciones educativas de Arequipa, una con gestión particular (I.E.P. “Chaves de la Rosa”), una de gestión estatal (I.E. “Arequipa”) y otra de gestión parroquial (I.E. “Nuestra Señora de Fátima).

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Marzo y Abril 2014.

Unidades de estudio: Adolescentes mujeres de educación secundaria de las instituciones educativas particular (I.E.P. “Chaves de la Rosa”), estatal (I.E. “Arequipa”) y parroquial (I.E. “Nuestra Señora de Fátima”).

Población: Todas las adolescentes mujeres que acuden a las tres instituciones educativas.

Muestra: conformada por 266 estudiantes de las 3 instituciones. De cuarto y quinto año de secundaria (2 secciones por cada grado) de las instituciones educativas estatal “Arequipa” y parroquial “Nuestra señora de Fátima” y de tercero a quinto (1 sección por grado) de la institución privada “Chaves de la Rosa”; se decidió incluir el 3er año de secundaria en esta última, debido a que este colegio solo cuenta con una sección por grado. Las participantes debieron cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Sexo femenino
- Edad de 12 a 17 años.
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio de campo.
4. **Nivel de investigación:** Es un estudio relacional analítico, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó la autorización de los directores de las tres instituciones educativas para acceder a las unidades de estudio. Una vez autorizado el permiso se procedió a entregar el consentimiento informado, dirigido a los adolescentes y padres o apoderados. Se coordinó con los docentes para aplicar los instrumentos en momentos que no interfieran con las clases. Se explicó a las adolescentes la forma de llenado de los instrumentos y se les entregó para su llenado, con la colaboración de un grupo de encuestadores que ayudarán en la recolección.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

El Cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire). Fue diseñado por Cooper et al. en 1987 y adaptado a población española por Raich et al. (1996a) con la finalidad de disponer de un instrumento que mida el grado de preocupación sobre la imagen corporal. Se trata de un cuestionario de 34 ítems, de respuesta según una

escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados. La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patológica una puntuación superior a 105 al final del test. Cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre la persona sobre su figura corporal. (Castrillón D et al., 2007; Ramón F, 2010; Vázquez R et al., 2011)

Eating Attitudes Test-26 (EAT-26). Test hacia las actitudes alimentarias. La versión abreviada del EAT (EAT-26), diseñado por Garner et al., 1982 a partir del análisis factorial de la versión original EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979) y validada en castellano por Castro y cols., 1991. Es la herramienta auto administrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios. Posee una alta correlación con la original y además similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ($r = 0.98$).

Contiene 26 ítems con seis posibilidades de respuesta, puntuables de 0 a 3, de las que se debe escoger una sola. Además, se puede hallar 3 sub-escalas que se obtienen por agrupaciones de ítems e indican el factor predominante. Las 3 sub escalas son: Restricción alimentaria, Bulimia (preocupación por la comida) y Control oral (autocontrol en la comida). (De Irala J et al., 2008; Talavera S, 2009; Prado J et al., 2014; Constaín G et al., 2014)

La subescala *dieta* (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25); subescala *bulimia* (ítems 3, 4, 9, 18, 21, 26) y subescala *control oral* (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Informa de la presencia de riesgo de trastorno alimentario y puede ser un instrumento de cribado eficiente como parte de un estudio de dos fases en que aquellos sujetos que obtienen una puntuación por encima del **punto de corte** de 20

que pueden ser remitidos a una entrevista diagnóstica. (De Irala J et al., 2008; Talavera S, 2009; Prado J et al., 2014; Constaín G et al., 2014)

El EAT era inicialmente un test para la anorexia nerviosa, pero actualmente se utiliza para detectar trastornos alimentarios en general. Los resultados demostraron que no era una buena herramienta diagnóstica pero sí era útil para detectar poblaciones de riesgo e individuos con preocupación anormal por la dieta y el peso. Ha sido y sigue siendo muy utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. Mide actitudes y conductas de riesgo para desarrollar un TCA, analizando aspectos como preocupación por la imagen corporal, comida, dietas, comer a escondidas, vómitos y laxantes, y su percepción de la presión social para controlar el peso. (Ramón F, 2010; Rivas T et al. 2010, Rivas T et al., 2010; Franco K et al., 2011; Salazar Z, 2012)

Estudios recientes en países latinoamericanos, utilizan el EAT-26 como herramienta de criba para detectar sujetos de riesgo de trastornos alimentarios. (Prado J et al., 2014; Constaín G et al., 2014)

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

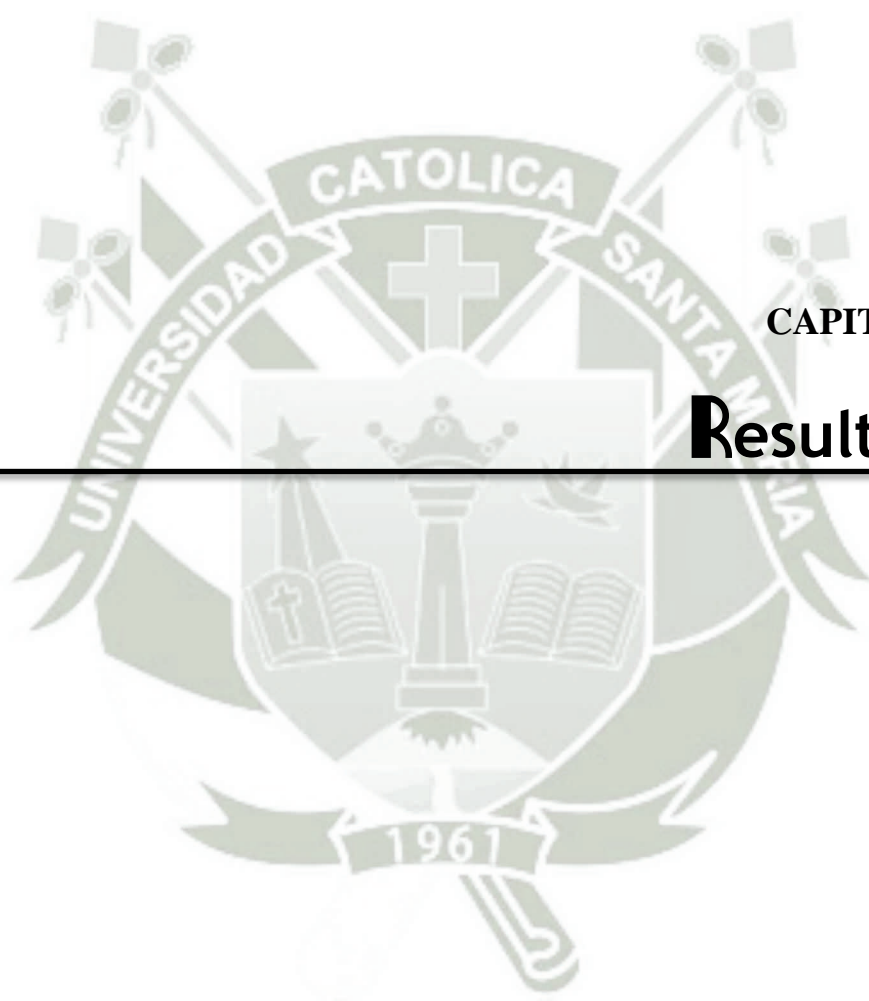
El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre grupos independientes, se empleará la prueba Chi cuadrado; la relación entre las variables se evaluará mediante el coeficiente de correlación de Pearson (para los puntajes de las escalas BSQ y TCA) y con el coeficiente de asociación de Spearman (para sus valoraciones categóricas). Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

CAPITULO II:

Resultados



**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 1

Distribución de estudiantes según colegio de procedencia

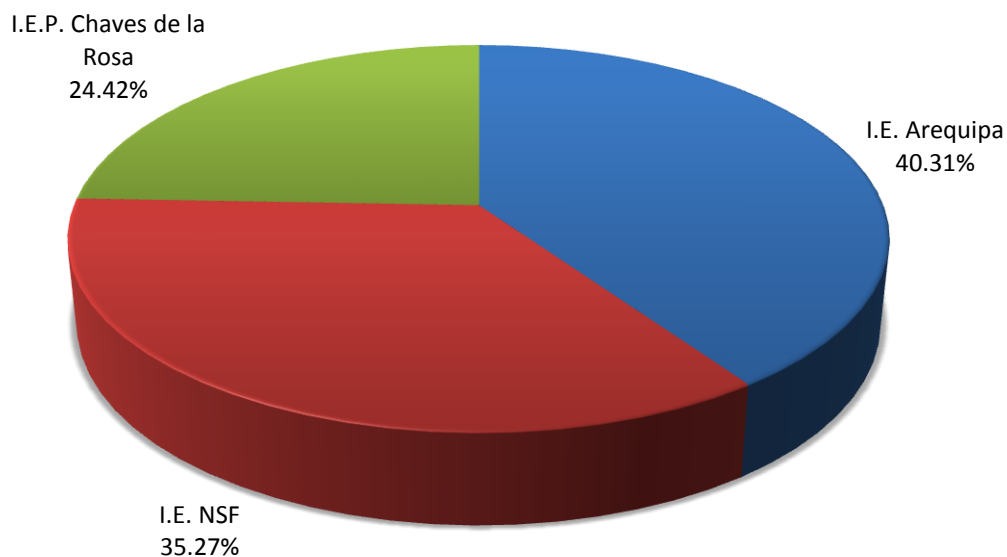
	N°	%
I.E. Arequipa	104	40.31%
I.E. Nuestra Señora de Fátima	91	35.27%
I.E.P. Chaves de la Rosa	63	24.42%
Total	258	100.00%

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las estudiantes de las instituciones educativas estudiadas. En total 258 estudiantes cumplieron los criterios de selección. El 40.31% de ellas pertenecen a la I.E: Arequipa, el 35.27% a la I.E. Nuestra Señora de Fátima, y 24.42% a la I.E.P. Chaves de la Rosa.

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Gráfico 1

Distribución de estudiantes según colegio de procedencia



* NSF: Nuestra Señora de Fátima



**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 2

Distribución de estudiantes según edad e institución educativa

Edad	I.E. Arequipa		I.E. NSF*		I.E.P. ChR**		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12 años	0	0.00%	0	0.00%	1	1.59%	1	0.39%
13 años	0	0.00%	0	0.00%	7	11.11%	7	2.71%
14 años	16	15.38%	9	9.89%	20	31.75%	45	17.44%
15 años	48	46.15%	38	41.76%	21	33.33%	107	41.47%
16 años	29	27.88%	44	48.35%	14	22.22%	87	33.72%
17 años	11	10.58%	0	0.00%	0	0.00%	11	4.26%
Total	104	100.00%	91	100.00%	63	100.00%	258	100.00%

* NSF: Nuestra Señora de Fátima

** ChR: Chaves de la Rosa

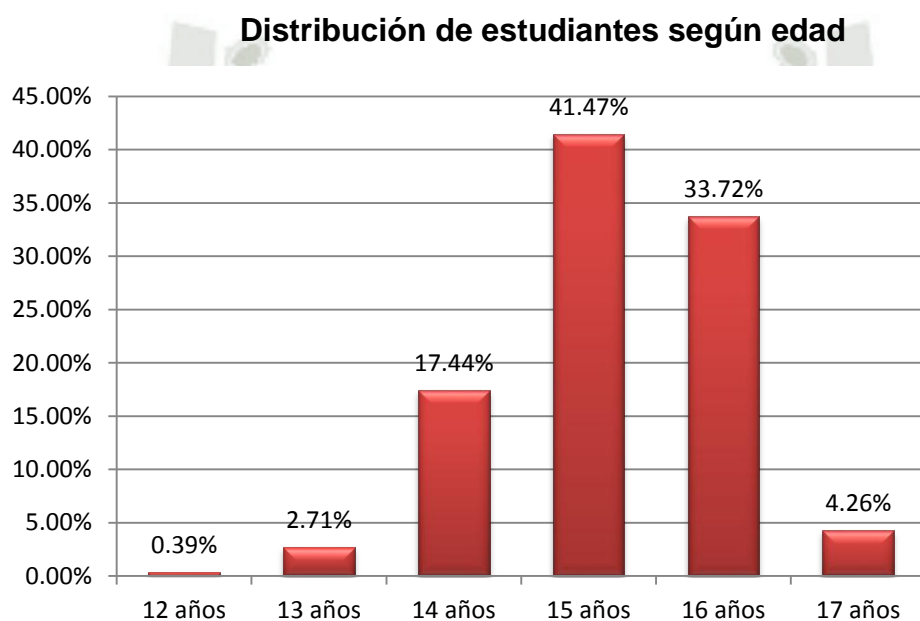
Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- I.E. Arequipa: 15.34 \pm 0.87 años (14 – 17 años)
- I.E. Fátima: 15.38 \pm 0.66 años (14 – 16 años)
- I.E.P. Chaves de la R.: 14.63 \pm 1.00 años (12 – 16 años)

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestran la edad de las participantes; en total de las tres instituciones educativas, el 3.10% de las estudiantes de secundaria corresponden a edades de 12 y 13 años de edad, 17.44% de 14 años, 41.47% de 15 años, 33.72% de 16 años y un 4.26% de estudiantes se encuentran a una edad de 17 años. La edad promedio de las participantes fue de 15.18 años.

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Gráfico 2



Edad = 15.18 ± 0.89 años (12 -17 años)

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 3

**Distribución de estudiantes según estado nutricional e institución
educativa**

IMC	I.E. Arequipa		I.E. NSF*		I.E.P ChR**		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adelgazado	2	1.92%	6	6.59%	3	4.76%	11	4.26%
Normal	94	90.38%	79	86.81%	58	92.06%	231	89.53%
Sobrepeso	8	7.69%	6	6.59%	2	3.17%	16	6.20%
Total	104	100.00%	91	100.00%	63	100.00%	258	100.00%

* NSF: Nuestra Señora de Fátima

** ChR: Chaves de la Rosa

$\chi^2 = 3.99$

G. libertad = 4

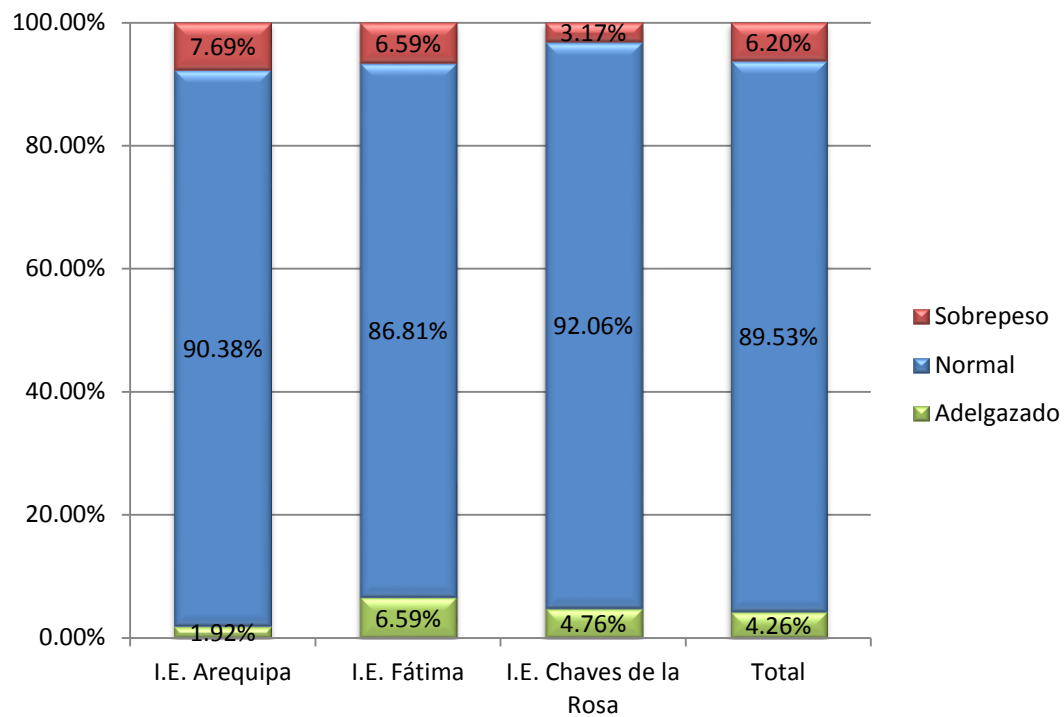
p = 0.41

En relación al estado nutricional, evaluado por el IMC (**Tabla y Gráfico 3**), según los criterios de la OMS en la mayor parte del total de adolescentes evaluadas el estado nutricional resultó normal, con 4.26% de adolescentes adelgazadas, y 6.20% del total con sobrepeso. No se observaron diferencias significativas entre las instituciones educativas ($p > 0.05$).

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES, PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 3

Distribución de estudiantes según estado nutricional e institución educativa



**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 4

**Distribución de estudiantes según resultados del BSQ e institución
educativa**

BSQ	I.E. Arequipa		I.E. NSF*		I.E.P. ChR**		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	77	74.04%	69	75.82%	55	87.30%	201	77.91%
Insatisfacción	27	25.96%	22	24.18%	8	12.70%	57	22.09%
Total	104	100.00%	91	100.00%	63	100.00%	258	100.00%

* NSF: Nuestra Señora de Fátima

** ChR: Chaves de la Rosa

$\chi^2 = 4.36$

G. libertad = 2

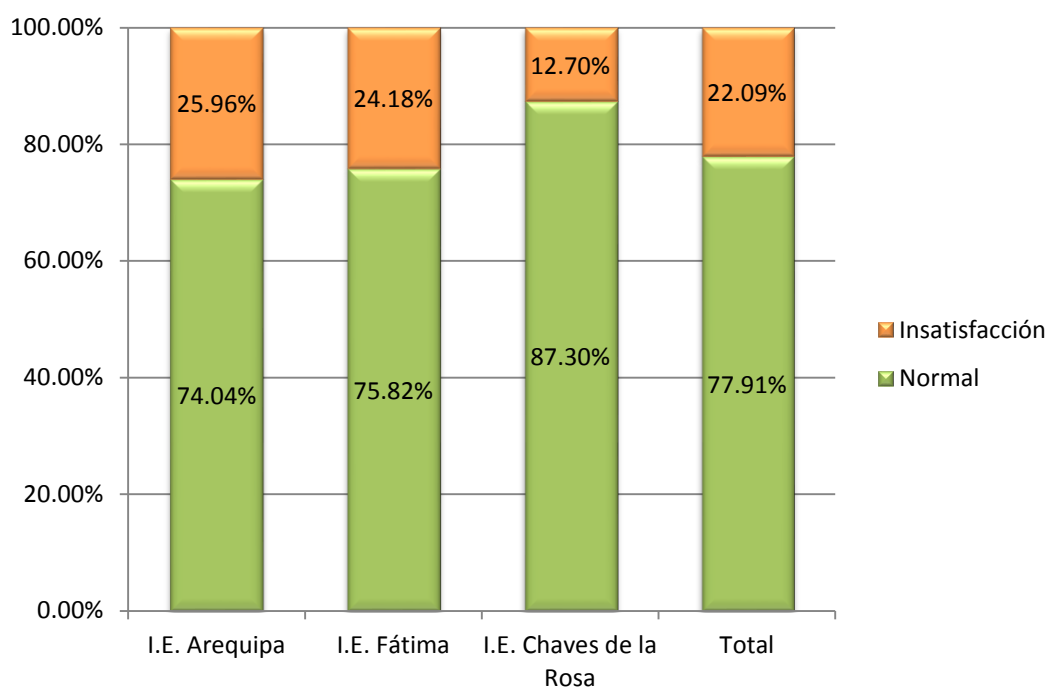
$p = 0.11$

En la **Tabla y Gráfico 4** se aprecia los resultados de la aplicación del cuestionario BSQ a las adolescentes de las tres instituciones educativas; aunque se observa una tendencia a mayor insatisfacción con la imagen corporal en la I.E. Arequipa (25.96%) que en la I.E. Fátima (24.18%) y la I.E.P. Chaves de la Rosa (12.70%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), con una frecuencia global de insatisfacción corporal de 22.09%.

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Gráfico 4

**Distribución de estudiantes según resultados del BSQ e institución
educativa**



**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 5

**Distribución de estudiantes según resultados del EAT-26 e institución
educativa**

EAT	I.E. Arequipa		I.E. NSF*		I.E.P. ChR**		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin riesgo	91	87.50%	77	84.62%	58	92.06%	226	87.60%
Riesgo	13	12.50%	14	15.38%	5	7.94%	32	12.40%
Total	104	100.00%	91	100.00%	63	100.00%	258	100.00%

* NSF: Nuestra Señora de Fátima

** ChR: Chaves de la Rosa

$\chi^2 = 1.90$

G. libertad = 2

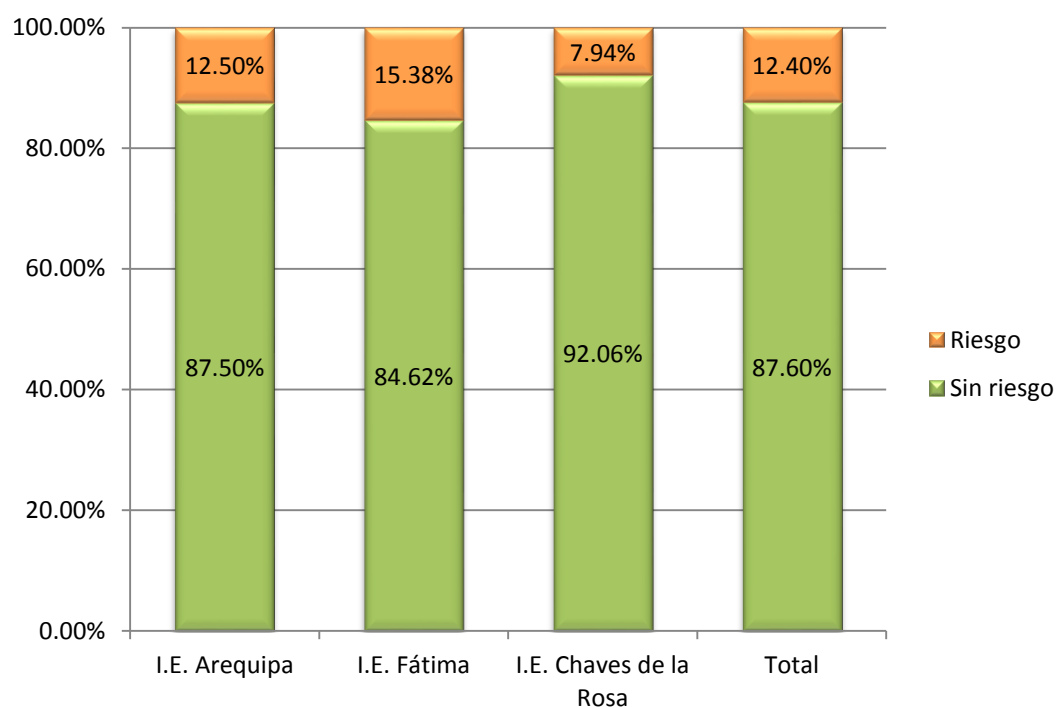
$p = 0.39$

Los trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes de los 3 colegios, se estudió mediante el EAT-26. En cuanto a los resultados de la aplicación de este instrumento en las adolescentes del presente estudio registrados en la **Tabla y Gráfico 5**, se encontró riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en un 12.40% del total de participantes, con menor proporción en la I.E.P. Chaves de la Rosa (7.94%) y mayor en la I.E. Fátima (15.38%), siendo de 12.50% en la IE Arequipa, aunque con diferencias no significativas ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Gráfico 5

**Distribución de estudiantes según resultados del EAT-26 e institución
educativa**



RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Tabla 6

Distribución de estudiantes según tipo de riesgo del EAT-26 e
institución educativa

Riesgo EAT	I.E. Arequipa		I.E. NSF		I.E. ChR		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bulimia	3	23.08%	2	14.29%	1	20.00%	6	18.75%
Dieta	4	30.77%	8	57.14%	3	60.00%	15	46.88%
Control Oral	6	46.15%	4	28.57%	1	20.00%	11	34.38%
Total	13	100.00%	14	100.00%	5	100.00%	32	100.00%

* NSF: Nuestra Señora de Fátima

** ChR: Chaves de la Rosa

$\chi^2 = 2.46$

G. libertad = 4

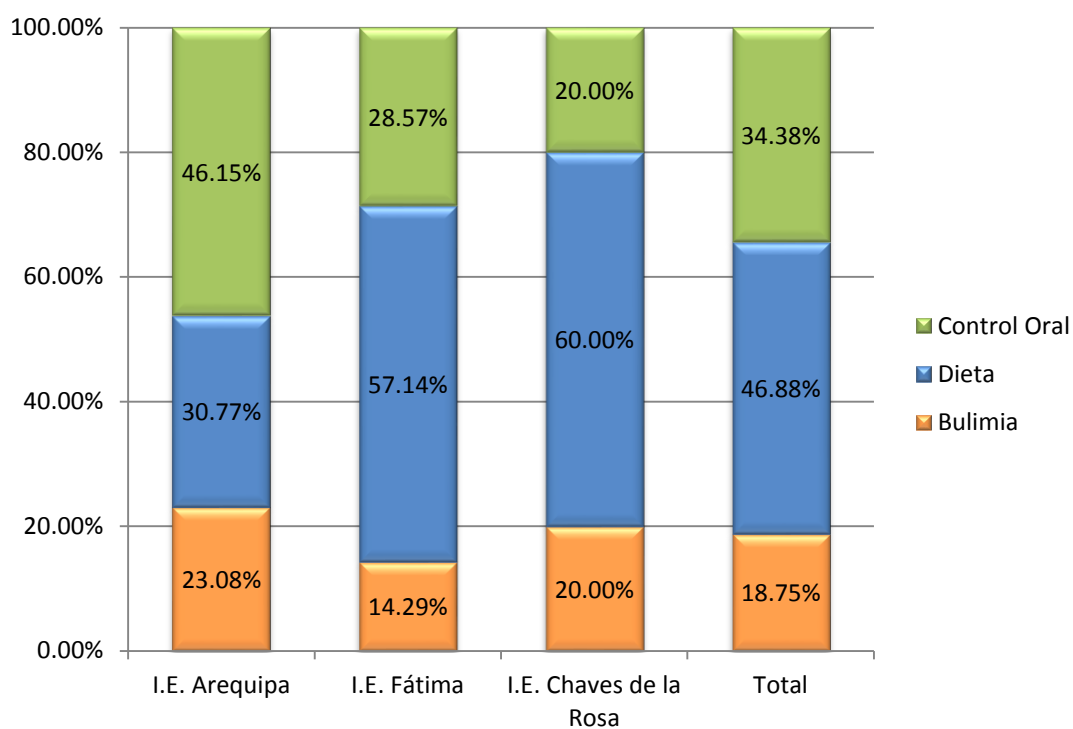
$p = 0.65$

En cuanto a las subescalas del EAT-26 obtenidas en el presente estudio, hubo mayor frecuencia de *control oral* en la I.E. Arequipa (46.15%), y de realización de *dieta* en la I.E. Fátima (57.14%) y en la I.E.P. Chaves de la Rosa (60%); la frecuencia de riesgo de *bulimia* fue de 23.08% en la I.E. Arequipa, de 20% en la I.E.P. Chaves de la Rosa y de 14.29% en la I.E. Fátima tal como se muestra en **Tabla y Gráfico 6**. En forma global estas subescalas, demuestra que el factor predominante en los tres colegios para este estudio es la *restricción alimentaria o dieta* presentes en el 46.88% de adolescentes con riesgo a TCA.

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES, PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 6

Distribución de estudiantes según tipo de riesgo del EAT-26 e institución educativa



**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 7

**Asociación entre la percepción de la figura corporal con la actitud
alimentaria en las estudiantes evaluadas**

BSQ	EAT Riesgo		EAT Sin riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Insatisfacción	27	10.47%	30	11.63%	57	22.09%
Normal	5	1.94%	196	75.97%	201	77.91%
Total	32	12.40%	226	87.60%	258	100.00%

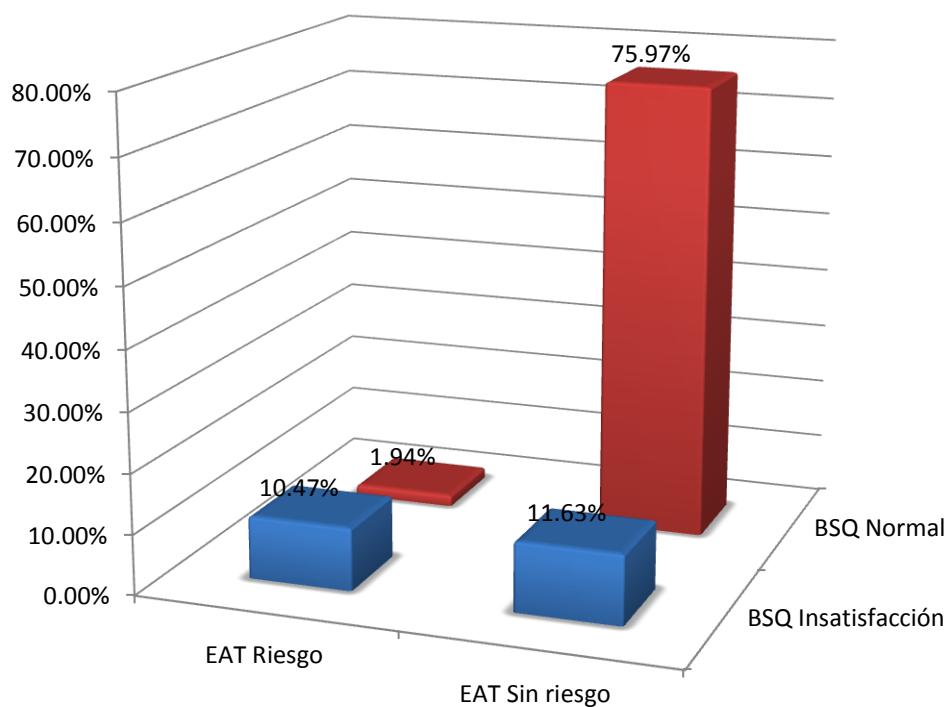
$\chi^2 = 82.33$ G. libertad = 1 $p < 0.05$

La **Tabla y Gráfico 7** muestran la relación entre la satisfacción con la imagen corporal y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; el 75.97% de mujeres tuvieron una imagen corporal normal y ausencia de riesgo de trastornos, y un 10.47% tiene tanto alteraciones de la percepción de su imagen con alto riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; las diferencias son significativas ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES, PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 7

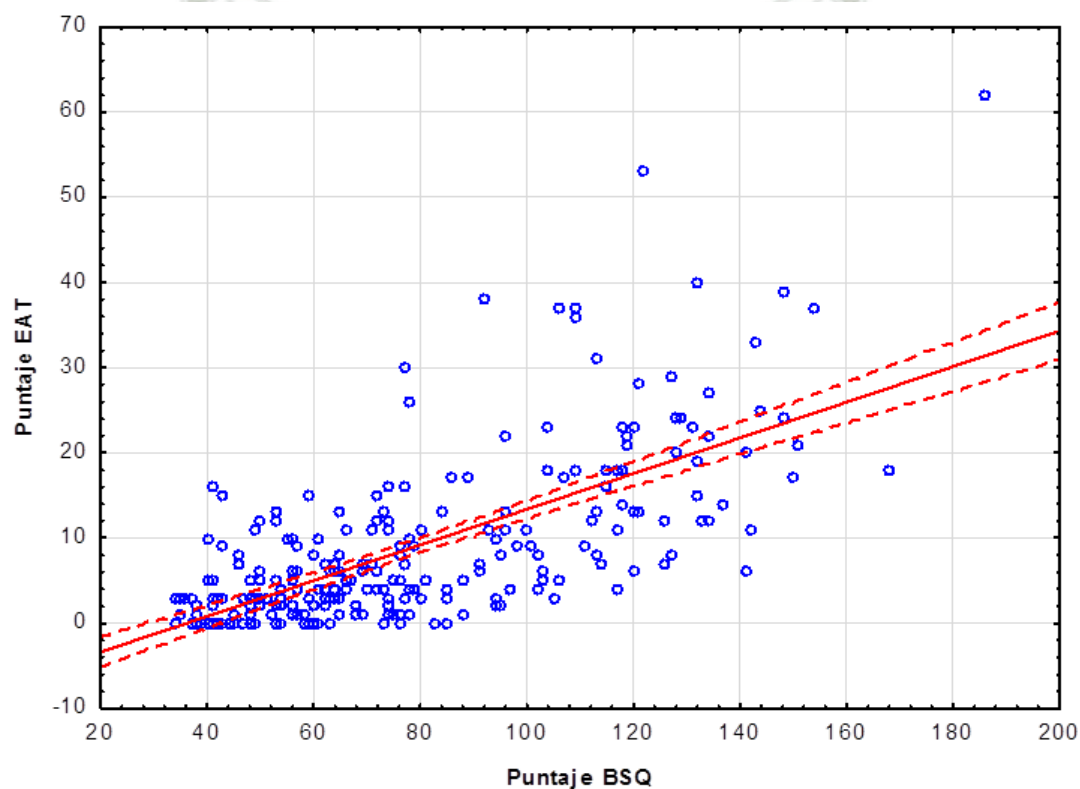
Asociación entre la percepción de la figura corporal con la actitud alimentaria en las estudiantes evaluadas



RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES, PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 8

Correlación entre los puntajes de percepción de la figura corporal con la actitud alimentaria en las estudiantes evaluadas



Ecuación de regresión: $y = +0.2094(x) - 7.5713$

Coef. de correlación: $r = 0.6902$ $p < 0.05$

Coef. de determinación: $r^2 = 47.64\%$

En el **Gráfico 8** se observa una alta correlación directa entre los puntajes de ambos cuestionarios en las estudiantes ($r = 0.69$), siendo esta relación significativa y con una influencia de la imagen corporal de 47.64%, sobre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Tabla 8

**Asociación entre la percepción de la figura corporal con el tipo de
riesgo de actitud alimentaria en las estudiantes evaluadas**

BSQ	Bulimia		Control oral		Dieta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	0	0.00%	2	6.25%	3	9.38%	5	15.63%
Insatisfacción	6	18.75%	9	28.13%	12	37.50%	27	84.38%
Total	6	18.75%	11	34.38%	15	46.88%	32	100.00%

$\chi^2 = 1.38$

G. libertad = 2

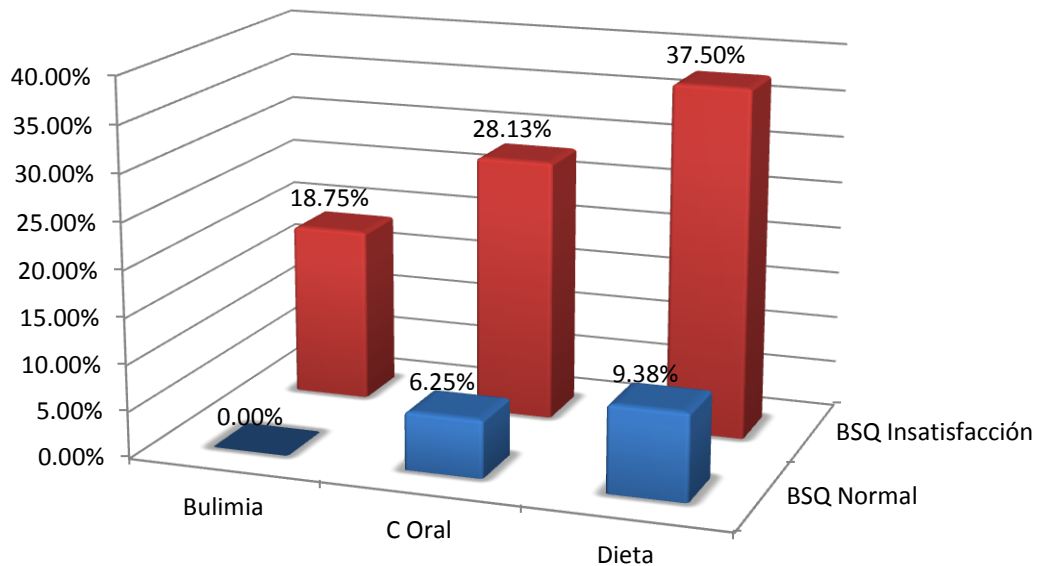
$p = 0.50$

La relación entre las subescalas del EAT-26 (Bulimia, Control oral y Dieta) como factores de riesgo de TCA y la percepción de la imagen corporal es analizada en la **Tabla 8** y representados en el **Gráfico 9**. Dichas subescalas resultan un 18.75%, 28.13% y 37.5% respectivamente, conformando así un 84.38% del total de mujeres con riesgo de TCA (N=32) que muestran insatisfacción corporal. No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los 3 factores al relacionarlos con la percepción de imagen corporal.

**RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014**

Gráfico 9

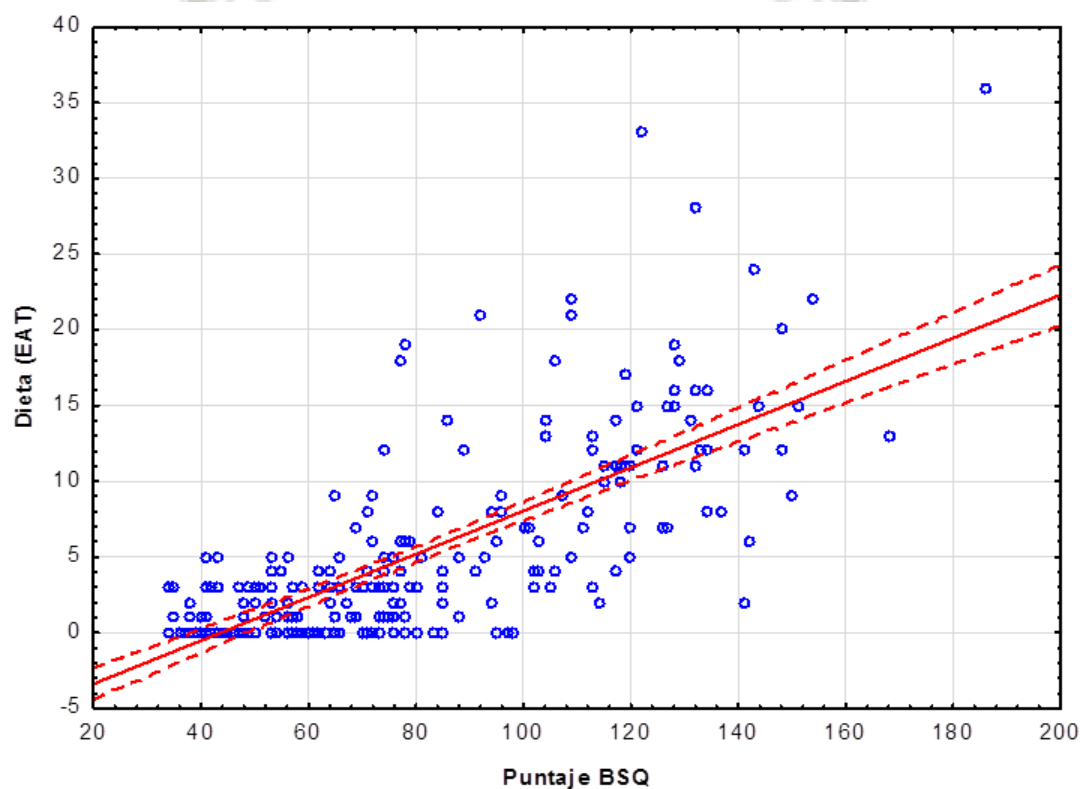
**Asociación entre la percepción de la figura corporal con el tipo de
riesgo de actitud alimentaria en las estudiantes evaluadas**



RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 10

Correlación entre los puntajes de percepción de la figura corporal con
los de riesgo de actitud alimentaria (dieta) en las estudiantes evaluadas



Ecuación de regresión: $y = +0.1427(x) - 6.2228$

Coef. de correlación: $r = 0.7403$ $p < 0.05$

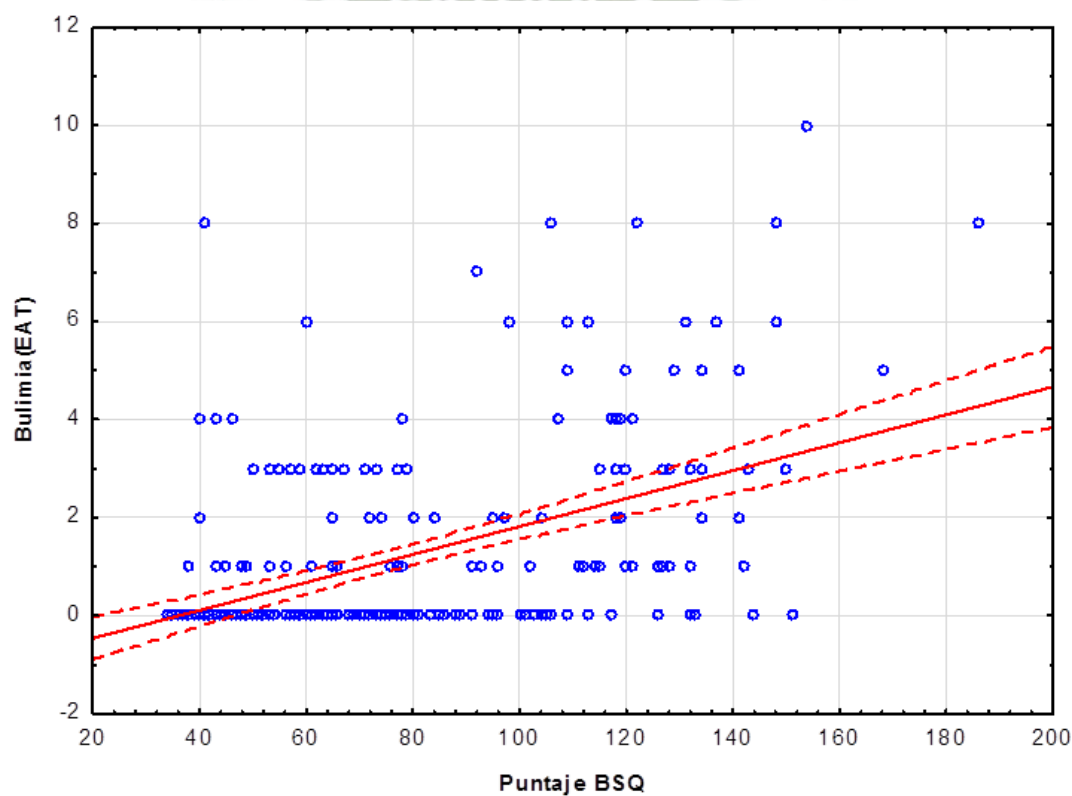
Coef. de determinación: $r^2 = 54.80\%$

En el **Gráfico 10**, podemos apreciar la correlación directa entre el factor *dieta* y el puntaje del BSQ, nótese además la alta cifra obtenida del coeficiente de correlación ($r = 0.74$).

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 11

Correlación entre los puntajes de percepción de la figura corporal con
los de riesgo de actitud alimentaria (bulimia) en las estudiantes
evaluadas



Ecuación de regresión: $y = +0.0285(x) - 1.0285$

Coef. de correlación: $r = 0.4705$ $p < 0.05$

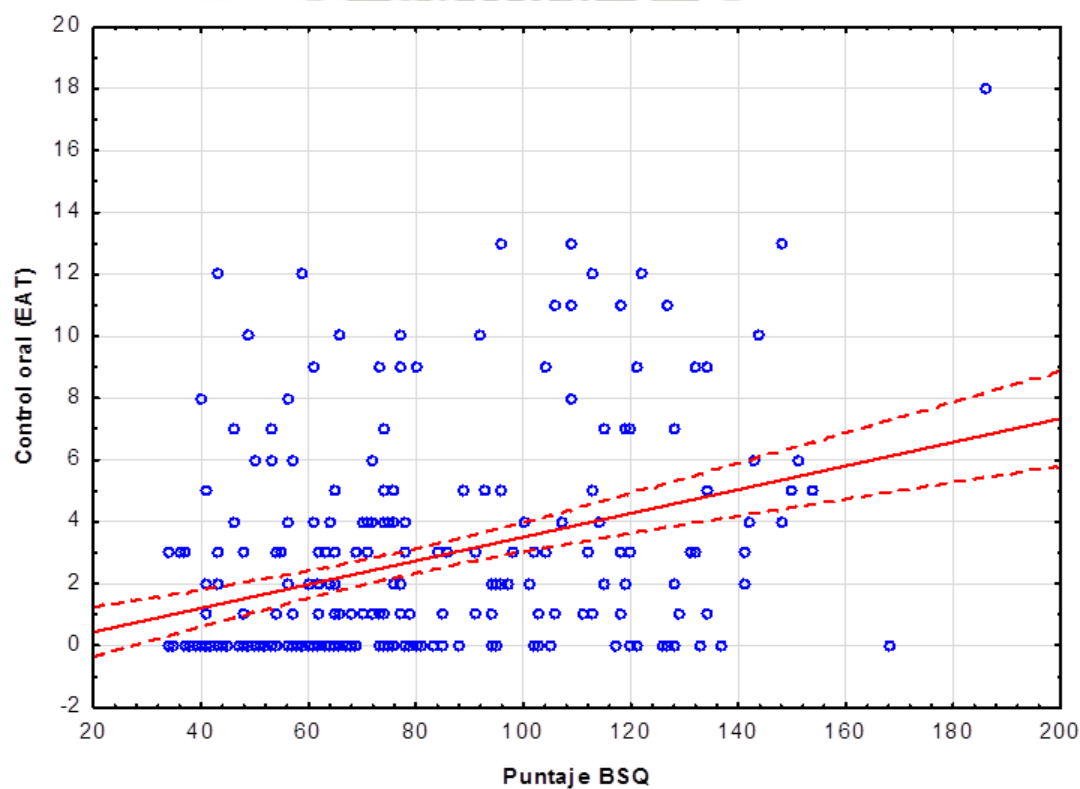
Coef. de determinación: $r^2 = 22.14\%$

La correlación directa apreciada en el **Gráfico 11** entre el factor *bulimia* y el puntaje del BSQ, estadísticamente arroja un valor de 0.47 de coeficiente.

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES DE COLEGIOS PARTICULARES,
PARROQUIALES Y ESTATALES, AREQUIPA 2014

Gráfico 12

Correlación entre los puntajes de percepción de la figura corporal con
los de riesgo de actitud alimentaria (control oral) en las estudiantes
evaluadas



Ecuación de regresión: $y = +0.0383(x) - 0.3200$

Coef. de correlación: $r = 0.3616$ $p < 0.05$

Coef. de determinación: $r^2 = 13.07\%$

Finalmente en el **Gráfico 12**, se aprecia también la correlación directa entre el factor *control oral* y el puntaje BSQ, obteniéndose un coeficiente de 0.36 de correlación.

CAPITULO III:

Discusión y Comentarios

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa 2014. Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, la gravedad de la sintomatología, resistencia al tratamiento y porque se presentan cada vez en edades más tempranas, estableciéndose hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente. Por lo tanto, este tema es relevante.

Por su parte, las relaciones sociales y los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo “ideal de belleza” vinculado al “ideal de delgadez”; de tal manera que, la preocupación por el peso, la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios se han ido instaurando en las diferentes instituciones educativas de las adolescentes. Si bien es actualmente extenso el conocimiento en cuanto a imagen corporal y los trastornos de conducta alimentaria de tipo *anorexia* o *bulimia nerviosa*; en nuestro medio, han pasado de ser poco conocidos por muchos profesionales médicos, en los diferentes niveles de atención, a ser objetos de estudio en innumerables investigaciones, despertando por diversos motivos, un gran interés en medios sanitarios y sociales. Sin embargo, los estudios de estos trastornos, dirigidos a una población adolescente son escasos, sobre todo a una adolescencia

temprana; menos aún son los estudios que relacionen estos desórdenes alimenticios con la percepción de la imagen corporal.

Sánchez V.A., et al. (2001), sugiere que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), argumentan que en algunos estudios se ha demostrado que entre más afectado emocionalmente se encuentre un adolescente, menos soportará su apariencia física y por ende será más susceptible a desarrollar trastornos alimentarios.

Esta situación conlleva a una evaluación de los TCA, como realidades clínicas de gran interés sociosanitario, el cual obliga preguntarnos ¿Qué está haciendo el sistema de salud en nuestro país, en cuanto a tratamiento o medidas preventivas con respecto a esta enfermedad? o ¿Qué programas o estrategias de prevención se están realizando en las diferentes instituciones educativas?; probablemente ninguna. Sin embargo, cabe mencionar que algunos colegios, a pesar de contar con profesionales de salud mental, poco o nada se hace en la prevención y detección de estos trastornos entre sus estudiantes.

Para tal fin se evaluaron a todas las estudiantes de los 3 colegios, aplicando el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire), y el Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) así como una ficha de datos. Se comparan resultados mediante prueba Chi cuadrado y se relacionan variables con el coeficiente de correlación lineal de Pearson y el coeficiente de Spearman.

Todas las adolescentes expresaron su voluntad de participar a partir de un consentimiento informado dirigido a los padres o apoderados. Un total de 258

encuestas cumplieron los criterios de selección, el resto fueron eliminados. El promedio de alumnas por aula fue de 24. De este total de participantes, tal como se puede distinguir en la **Tabla 1**, el 40.31% corresponde a la I.E. “Arequipa”, 35.27% a la I.E. “Nuestra Señora de Fátima”, mientras que solo el 24% corresponde al colegio privado “Chaves de la Rosa”, un porcentaje menor por razones ya explicadas. Sin embargo, esta diferencia poblacional no afectara el propósito del estudio.

En cuanto a edad podemos apreciar en la **Tabla 2**, que alumnas de 12 y 13 años de edad pertenecen a la I.E.P. “Chaves de la Rosa”, estableciéndose un 3.1% del total de participantes, todas ellas pertenecientes, como se mencionó anteriormente, a alumnas del 3ro de secundaria. Entre alumnas de 4to y 5to de secundaria de los 3 colegios con edades comprendidas entre 14 y 16 años suman un 92.63% del total de participantes, siendo así, notablemente la mayor población estudiada. Nótese además, que el 41.47% y 33.72% son adolescentes de 15 y 16 años respectivamente. Además, del total de la población participante, llama la atención que solo el 4.26%, comprende alumnas de 17 años de edad y todas ellas pertenecientes al colegio nacional I.E. “Arequipa”. En el **Gráfico 2**, podemos observar claramente estas diferencias en cuanto a edad, además del promedio del total de participantes de 15,18 años de edad, siendo la edad mínima 12 años y la edad máxima 17 años. Según la OMS, la adolescencia comprende entre 10 y 19 años y define, además, *adolescencia temprana* entre los 10 - 14 años de edad y *adolescencia tardía* entre los 15 - 19 años de edad. Partiendo de esta definición podemos deducir que el 20.55% de estudiantes en este estudio se encuentran en la adolescencia temprana y el 79.45% en la adolescencia tardía.

Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) reportado, tomando el peso y talla aproximado que cada una de las participantes registró en la ficha de recolección de datos. Los puntajes obtenidos y presentados en la **Tabla 3**, demuestran que el 89.53% (231 adolescentes) se encuentran dentro del rango de normalidad (18.5 – 24.9) según los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Adelgazadas un 4.26% y en sobrepeso un 6.20% del total de participantes. Cabe resaltar de este cuadro, que la I.E. “Nuestra señora de Fátima” tiene el mayor número de adelgazadas, un 6.59% del total de sus alumnas, considerable en comparación con las alumnas de la I.E. “Arequipa” con un 1.92%. En cuanto a sobrepeso se registran un 7.69% y 6.59% de las I.E. “Arequipa” y Nuestra Señora de Fátima” respectivamente y un 3.17% de la I.E.P “Chaves de la Rosa”.

Un estudio observacional y transversal realizado por **Tarqui C. et al.** (2013), que incluyó a todos los miembros de los hogares peruanos que constituyeron la muestra en el periodo de estudio (2007; 2008; 2009-2010 y 2011), encontraron que el *sobrepeso* en los adolescentes mostró una evolución creciente en el periodo (12,9% a 15,9%) con excepción del 2009-2010. Por otro lado, la *obesidad* en los adolescentes tuvo tendencia a disminuir, aunque al final del periodo mantiene la cifra casi similar (4,9% en el 2007 y 4,6% en el 2011). Hay que mencionar que las medidas antropométricas en nuestro estudio han sido registradas por los participantes, sin embargo las cifras obtenidas no se contraponen a los resultados del estudio mencionado y que además, se realizó en población masculina y femenina.

Al respecto, un estudio realizado en Lima metropolitana por **Lucar, M.** (2012), en una muestra de 180 mujeres entre 11 y 17 años de edad estudiantes de una I.E. pública, reporta que el 80.6% de adolescentes se encontraban con IMC adecuado,

14.4% adelgazadas y un 4.4% con sobrepeso. Estos resultados no difieren significativamente con nuestro estudio, sin embargo, la proporción de adolescentes con IMC debajo del rango normal es mayor en relación a los hallados en nuestro estudio, probablemente diversos factores asociados podrían estar influyendo de manera importante como son: mayor presión social en la ciudad de Lima, consecuentemente mayor tendencia a cuidar su peso, el ritmo de vida más vertiginoso en la capital, el estrato socioeconómico, entre otros. Además, hay que considerar que los datos antropométricos, son registrados por los participantes en ambos estudios; no obstante, a pesar de no tener estos datos por motivos económicos y logísticos, los resultados hallados son similares a los de otras investigaciones. Recientes estudios sugieren que el IMC de mujeres adolescentes pertenecientes a grupos minoritarios está influido por las normas del ambiente social de la mayoría. (Bernell, et al. 2009). Otra investigación realizada por **Uesu, S.** (2007), en 173 mujeres adolescentes de la UNMSM, entre los 15 – 19 años de edad, encontró un 75% de adolescentes con estado nutricional normal, un 6% con desnutrición, un 17% con sobrepeso y un 2% con obesidad; el 19% considerados por encima de lo normal es superior al hallado en nuestro estudio, hay que considerar que el 92% de las adolescentes de tal estudio tenían entre 17 y 19 años de edad. En contraste, un estudio local realizado por **Zapana E.** (2012), en un grupo de adolescentes (123 varones y 130 mujeres) con edades que fluctuaban entre 13 y 17 años de edad, se observó que entre las mujeres un 33.84% se encontraban dentro de lo normal, un 7.69% con bajo peso, un 24.61% con sobrepeso y 33.84% con obesidad. Llama la atención el porcentaje considerado en obesidad, el cual es notoriamente distinto al obtenido en nuestro estudio.

El grado de insatisfacción de la imagen corporal se evaluó mediante el BSQ (Body Shape Questionnaire) diseñado por Cooper et al. (1987) y adaptado a población española por Raich et al. (1996). Dicho test se aplicó a las adolescentes de los tres colegios, obteniéndose resultados presentados en la **Tabla 4**, de donde podemos deducir que un 22.09% del total de participantes presentan insatisfacción con la imagen corporal. Nótese además, que en las I.E. “Arequipa” y “Nuestra Señora de Fátima” los resultados no varían significativamente siendo 25.96% y 24.18% respectivamente, los cuales difieren del 12.7% obtenido de la I.E.P “Chaves de la Rosa”. Sin embargo, el análisis estadístico demuestra un *grado de significación estadística* = 0.11 ($p = 0.11$), por lo tanto se puede afirmar que las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$) entre estas instituciones educativas.

El INSM “HD-HM” (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”) publicó en el 2003 en su revista “Anales de Salud Mental” un estudio epidemiológico realizado en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002, resultando del total de adolescentes encuestados, un 16.1% no satisfecho con su aspecto físico. Los resultados obtenidos en nuestro estudio no se contraponen a los datos epidemiológicos del El INSM “HD-HM”. El estudio, citado anteriormente, de **Lucar, M.** (2012) en estudiantes de 11 a 17 años de edad, encontró que el 11.7% de participantes evaluadas supero el punto de corte (112 del BSQ, establecido por Castrillón et Al., 2007), para niveles altos de insatisfacción con la imagen corporal; dicho resultado es menor en relación al hallado en el presente estudio, que podría deberse a las diferencias de punto de corte establecidas. En la UPCH (Universidad Peruana Cayetano Heredia), se realizó una investigación por **Benel R. et Al.** (2012), en el que participaron 124 mujeres de edades entre 19 y 27 años de edad, estudiantes

de Medicina y el resultado de mujeres insatisfechas con su cuerpo, que se obtuvo al separar la muestra en 2 grupos, fue: de 19 – 23 años (65.33%) y de 24 – 27 (34.67%), la diferencia de estos grupos no es significativa estadísticamente, pero si superior al obtenido en nuestro estudio. Existen controversias en cuanto la relación de edad e insatisfacción corporal, sin embargo, es interesante comprobar que estos datos indicarían que la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el período que va desde los 12 a los 16 años y a los 15 - 16 ya se alcanza el nivel que luego parece que se mantiene con la edad y es entonces cuando se alcanza un determinado grado de insatisfacción corporal que se mantiene posteriormente.

Un estudio realizado en México por **Moreno, M** (2009), conformada por 298 adolescentes entre mujeres y varones, en el cual 153 (51%) eran mujeres con edades de 13 a 14 años. Se utilizó el BSQ pero con puntuaciones en 4 categorías (Espina ,2001): No preocupado (≤ 80), ligeramente preocupado (81-110), moderadamente preocupado (111-140), extremadamente preocupado (≥ 140). Obteniéndose en la población femenina los siguientes resultados: 66%, 17%, 8% y 9% respectivamente, en el mismo orden de las categorías mencionadas. Si consideraríamos para dicho estudio un punto de corte de 110 (categorías moderada y extremadamente preocupados), un 17% de las adolescentes presentaría insatisfacción corporal, resultado con proximidad a los hallados en nuestro país y en nuestro estudio. Otro estudio internacional realizado en comarca de Osasona, España, por **Arrufat, FJ** (2006), a una población escolarizada conformada por estudiantes de 14 a 16 años de edad, se reporta que de un total de 2280 adolescentes; con 1133 varones (49,7%) y 1147 mujeres (50,3%), se halló que el 32.5% de mujeres estaban insatisfechas con su imagen corporal, es importante mencionar que en dicho estudio se utilizó la escala

CDRS (Contour Drawing Rating Scale) que también evalúa la imagen corporal (Thompson y Gray, 1995). Dicho resultado, superior en relación al nuestro, probablemente por diversos factores como la fuerte presión social del ideal de belleza, los modelos familiares, las comorbilidades, consumo de sustancias, entre otros que se presentan en países desarrollados.

Para determinar la presencia de adolescentes con riesgo de trastorno de conducta alimentaria se utilizó la versión validada al castellano por Gandarillas et al., del EAT-26. Los resultados obtenidos se representan en la **Tabla y Gráfico 5**. Entonces, del total de adolescentes (N=258) que participaron en el estudio, el 87.60% no presentan riesgo de TCA, mientras que 12.40% restante sí lo presenta. No se obtuvo diferencias significativas entre los 3 colegios. Cabe señalar, que en las I.E. “Arequipa” y “Nuestra señora de Fátima” se obtuvieron resultados muy cercanos con 12.5% y 15.38% respectivamente, en comparación con el 7.94% del colegio privado “Chaves de la Rosa”. Sin embargo, estas diferencias no son significativas ($p = 0.39$). El **Gráfico 5** representa claramente estas diferencias.

Las subescalas del EAT-26: *Dieta*, *Bulimia* y *Control Oral* también fueron estudiados. De este análisis se puede determinar el factor predominante del riesgo de trastorno alimentario. Dichos factores representados en la **Tabla 6**, demuestra que el factor que predomina en los tres colegios para este estudio es la **restricción alimentaria o dieta** presentes en el 46.88% de adolescentes con riesgo a TCA, en comparación con el factor *bulimia* y *control oral* con un 18.75% y 34.38% respectivamente, de adolescentes con este riesgo, aunque sin diferencias significativas ($p = 0.65$). Sin embargo, cabe resaltar que individualmente en la I.E.

“Arequipa”, el factor más predominante es el *control oral* con un 46.15%, en relación a las instituciones educativas “Nuestra Señora de Fátima” y “Chaves de la Rosa”, en las que sí predominó el factor *dieta* con un 57.14% y 60% respectivamente. Este hallazgo concuerda con el obtenido en el estudio original realizado por los creadores del EAT, Garner y Garfinkel, en el que reportaron la dieta como el más relevante en la escala original. Entonces, estamos de acuerdo con lo mencionado por diversos autores que la *dieta*, un fenómeno conductual cada vez más común entre los adolescentes, está implicada en la patogénesis de los trastornos alimentarios, de modo que hacer dieta para adelgazar se considera como el factor predictor más importante de la aparición de un nuevo caso de TCA (Patton y cols., 1999; Jones y cols., 2001; Halvarsson y cols., 2002).

En nuestro país, **Martínez P et Al.** (2003) realizaron un estudio epidemiológico tipo descriptivo, en el que se buscó la prevalencia de trastornos alimentarios en la población femenina adolescente, alumnas de colegios públicos y privados de Lima Metropolitana. De un total de 2141 alumnas entre 13 y 19 años de edad (3ro – 5to secundaria), el 72,63% de participantes (1,555 adolescentes) estudiaba en colegios de gestión pública mientras que el 27,37% (586 adolescentes) en colegios particulares. El instrumento utilizado fue el Inventario de Conductas Alimenticias (ICA) de Zusman (2000). La prevalencia de los trastornos alimentarios, de acuerdo a los criterios diagnósticos del ICA, fueron: 351 casos (16.4%) con uno o más trastornos alimentarios, de los cuales 62 casos (2.9%) presentaron más de un diagnóstico. Además, 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%. Comparando

los resultados con nuestra investigación podemos deducir que a pesar de utilizar un instrumento diferente para la detección de adolescentes con riesgo de trastorno alimentario, los resultados son coincidentemente similares, teniendo en cuenta una población menor en nuestro estudio y considerando el año (2003) en que se realizó dicho estudio aunque no haya diferencias significativas con datos estadísticos actuales. Sin embargo, cabe mencionar que la diferencia mínima que hay entre los resultados de colegios públicos y privados (algo superior en los privados), difieren a nuestro estudio en el que hubo un porcentaje menor en el colegio particular. Eventualmente, un estudio local realizado por **Mondoy, M.** en el 2005, halló resultados similares al nuestro en 2 colegios: privado y público. Es decir, mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en el colegio nacional (12.6%) con respecto al particular (6.9%). Entonces, se debe considerar algunos factores que influyen en el resultado como son el tipo de instrumento de detección de casos, el número poblacional, la ubicación del colegio según departamento o distrito y otras variables que requieren de un estudio más minucioso en ese aspecto. Otro estudio local realizado por **Arangoitia, A** en el 2006, en estudiantes adolescentes entre 11 y 17 años de edad (estudiantes de la PNP) y utilizando como instrumento el EAT-40, encontró una población de riesgo de 14.33% de un total de 103 alumnos. Es evidente la similitud con el resultado de nuestro estudio, no obstante, la muestra utilizada fue en adolescentes varones y mujeres, además, con el EAT original de 40 items, con punto de corte 30. **Fernandez, K** en el 2008, realizó otra investigación en adolescentes mujeres, estudiantes de la UCSM entre 18 y 19 años de edad en su mayoría y utilizando como instrumento el EDI (Eating Disorders Inventory de Garner, 1998), encontró un 35% de estudiantes con riesgo de padecer trastornos de la

conducta alimentaria, a pesar del rango de edad diferente a la nuestra, el resultado es considerablemente mayor.

En el ámbito internacional; el estudio de **Arrufat, FJ** en el 2006, citado ya anteriormente, en población española adolescente conformada por varones (N=1131) y mujeres (N=1146) de 14 a 16 años de edad, 185 mujeres (16,1%) puntuaron igual o por encima del punto de corte 20 del EAT-26, salvando las diferencias de países, hay similitud con nuestro resultado. En Córdoba (Argentina), **Atienza et Al.** en su estudio en el 2006, en el que utilizó el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), en una muestra de 1240 adolescentes mujeres de 11 a 19 años de edad, de escuelas públicas y privadas; encontró que del total de encuestadas, el 23.39% tenía patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa), el 11.45% posible bulimia nerviosa subclínica y el 8.39% tenía patrones alimentarios muy alterados (posible bulimia nerviosa), mientras que el 56.77% no presentaba comportamientos compulsivos hacia la comida. Llama la atención los resultados hallados, más significativos en grupos etarios de 18 – 19 años. En México un estudio descriptivo, observacional y transversal por **Talavera S.** (2009), participaron 164 adolescentes mujeres de edades entre 12 y 19 años, el grupo de riesgo que sobrepasó el punto de corte 20 del EAT, fue de 15.2% (N=25). Frente a nuestra investigación; podemos decir, en cuanto a rango de edad y número poblacional de la muestra de dicho estudio es similar a la nuestra, además, los hallazgos obtenidos del grupo de riesgo son también próximos.

En cuanto a relación entre la precepción de la imagen corporal y riesgo de TCA, los resultados que se obtuvieron de las 258 adolescentes, se detallan en la

Tabla 7. De las 32 adolescentes con riesgo de TCA, 27 presentan insatisfacción con la imagen corporal, representando así el 10.47% del total de participantes. De las 226 adolescentes restantes que no tienen riesgo de TCA, 196 estudiantes no presentan insatisfacción con la imagen corporal, representando un 75.97% del total de adolescentes voluntarias, consideradas en este caso dentro de lo normal para este estudio. En análisis estadístico demuestra una $p < 0.05$, por lo tanto las diferencias son significativas.

La relación que existe entre insatisfacción con la imagen corporal y los TCA son analizados en el **Gráfico 8**, es decir al analizar los puntajes de los cuestionarios BSQ y EAT-26 aplicados a los participantes, podemos deducir que hay una alta correlación directa ($r = 0.69$) entre estas variables y además estadísticamente resulta significativa ($p < 0.05$). Siendo la influencia de la imagen corporal sobre el riesgo de trastorno alimentario de 47.64%, cifra obtenida como coeficiente determinación (r^2). Entonces, de acuerdo a este análisis se establece claramente la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y los trastornos alimentarios. En concreto, podemos decir que la percepción de la imagen corporal en las adolescentes de nuestro estudio influye directamente sobre la formación de un trastorno de conducta alimentaria. Este hallazgo ratifica lo reportado por reiterados estudios sobre este tema.

Se ha comprobado que la insatisfacción corporal sería un factor asociado a los trastornos alimentarios (Flores, 2009, Rivarola, 2003; Raich, 2004; Spettigue & Henderson, 2004). La insatisfacción corporal puede constituir un factor predisponente, perpetuante y de pronóstico de desórdenes alimentarios y su

persistencia constituye un riesgo de recaída (Behar R, 2007; Fernandez M, 2003; Rivarola M, 2003). Sentirse insatisfecha con la imagen corporal supone un factor de riesgo importante en los TCA, ya que las actitudes hacia el propio cuerpo afectan tanto a la conducta como a los pensamientos y a las emociones (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010).

No se hallaron estudios locales similares en el que se relacione trastornos alimentarios e imagen corporal, al menos no en disponibilidad. Sin embargo, la diversidad de investigaciones internacionales (Taylor et Al., 1998; Gralen, Levine, Smolak & Murnen, 1990; Tiggemann, 2001; Tiggemann, 2003), citado en el estudio de Salazar Z. (2008), demuestran la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y los trastornos alimentarios en adolescentes, principalmente en mujeres.

Es así, que el mismo estudio español de **Arrufat, FJ** en el 2006, ya descrito anteriormente, de 185 mujeres (16,1% del total de la población femenina) con riesgo de algún trastorno alimentario, 135 adolescentes se encontraron como insatisfechas con su imagen corporal y el 50 restante como satisfechas con su imagen corporal. Es decir, el 72.97% de mujeres con riesgo de trastornos alimentarios se encontraba con insatisfacción corporal. Es estudio concluye que una asociación entre la insatisfacción con la silueta corporal medida con el CDRS y la presencia de riesgo de trastorno alimentario tanto en los varones como en las mujeres. Si analizamos nuestro estudio de la misma manera, se deduce un 84.37% (N=27) de adolescentes que sobrepasó el punto de corte 20 del EAT-26 se halla también con insatisfacción corporal. Estos hallazgos comparativamente muestran concordancia, lo que explica la importancia de la percepción de la imagen corporal en el desarrollo de los trastornos

alimentarios. **Ballester D. et Al.** (2002), investigaron a estudiantes de secundaria de la ciudad de Girona, España y encuentran que las adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos alimentarios, también presentan asociada una mayor insatisfacción y preocupación con la imagen corporal, sobre todo en aspectos relacionados con las dietas y en el control de la comida. Mencionan además, que los datos aportados con el EAT o el EDI evidencian que las manifestaciones extremas de determinados síntomas característicos de los TCA son muy comunes en adolescentes. En especial, las dietas y el miedo a engordar se han convertido en los riesgos centrales de los TCA, afectando a un porcentaje considerable en adolescentes

Así mismo, un estudio realizado por **Paniagua y García (2003)** para detectar signos de alerta de trastornos alimentarios entre adolescentes de Cantabria (España) se definieron como signos de alerta: a) las conductas de mantenimiento crónico de dieta (tres o más dietas de adelgazamiento en el último año) y b) la mala imagen corporal. En este estudio el 22.9% de los adolescentes refería una mala imagen corporal y el 6% había realizado tres o más dietas de adelgazamiento el último año. El 4.3% cumplía los dos signos de alerta, y estos se asociaron significativamente al sexo femenino, mayor consumo de alcohol y episodios de embriaguez. No se observaron diferencias por localidad de residencia urbana o rural, ni por asistencia a colegio público o concertado.

Numerosos estudios demuestran una elevada prevalencia en la adolescencia de factores como la insatisfacción de la imagen corporal, el deseo de adelgazar y la realización de dietas restrictivas. La **Tabla 8** y **Gráfico 9** muestran la relación entre

el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria separada en las subescalas (*bulimia*, *control de la ingesta oral y dieta*) con la percepción de la imagen corporal; obteniéndose un 18.75%, 28.13% y 37.5% para bulimia, control oral y dieta, respectivamente, de adolescentes con este riesgo y que además se encuentran insatisfechas con su imagen corporal; cifras que suman un 84.38% (N=27) del total de la muestra con riesgo de TCA (N=32). No se encontraron diferencias significativas entre la proporción de insatisfacción con los tipos de riesgo. No obstante, el factor *dieta* es el que mayor asociación tiene con insatisfacción corporal, según este análisis.

Al analizar estadísticamente por separado cada una de las subescalas del EAT-26 en relación con la percepción de la imagen corporal, observamos valores altos de correlación para el riesgo de *dieta* ($r = 0.74$) tal como se muestra en el **Gráfico 10**, pero menos para el riesgo de *bulimia* ($r = 0.47$; **Gráfico 11**) y para el *control oral* ($r = 0.36$; **Gráfico 12**). Ya se ha demostrado la relación que existe entre insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios. Así mismo, se demostró en este estudio que la *dieta* constituye el factor predominante en los trastornos alimentarios según el EAT-26. Entonces, de este análisis, al relacionar dichas subescalas al cuestionario BSQ, podemos deducir que la dieta no solo constituye el factor más predominante del riesgo de TCA, sino que también es el factor que más relacionado está con la insatisfacción corporal. Es decir, la percepción de la imagen corporal es más influyente en la *restricción alimentaria (dieta)* de las adolescentes que en la preocupación por su comida (*bulimia*) o el *autocontrol de la comida*.

Los trastornos de conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia han venido en aumento, principalmente en las ciudades industrializadas de países desarrollados. Incluso se cree que podría llegar a convertirse en una epidemia social (Zeledón, 2004). A medida que transcurre la adolescencia, son los cambios corporales femeninos, y no la edad, los que constituyen el principal factor que se asocia a insatisfacción corporal y al impulso de adelgazar (Hermes y Keel., 2003). Podemos decir con esto, que la adolescencia es un período fundamental en la adopción de hábitos y de comportamientos adecuados para mantenerse saludable. Uno de estos es el patrón físico “delgado” o “ultradelgado” para ser atractivo y ser aceptado en el entorno social y laboral.

Dentro de las múltiples herramientas que pueden usarse para la evaluación de los TCA. El cribado mediante los instrumentos, en este estudio utilizados, no se alejan estadísticamente a las cifras de diversos estudios tanto nacionales como internacionales. Cabe mencionar, que dichos instrumentos poseen altos valores de validez y confiabilidad según numerosas investigaciones, por lo tanto, son herramientas útiles en la detección precoz de adolescentes con riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo así favorable su uso para un diagnóstico oportuno en los diferentes niveles de atención, sobre todo primaria y dirigirlos hacia los centros de salud mental de referencia para un adecuado manejo.

Con todo lo expuesto anteriormente, está claramente demostrado por este estudio, la presencia de adolescentes con riesgo de trastornos de conducta alimentaria y que además en su desarrollo; la percepción de la imagen corporal está directamente relacionado a estos trastornos. Entonces, la presente investigación pone en evidencia

que existe una preocupante situación de salud, respecto a que un porcentaje considerable de adolescentes mujeres presentan insatisfacción con su imagen corporal, lo que les conlleva a adoptar inadecuados hábitos de alimentación que podría desencadenar en los trastornos de conducta alimentaria. Estamos convencidos que la población peruana femenina adolescente no es ajena a esta realidad, pues los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestra claramente la presencia de adolescentes con riesgo de trastornos alimentarios, tal como se comprobó en varios estudios, aquí consultados.

Con respecto a diagnósticos definitivos, por motivos de coste económico no se realizaron entrevistas clínicas por un profesional especializado a la población con riesgo de trastornos alimentarios e insatisfacción de la imagen corporal de nuestro estudio, según el EAT-26 y el BSQ, respectivamente. Sin embargo, se ha informado a las autoridades de cada institución educativa los hallazgos obtenidos en forma general, con el fin de adoptar las medidas adecuadas frente a esta realidad.

Por otra parte, se sabe que con frecuencia los profesionales de la salud en atención primaria no poseen información adecuada sobre los trastornos alimentarios y pasan por alto o no les prestan la debida atención que merecen la sintomatología de estos trastornos. Este tipo de investigaciones nos permiten reflexionar acerca de la realidad de la salud mental en nuestro medio y del rol que debemos tener los médicos dentro del cuadro epidemiológico que ahora conocemos. Además, nos invita a los profesionales de salud y organizaciones estructurar estrategias o programas de prevención para este tipo de patologías, sobre todo la prevención primaria que trata de reducir en la medida de lo posible la prevalencia de la enfermedad.

Finalmente, el presente estudio arroja información relevante y actualizada con respecto a los trastornos alimentarios en adolescentes de nuestro medio y sirve de estímulo a los profesionales de salud o específicamente salud mental, para seguir profundizando en cuanto a estos temas, para ello debería plantearse el análisis de otras variables, así mismo, considerar estudios longitudinales.





Conclusiones

CONCLUSIONES

- Primera.** Las actitudes alimentarias de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa son de riesgo a desarrollar Trastornos de Conducta Alimentaria en 12.40%, sobre todo de realización de dietas.
- Segunda.** La percepción de insatisfacción con la imagen corporal de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa es de 22.09%.
- Tercera.-** Existe una relación directa y significativa ($p < 0.05$) entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa.



Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- 1) A los profesionales de salud, sobre todo a los de salud mental, se sugiere realizar estudios de investigación similares que incluyan otras edades o años de estudio. Considerar también otras variables como población masculina, sectores socioeconómicos, entre otros.
- 2) Intervención de los agentes sanitarios en la prevención de los trastornos alimentarios: Actualizar la formación de profesionales de Atención Primaria para que puedan llevar a cabo labores de prevención y de detección precoz, y tratar o derivar en consecuencia.
- 3) Proponer a las instituciones educativas implementar actividades académicas talleres y/o seminarios que aborden temas focalizadas en eliminar los factores de riesgo de los TCA, como nutrición y estilos de vida saludable.
- 4) Promover que los centros de salud realicen coordinaciones con las instituciones educativas de su localidad con el fin de elaborar estrategias de detección y prevención de trastornos de conducta alimentaria.
- 5) A los padres de familia, es muy importante que trasmitan a sus hijos, desde su infancia, los hábitos de alimentación saludables; así mismo, faciliten la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo; por otro lado es recomendable también, evitar los excesivos mensajes difundidos en los medios de comunicación sobre imágenes corporales ideales que se alejan de una buena salud.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

- Arangoitia Cancho, A. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de centros educativos de la Policía Nacional del Perú, Arequipa 2006. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2007.
- Arrufat Nebot FJ. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona. Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina. Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina. Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Programa de doctorat: Psiquiatria i Psicologia. Clínica: Dimensió Bio-Psico-Social, 2006
- Atienza OA, Murtagh MB, Ramos NC, Ulloa MN et al. Trastornos alimentarios de riesgo en los adolescentes. *Acata Cient Estud. Argentina*, 2006; 4(4): 168-175
- Ballester D, García M, Patiño J, Suñol C, Ferrer M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(4): 207-212
- Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nut*. 2007; 34: 1-25.
- Benel R, Campos S y Cruzado L. Insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia medida con el Body Shape Questionnaire. *Rev Neuropsiquiatr*. 2012; 75 (3): 85-92
- Castrillón D, Luna I, Avendaño G, Pérez AM. Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; vol. 10, núm. 1: 15-23
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess*. 1991; 7: 175-90.

- Constaín G, Ricardo C, Rodríguez MA et al. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014; 46(6): 283-289
- De Irala J, Cano A, Lahortiga F, Gual P, Martínez MA, Cervera S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 487-91.
- Fernández M, Otero M, Rodríguez Y, Fernández Prieto M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Clin Health Psych*. 2003; 1 (3): 23-33.
- Fernández Pinto, K. Factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María, 2008. Tesis para optar el grado académico de maestría de Salud pública. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, 2008.
- Flores, M. Validez y confiabilidad del Body Shape Questionnaire en adolescentes universitarias de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica, Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
- Franco K, Álvarez GL y Ramírez RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev. Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; 2: 148-164
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982; 12(4): 871-8.
- Gasco M, Briñol P y Horcajo J. Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: El efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*. 2010; 22: 77-82
- Hermes FH, Keel PK. The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *Int J Eat Disord*. 2003; 33: 465-467

- Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; 18 (1, 2). Lima.
- Lúcar Flores, M. Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2012
- Martínez P et al. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Revista de Psicología de la PUCP. 2003; Vol. XXI, 2: 234-269
- Mondoy Condori, M. Prevalencia de los síntomas de Trastornos de la conducta alimentaria en los colegios de Arequipa, 2005. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2006.
- Moreno MA y Ortiz GR. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Terapia Psicológica. 2009; Vol. 27, N° 2: 181-19
- Paniagua H, García S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas en adolescentes de Cantabria. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 441-422.
- Prado JE y Salazar Z. Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica. Rev. Costarricense de Psicología. 2014; Vol. 33, Supl. 1, p. 1-17
- Raich RM, Mora M, Soler A, Ávila C, Clos I, & Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la Insatisfacción Corporal. Clínica y Salud. 1996; 7(1): 51-66.
- Raich, R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamerica. 2004; Vol. 22(1): 15-27.
- Ramón Jarne FJ. Imagen Corporal y Conducta Alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado: Neurociencias. Universidad de Granada; 2010

- Rivarola M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*. Universidad de San Luis, 2003; 4 (I-II): 149-162
- Rivas T et al. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*. 2010, Vol. 13 No. 2: 1044-1056
- Salazar Mora Z. El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*. 2012; 26: 51-71
- Salazar Mora, Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Rev. Reflexiones*. 2008; 87 (2): 67-80
- Sánchez VA, Madrigal H, Martínez GMA, Kearney J, Gibney MJ, Irala J & Martínez A. Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. *Journal of Human Nutritional. Diet*. 2001; 14(2): 93-102
- Spettigue W & Henderson K. Eating disorders and the role of media. *The Canadian Child and adolescent Psychiatry Review*. 2004; Vol. 13(1): 16- 19.
- Talavera Rivas, Sergio. Actitud hacia la alimentación de mujeres adolescentes de la U.M.F. 80. Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Regional en Michoacán Unidad de Medicina Familiar N° 80, 2009.
- Tarqui C et al. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. *Rev. Peru. Epidemiol*. 2013; Vol 17, No 3
- Thompson MA, Gray JJ. Development and validation of a new bodyimage assessment scale. *J Pers Assess*. 1995; 64(2): 258-69.
- Uesu Toyohama, Sofía. Prevalencia de riesgo de trastornos [i.e. trastornos] de la alimentación, y hábitos alimentarios en adolescentes mujeres de 15 a 19 años ingresantes a la U.N.M.S.M. en el año 2004. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de nutrición, 2007

- Unikel SC, Saucedo V, Villatoro F & Fleiz V. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 2002; 25(2): 50-51.
- Vázquez R, Galán J, López X et al. Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Mexican Journal of Eating Disorders*. 2011; 2: 42-52.
- Zapana Calcina, E. Imagen corporal asociada al índice de masa corporal e índice cintura-cadera en estudiantes de academias preuniversitarias, Arequipa 2012. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2009.
- Zeledón, MJ. The weight of support: communication of social support for women diagnosed with bulimia. Thesis for Master of Arts in Communication, University of San Diego State, United States, 2004
- Zusman L. Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima – Perú, 2000.



 Inexos

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Edad: _____ años

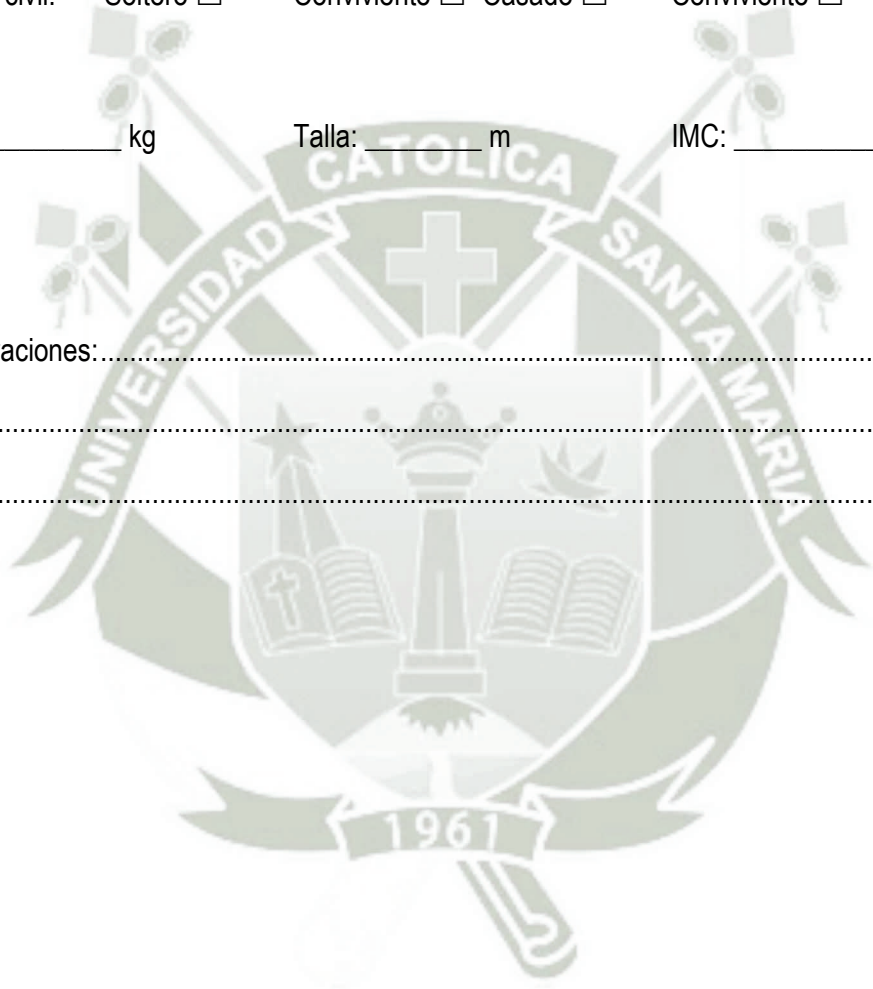
Estado civil: Soltero Conviviente Casado Conviviente

Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____

Observaciones:

.....

.....



ANEXO 2: Cuestionario BSQ

Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario sobre Forma Corporal) de Cooper et al. (1987)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una "X" el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

	1 Nunca	2 Es raro	3 A veces	4 A menudo	5 Muy a menudo	6 Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu piel no sea lo suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho reflexionar en tu figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?									
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?									
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?									
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?									
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana?)									
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)									
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea "llantitas" alrededor de tu cintura y estómago?									
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?									
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?									
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?									
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?									
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?									
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?									
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?									
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?									
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?									
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?									

Insatisfacción con la imagen corporal: >105 al final del test.

ANEXO 3: Eating Attitudes Test (EAT – 26)

EAT - 26

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuo no comer aunque tenga hambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan arroz patatas.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que comiese mas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar mas delgado/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer mas que las otras personas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimento de régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estomago vacío.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria o por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población de riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya a tener el trastorno.

La puntuación total es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3,2,1,0,0,0 en la dirección positiva asignando el 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" =3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1,2,3 (nunca=3).



ANEXO 4:

INFORMACION Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Arequipa, ____ de _____ del 2014

Estimado padre de familia o apoderado:

El presente reporte tiene como finalidad informarle que su menor hija ha sido seleccionada para participar en un estudio titulado:

“Diferencias en la percepción de la imagen corporal y de las actitudes alimentarias en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales, Arequipa 2014”.

En este estudio se analizará posibles actitudes alimentarias vinculadas a la autopercepción de la imagen corporal que conlleven a trastornos de conducta alimentaria (Ej. Anorexia y Bulimia Nerviosa). Estas alteraciones se producen a causa de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que en un momento determinado de la vida del niño o adolescente puedan actuar y provocar su aparición.

Asimismo, las pruebas no tocan temas que podrían generar incomodidad o malestar en quienes la respondan. Se espera que la participación de su menor hija sea voluntaria, por tanto, si ella no desea hacerlo no deberá sentirse obligada, pudiendo retirarse de la evaluación en el momento que lo considere necesario.

En tal sentido, en esta investigación se recogerá información que será tratada de manera confidencial y anónima, con la protección a la intimidad propia del secreto médico, y sólo será usada con fines científicos.

Dicho estudio será realizado por el Sr. Asto Pacheco R. Juvenal, Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, en colaboración de profesores y auxiliares y con coordinación previa de la DIRECCIÓN del colegio al que pertenece.

Desde ya agradecemos tu participación.

Atentamente

Asto Pacheco Rósulo Juvenal

Autor del estudio

ANEXO 5: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

En función a lo leído en **Información y compromiso de confidencialidad**:

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“Diferencias en la percepción de la imagen corporal y de las actitudes alimentarias en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales, Arequipa 2014”**.

He sido informada de que la meta de este estudio es conocer la importancia de los factores que conllevan a trastornos de conducta alimentaria. Así mismo, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los estipulados sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Alumna de secundaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

En función a lo leído en **Información y compromiso de confidencialidad**:

A través del presente documento, presto mi consentimiento para que mi menor hija participe en la investigación sobre: **“Diferencias en la percepción de la imagen corporal y de las actitudes alimentarias en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales, Arequipa 2014”**.

Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Padre o apoderado.

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE COLEGIOS



*“Año de la promoción de la **Industria Responsable** y del **Compromiso Climático**”*

CONSTANCIA DE TRABAJO DE INVESTIGACION

A quien concierne:

Por medio de la presente y a solicitud de parte interesada, el signatario Sr. Paulino Mamani Muñoz, como director de la I.E. DE SEÑORITAS AREQUIPA, certifica que:

El Sr. Rósulo Juvenal Asto Pacheco, identificado con DNI N° 40872269, egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, realizó el 24 de Marzo del 2014, su trabajo de investigación en relación a su solicitud de estudio sobre Actitudes Alimentarias e Imagen Corporal, mediante encuestas a alumnas de 4to y 5to de secundaria de nuestra Institución Educativa, así mismo, se informa que por parte de la Dirección no hubo inconveniente en que se lleve a cabo dicho estudio.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

Sin otro particular de momento me suscribo de usted.

Atentamente,



Sr. Paulino Mamani Muñoz
Dirección I.E. de Señoritas Arequipa





I.E. NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA

Av. Ricardo Palma N° 704 Umacollo

Teléfono : 254419

Web: www.fatima.edu.pe Email : cepacfatima@yahoo.es

ACREDITACIÓN: CALIDAD QUE TRASCIENDE



“AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO”

CONSTANCIA DE ENCUESTAS DE INVESTIGACIÓN PROFESIONAL

LA HNA.GUILIANA SALGADO RAMÍREZ, Directora de la I.E. NUESTRA SEÑORA DE FATIMA que suscribe; certifica que el señor **RÓSULO JUVENAL ASTO PACHECO**, identificado con DNI N° 40872269, egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, realizó el 08 y 09 de abril del 2014, sus encuestas de investigación en relación a su solicitud de estudio sobre Actitudes Alimentarias e Imagen Corporal, estas encuestas de investigación se aplicaron a estudiantes de 4° y 5° de Secundaria de nuestra Institución Educativa, así mismo, se informa que por parte de la Dirección no hubo inconveniente en que se lleve a cabo dicha aplicación, tratándose de un estudio que forma parte de su formación profesional (Tesis).

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que crea convenientes.

Arequipa, 01 de setiembre del 2014


Hna. Guiliana Salgado Ramírez
Hna. Guiliana Salgado Ramírez
Directora



*“Año de la promoción de la **Industria Responsable** y del **Compromiso Climático**”*

CONSTANCIA DE TRABAJO DE INVESTIGACION

A quien concierne:

Por medio de la presente y a solicitud de parte interesada, el signatario Mg. Elsa Margarita Pinto Lazo, como directora de la I.E.P. DE SEÑORITAS CHAVES DE LA ROSA, certifica que:

El Sr. Rósulo Juvenal Asto Pacheco, identificado con DNI N° 40872269, egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, realizó el 22 de abril del 2014, su trabajo de investigación en relación a su solicitud de estudio sobre Actitudes Alimentarias e Imagen Corporal, mediante encuestas a alumnas de 4to y 5to de secundaria de nuestra Institución Educativa, así mismo, se informa que por parte de la Dirección no hubo inconveniente en que se lleve a cabo dicho estudio.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

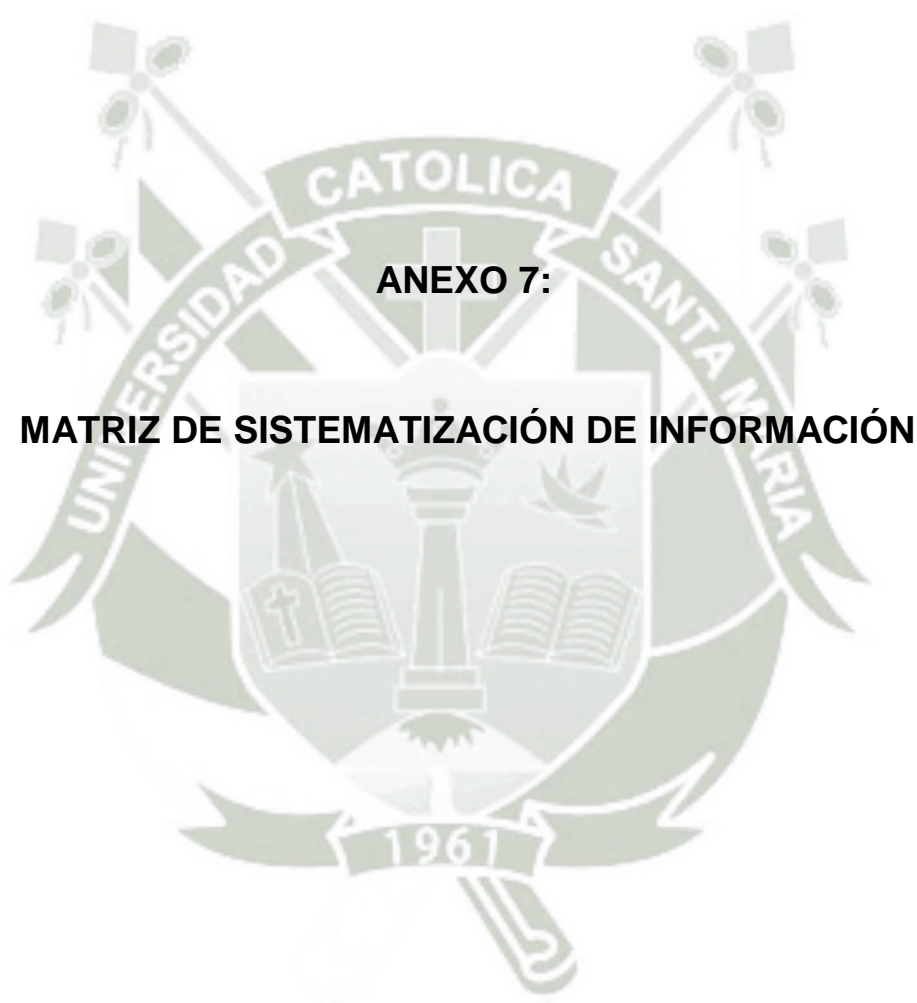
Sin otro particular de momento me suscribo de usted.

Atentamente,

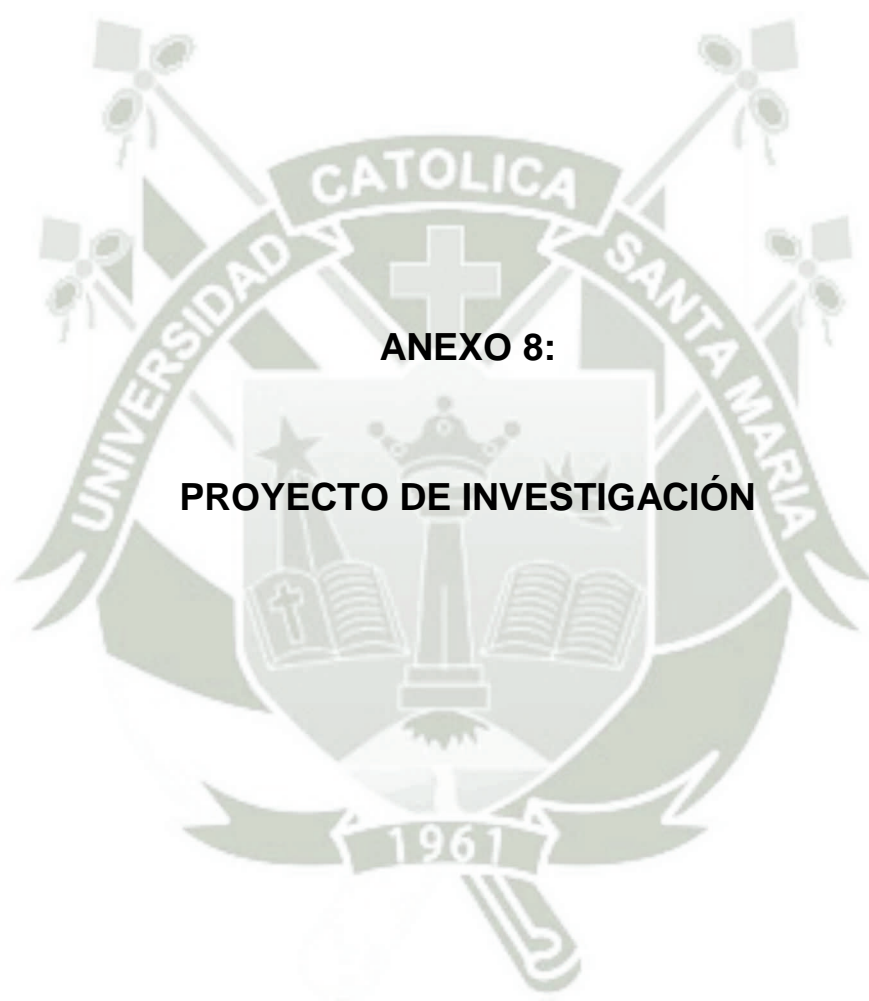


Mg. Elsa Margarita Pinto Lazo
Dirección I.E.P. Chaves de la Rosa





N°	Apellido	Grado	Edad	E_civil	Peso	IMC	EAT.1	EAT.2	EAT.3	EAT.4	EAT.5	EAT.6	EAT.7	EAT.8	EAT.9	EAT.10	EAT.11	EAT.12	EAT.13	EAT.14	EAT.15	EAT.16	EAT.17	EAT.18	EAT.19	EAT.20	EAT.21	EAT.22	EAT.23	EAT.24	EAT.25	EAT.26	Puntaje EAT	Dísc. (EAT)	Bolumín (EAT)	Círc. Oval (EAT)	Observaciones						
1	I.E. Arequipa	Quinto sec	15	Soltera	51	1.66	18.51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16									
2	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	51	1.58	20.43	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14								
3	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	51	1.58	20.43	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14								
4	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	51	1.58	20.43	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14								
5	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	48	1.53	20.50	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18								
6	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	48	1.53	20.50	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8								
7	I.E. Arequipa	Quinto sec	15	Soltera	49	1.51	21.49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11								
8	I.E. Arequipa	Quinto sec	14	Soltera	61	1.59	24.13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13								
9	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.59	22.15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13								
10	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	56	1.59	22.15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14								
11	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	56	1.59	22.15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16								
12	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	60	1.67	21.51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22				Guertlis				
13	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	60	1.67	21.51	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22								
14	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	48	1.65	17.63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14								
15	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	54	1.56	22.19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2								
16	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	54	1.56	22.19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2							
17	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	48	1.44	23.15	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12							
18	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	48	1.44	23.15	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24							
19	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	45	1.47	20.52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22							
20	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	45	1.47	20.52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22							
21	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	45	1.47	20.52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22							
22	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	45	1.47	20.52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22							
23	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	45	1.47	20.52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22						
24	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	55	1.5	24.44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6							
25	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	55	1.5	24.44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6							
26	I.E. Arequipa	Cuarto sec	16	Soltera	55	1.5	24.44	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0					
27	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.64	20.82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11							
28	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.64	20.82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11							
29	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	50	1.55	20.81	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15							
30	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	55	1.5	24.44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15							
31	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	55	1.5	24.44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15							
32	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.5	24.89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23							
33	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.5	24.89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19							
34	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	47	1.55	19.56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13							
35	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	47	1.55	19.56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13						
36	I.E. Arequipa	Cuarto sec	16	Soltera	56	1.57	22.72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0				test Incompleto
37	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	53	1.56	21.78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0				
38	I.E. Arequipa	Cuarto sec	16	Soltera	53	1.56	21.78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0				
39	I.E. Arequipa	Cuarto sec	16	Soltera	53	1.56	21.78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0				
40	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	48	1.6	18.75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7							
41	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	54	1.6	21.09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9							
42	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	54	1.6	21.09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9							
43	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	56	1.5	21.98	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	3	0				
44	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.5	21.98	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	3	0				
45	I.E. Arequipa	Cuarto sec	15	Soltera	56	1.5	21.98	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	3	0				
46	I.E. Arequipa	Cuarto sec	14	Soltera	58	1.6	22.66																																				



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Relación entre la percepción de la imagen corporal y
la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de
colegios particulares, parroquiales y estatales,
Arequipa 2014”**

Autor:

RÓSULO JUVENAL ASTO PACHECO

Proyecto de Investigación para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú
2014**

I. PREÁMBULO

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando en la niñez, pero es en el periodo de la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima, sobre todo en la adolescencia. La distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o incluso de manera desproporcionadas de lo que realmente son.

Esta percepción de la imagen corporal que se va formando en la niñez se consolida en la etapa de la adolescencia, donde puede relacionarse a conductas de evitación de ciertos alimentos o a la realización de ejercicios con el fin de mantener o disminuir el peso corporal, llevando a actitudes de riesgo como la anorexia o la bulimia.

La percepción de la imagen corporal puede verse influida por muchos factores, entre ellos la presión social del entorno, por lo que la formación en la etapa secundaria y el entorno social y económico pueden ser factores importantes que influyan en las alteraciones de la percepción de la imagen corporal y de las actitudes de conducta alimentaria, sobre todo en mujeres.

Por tal motivo se plantea estudiar la relación entre la conducta alimentaria y en las alteraciones de la percepción de la imagen corporal en adolescentes mujeres de secundaria de colegios con gestión estatal, privada y parroquial.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Existe relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Mental
- Línea: Imagen corporal

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
<i>Variable dependiente</i>			
Régimen del colegio	Forma de gestión	Particular, estatal, parroquial	Nominal
<i>Variable independiente</i>			
Conductas Alimentarias	Respuesta a Eating Attitudes Test (EAT-26)	- Ningún Riesgo - Bajo Riesgo - Alto Riesgo	Ordinal

Satisfacción con la imagen corporal	Respuestas a cuestionario BSQ	- No hay preocupación - Leve Preocupación - Moderada Preocupación - Extrema Preocupación	Ordinal
-------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Variables intervinientes

Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica de razón
IMC	Relación peso y estatura Kg/m ²	Adelgazado ($\leq 18,4$), Normal (18,5 - 24,9) Sobrepeso (25 - 29.9) Obeso (30 a más)	Categórica ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cómo es la conducta alimentaria de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa?
2. ¿Cómo es la percepción de la imagen corporal de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa?
3. ¿Existe relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa?

d) Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** Según Altman se trata de un estudio relacional analítico, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo va dirigido a establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y las actitudes alimentarias en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa; se han realizado estudios que evalúan algunos problemas mentales en adolescentes pero no se ha evaluado la relación entre la presencia de Trastornos Alimentarios y la Imagen Corporal, que pueden vincularse para hacer que las adolescentes con trastornos de su percepción corporal desarrollen conductas alimentarias de riesgo sobre todo en adolescentes, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que los trastornos de la salud mental se relacionan íntimamente con la salud física, y puede influirse en una actuando sobre la otra. Tiene **relevancia social**, ya que los trastornos de la imagen corporal y los trastornos alimentarios son un serio y creciente problema que afecta a las mujeres adolescentes y jóvenes. Tiene **relevancia práctica** ya que permitirá controlar estos serios problemas de salud.

El estudio es **contemporáneo** debido al interés actual de la salud mental de las adolescentes.

El estudio es **factible** de realizar debido al diseño prospectivo y a la colaboración activa de las adolescentes.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar un estudio en el

campo de la psiquiatría, realizaremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina. El presente trabajo cumple con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. 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, aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen. (1)

Aunque la atención a la apariencia y la figura ha existido siempre, en los últimos tiempos ha alcanzado proporciones sin precedentes. Actualmente la preocupación por el cuerpo, por el aspecto exterior o por alcanzar los vigentes cánones de belleza, mueve enormes cantidades de dinero, provoca ingente número de artículos periodísticos y de programas en medios audiovisuales, atrae la atención del público y ocasiona severas repercusiones sobre la salud.

Según Pruzinsky y Cash 1990 (Citado por Ramón Jarne FJ, 2010) desde enfoques interrelacionados, se considera que la imagen corporal, lleva implícitas, **perceptualmente**, imágenes y autovaloraciones del tamaño y forma de aspectos del cuerpo, **cognitivamente**, aumento de la atención centrada en el cuerpo, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal y autoafirmaciones inherentes al proceso, **emocionalmente**, experiencias de placer o displacer, de satisfacción

corporal o de insatisfacción corporal y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa. (2)

La **Imagen Corporal** según Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990 (Citado por Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S; 2007) se compone de varias variables: (3)

- a) **Aspectos perceptivos:** 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*. El término “distorsión perceptual” sirve como expresión de que la alteración de la imagen corporal se produce en el ámbito de la estimación del tamaño.
- b) **Aspectos cognitivos-afectivos:** que 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. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, ansiedad, tristeza, preocupación, o de *insatisfacción corporal*.
- c) **Aspectos conductuales:** 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.

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.

La **Imagen Corporal** según Raich, 2000 (Citado por Ramón Jarne FJ, 2010) 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. (2)

2.1.1. FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA

Nuestra 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. (3)

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 corporal* es descrita como una característica esencial de la anorexia y la bulimia nerviosa, además de constituir un criterio diagnóstico.

En la actualidad, parece existir el consenso de que la imagen corporal es una categoría multidimensional que involucra diversos factores a tomarse en cuenta para su investigación, en tal sentido, en la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento. (3)

2.1.1.1. Factores predisponentes. (3)

a) 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). La presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad pueden ser factores predisponentes.

Es 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.

Se han llevado a cabo diversos estudios, sobre la importancia de esta variable en poblaciones con anorexia y bulimia nerviosas concluyendo que, con pequeñas diferencias y matizaciones según el trastorno, la

insatisfacción corporal constituye un factor clave en ambos. Por tanto, esta variable es un factor previo a la instauración de un TCA y en pacientes con trastornos de este tipo es un signo universal que incluso se utiliza como elemento diagnóstico.

b) 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. El papel de los familiares y semejantes es preponderante, ya que son ellos quienes delimitan el entorno de relaciones sociales del individuo.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

2.1.1.2. Factores de mantenimiento. (3)

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.

Como se ha visto, en la formación de la imagen corporal intervienen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y por otro la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la medida en que prevalecen las valoraciones negativas acerca de éste, es posible un Trastorno de la Imagen Corporal (TIC).

El TIC está diagnosticado como trastorno dismórfico de acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994); pero también se deben satisfacer como requisitos clínicos las ideas sobrevaloradas acerca de la anormalidad o fealdad del aspecto físico que suscitan preocupación, una intensa devaluación de la apariencia física que deviene en baja autoestima global, una interferencia en el funcionamiento diario, y la evitación de situaciones que implican exponer la apariencia a otras personas. (4)

2.1.2. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El trastorno dismórfico corporal fue identificado y bautizado como *dismorfofobia* hace más de 100 años por Emil Kraepelin, quién lo considero una neurosis compulsiva. Aunque en Europa ya se había reconocido y estudiado ampliamente este trastorno, no fue hasta la publicación del DSM-III en 1980, cuando la *dismorfofobia*, como ejemplo de un trastorno somatomorfo típico, se mencionó explícitamente en los criterios diagnósticos de Estados Unidos. En el DSM-IV-TR la *dismorfofobia* recibe la denominación de trastorno dismórfico corporal, porque los editores del DSM consideraron que el termino *dismorfofobia* implicaba inapropiadamente la presencia de un patrón conductual de evitación fóbica. (5)

El nuevo capítulo del *Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados* del DSM-5 recoge los apartados clásicos del trastorno dismórfico corporal (incluidas anteriormente en el apartado de *trastornos de somatización* del DSM-IV-TR) con algunas modificaciones.

Tabla 2.1.2. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal

Criterios Diagnósticos	300.7 (F45.22)
<p>A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, aversearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p>	
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.</p>	
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).</p> <p>Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p>Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p>Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>	

De American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Arlington, VA, 2013.

Los individuos con este trastorno están preocupados con uno o más defectos o imperfecciones percibidas en su aspecto físico, creen verse feos, poco atractivos, anormales, o deformes (Criterio A). Los defectos percibidos no son observables o parecen leves a otras personas. Las preocupaciones van de un aspecto "poco atractivo" o "deforme" a "horrible" o "monstruoso." Las preocupaciones pueden centrarse en una o muchas partes del cuerpo, más comúnmente en la piel (p. ej., el acné percibido, cicatrices, arrugas, etc.), el pelo (por ejemplo, vello facial o corporal "excesivo"), o nariz (por ejemplo, tamaño o forma). Sin embargo, cualquier parte del cuerpo puede ser el centro de interés, ya sea los ojos, los dientes, el estómago, los pechos, las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, los genitales, etc., incluso asimetría percibida de áreas de su cuerpo. Las preocupaciones son molestas, no deseadas, les consume tiempo (se producen, en promedio, de 3-8 horas por día), y por lo general difíciles de resistir o de controlar. (6)

Los comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo o superficies reflectantes para comprobar los defectos percibidos) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con la de otras personas) incluso intentos de ocultación de la supuesta deformidad (con maquillaje o indumentaria) se llevan a cabo en forma repetitiva y excesivamente en respuesta a su preocupación (Criterio B). (6)

La preocupación debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del individuo (Criterio C); generalmente ambos están presentes; prácticamente todos los pacientes afectados evitan mantener contactos de tipo social o laboral. Un tercio de ellos pueden confinarse en casa por temer a ser ridiculizados por tales "deformidades"

y cerca de una quinta parte realizan tentativas de suicidio (6). El trastorno dismórfico corporal debe diferenciarse de un trastorno alimentario.

La *dismorfia muscular*, una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en los hombres consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente musculoso. Las personas con esta forma del trastorno en realidad tienen un cuerpo de aspecto normal o son aún muy musculosos. (6)

2.1.3. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:

Para Rosen, 1997 (Citado por Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S; 2007) debe incluir los siguientes aspectos: (3)

- Percepción y estimación del tamaño y forma del cuerpo.
- Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad frecuencia y duración, el malestar que origina y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar sus pensamientos.
- Aspectos conductuales: camuflaje, evitación, rituales, etc
- Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación.
- Dimensiones de personalidad: autoestima.

2.1.3.1. Instrumentos de evaluación para Imagen Corporal

- Entrevistas
 - ✓ Body Dysmorphic Disorder Disamination (BDDE, Rosen y Reiter, 1996)
- Aspecto perceptivo (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1998)

- ✓ Estimación corporal global
- ✓ Estimación de partes blandas
- Cuestionarios

El Cuestionario de Forma Corporal BSQ

El Body Shape Questionnaire (BSQ) [Cuestionario sobre Forma Corporal] fue creado y validado en población inglesa por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. Con la finalidad de valorar la insatisfacción corporal y preocupación por la figura en personas que sufrían trastornos alimentarios, tipo Anorexia y Bulimia Nerviosa, también ha mostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas que no sufren de estos trastornos.

Es un cuestionario dirigido a explorar la autopercepción de la imagen corporal y específicamente identificar la presencia de insatisfacción con dicha imagen relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria. Es uno de los más utilizados en investigación a nivel nacional e internacional, de ahí la relevancia de valorar sus características psicométricas en nuestra población.

El BSQ validado en población española por Raich et al., 1996. (7) Es un cuestionario que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros.

En la validación colombiana realizado por Castrillón, Luna, Avendaño & Pérez, 2007. (8) El BSQ representa una medida objetiva de la *preocupación*

sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas.

Un estudio de validación del BSQ, en población mexicana se realizó por Vázquez et al., 2011. (9) En el cual se formaron tres grupos de comparación: **Grupo 1.** Control vs Trastorno de la Conducta Alimentaria, específico y no específico; **Grupo 2.** Control vs Anorexia y Bulimia nerviosa; **Grupo 3.** Control y TCANE). Mediante este análisis se observó que el BSQ discriminó y clasificó adecuadamente las tres diferentes condiciones, obteniendo puntajes de 84.3%, 85.8%, y 82.1%, respectivamente. Concluyendo así, que el BSQ efectivamente tiene la capacidad de discriminar entre población con insatisfacción corporal, relacionada a los Trastornos del Comportamiento Alimentario, de la población que no la presenta. Así mismo sugieren que esta insatisfacción es un factor de riesgo muy importante de TCA debido a la asociación que se encontró entre dicho factor y el grupo con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Además, con el objetivo de determinar cuál es el punto de corte más adecuado para la población mexicana en el BSQ; se obtuvo el mejor equilibrio de sensibilidad (84.3%) y especificidad (84.4%) para el punto de corte de 110.

En el Perú, el cuestionario ha sido validado y adaptado a la población adolescente limeña por Flores M., 2009. (10) Su estudio se realizó en dos grupos: uno con adolescentes *altamente preocupadas por el cuerpo* y otro catalogado como *despreocupadas por el cuerpo*. Al compararse los puntajes promedios de insatisfacción corporal en ambos grupos el primero obtuvo mayores calificaciones en esta variable. Los resultados del análisis de

confiabilidad arrojaron un alfa de Cronbach que demostró un alto nivel de consistencia al interior de la prueba ($\alpha = .97$).

Es un cuestionario autoaplicado que consta de 34 ítems que se puntúan en una escala tipo lickert 1 - 6 que varía entre “siempre” y “nunca” (“nunca” / “raramente” / “a veces” / “a menudo” / “casi siempre” / “siempre”). Va desde 1 punto que equivale a nunca, hasta 6 puntos que equivale a siempre, en este sentido, permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. (7)

Interpretación:

El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre la imagen corporal, las puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal y es una herramienta útil para el screening de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del esquema corporal.

El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patológica una puntuación superior a 105 al final del test. Al menos en teoría, cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre sobre su figura corporal.

Fiabilidad:

El BSQ efectivamente tiene la capacidad de discriminar entre población con insatisfacción corporal de la población que no la presenta.

En la validación en población española por Raich et al., 1996. La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia

interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97). (7)

En la validación del BSQ en población mexicana por Vázquez et al., 2011. Al realizar el análisis de confiabilidad se observó que el BSQ es un instrumento altamente confiable, es decir que posee una excelente consistencia al medir la *insatisfacción corporal*. Esto debido a que mostró un elevado coeficiente alpha de Cronbach ($\alpha = .98$).

En la validación colombiana realizado por Castrillón, Luna, Avendaño & Pérez, 2007. La confiabilidad del Body Shape Questionnaire se calculó usando el alfa de Cronbach con coeficiente de correlación intraclase. Los resultados confirman la estabilidad y coherencia de los presupuestos teóricos pues su alpha general fue de 0,96 con un intervalo de confianza del 95% y que tuvo un límite inferior de 0,961 y un límite superior de 0,966. **El factor 1**, que evalúa *insatisfacción corporal* tuvo un alfa de 0,95 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,94 junto a un límite superior de 0,95. **El factor 2**, que mide *preocupación por el peso*, tuvo un alfa de 0,92 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,92 en conjunto con un límite superior de 0,93. (8)

La versión de 34 ítems del BSQ mostró una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.9735), y una estructura factorial de 3 factores principales que explican el 63.212 de la Varianza. El factor 1 (Insatisfacción Corporal) tiene un Alfa de 0.9587, factor 2 (Malestar con Imagen Corporal) con un Alfa de 0.9329 y finalmente el factor 3 (Devaluación de la Figura) muestra un Alfa de 0.8922.

2.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.2.1. Aspectos Comunes.

Hasta la década de los 60, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituían entidades clínicas de diagnóstico casi anecdótico. La situación ha cambiado de manera radical. En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Su incidencia y prevalencia han aumentado claramente, pasando de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados a una pandemia ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres. (11, 12, 13)

Un informe compendiado por la OMS en Ginebra, 2004 (citado por López C & Treasure J, 2011) sostiene que en el mundo, el 1% de los adolescentes y adultos jóvenes sufre AN, y otro 4,1%, BN. Así mismo, ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo para la salud que implican. (14)

Aproximadamente un 3% de las mujeres jóvenes presenta un TCA y hasta el 6% de esta población si incluimos las formas incompletas del trastorno. La incidencia de AN es del 1-2 por 1000 hab./año con un rango de edad entre 8 y 35 años y dos picos modales a los 13-14 y 17-18 años. La prevalencia de AN es del 0,5-3,7% en mujeres y del 0,2% en varones (igualándose si el diagnóstico se realiza en edad infantil). Para la BN su prevalencia es del 1-1,5% en mujeres y 0,1-0,5% en varones, quedando un grupo de pacientes con conductas bulímicas que no se detectan por ocultación de síntomas. Aproximadamente el 15% de las pacientes con BN han recibido antes tratamiento para AN. Se considera la tercera

enfermedad crónica más frecuente entre las adolescentes del mundo occidental tras la obesidad y el asma. (15)

En nuestro país, un estudio epidemiológico realizado en el año 2002 por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi de Lima, revela una prevalencia de anorexia nerviosa del 0,1%, bulimia nerviosa, 0,8%, conductas bulímicas (haber tenido por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses) un 3,8%, y tendencia a problemas alimentarios (inducción al vómito, toma de laxantes, realización de ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, o la ingesta de supresores del apetito, o diuréticos) un 8,3% con la finalidad de perder peso (IESM HD-HN, 2002). (16)

Según datos estadísticos del IESM HD-HN, 2003; cada mes se atiende de 40 a 60 casos nuevos de adolescentes entre 15 a 20 años con problemas de trastorno de la alimentación. Al respecto el Dr. Rolando Pomalima, médico psiquiatra responsable del Programa de Trastorno de la Conducta Alimentaria del Instituto, manifestó que las personas con anorexia y bulimia tienen como característica fundamental la distorsión de la imagen corporal. Refiere además que “los TCA son enfermedades que se vienen convirtiendo en los últimos años en un problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos, debido al incremento alarmante de su incidencia y prevalencia preferentemente en los adolescentes”. (17)

Los factores de riesgo son numerosos, lo que habla de la heterogeneidad de los caminos por lo que se pueden desarrollar estas alteraciones mentales. Fairburn y Harrison (18), en el 2003 publicaron una magnífica revisión del concepto, factores de riesgo y estabilidad de los diagnósticos de trastornos alimentarios.

2.2.2. Concepto y Clasificación

Los TCA son trastornos que derivan principalmente del deseo sobrevalorado de perder peso dañando gravemente la salud física, psicológica y social. (19)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones mentales graves que se explican dentro de un modelo biopsicosocial. Son un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones del pensamiento las emociones, las percepciones y la conducta en relación a la alimentación y/o el peso. (15)

Los TCA son enfermedades de salud mental complejas, de etiología multifactorial donde intervienen factores *genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales*. Afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución. (2, 5, 11, 12, 20)

Las definiciones y categorización de los TCA en las clasificaciones internacionales: DSM-5, DSM-IV-TR y CIE-10 (6, 21, 22), continúan siendo materia de debate. El principal desafío radica en la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y conductas asociadas a los TCA que frecuentemente se sobrepone unos con otros en las categorías actualmente vigentes.

En el capítulo de los *Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria* de la actual revisión de los criterios diagnósticos (DSM-5, 2013), además de la **anorexia** y la **bulimia nerviosa** que continúan siendo las principales categorías diagnósticas con claros y detallados criterios de inclusión, curso y pronóstico, se integran la *pica* y la *rumiación* (antes incluidos en los trastornos de la infancia y adolescencia), así mismo, se incluyen como nuevos

diagnósticos el *Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta* y el *Trastorno por atracón*, que aporta como elemento diferencial de la bulimia la ausencia de implicación en conductas compensatorias inadecuadas (purgarse, hacer ejercicio excesivo e irracional, etcétera). (14, 23, 24) En la Tabla 2.2.2 se representa las nuevas modificaciones del DSM-5 en cuanto a clasificación.

Tabla 2.2.2. Cambios más importantes de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5.

DSM-IV-TR Trastornos de la conducta alimentaria	DSM-5 (2013) Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria
- Anorexia	- Anorexia
- Bulimia	- Bulimia
	- Pica
	- Rumiación
	- Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta
	- Trastorno por atracón

2.2.3. Clínica.

La anorexia y bulimia nerviosa comparten un síntoma común que actualmente se considera esencial en el proceso etiopatogénico de todos los TCA: la *sobrevaloración de la figura y del peso*. (12) Quienes las padecen, tienen en común la dificultad aceptarse a sí mismos, física y moralmente y alcanzar su maduración y pleno desarrollo. Las consecuencias médicas cierran el círculo definitorio ya que sin ellas no tendrían estos cuadros la gravedad que les caracteriza: (11)

- 1) La primera de estas características, el temor a engordar (crecer) adquiere carácter de obsesión por la delgadez que ocupa una parte significativa del campo mental.
- 2) La segunda de ellas, la insatisfacción corporal
- 3) Un tercer elemento común a los TCA, es el temor al descontrol con la comida (anorexia nerviosa, AN) o la constatación de ello en forma repetida (bulimia nerviosa, BN).
- 4) La negación u ocultamiento de la enfermedad.
- 5) Expresión vincular. La familia o pareja ha sido considerado, junto con la respuesta fisiológica, el principal mecanismo de perpetuación de los cuadros.
- 6) Los TCA interfieren el funcionamiento del organismo. Se altera la fisiología digestiva y nutricional condicionando respuestas que en sujetos físicamente sanos contribuyen a mantener la enfermedad.
- 7) Complicaciones psiquiátricas. Tanto en AN como BN es observable comorbilidad psiquiátrica especialmente en cuadros instaurados, de lenta evolución y resistentes al tratamiento.
- 8) Tendencia a la cronificación, se escenifican en su entorno los factores de mantenimiento.

Como se ha mencionado en los trastornos de alimentación 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* en 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. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad. (6, 12, 15, 19-21)

2.2.4. Curso y Evolución.

La evolución de los TCA, la frecuente comorbilidad médica que presenta y el que muchas veces adoptan formas clínicas enmascaradas; en ocasiones conducen a errores o retrasos en el diagnóstico. La mitad de los pacientes con TCA presentan una remisión de los síntomas principales, un 30% mejoran parcialmente y el 20% restante tiene una mala evolución. La recuperación psicosocial completa es más controvertida. La AN típicamente se inicia en la adolescencia con restricciones dietéticas, al principio controladas. A veces, sobretodo en pacientes muy jóvenes, tiene una duración breve y es autolimitada. En un 10-20% de pacientes el trastorno tiende a hacerse resistente e intratable. La BN se presenta a una edad algo mayor. De forma similar a la AN, comienza con restricciones dietéticas interrumpidas eventualmente por atracones. El trastorno tiende a autoperpetuarse. La enfermedad persiste tras diez años entre el 33-50% de los pacientes. (12, 13, 15)

Un hallazgo común en el seguimiento es la transición de la anorexia nerviosa a bulimia nervosa, visto en el 50% de los casos, pero puede ocurrir la transición

opuesta, y muchos pacientes se mueven dentro y fuera de los síndromes completos o parciales de estos trastornos. (19)

Es común que reste sintomatología residual, en lo concerniente a peso, silueta y alimentación. Con frecuencia desarrollan atracones y en muchos casos una BN completa. Son factores de buen pronóstico la edad precoz al inicio del trastorno y de mal pronóstico una enfermedad prolongada, la existencia de enfermedades crónicas asociadas, la pérdida de peso grave, las conductas purgativas asociadas a la desnutrición y las malas relaciones sociales y familiares y el sexo masculino. (12, 13, 15, 20)

2.3. ANOREXIA NERVIOSA (AN):

Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-5 (6), o sea, restricción persistente de la ingesta energética, miedo intenso a ganar peso o a engordar, o conducta persistente que interfiere con el aumento de peso y una alteración en la percepción subjetiva de peso o forma del cuerpo.

Es un síndrome caracterizado por 3 criterios fundamentales: 1) inanición autoinducida de una intensidad significativa, 2) búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad y 3) presencia de síntomas y signos médicos debido a la inanición. La AN suele asociarse a distorsiones de la imagen corporal, la percepción propia de ser de un tamaño preocupadamente grande a pesar de existir una delgadez extrema. (5)

Tabla 2.3. Criterios DSM-5 para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

Criterios	307.1
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p>Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovoado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovoado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p>Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$</p> <p>Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$</p> <p>Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$</p> <p>Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$</p>	

De American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Arlington, VA, 2013.

Según la DSM-5, suele comenzar durante la adolescencia o en adultos jóvenes (14 - 18 años de edad), rara vez se presenta en la pubertad o después de los 40. La incidencia de la AN durante los últimos años parece haber aumentado. La prevalencia de 12 meses entre mujeres jóvenes es de aproximadamente un 0.4%. Es más común en mujeres que en varones en una proporción de 10:1 (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino). Por tal motivo, usaremos el término anoréxica para referirnos a pacientes con esta entidad, comprendiendo a pacientes de uno y otro sexo. (6)

Para el DSM-5 se mantiene la sub-categorización propuesta por la DSM-IV. Esta clasificación incluye: a) subtipo restrictivo en el cual durante el episodio de AN la paciente utiliza solamente la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo como formas de controlar o disminuir de peso, no recurriendo a atracones ni purgas durante los últimos tres meses; y b) subtipo compulsivo/purgativo en el cual la paciente sufre de atracones y utiliza regularmente conductas purgativas (ej. vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) para controlar o bajar de peso. Los episodios de atracones, en el caso de la AN, por lo general no alcanzan la magnitud de los atracones observados en la BN aunque son vividos con extrema sensación de descontrol. (14)

Un estudio realizado por Steinhausen HC, 2009 (citado por López C, 2011) indica que a pesar de que se le brinda importancia al diagnóstico del episodio actual como restrictivo o compulsivo, se reconoce que más del 50% de las personas que sufre de AN desarrolla síntomas de bulimia posteriormente. (14)

Como se mencionó anteriormente, los criterios propuestos para el DSM-5, reparan algunas de las principales dificultades para aplicación de los criterios del DSM-IV para la población adolescente: (14)

- El **criterio A** se elimina el ejemplo numérico del DSM-IV, ya que más que como una guía, se tomaba como un criterio diagnóstico, bajo el percentil 85 en la relación peso/talla. Esta flexibilización del criterio da mejor cabida a la variabilidad de la ganancia de peso y altura que presentan en la pubertad normal y contribuiría a un diagnóstico más pertinente y menos excluyente los casos de AN.
- El **criterio C** agrega al componente cognitivo del criterio un componente alternativo conductual (“*una conducta persistente para evitar ganar peso*”) el que resulta más adecuado en el caso de muchas adolescentes, en los que por la etapa del desarrollo cognitivo en el que están, no poseen la capacidad psicológica como para expresar conceptos más abstractos tales como motivación para perder peso.
- El requerimiento de amenorrea (**criterio D** del DSM-4-TR) ha sido eliminado debido a que la evidencia científica ha demostrado que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares y por otro lado, existe una relación inestable entre la pérdida de peso y la amenorrea secundaria. Además, este criterio no resultaba generalizable a todos los posibles casos con AN ya que no era aplicable a mujeres adolescentes pre-menárquicas, en el uso anticonceptivos, en menopausia y en hombres. Finalmente, es un criterio que no es reportado en forma confiable por las pacientes.

Entre las anoréxicas existe la *alteración de la percepción del peso y la silueta corporal*, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir, hay una alteración de la imagen corporal. Por ello el término "Imagen Corporal" se utiliza para referirse a la "imagen" que se tiene en mente y también a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo, los cuales pueden ser de satisfacción o insatisfacción. Las percepciones distorsionadas de su cuerpo favorecen el mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta. (5, 6, 12, 19)

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de desembocar en estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico. (6, 13, 19, 20) El 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa. La remisión parcial se observa entre el 20% -30% de los casos de AN. Entre el 10% y 20% de los casos evolucionan a cronicidad. (20)

2.4. BULIMIA NERVIOSA (BN):

La bulimia palabra se deriva de las palabras griegas *bous* (buey) y *limos* (hambre), lo que indica un estado de hambre excesiva.

En la revisión del DSM-5, la BN se define como episodios recurrentes de atracones combinados con conductas compensatorias inapropiadas destinadas a

evitar el aumento peso y una autoevaluación indebidamente influida por el peso y la forma corporal. Para calificar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, deben ocurrir en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses (**criterio C**). (6)

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. (20)

En muchos aspectos, la bulimia nerviosa (BN) representa un intento fallido de AN, con la que comparte el objetivo de la delgadez, pero en una persona con menos capacidad a la semi-inanición prolongada o un hambre intensa con la consistencia de los pacientes con AN tipo restrictivo clásica. (5)

Un **atracción** es un consumo, durante un periodo corto de tiempo, de una cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de individuos comerían. (6)

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en adultos jóvenes. El inicio de la pubertad antes o después de los 40 años es poco común. La prevalencia de la BN entre las mujeres es aproximadamente 1% - 1.5%. En los hombres la prevalencia es diez veces menor. En torno al 20% de las mujeres universitarias presentan síntomas bulímicos transitorios en algún momento de sus años en la universidad. (6)

Tabla 2.4. Criterios DSM-5 para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

Criterios	307.51 (F50.2)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>	

De American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Arlington, VA, 2013.

Mientras la diferenciación entre AN restrictiva y AN purgativa, presente en el DSM-IV-TR, se mantiene en el DSM-5. En el caso de BN solamente se contempla como la *forma purgativa*, lo que hace que la mayoría de los casos

previamente identificados como BN no purgativa pasen al apartado del *trastorno por atracón*, que como se ha dicho pasa a tener identidad en el nuevo manual. El **criterio C** del DSM-IV también ha sido modificado, en cuanto al número de atracones y conductas compensatorias, para el nuevo manual se requiere “al menos 1 vez por semana durante 3 meses”.

Los atracones de comida parecen caracterizarse más por una anomalía en la cantidad de alimentos consumidos que por un antojo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, las personas tienden a comer alimentos que de otro modo evitarían. El tipo de alimentos que se consumen durante los atracones varía tanto entre los individuos como para un individuo dado. (6)

La BN incluye regularmente *conductas compensatorias* que están destinadas a liberar el cuerpo del exceso de calorías o el aumento de peso consumidas durante los atracones alimentarios; referidos colectivamente como las conductas de purga o *purga*. El método inapropiado más común, entre el 80 – 90% de las personas afectadas, es la inducción del **vómito**. Los efectos inmediatos al vómito son la reducción del dolor abdominal y la sensación de estar hinchado, y permiten que los pacientes sigan comiendo sin temor a aumentar de peso. Otras conductas de purga incluyen el mal uso de laxantes y diuréticos. (5, 6, 20)

Las personas con bulimia nerviosa normalmente están dentro del rango de peso normal o con sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] > 18,5 y < 30 en los adultos). (6)

La preocupación persistente por el peso y la figura; se trata de un miedo morbosos a engordar. La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a

estas actitudes y su modificación es probablemente esencial para la completa resolución del trastorno. (20)

La BN se caracteriza por tener las tasas más elevadas de recuperación parcial y completa que la anorexia nerviosa, los pacientes tratados tienen mejor evolución que los no tratados que tienden a la cronicidad o pequeños grados de recuperación. (5)

El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternados con recurrencias de atracones. Sin embargo, a largo plazo, los síntomas de muchas personas parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el resultado del tratamiento impacta claramente. Los períodos de remisión de más de 1 año se asocian con un mejor resultado a largo plazo. (6)

En estudios de seguimiento a 6 años para personas tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico (13, 20). En cuanto a la mortalidad, el riesgo de suicidio es elevado en la bulimia nerviosa, sin embargo, los estudios concluyen que la asociada con BN es considerablemente más baja que la asociada con AN, pero que ha sido menos examinada.

2.5. ORTOREXIA

Ortorexia nerviosa es un término que designa un trastorno en el que existe una obsesión enfermiza con la alimentación saludable, una dedicación extrema a las dietas extremas que pueden perjudicar una buena nutrición. El énfasis está en la calidad, no la cantidad, de los alimentos en la dieta.

Esta nueva alteración, fue definida por primera vez por el médico norteamericano Steve Bratman (25) en un libro publicado en el año 2000 en EEUU, que lleva por título Health Food Junkies. El citado autor ya había acuñado el término en 1996. Este proviene del griego (ortho, justo, recto, y orexia, apetencia) y vendría a significar “apetito justo o correcto”. Pero en realidad se entiende por ortorexia la obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerar patológico. (13, 25)

La ortorexia nerviosa no ha sido reconocida como una entidad médica aceptada por el DSM IV-TR. Aunque la ortorexia no ha sido reconocida oficialmente en los manuales terapéuticos de trastornos mentales, los escasos estudios en torno a ella sí parecen confirmar que detrás de la obsesión por un menú escrupulosamente limpio subyace con frecuencia un trastorno psíquico. (13,25)

2.6. INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TCA:

2.6.1. Eating Attitudes Test (EAT). DM Garner y PE Garfinkel, 1979

El Eating Attitudes Test (27) fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. (20)

Fue creado y validado por Garner y Garfinkel (1979) en dos submuestras de mujeres diagnosticadas con AN (n= 32 y 33), de acuerdo a los criterios de

Feighner et al. (1972), y en dos submuestras control (n= 34 y 59). La consistencia interna del EAT-40 fue Alpha de Cronbach = 0.94 en la muestra total, y 0.79 en las mujeres con AN. La puntuación total del instrumento diferenció entre las mujeres con AN y las mujeres control en la dirección esperada; además, al analizar la predicción diagnóstica se estableció que 30 era un punto de corte adecuado para fines de tamizaje. Con el punto de corte de 30 puntos o más en un grupo de afectadas con AN y un grupo control, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7%, con un VPP del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8%. (20, 28)

El EAT ha sido utilizado en muchos países, tales como Estados Unidos, España, Turquía, Portugal, México, Italia y Bulgaria. En estos contextos, la consistencia interna de la escala completa ha sido reiteradamente demostrada, alcanzando alfas de Cronbach en un rango de 0.71 (Preti et al., 2007) a 0.94 (Garner & Garfinkel, 1979). De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70 hasta la reciente actualidad, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural. (20, 28 - 30)

2.6.2. Versión española del EAT-40

En España, la versión adaptada y validada (31) del EAT-40 fue realizada por Castro J, et al. 1991, en un grupo de AN y un grupo control sano.

En este estudio se obtuvo una sensibilidad del 67,9% y una especificidad del 85,9% utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores del cuestionario. Al reducir a 20 el punto de corte, la sensibilidad aumentó hasta un 91%, a expensas de disminuir la especificidad hasta un 69,2%. Este método, sin embargo, tiene el inconveniente de no considerar las situaciones intermedias de personas que se hallan entre un diagnóstico claro y un estado completamente sano. Por ello los resultados no son necesariamente extrapolables al cribado de la población general, donde se observan muchas de estas situaciones intermedias.

(20) Entre las posibles causas que expliquen las diferencias con la versión original, destacar que las personas anoréxicas españolas tenían una edad menor. Un estudio posterior (32), con 2.734 mujeres estudiantes de 13-22 años de Navarra, obtuvo que la mejor predicción diagnóstica se conseguía con un punto de corte de 21.

No obstante, a pesar de utilizar instrumentos de cribado siempre es necesario realizar entrevistas individuales para confirmar los diagnósticos de TCA. El hecho que los TCA se presenten en una continua degradación y gravedad variable hace esencial contar con un procedimiento que permita detectar los primeros signos para poder actuar con prontitud.

2.6.3. EAT-26 (Versión abreviada del EAT-40)

Mediante el análisis factorial del EAT-40 Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982) desarrollaron una versión abreviada de 26 ítems (33), con un puntaje de corte alternativo de 20, que es altamente predictivo de la versión completa ($r=0,89$). Consta de los 26 primeros ítems del EAT-40 que configuran tres

subescalas: *dieta*, *bulimia* y *preocupación por comer y control oral*. Se valora mediante la misma escala de Likert de 6 puntos del EAT-40. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un cuestionario autoadministrado. Utilizando el punto de corte de 22 puntos o más, el rango de sensibilidades, especificidades y VPP fueron de 65,1% a 88,9%, 96,1% a 97,7% y 44,4% a 46,2%, respectivamente, siendo las tasas de falsos positivos del 2,7% al 3,8%.

De los 40 ítems originales de la escala los autores decidieron sustraer 14 considerados redundantes y que no incrementaban el poder predictivo. La nueva escala, EAT-26, es más simple y más económica, y correlaciona en alto grado con la original (Vilela J, 2004).

2.6.4. Versión española del EAT-26

En España la versión adaptada y validada al castellano del EAT-26 (34), se ha llevado a cabo por Gandarillas A, et al., 2003 en un medio comunitario en población femenina (15-18 años) escolarizada. Las características psicométricas de este cuestionario son similares a las descritas por sus autores. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, VPP del 23%, VPN del 99% y porcentaje de bien clasificados del 92% (33). Como cuestionario de cribado es útil para diferenciar los casos de TCA de la población normal, aunque es importante señalar el escaso VPP, dado que la prevalencia del problema es baja. (35)

Cuando el punto de corte es más bajo (10 puntos o más), el EAT-26 presenta una sensibilidad del 90%, especificidad del 75%, VPP del 11%, VPN del 99,5% y porcentaje de bien clasificados del 76%. (34, 35)

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España ya recomendaba su uso como instrumento de cribado en el año 1995, ya que el EAT-26 era capaz de distinguir entre pacientes con AN y población normal y entre pacientes con BN y población normal, pero no entre AN restrictiva y BN, estableciendo el punto de corte de <20 puntos en mujeres, >30 puntos en población de riesgo y >50 puntos en población clínica (20)



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Sotaya Gómez, A.

Título: Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2012.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013.

Resumen: Se realizó una encuesta a una muestra de personas que asisten a diferentes gimnasios de Arequipa, con encuesta de datos personales, del ejercicio y de alimentación, y aplicación del Cuestionario BSQ. (Body Shape Questionnaire). El 55,85% del total de casos fueron mujeres, con edades comprendidas en 61,51% de casos entre los 20 y 29 años. El 49,81% combina ejercicios con dietas especiales, dentro de las cuales está la dieta para bajar de peso (48,48%), dietas hiperproteicas (36,36%) e hipograsa (11,36%). El consumo de suplementos dietéticos se observó en 24,15% de usuarios. Con la aplicación del cuestionario BSQ, se estableció que 25,28% de usuarios de gimnasios tienen distorsión en la percepción de la imagen corporal. El 82,09% de personas con trastorno son mujeres, comparadas con 53,03% de varones sin alteraciones ($p < 0,05$) y el sexo femenino se asoció a un OR de 5,17. En el grupo con distorsión de la imagen corporal hubo más spinning (28,36% versus 16,16%; OR 2,05) y gimnasia (16,42% y 7,07%; OR = 2,548). El 70% de aquellos con trastorno usa una dieta especial, comparado con 42,93% en el grupo

sin trastorno ($p < 0,05$; $OR = 3,12$), siendo mayor la dieta “para perder peso” ($OR = 8,67$) y la dieta hipocalórica ($OR = 4,34$).s

3.2. **Autor:** Fernández Pinto, K.

Título: Factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María, 2008.

Fuente: Tesis para optar el grado académico de maestría de Salud pública. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, 2008.

Resumen: Se aplicó un cuestionario de datos generales así como el Eating Disorders Inventory (EDI) a 164 alumnos, 64 de la facultad de obstetricia y 100 de la facultad de Medicina. La mayor parte de participantes fueron mujeres entre los 18 y 19 años de edad. El 35% de estudiantes se encontraban en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Dentro de los factores de riesgo, la obsesión por la delgadez se encontró en 25.86%, siendo también un síntoma para el diagnóstico de anorexia y bulimia. Se encontró síntomas asociados a bulimia en 51.72%, hubo insatisfacción corporal en 25.86%, ineficiencia en 55.17%, perfeccionismo en 31.03%, desconfianza interpersonal en 36.21%, confianza interoceptiva en 29.31%, y miedo a la madurez en 63.7% de alumnos.

3.3. **Autor:** Tejada Roman, L; Guillen Ticona, M.

Título: Insatisfacción corporal, distorsión de la percepción de peso e índice de masa corporal en adolescentes universitarias.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Licenciados en Psicología. Programa Profesional de Psicología, Universidad Católica de Santa María, 2009.

Resumen: Se estudió 266 estudiantes de ciencias sociales entre 16 y 19 años; se empleó como instrumento el Body Shape Questionnaire (BSQ), una escala de valoración de la imagen corporal y el índice de masa corporal. Se encontró que las adolescentes sobrestiman su peso y se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, aunque esta insatisfacción no guarda correlación significativa con el índice de masa corporal real.

3.4. **Autor:** Zapana Calcina, E.

Título: Imagen corporal asociada al índice de masa corporal e índice cintura-cadera en estudiantes de academias preuniversitarias, Arequipa 2012.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2009.

Resumen: Se evaluaron 253 alumnos, 123 varones y 130 mujeres. Se encontró bajo peso en 15.4% de varones y en 7.7% de mujeres, hubo sobrepeso en 24.4% de varones y en 24.6% de mujeres, y obesidad en 19.5% de varones y 33.8% de mujeres. En ambos grupos se buscó mejorar la imagen corporal, con deseo de una figura delgada.

3.5. **Autor:** Chávez Olivar, H.

Título: Influencia del sobrepeso y obesidad en la imagen corporal de niños y niñas. Arequipa 2013.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2013.

Resumen: En los escolares estudiados se encontró sobrepeso en 19.80% y obesidad en 26.73%, y se identificó que la influencia del sobrepeso y la obesidad en la imagen corporal en niños fue desear una imagen corpulenta y en las niñas un predominio a tener una imagen delgada. La percepción que tienen los niños y niñas de Arequipa de su imagen corporal es distorsionada.

3.6. **Autor:** Arangoitia Cancho, A.

Título: Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de centros educativos de la Policía Nacional del Perú, Arequipa 2006.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2007.

Resumen: Participaron en esta investigación 2 centros educativos de la PNP de los cuales se tomó a todos los alumnos matriculados en el año escolar 2006, a escolares de entre 11 y 17 años, en los cuales se aplicó la encuesta EAT-40 y posteriormente una entrevista basada en criterios diagnósticos del DSM-IV TR a aquellos adolescentes que obtuvieron puntajes mayores o iguales a 30 en el primer cuestionario, para determinar el diagnóstico de anorexia, bulimia o TCA no especificado. Se encontró un 14.33% de los 103 alumnos con TCA, con 54.2% de anorexia nerviosa, y 33.76% de anorexia restrictiva y 16.7% de anorexia purgativa. La presencia de bulimia nerviosa fue de 1.53%, de los cuales el 0.83% fue purgativa, 0.7% fue bulimia no purgativa, y de los tipos no

especificados de TCA, el 3.62% fue de subtipo A, del subtipo B el 2.36%, subtipo C el 1.25% y subtipo D, el 0.14%.

3.7. **Autor:** Mondoy Condori, M.

Título: Prevalencia de los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en los colegios de Arequipa, 2005.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2006.

Resumen: Se eligió una muestra representativa de dos colegios de Arequipa, uno nacional y otro particular de Arequipa. Se aplicó el cuestionario EDI (Eating Disorders Inventory). En el colegio nacional existe mayor prevalencia de obsesión por la delgadez, además de perfeccionismo, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez; además existe mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (12.6%) respecto al colegio particular (6.9%). En mujeres la prevalencia de TCA es mayor en el colegio nacional (19.5%) respecto del colegio particular (9.9%). Y en estudiantes de 12 años es mayor en el colegio nacional (14.0%) respecto al colegio particular 83.2%), sin diferencias entre estudiantes de otras edades.

A nivel nacional

3.8. **Autor:** Aliaga Deza L., De la Cruz T.

Título: Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú.

Fuente: Rev. Neuropsiquiatra 2010;73:52-61

Resumen: Objetivo: Describir la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de 13 a 17 años de un colegio del distrito de Independencia (Lima, Perú). Métodos: 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. Resultados: 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 subescala de obsesión por la delgadez, el 17,9% para bulimia y el 28,2% para insatisfacción corporal. Los puntajes de la subescala de obsesión por la delgadez fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p=0,041$). El resto de subescalas tuvieron valores similares en ambos sexos. Conclusiones: Los puntajes obtenidos para obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal fueron mayores a los descritos por otros autores. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, excepto en la subescala de obsesión por la delgadez.

A nivel internacional

3.9. **Autor:** Behar R, Molinari D.

Título: Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas.

Fuente: Rev. méd. Chile 2010; vol.138, n.11: 1386-1394.

Resumen: Se buscó evaluar el ejercicio físico, hábitos alimenticios y la presencia de dismorfia muscular entre los levantadores de pesas y estudiantes de medicina. Sujetos y métodos: evaluación transversal de 88 levantadores de pesas varones de 27 ± 7 años y 84 estudiantes varones médicos mayores de 22 años \pm 1 año. Las conductas alimentarias se evaluaron utilizando el Eating Attitudes Test (EAT-40) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). La percepción de la imagen corporal se evaluó mediante la Escala Graduada Hannover (GHS). Resultados: La prevalencia de la dismorfia muscular entre los levantadores de pesas fue del 13,6%. Los dos grupos no mostraron diferencias en la insatisfacción corporal. El interés en la apariencia entre levantadores de pesas fue significativamente mayor que en los estudiantes y variaron significativamente mayor en EAT-40 y EDI ($p < 0,001$). Otros deportes que se practican con la misma frecuencia por los levantadores de pesas y estudiantes. Los levantadores de pesas pasaron más tiempo que los estudiantes haciendo ejercicio para mejorar su apariencia ($p < 0,005$); 42% de los levantadores de pesas con dismorfia muscular abusó de anabólicos y el 67% utilizan otras sustancias para mejorar su rendimiento ($p < 0,005$).

4. Objetivos.

4.1. General

Establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa 2014.

4.2. Específicos

- 1) Conocer las actitudes alimentarias de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa.
- 2) Describir la percepción de la imagen corporal de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa.

5. Hipótesis

Dado que la formación escolar y el medio socioeconómico influyen de manera importante en la percepción de la imagen corporal y en la conducta alimentaria, es posible que exista una relación directa y significativa entre la distorsión de la percepción de la imagen corporal y los trastornos de las actitudes alimentarias de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), el cuestionario de Imagen corporal BSQ (Anexo 2) y el test de actitudes alimentarias, Eating Attitudes Test (EAT – 26) (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Esta investigación se realizará en tres instituciones educativas de Arequipa, una con gestión particular (I.E.P. “Chaves de la Rosa”), una de gestión estatal (I.E. “Arequipa”) y otra de gestión parroquial (I.E. “Nuestra Señora de Fátima”).

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de Marzo y Abril 2014.

2.3. Unidades de estudio: Adolescentes mujeres de educación secundaria de las instituciones educativas particular (I.E.P. “Chaves de la Rosa”), estatal (I.E. “Arequipa”) y parroquial (I.E. “Nuestra Señora de Fátima”).

2.4. **Población:** Todas las adolescentes mujeres que acuden a las tres instituciones educativas.

Muestra: se estudiará a todas las estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria de las tres instituciones educativas que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión:**
 - Sexo femenino
 - Edad de 14 a 17 años.
 - Participación voluntaria en el estudio
- ♦ **Criterios de Exclusión:**
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará la autorización de los directores de las tres instituciones educativas para acceder a las unidades de estudio. Se coordinará con los docentes para aplicar los instrumentos en momentos que no interfieran con las clases. Se explicará a las adolescentes la forma de llenado de los instrumentos y se les entregará para su llenado con la colaboración de un grupo de encuestadores que ayudarán en la recolección.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigador.
- Asesor.
- Encuestadores.

b) Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros:

- Autofinanciado.

3.3. Validación de los instrumentos

El Cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire). Fue diseñado por Cooper et al. en 1987 y adaptado a población española por Raich et al. (1996a) con la finalidad de disponer de un instrumento que mida el grado de preocupación sobre la imagen corporal. Se trata de un cuestionario de 34 ítems, de respuesta según una escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados. La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Así pues se considera patológica una puntuación superior a 105 al final del test. Cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre la persona sobre su figura corporal. (2,7-9)

Eating Attitudes Test-26 (EAT-26). Test hacia las actitudes alimentarias.

La versión abreviada del EAT (EAT-26), diseñado por Garner et al., 1982 (33) a partir del análisis factorial de la versión original EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979) y validada en castellano por Castro y cols., 1991. (31) Es la herramienta auto administrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios. Posee una alta correlación con la original y además similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ($r = 0.98$).

Contiene 26 ítems con seis posibilidades de respuesta, puntuables de 0 a 3, de las que se debe escoger una sola. Además, se puede hallar 3 sub-escalas que se obtienen por agrupaciones de ítems e indican el factor predominante. Las 3 sub escalas son: Restricción alimentaria, Bulimia (preocupación por la comida) y Control oral (autocontrol en la comida). (28-32, 42)

La subescala *dieta* (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25); subescala *bulimia* (ítems 3, 4, 9, 18, 21, 26) y subescala *control oral* (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Informa de la presencia de riesgo de trastorno alimentario y puede ser un instrumento de cribado eficiente como parte de un estudio de dos fases en que aquellos sujetos que obtienen una puntuación por encima del **punto de corte** de 20 que pueden ser remitidos a una entrevista diagnóstica. (28-32, 42)

El EAT era inicialmente un test para la anorexia nerviosa, pero actualmente se utiliza para detectar trastornos alimentarios en general. Los resultados demostraron que no era una buena herramienta diagnóstica pero sí era útil para detectar poblaciones de riesgo e individuos con preocupación anormal por la

dieta y el peso. Ha sido y sigue siendo muy utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. Mide actitudes y conductas de riesgo para desarrollar un TCA, analizando aspectos como preocupación por la imagen corporal, comida, dietas, comer a escondidas, vómitos y laxantes, y su percepción de la presión social para controlar el peso. (2, 28-31)

Estudios recientes en países latinoamericanos, utilizan el EAT-26 como herramienta de criba para detectar sujetos de riesgo de trastornos alimentarios. (28-30, 42)

3.4. Criterios para manejo de resultados

b) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

d) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento:

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis:

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre dos grupos independientes, se empleará la prueba Chi cuadrado; la relación entre las variables se evaluará mediante el coeficiente de correlación de Pearson (para los puntajes de las escalas BSQ y TCA) y con el coeficiente de asociación de Spearman (para sus valoraciones categóricas). Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Marzo 14				Abril 14				Mayo 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Marzo 2014

Fecha probable de término: 20 de Mayo 2014

V. Bibliografía Básica

- 1) Hollifield M, H. Chap. 15. Somatoform disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 1. 8th edition. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005
- 2) Ramón Jarne FJ. Imagen Corporal y Conducta Alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado: Neurociencias. Universidad de Granada; 2010
- 3) Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. 8, 2007, 171-183. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- 4) Sánchez-Carracedon D, Mora M, López G, Marroquín H, Ridaura I y Raich RM. Intervención Cognitivo-conductual en Imagen Corporal. Psicología Conductual. 2004; Vol. 12, N°3: 551-576.
- 5) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Sinopsis de Psiquiatría. 10a edición. Ed. LWW España; 2009.
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- 7) Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la Insatisfacción Corporal. Clínica y Salud, 7(1), 51-66.

- 8) Castrillón D, Luna I, Avendaño G, Pérez AM. Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; vol. 10, núm. 1: 15-23
- 9) Vázquez R, Galán J, López X et al. Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Mexican Journal of Eating Disorders*. 2011; 2: 42-52.
- 10) Flores M. Validez y confiabilidad del Body Shape Questionnaire en adolescentes universitarias de Lima Metropolitana. Tesis de bachiller. Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
- 11) Morandé G, Paolini E. Cap 144. Trastornos de Conducta Alimentaria. En: Del Pozo J. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. Vol. 2. Sec. 21. Cap 144. 2da ed. Ergon Madrid SEPEAP; 2010
- 12) Rojo Moreno L, Rubio Granero T, Livianos Aldana L. Cap. 34. Trastornos de Conducta Alimentaria. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría*. 1ra ed. Madrid: Gráficas Marte, S.A; 2009
- 13) Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuétara, Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA). *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. 2da Ed. Madrid: IM&C, S.A.; 2011
- 14) López C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y Manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2011; 22(1): 85 – 97.
- 15) Belda G y Rodríguez C. Cap. 43. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: SEP, SEPB y AEN. *Manual del Residente en Psiquiatría*. Vol. 1. Madrid: Gráficas Marte, S.L. 2009

- 16) Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; 18 (1, 2). Lima.
- 17) Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental (ANALES DE SALUD MENTAL). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural, 2008; (vol. XXIV), n 1 y 2: Pag. 156.
- 18) Fairburn C, Harrison P. Eating Disorders. The Lancet. 2003; 361: 407-16.
- 19) Arnold E. Andersen M.D, Joel Yager M.D. Chap. 19. Eating Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 1. 8th edition. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005
- 20) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- 21) Asociación Psiquiátrica Americana (2000). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002
- 22) WHO. ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

- 23) Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*. 2014; Vol. 32, Nº 1: 65-74
- 24) Rojo L, Plumed J, Conesa L et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012; 5(3): 197-204.
- 25) S. Bratman, D. Knight: *Health food junkies*. Broadway Books, New York, 2000.
- 26) R. Muñoz y A. Martínez. Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria?. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2007; 5: 457-482
- 27) Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(22), 273-279.
- 28) Franco K, Alvarez GL y Ramírez RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev. Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; 2: 148-164
- 29) Prado, J.E. y Salazar, Z. Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica. *Rev. Costarricense de Psicología*. 2014; Vol. 33, Supl. 1, p. 1-17
- 30) Salazar Mora, Z. El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*. 2012; 26: 51-71

- 31) Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess.* 1991; 7: 175-90.
- 32) De Irala J, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Med Clin (Barc).* 2008; 130: 487–91.
- 33) Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4): 871-8.
- 34) Gandarillas A, Zorrilla B, Muñoz P, Sepúlveda AR, Galan I, Leon C, et al. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gac Sanit.* 2002;1:40-2.
- 35) Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz P. Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- 36) Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(5):541-3.
- 37) De Gracia M, Marco M, Trujano P. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema.* 2007;19(4):646-53.
- 38) Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol.* 1984;52(5):863-72.

- 39) Thelen MH, Farmer D, Wonderlich D, Smith M. A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *J Consult Clin Psychol*. 1991;3:119-24.
- 40) Vázquez Morejón AJ, García-Bóveda RJ, Vázquez-Morejón JR. Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT). *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(5):309-14.
- 41) Berrios-Hernández MN, Rodríguez-Ruiz S, Pérez M, Gleaves DH, Maysonet M, Cepeda Benito A. Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(6):418-24.
- 42) Constaín G, Ricardo C, Rodríguez MA et al. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014; 46(6): 283-289
- 43) Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009; 18(1): 225-42.
- 44) G. Morandé L. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 229-232.
- 45) Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-495.
- 46) Maganto C, Cruz S. La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol. XX, 2, 2002

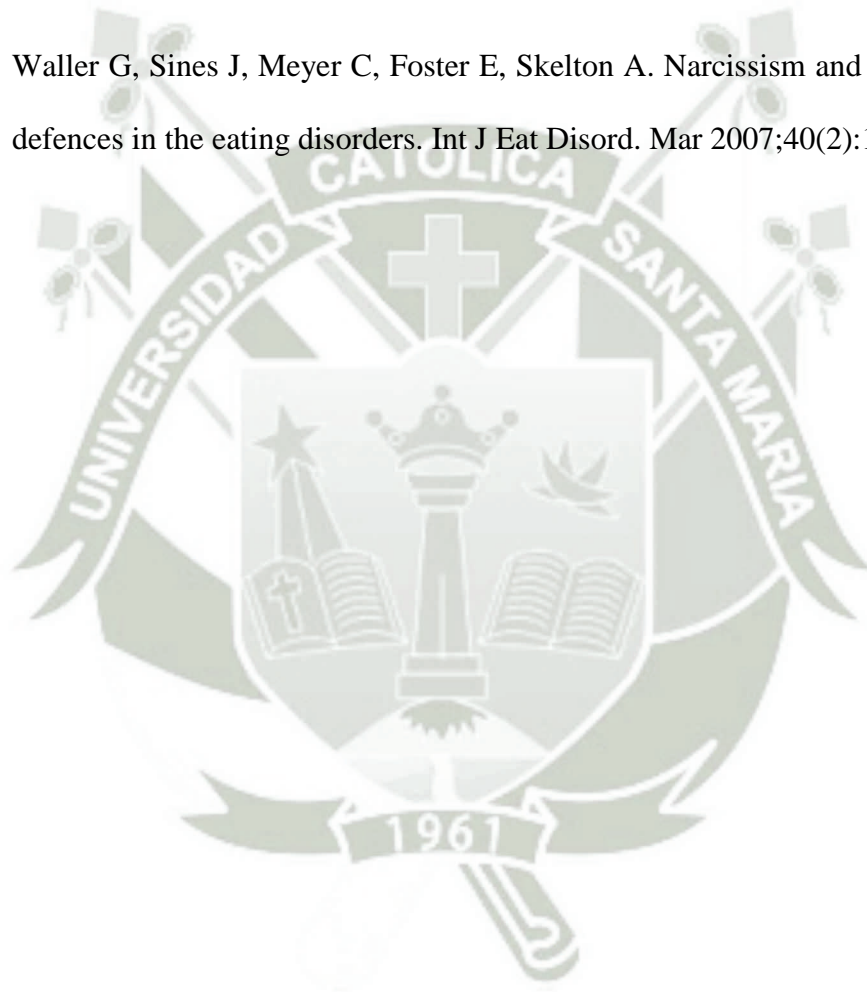
- 47) Aliaga-Deza L, De la Cruz T. Sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatra 2010;73:52-61
- 48) Perales A, Zambrano M, Vásquez-Caicedo G (Ed). Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. 1ra edición. Lima: Dto. Psiquiatría UNMSM; 2008.
- 49) Sotaya Gómez A. Frecuencia y factores asociados a los trastornos de la satisfacción con la imagen corporal en jóvenes que asisten a gimnasios en la ciudad de Arequipa, año 2012. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013.
- 50) Fernández Pinto K. Factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María, 2008. Tesis para optar el grado académico de maestría de Salud pública. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, 2008.
- 51) Tejada Román L, Guillen Ticona M. Insatisfacción corporal, distorsión de la percepción de peso e índice de masa corporal en adolescentes universitarias. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciados en Psicología. Programa Profesional de Psicología, Universidad Católica de Santa María, 2009.
- 52) Zapana Calcina E. Imagen corporal asociada al índice de masa corporal e índice cintura-cadera en estudiantes de academias preuniversitarias, Arequipa

2012. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2009.
- 53) Chávez Olivar H. Influencia del sobrepeso y obesidad en la imagen corporal de niños y niñas. Arequipa 2013. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2013.
- 54) Arangoitia Cancho A. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de centros educativos de la Policía Nacional del Perú, Arequipa 2006. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2007.
- 55) Mondoy Condori M. Prevalencia de los síntomas de Trastornos de la conducta alimentaria en los colegios de Arequipa, 2005. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2006.
- 56) Raich, R. M. (2000): Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ediciones Pirámide.
- 57) Raich, R. M. (2004).Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana, 22, 15-27.
- 58) Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). J Psychosom Res 2007; 62 (6): 681-90.

- 59) 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.
- 60) Calvo R. Trastornos de la alimentación (I): análisis. En: Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Madrid. Ediciones Pirámides, 1992:211-25.
- 61) Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). “Development of the body dysmorphic disorder examination”. Behavior Research and Therapy, 34, 755-766.
- 62) Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M.N., y Tantleff, D.S. (1998). Exacting beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington. American Psychological Association.
- 63) Baile Ayensa J, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. Revista de Psicología del deporte 2011. Vol. 20, núm. 2, pp. 353-366.
- 64) Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. Rev. méd. Chile 2010; vol.138, n.11: 1386-1394.
- 65) Fichter MM, Quadflieg N. Long-term stability of eating disorder diagnoses. Int J Eat Disord. Nov 2007;40 Suppl:S61-6.

- 66) Pope H, Katz D, Hudson J. Anorexia Nerviosa and “Reserve Anorexia” Among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive psychiatry* 1993; 34 (6):406-409
- 67) Einar K, Berit A, Gunnar G. La dependencia del ejercicio en la mujer físicamente activa *Eur. J Psychiat.* 2003, 17(3): 135-145
- 68) Virseda J. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. *Psicol Iberoam* 1995;3(2):35-9.
- 69) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35.
- 70) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Barton B, Schreiber GB, Daniels SR. Caffeine intake in eating disorders. *Int J Eat Disord.* Mar 2006;39(2):162-5
- 71) O’Mahony JF, Hollwey S. Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Clin Psychol* 1995;5(3):345-51.
- 72) Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35.
- 73) Swanson S, Crow SJ, Le GD, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 714-723.

- 74) Currin L, Schimidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186 (2): 132-5.
- 75) Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 295-301.
- 76) Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. Jul 2006;163(7 Suppl):4-54.
- 77) Waller G, Sines J, Meyer C, Foster E, Skelton A. Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *Int J Eat Disord*. Mar 2007;40(2):143-8.



VI. ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Edad: _____ años

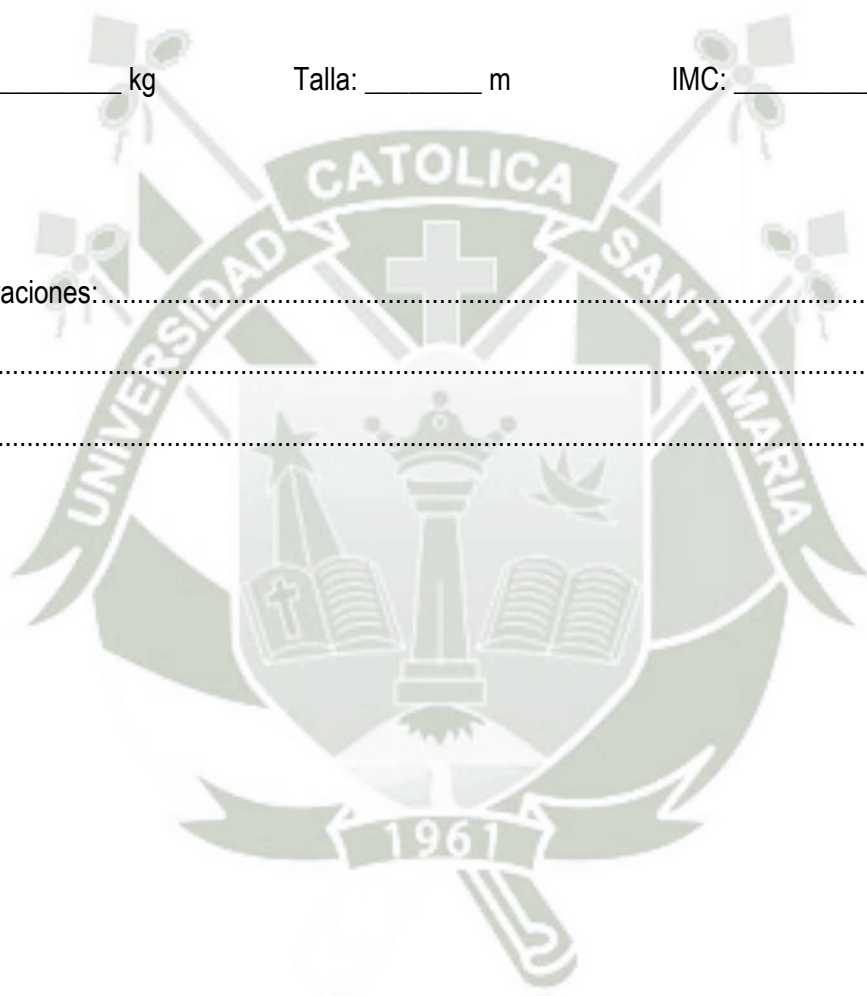
Estado civil: Soltero Conviviente Casado Conviviente

Peso: _____ kg Talla: _____ m IMC: _____

Observaciones:

.....

.....



ANEXO 2. Cuestionario BSQ

Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario sobre Forma Corporal) de Cooper et al. (1987)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una “X” el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

	1 Nunca	2 Es raro	3 A veces	4 A menudo	5 Muy a menudo	6 Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu piel no sea lo suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho reflexionar en tu figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?						
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana?)						
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea "llantitas" alrededor de tu cintura y estómago?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

Insatisfacción con la imagen corporal: >105 al final del test.

ANEXO 3. Eating Attitudes Test (EAT – 26)

EAT - 26

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan arroz patatas.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que comiese mas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar mas delgado/a....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer mas que las otras personas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimento de régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estomago vacío.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La puntuación total es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3,2,1,0,0,0 en la dirección positiva asignando el 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre" =3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta puntuando 0, 0, 0, 1,2,3 (nunca=3).

Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria o por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población de riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya a tener el trastorno.

