

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA “

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO

**“Relación entre la imagen corporal y actitudes alimentarias en
estudiantes pre – universitarias de Arequipa – 2014”**

PRESENTADO POR:

RAUL MAYLON MANCHEGO MEDINA

Para obtener el título profesional de:

Médico cirujano

Arequipa

2014

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María, porque cada día es un nuevo día, y gracias a ellos superamos las tristezas y amamos las alegrías.

A mi familia, a mis padres Facundo y Yolanda, a mi hermana Milagros ,mis abuelitas Dominga y Lily , mi Tío Fredy y mi sobrina Camila que me ayudaron a lo largo de este camino.

A mis abuelos Leonidas y Fredy que fallecieron y están a tu lado se los dedico con mucho cariño aunque ya no estén acá.

A todas las personas que fueron parte de mi camino, por su apoyo y amistad.

EPIGRAFE

**SINO PUEDES VOLAR ENTONCES CORRE, SINO PUEDES CORRER ENTONCES
CAMINA, SINO PUEDES CAMINAR ENTONCES ARRASTRATE, PERO SEA LO
QUE HAGAS, SIGUE MOVIENDOTE HACIA ADELANTE**

M.L.KING JR

Si te mantienes haciendo lo correcto, el éxito llegará

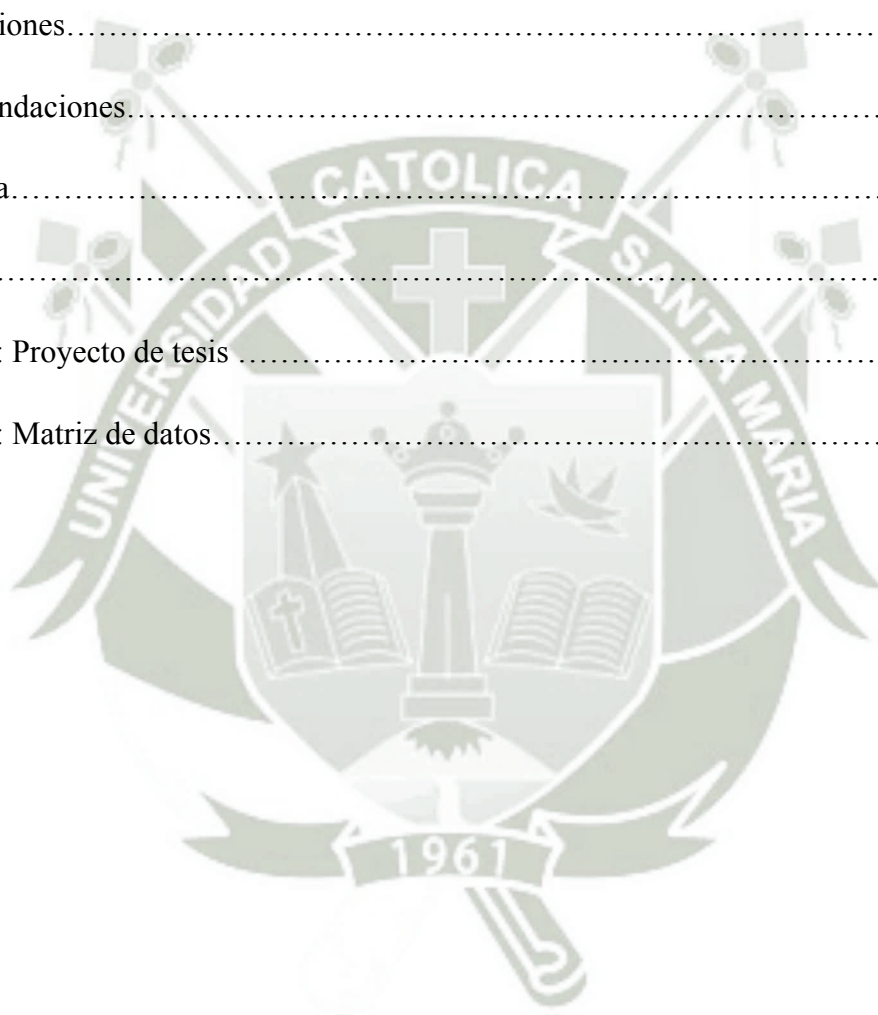
A.S.

INDICE GENERAL

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo I.....	10
Materiales y Métodos.....	11
Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	11
Campo de verificación.....	12
Estrategia de recolección de datos.....	12
Capítulo II.....	19
Resultados.....	19
Tabla 1: Distribución de estudiantes según edad.....	20
Tabla 2: Distribución de actitudes alimentarias identificadas en las Estudiantes.....	21
Tabla 3: Distribución de imagen corporal identificada en las Estudiantes.....	22
Tabla 4: Distribución de actitudes alimentarias según edad de las Estudiantes.....	23
Tabla 5: Distribución de preocupación por la imagen corporal según edad de las Estudiantes.....	24

Tabla 6: Relación entre la percepción de la imagen corporal y las actitudes alimentarias

De las estudiantes preuniversitarias.....	25
Capítulo III.....	27
Discusión y Comentarios.....	28
Capítulo IV.....	31
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	37
Anexo N 1: Proyecto de tesis.....	39
Anexo N 2: Matriz de datos.....	93



RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria afectan a la adolescencia y juventud, y pueden asociarse a alteraciones de la percepción de la imagen corporal. El Objetivo es establecer la relación entre la imagen corporal y las Actitudes Alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014. Los métodos, encuesta a una muestra representativa de estudiantes preuniversitarias de las academias Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce, aplicando los cuestionarios de actitudes alimentarias (EAT-26) y el cuestionario de forma corporal (BSQ). Se realizan comparaciones entre grupos con la prueba chi cuadrado y se determina la asociación con el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados: La mayoría tuvo entre 16 años (46,61%) y 17 años (32,58%), con edad promedio de 16,53 años, oscilando entre los 14 y 21 años. El test de actitudes alimentarias (EAT-26) identificó ausencia de riesgo en 62,44%, con bajo riesgo en 27,15% y alto riesgo de trastornos alimentarios en 10,41%. Se nota una tendencia a presentar preocupación extrema a medida que aumenta la edad desde los 14 años (16,67%) hasta los 20 años (33,33%). La imagen corporal según el test BSQ encontró que 64,71% de mujeres no presentaron preocupación, la preocupación fue leve en 22,71%, moderada en 8,14% y extrema en 4,98% de casos. Se aprecia también una tendencia a incrementar la preocupación extrema a partir de los 15 años (7,69%), hasta los 20 años (33,33%). El 47,96% de mujeres no tuvieron ningún riesgo alimentario ni preocupación por su imagen corporal, y se aprecia una relación directa y positiva entre los resultados de las dos escalas; a mayor puntaje de preocupación por la imagen corporal, mayores puntajes de riesgo de la actitud alimentaria; la asociación fue además de buena intensidad ($r > 0,50$) y significativa ($p < 0,01$), con un coeficiente de determinación de 26,04%. La Conclusión, existe una baja frecuencia de trastornos de la percepción de la imagen corporal y de conductas de riesgo alimentario severos, y ambas variables se relacionan de manera significativa.

PALABRAS CLAVE: imagen corporal – trastornos alimentarios – preuniversitarias.

ABSTRACT

The eating disorders affecting adolescents and youth, and may be associated with alterations in body image perception. The objective is establish the relationship between body image and eating attitudes in students pre - university of Arequipa 2014. The methods, a survey of a representative sample of pre-university students of the academies Alexander Fleming, Joule, Mendel and Bryce, applying questionnaires eating attitudes (EAT-26) and the body shape questionnaire (BSQ). Comparisons are made between groups using the chi square test and determined the association with the Pearson correlation coefficient. The results, Most were between 16 (46.61%) and 17 (32.58%), mean age 16.53 years, ranging between 14 and 21. The Eating Attitudes Test (EAT-26) identified no risk at 62.44% and 27.15% low risk and high risk of eating disorders in 10.41%. It shows a tendency to present extreme concern with increasing age from 14 years (16.67%) to 20 years (33.33%). Body image as the BSQ test found that 64.71% of women had no concern; concern was mild in 22.71%, moderate in 8.14% and 4.98% in extreme cases. It also shows a tendency to increase extreme concern from the age of 15 (7.69%) to 20 years (33.33%). The 47.96% of women had no dietary risk or concern about body image, and there is a direct positive relationship between the results of the two scales, a score greater concern about body image, higher risk scores food attitudes, the association was also good intensity ($r > 0.50$) and significant ($p < 0.01$), with a coefficient of determination of 26.04%. The conclusion, there is a low frequency of disorders of perception of body image and dietary risk behaviors severe, and both variables are related significantly.

KEYWORDS: Body image - eating disorders - pre-university.

INTRODUCCION

En estas últimas décadas ha surgido una nueva epidemia que se va extendiendo en las sociedades, se trata de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que afectan la adolescencia y la juventud; estos datos aunados a la posibilidad de que el ambiente pre-universitario propicie situaciones que alteren el comportamiento psicológico y somático de las estudiantes en pro de la “perfección”, lleva a pensar que la población femenina pre - universitaria de las academias : Alexander Fleming , Joule, Mendel y Bryce se encuentra en el grupo de alto riesgo.

Esta búsqueda de la perfección tiene distintas formas de manifestarse y algunas difieren entre sí como la anorexia y la bulimia que vienen de la mano de la denominada “cultura a la delgadez”. En la actualidad la sobrevaloración a la delgadez, como imagen que otorga prestigio y autoestima, está llevando a más mujeres a torturar sus cuerpos, sometiéndolos a dietas estrictas y rigurosas, que muchas veces ponen en riesgo su salud física y emocional constituyendo esto un camino a los trastornos de la conducta alimentaria.

El culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico. Tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás. Los patrones estéticos corporales han sido valorados de manera distinta en ciertas épocas de la historia. Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado “tubular” (andrógino). La existencia de este ideal de belleza, establecido y compartido

socialmente, supone una presión significativa para la población en general y, especialmente, para la adolescente quien se encuentra en la etapa de integración de la imagen corporal. De tal manera, si se es delgado o delgada hay razones para valorarse positivamente; sin embargo, aquellos y aquellas quienes se apartan del modelo delgado sufren y suelen padecer baja autoestima.

La adolescencia y los inicios de la juventud están sujetas a profundos cambios de tipo emocional, cognitivo y fisiológico; este lento proceso de desarrollo donde la inestabilidad predomina, los muestra inseguros e influenciables delante de la construcción de la propia identidad, originando problemas que condicionan seriamente esta evolución. Uno de estos problemas son los Trastornos del comportamiento alimentario (TCA), los cuales son enfermedades que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria cuya prevalencia es cada vez mayor, se han convertido en una de las enfermedades más graves en estas etapas, constituyendo en la actualidad un problema de salud que tiene un fuerte impacto social en nuestro entorno, es por eso que se hace necesaria abordar su solución. Hay diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los Trastornos de Conducta Alimentaria, pero la tendencia general puede deberse en parte a décadas de presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza basados en una delgadez poco realista. Así en la adolescencia e inicios de la juventud muchas de ellas se preocupan por su imagen corporal por lo cual ellas tienen la tendencia a alterar sus regímenes de alimentación. Las normas

culturales a favor de la delgadez y el control del peso son aceptadas de forma tan general y en un grado tan extremo que las actitudes y conductas requeridas para un diagnóstico de anorexia o bulimia no son consideradas por la mayoría de la gente como algo raro o anormal.





CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó la técnica de la entrevista.

1.2. Instrumentos

Se empleó dos instrumentos:

BodyShapeQuestionnaire (BSQ)

Eating Attitudes Test (Eat-26)

1.3. Materiales de verificación

Escritorio

Artículos de escritorio

Laptop Intel Core i5

Impresora

Sistema operativo Windows 7

Procesador de texto Word 2010

Microsoft Office Excel 2010

Soporte estadístico IBM SPSS statistics 20.0

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

El estudio de investigación se realizó en las academias pre-universitarias:

Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la provincia de Arequipa 2014.

2.2 Ubicación temporal

El estudio se realizó entre los meses de Noviembre 2013 – Marzo 2014

2.3 Unidades de estudio

2.3.1. Población

Todas las estudiantes pre-universitarias de las academias Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la provincia de Arequipa 2014, que cumpla con los criterios de inclusión y que no cumpla con los criterios de exclusión.

2.3.2. Procedimiento de Muestreo

Se calculó una muestra significativa, utilizando la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{\frac{1}{2} \ln(1+r) / (1-r)} + 3$$

Donde:

n: muestra calculada

Z α : 1.91

Z β : 0.84

R: coeficiente de asociación: 0.37

ln: logaritmo neperiano

$$n = 153,75$$

Siendo 154 la muestra mínima significativa para esta población, en total se obtuvieron y procesaron 221 datos correspondientes a 221 alumnas de las distintas academias, las cuales se escogieron en forma aleatoria proporcional al porcentaje de población de cada Academia Pre – universitaria.

2.4. Criterios de selección

2.4.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes pre – universitarias mujeres presentes al momento de ejecución de proyecto pertenecientes a las Academias pre-universitarias mencionadas.
- Estudiantes pre-universitarias mujeres que estén de acuerdo con el trabajo de investigación.
- Estudiantes pre-universitarias mujeres entre 14 y 21 años de edad.

2.4.2. Criterios de exclusión:

- Estudiantes que manifestaron su negativa a participar de dicho estudio.
- Estudiantes que no asistieron el día de recolección de datos.
- Estudiantes pre-universitarios varones.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se presentó el planteamiento y la solicitud de permiso a los directores de las academias Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la provincia de Arequipa 2014.

Se presentó la solicitud formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

El autor: Raúl Maylon Manchego Medina

Asesor: Dr. Martin Carpio Huanqui

Grupo recolector de datos: Raúl Maylon Manchego Medina

3.1.2. Recursos físicos

Fichas de recolección de datos

3.1.3. Recursos financieros:

Autofinanciado por el autor

3.2. Validación de los instrumentos

3.3.1. Cuestionario que evalúa la preocupación por la imagen corporal:

Características del cuestionario:

- Nombre: Body Shape Questionnaire (BSQ).
- Autores: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).
- Adaptación: Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, (1996).
Cuestionario de la Forma Corporal.
- Adaptación al Perú : Flores (2009) a población limeña (44)
- Numero de ítems: 34
- Características del cuestionario: El BSQ es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de

estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil según Raich (2001) para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

- Estructura factorial: La escala original reporta una estructura monofactorial, sin embargo, en la adaptación latina se encontraron cinco factores principales. Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010), utilizando el método de componentes principales obtuvieron una estructura bifactorial que explica el 62.88% de varianza. Sin embargo al analizar las cargas factoriales se encontró que solo el ítem 32 presenta una mayor carga para el segundo factor (.579) aunque presenta también una carga alta en el primero (.522), de tal forma y de acuerdo al criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación) se determina una estructura mono factorial que explica el 57.35% de varianza.
- Codificación: Es una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Algunas Veces, 4) A Menudo, 5) Muy a Menudo, 6) Siempre. Se puede obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos (Baile, Raich y Garrido, 2003). Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- Administración: Individual o Colectiva.
- Tiempo aproximado de aplicación: 15 Minutos.
- Población a la que va dirigida: Adolescentes.
- Propiedades psicométricas:

- **Fiabilidad:** La consistencia interna obtenida en muestra no clínica es de $\alpha=.97$. La fiabilidad obtenida en población Mexicana es también de $\alpha=.97$.
- **Validez:** Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de 0.78 y con el EAT de 0.71 (Rodríguez y Cruz, 2006). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) reportan una correlación significativa y positiva alta con conducta alimentaria de riesgo ($r=.613$; $p=.000$) y con la subescala de conducta compensatoria alimentaria ($r=.618$; $p=.000$), asimismo se observa una correlación significativa y media baja con victimización escolar ($r=.310$; $p=.000$), y correlaciones significativas y negativas de rango medio con sintomatología depresiva ($r=-.397$; $p=.000$) y autoestima general ($r=-.322$; $p=.000$) y dificultad para identificar y expresar emociones ($r=-.381$; $p=.000$).

3.3.2. Cuestionario de actitudes ante la alimentación:

- **Descripción.** La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando

palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario auto aplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

- Evaluación. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-pos prueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. (9) El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.
- Recomendaciones. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

3.4.1. A nivel de recolección

En este estudio se solicitó el permiso respectivo a la dirección de cada Academia Pre – universitaria, informando la importancia del presente estudio, otorgado el permiso se

procedió a la recolección de datos los días autorizados, en los cuales se repartió el cuestionario anónimo a las estudiantes mujeres que firmaron previamente el consentimiento informado, se explicó la importancia de este estudio, así mismo la manera correcta de llenar cada cuestionario, al término se recolectaron los mismos, verificando el correcto llenado y la integridad de los cuestionarios. El presente estudio usó la información obtenida mediante el método de encuesta anónima, la técnica utilizada para la recolección de datos fue los cuestionarios de los instrumentos mencionados.

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

3.4.2. A nivel de sistematización

La información obtenida, fue procesada en una base de datos creada por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y después exportada al paquete estadístico SPSS versión 14.0 for windows para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

Mediante la tabulación e interpretación de los cuadros estadísticos se procedió a utilizar los siguientes estadísticos:

Para los objetivos que solicitan el nivel de adhesión a las variables se utilizó tablas de frecuencias y porcentajes.

Para la correlación de variables se hizo uso de la prueba de homogeneidad, la prueba de hipótesis mediante el chi-cuadrado y la prueba de niveles de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson.

El nivel de confianza aplicado a la presente estadística es del 95%. Consecuentemente a la obtención de los resultados se procedió a la interpretación de los mismos y elaboración del informe final.



**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 1

Distribución de estudiantes según edad

Edad (años)	N°	%
14	6	2,71
15	13	5,88
16	103	46,61
17	72	32,58
18	16	7,24
19	7	3,17
20	3	1,36
21	1	0,45
Total	221	100,00

Se muestra la edad de las estudiantes; la mayoría tuvo entre 16 años (46,61%) y 17 años (32,58%), con edad promedio de 16,53 años.

**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 2

Distribución de actitudes alimentarias identificadas en las estudiantes

ACTITUDES ALIMENTARIAS	FRECUENCIA	%
Alto Riesgo	23	10,41
Bajo Riesgo	60	27,15
Ningún Riesgo	138	62,44
Total	221	100,00

Muestran los resultados de la aplicación del test de actitudes alimentarias (EAT-26); el cuestionario identificó ausencia de riesgo en 62,44%, con bajo riesgo en 27,15% y alto riesgo de trastornos alimentarios en 10,41%.

**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 3

Distribución de imagen corporal identificada en las estudiantes

IMAGEN CORPORAL	N°	%
Extrema Preocupación	11	4,98
Moderada Preocupación	18	8,14
Leve Preocupación	49	22,17
No hay Preocupación	143	64,71
Total	221	100,00

Se muestra la preocupación por la imagen corporal según el test BSQ; el 64,71% de mujeres no presentaron preocupación por su imagen corporal, mientras que la preocupación fue leve en 22,71%, moderada en 8,14% y extrema en 4,98% de casos.

**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 4

Distribución de actitudes alimentarias según edad de las estudiantes

Edad(Años)	Ningún Riesgo		Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
14	5	83,3	0	0,00	1	16,67	6
15	9	69,23	3	23,08	1	7,69	13
16	63	61,17	34	33,01	6	5,83	103
17	48	66,67	13	18,06	11	15,28	72
18	7	43,75	7	43,75	2	12,50	16
19	4	57,14	2	28,57	1	14,29	7
20	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3
21	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1
Total	138	62,44	60	27,15	23	10,41	221

Chi² = 15,28

G. libertad = 14

p= 0,36

Se muestra la frecuencia de actitudes alimentarias en relación a la edad; no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$), aunque se nota una tendencia a presentar actitudes alimentarias de alto riesgo a medida que aumenta la edad desde los 14 años (16,67%) hasta los 20 años (33,33%), ya no presentándose a los 21 años.

**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 5

**Distribución de preocupación por la imagen corporal según edad de las
estudiantes**

Edad(años)	No hay		Leve		Moderada		Extrema		Total
	Preocupación		Preocupación		Preocupación		Preocupación		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
14	6	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6
15	9	69,23	2	15,38	1	7,69	1	7,69	13
16	66	64,08	27	26,21	9	8,74	1	0,97	103
17	48	66,67	15	20,83	4	5,56	5	6,94	72
18	9	56,25	3	18,75	3	18,75	1	6,25	16
19	4	57,14	0	0,00	1	14,29	2	28,57	7
20	0	0,00	2	66,67	0	0,00	1	33,33	3
21	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
Total	143	64,71	49	22,17	18	8,14	11	4,98	221

$\chi^2 = 31,71$

G. libertad = 21 $p = 0,06$

Se muestra la relación de la preocupación por su imagen corporal según la edad; se aprecia también una tendencia a incrementar la preocupación extrema a partir de los 15 años, donde fue de 7,69%, hasta un 33,33% de mujeres a los 20 años, desapareciendo a los 21 años.

**RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014**

Tabla 6

**Relación entre la percepción de la imagen corporal y las actitudes
alimentarias de las estudiantes preuniversitarias**

Actitudes	Ningún Riesgo		Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Extrema Preocupación	1	0,45	5	2,26	5	2,26	11	4,98
Moderada Preocupación	2	0,90	9	4,07	7	3,17	18	8,14
Leve Preocupación	29	13,12	14	6,33	6	2,71	49	22,17
No hay Preocupación	106	47,96	32	14,48	5	2,26	143	64,71
Total	138	62,44	60	27,15	23	10,41	221	100,00

Chi² = 55,61

G. libertad = 6

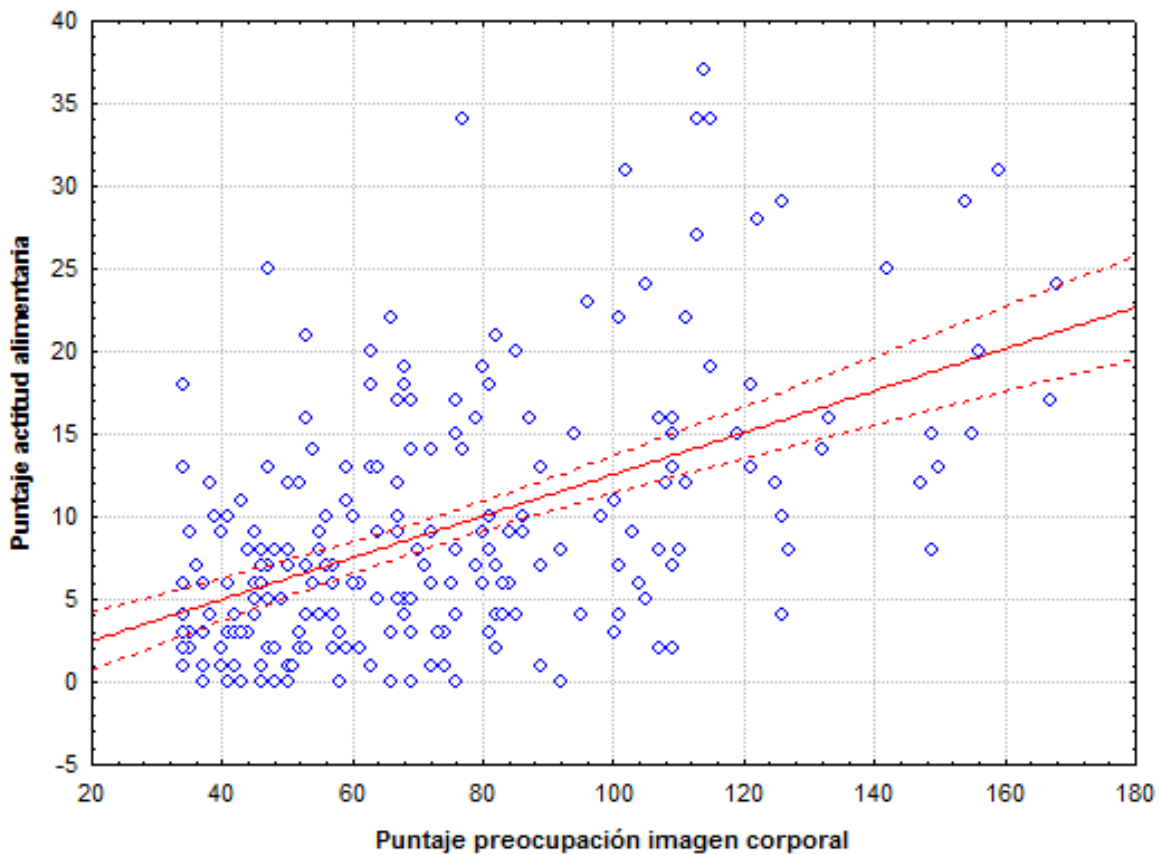
p < 0,01

Muestran la relación entre la actitud alimentaria y la preocupación por la imagen corporal, el 47,96% de mujeres no tuvieron ningún riesgo alimentario ni preocupación por su imagen corporal, con una diferencia significativa entre los grupos (p < 0,05)

RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ESTUDIANTES
PRE – UNIVERSITARIAS DE AREQUIPA - 2014

Gráfico 6

Relación entre la percepción de la imagen corporal y las actitudes alimentarias de las estudiantes preuniversitarias



Ecuación de regresión: $y = 0,1262x - 0,0449$

Pearson r : 0,5103

Coef. Determinación: 26,04%

Error típico: 6,6367

p : 0,00

Se aprecia una relación directa y positiva entre los resultados de las dos escalas; a mayor puntaje de preocupación por la imagen corporal, mayores puntajes de riesgo de la actitud alimentaria; hay una asociación directa, significativa al 99% ($p < 0,01$) y de nivel 'medio' ($r = 0,5103$).



DISCUSION Y COMENTARIOS

La **Tabla 1** muestra la edad de las estudiantes; la mayoría tuvo entre 16 años (46,61%) y 17 años (32,58%), con edad promedio de 16,53 años, oscilando entre los 14 y 21 años. Esto coincide con la epidemiología de prevalencia de estos trastornos entre las edades de 13 y 18 años en la población femenina, sobre todo la perteneciente a Anorexia Nerviosa, siendo para Bulimia a partir de los 21 años hasta los 40 años. En un estudio realizado el año 2003 por Gandarillas B. et al. (22) del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, sobre prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes femeninas encontró un 62.0% de la población evaluada entre las edades de 16 y 17 años. Fueron estudiantes de centros formativos profesionales y bachillerato, es decir de estudiantes pre – universitarias.

La **Tabla 2** muestra los resultados de la aplicación del test de actitudes alimentarias (EAT-26); el cuestionario identificó ausencia de riesgo en 62,44%, con bajo riesgo en 27,15% y alto riesgo de trastornos alimentarios en 10,41%. Estos resultados podemos compararlos con los descritos por Frisancho C.(8) en su estudio de Prevalencia de Trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes mujeres de nivel secundario de colegios particulares de la provincia de Arequipa en el año 2002, utilizando el EAT – 26 muestra resultados de 14.3% de población de actitudes alimentarias de alto riesgo. Estos resultados comparados con el obtenido en el presente estudio indicarían disminución de la prevalencia de actitudes alimentarias de alto riesgo, sin embargo debemos tener en cuenta de que no se trata de la misma población.

En la **Tabla 3** muestra la preocupación por la imagen corporal según el test BSQ; el 64,71% de mujeres no presentaron preocupación por su imagen corporal, mientras que la preocupación fue leve en 22,71%, moderada en 8,14% y extrema en 4,98% de casos. Estos resultados comparados con los de Cáceres M. (23) en su estudio realizado el año 2004 en adolescentes escolares de educación secundaria en el colegio María Murillo de la ciudad de Arequipa, que muestran resultados similares obteniendo poblaciones que no presentaron ninguna preocupación en un 69.07%, leve preocupación en 19.92%, moderada preocupación en 7.20% y preocupación extrema en 3.81%, indicarían que la prevalencia de preocupación moderada y extrema actualmente ha aumentado. Podemos inferir que la

Imagen Corporal de las adolescentes mujeres está incrementándose, siendo esto un indicador importante para el desarrollo probable de Trastornos de conducta alimentaria.

La frecuencia de actitudes alimentarias en relación a la edad de las estudiantes preuniversitarias se muestra en la **Tabla 4**; no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$), aunque se nota una tendencia a presentar actitudes alimentarias de alto riesgo a medida que aumenta la edad desde los 14 años (16,67%) hasta los 20 años (33,33%), ya no presentándose a los 21 años. En el estudio realizado por Cáceres M. (23) muestra predominio de actitudes alimentarias de alto riesgo entre las edades de 14 a 16 años con un 11.86% del total de población, lo cual indicaría el actual incremento de estas actitudes alimentarias de alto riesgo en poblaciones de esta edad, siendo también un indicador importante para el desarrollo de Trastornos de Conducta Alimentaria.

En la **Tabla 5** se muestra la relación de la preocupación por su imagen corporal según la edad de las estudiantes; se aprecia también una tendencia a incrementar la preocupación extrema a partir de los 15 años, donde fue de 7,69%, hasta un 33,33% de mujeres a los 20 años, desapareciendo a los 21 años. Sin embargo esta diferencia no fue significativa ($p > 0,05$). El estudio realizado por Cáceres M. (23) utilizando el test de BSQ para Imagen corporal, obtiene resultados de preocupación extrema en un 3.81% de la población total, comparándose con el 4.98% de nuestra población que presenta extrema preocupación por su imagen corporal, indicaría el incremento de la preocupación por este factor, que ocupa un lugar importante en la etiología de los Trastornos de conducta alimentaria.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la relación entre la actitud alimentaria y la preocupación por la imagen corporal, el 47,96% de mujeres no tuvieron ningún riesgo alimentario ni preocupación por su imagen corporal, con una diferencia significativa entre los grupos ($p < 0,05$), y se aprecia una relación directa y positiva entre los resultados de las dos escalas; a mayor puntaje de preocupación por la imagen corporal, mayores puntajes de riesgo de la actitud alimentaria; la asociación fue además de buena intensidad ($r > 0,50$) y significativa ($p < 0,01$), con un coeficiente de determinación de 26,04%, lo que implica que la modificación de la preocupación por la imagen corporal puede mejorar en 26,04% el riesgo de las actitudes alimentarias. El estudio realizado por Cáceres M. (23) presenta

resultados altamente significativos entre estas dos variables utilizando la comparación de grupos con la prueba estadística de Chi cuadrado ($\chi^2 = 71.61$) infiriendo la relación directa y positiva entre los resultados de ambas variables, preocupación por la imagen corporal y actitudes alimentarias de riesgo. En relación a nuestro trabajo notamos igualmente la relación significativa entre los resultados de las variables evaluadas en nuestra población.



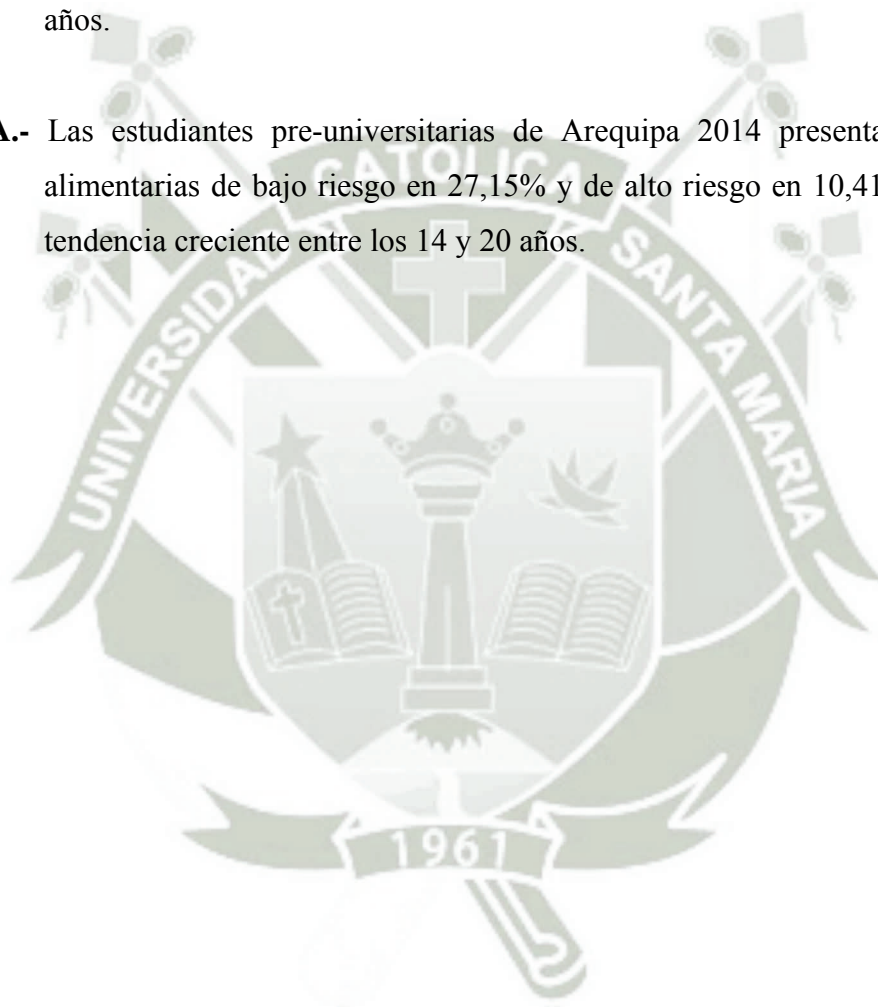


CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una relación directa y significativa entre la Imagen Corporal y las Actitudes Alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014.

SEGUNDA.- Las estudiantes pre – universitarias en Arequipa 2014 tienen una preocupación leve y moderada de su imagen corporal en un tercio de la población y extrema en 4,98%, con tendencia creciente desde los 15 a 20 años.

TERCERA.- Las estudiantes pre-universitarias de Arequipa 2014 presentan actitudes alimentarias de bajo riesgo en 27,15% y de alto riesgo en 10,41%, con una tendencia creciente entre los 14 y 20 años.

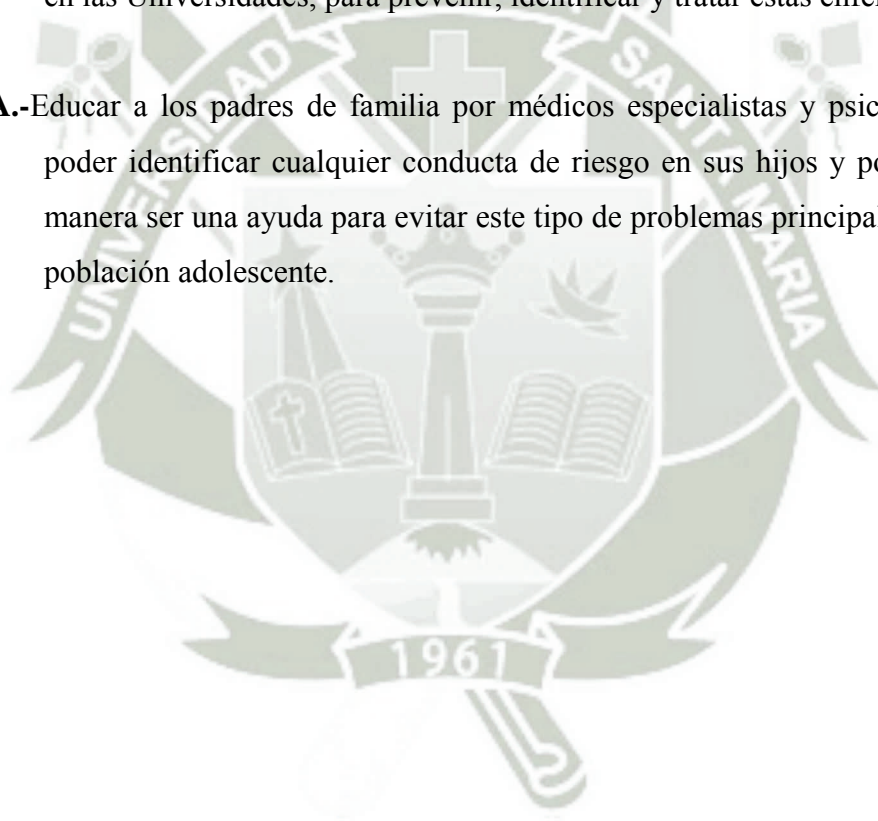


RECOMENDACIONES

PRIMERA: Realizar estudios posteriores tanto médicos especialistas y psicólogos en otras poblaciones para comparar resultados y analizar los distintos factores que puedan influir en éstos. Asimismo, realizar estudios prospectivos de seguimiento en la población pre – universitaria para apreciar posibles modificaciones en éstas e identificar los factores que la provoquen.

SEGUNDA.-Efectivizar la participación del Ministerio de Salud en campañas de Salud Mental por parte de médicos especialistas a partir de las instituciones educativas primarias, secundarias, entidades Pre – universitarias y así mismo en las Universidades, para prevenir, identificar y tratar estas enfermedades.

TERCERA.-Educar a los padres de familia por médicos especialistas y psicólogos para poder identificar cualquier conducta de riesgo en sus hijos y poder de esta manera ser una ayuda para evitar este tipo de problemas principalmente en la población adolescente.



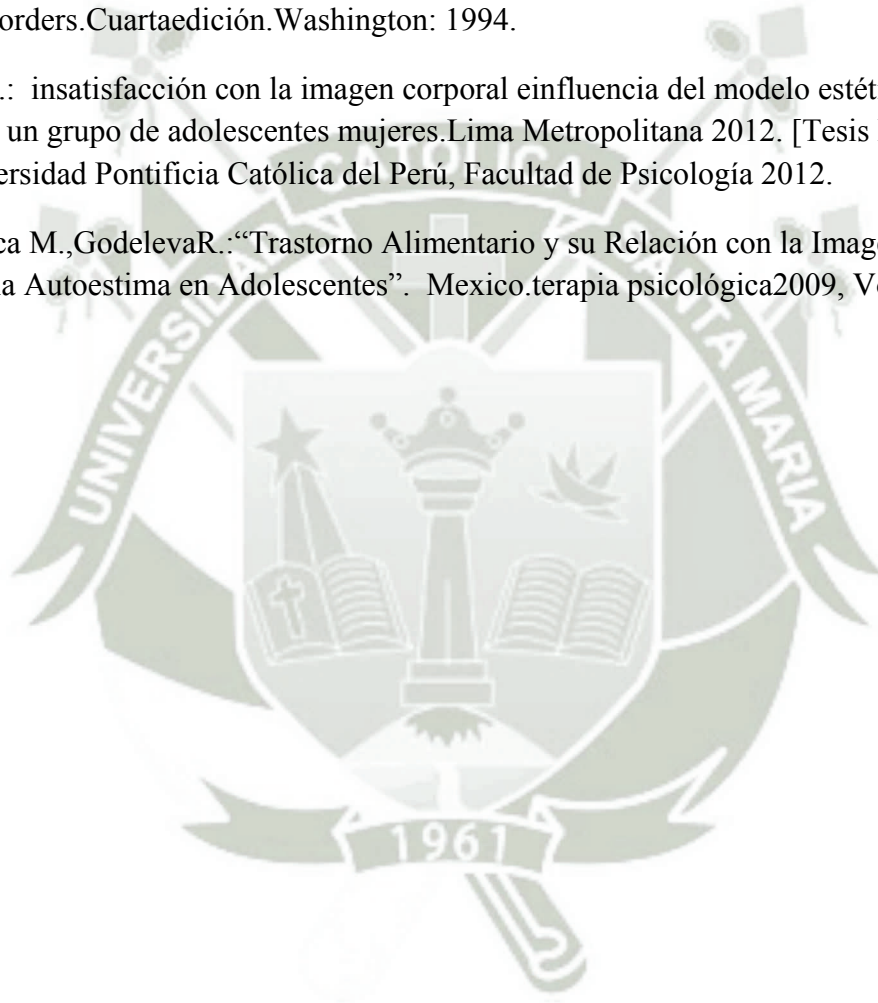
BIBLIOGRAFIA

- 1) Kaplan Hl&SadockBJ:Sinopsis de psiquiatría.8ª Edición. Madrid. Editorial: Panamericana.1999
- 2) Serrato, Gloria: Anorexia y Bulimia, Trastorno de la conducta Alimentaria. Editorial libro-Hobby. España 2001.
- 3) Ferreras S: Trastornos de la conducta alimentaria en Universidades de España. España. 2001. Universidad Autónoma de Barcelona. [Accesado el 08 ene 2012] Disponible en www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5418/sfs2de3.pdf
- 4) GarnerD:Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid. 1998. TEA Ediciones S.A. Publicaciones de Psicología aplicada Serie Menor Num.267
- 5) Alarico Villalta A: Prevalencia de TCA en estudiantes adolescentes Pre – universitarios particulares en el mes de Febrero Arequipa 2004. [Tesis Médico y Cirujano]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2004.
- 7) Fandiño A. et.al. : Factores asociados con los Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la Universidad de Cali. Colombia 2007. Corporación Editora Médica Del Valle. ColombMed 2007; 38: 344-351. [Accesado el 10 Ene 2012] Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07057>
- 8) FrisanchoC.: Prevalencia de Trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes mujeres de nivel secundario de colegios particulares de la provincia de Arequipa en el año 2002. [Tesis Médico y Cirujano]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2002.
- 9) Cruz M.: Trastornos de Conducta Alimentaria y Autoestima en estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería UNSA 2008. [Tesis Enfermera]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería. 2008.
- 10) Peix M. et al. : Preocupación por la Autoimagen en una población adolescente de 12 – 16 años. España. 2004. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente - Comunicaciones Orales. [Accesado el 05 Ene 2012] Disponible en:www.spapex.es/adolescencia02/pdf/comorales.pdf
- 11) Moreno M. et al. : Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Chile. 2009. Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, N° 2, 181-190. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- 12) Herscovici, C.: La Esclavitud De Las Dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. Buenos Aires: Paidós. 1995

- 13) Herscovici, C. et al. : Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas A La Autonomía. Buenos Aires: Paidós. 2004
- 14) Cooper P. et al.: The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 6: 485-494. 1986
- 15) Vázquez R. et al. : Validez del BodyShapeQuestionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* (2011) 42-52.
- 16) Garner DM, Garfinkel PE. : The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273- 279. Canadá. 1979.
- 17) Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. : The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12: 871-878.
- 18) Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E.: The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Psychol Assess* 1991; 7: 175-190.
- 19) Fernández Aranda F, Turón Gil V : Valores estadísticos en pacientes con trastornos de la alimentación. *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson, 1998; 251-263.
- 20) Galeano D, Krauch C.: “Actitudes Alimentarias y Satisfacción con la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias”. Paraguay. *Rev. Eureka*. Vol.7, N°1. 2010, 10-37.
- 21) Barber S, Bolaños-Cacho P, López C, Ostrosky A. : Los extremos en los trastornos alimenticios. *Psicología Iberoamericana* 1996; 3:20-34.
- 22) Gandarillas B., Zorrilla A., Sepúlveda A. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid : Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. España. 2003.
- 23) Cáceres M : Actitudes alimentarias de riesgo en relación a la preocupación por su imagen corporal. Colegio María Murillo. Cerro Colorado. Arequipa 2004. [Tesis Enfermera]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería. 2004.
- 24) Jara L. et al. : “Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco”. Arequipa. 2007
- 25) Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia. Psicología del desarrollo*. España: McGraw Hill.

- 26) Raich RM. :Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Ed Pirámide 2000. Madrid.
- 27) Baile JI.: ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades del Centro Asociado de la UNED de Tudela 2003, 2.
- 28) Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney D, Gibney M, Martínez-Hernández JA : Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública México 1999; 41: 479-486.
- 29) Cruz S, Maganto C : Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada 2002; 55 (3): 455-473.
- 30) M. Míguez Bernárdez, J. De la Montaña Miguélez, J. González Carnero y M.^a González Rodríguez. : Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. NutrHosp. 2011;26(3):472-479. España. 2010.
- 31) CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, 1992.
- 32) Havighurst, R. J. (1952). Developmental tasks and education. Toronto, Canada: Longmans, Green and Co., Inc.
- 33) Eleodoro Freyre Román : La Salud Del Adolescente, Aspectos Médicos Y Psicosociales, 2da Edición, 1997. Arequipa. Perú.
- 34) Rotondo H. Compendio de Psiquiatria. 2008. Lima. Facultad de Medicina, UNMSM.
- 35) Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev. Reflexiones 87 (2): 67-80. 2008
- 36) Brenda Rodriguez, Hans Oudhof van Barneveld, Norma Gonzalez-Arratia, Claudia Unikel-Santoncini. : Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. Salud Mental 2010;33:325-332. 2010. México.
- 37) Coomber K, King R. : The role of sisters in body image dissatisfaction and disordered eating. Sex Roles 2008;59(1-2):81-93.
- 38) Stice E, Tristan J. : Sociocultural pressures and body image disturbances: A comment on Cafri, Yamamiya, Brannick, and Thompson. Clinical Psychology: Science Practice 2005;12:443-446.

- 39) Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson K. : The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science Practice* 2005;12:421-433.
- 40) Raich R : Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Rev Avances Psicología Latinoamericana* 2004;22:15-27.
- 41) Rosen J. : The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive Behavioral Practice* 1995;2:143-166.
- 42) American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición. Washington: 1994.*
- 43) Lucar F.: insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres. Lima Metropolitana 2012. [Tesis Psicología]. Perú: Universidad Pontificia Católica del Perú, Facultad de Psicología 2012.
- 44) Angelica M., Godeleva R.: "Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes". *Mexico. terapia psicológica* 2009, Vol. 27, N° 2, 181-190 .



ANEXOS



Anexo N° 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA “

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Relación entre la imagen corporal y actitudes alimentarias en estudiantes
pre – universitarias de Arequipa – 2014”**

Proyecto de tesis presentado por:

Raúl Maylon Manchego Medina

**Para Obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano**

Arequipa-PERU

2014

I. PREÁMBULO

En estas últimas décadas ha surgido una nueva epidemia que se va extendiendo en las sociedades, se trata de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que afectan la adolescencia y la juventud; estos datos aunados a la posibilidad de que el ambiente pre-universitario propicie situaciones que alteren el comportamiento psicológico y somático de las estudiantes en pro de la “perfección”, lleva a pensar que la población femenina pre-universitaria se encuentra en el grupo de alto riesgo.

Esta búsqueda de la perfección tiene distintas formas de manifestarse y algunas difieren entre sí como la anorexia y la bulimia que vienen de la mano de la denominada “cultura a la delgadez”. En la actualidad la sobrevaloración a la delgadez, como imagen que otorga prestigio y autoestima, está llevando a más mujeres a torturar sus cuerpos, sometiéndolos a dietas estrictas y rigurosas, que muchas veces ponen en riesgo su salud física y emocional constituyendo esto un camino a los trastornos de la conducta alimentaria.

El culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico. Tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás. Los patrones estéticos corporales han sido valorados de manera distinta en ciertas épocas de la historia. Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado “tubular” (andrógino). La existencia de este ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión significativa para la población en general y, especialmente, para la adolescente quien se encuentra en la etapa de integración de la

imagen corporal. De tal manera, si se es delgado o delgada hay razones para valorarse positivamente; sin embargo, aquellos y aquellas quienes se apartan del modelo delgado sufren y suelen padecer baja autoestima.

La adolescencia y los inicios de la juventud están sujetas a profundos cambios de tipo emocional, cognitivo y fisiológico; este lento proceso de desarrollo donde la inestabilidad predomina, los muestra inseguros e influenciables delante de la construcción de la propia identidad, originando problemas que condicionan seriamente esta evolución. Uno de estos problemas son los Trastornos del comportamiento alimentario (TCA), los cuales son enfermedades que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria cuya prevalencia es cada vez mayor, se han convertido en una de las enfermedades más graves en estas etapas, constituyendo en la actualidad un problema de salud que tiene un fuerte impacto social en nuestro entorno, es por eso que se hace necesaria abordar su solución. Hay diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los Trastornos de Conducta Alimentaria, pero la tendencia general puede deberse en parte a décadas de presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza basados en una delgadez poco realista. Así en la adolescencia e inicios de la juventud muchas de ellas se preocupan por su imagen corporal por lo cual ellas tienen la tendencia a alterar sus regímenes de alimentación. Las normas culturales a favor de la delgadez y el control del peso son aceptadas de forma tan general y en un grado tan extremo que las actitudes y conductas requeridas para un diagnóstico de

anorexia o bulimia no son consideradas por la mayoría de la gente como algo raro o anormal.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Existe relación entre la imagen corporal y las actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa –2014?

1.2. Descripción del problema

i. Área de conocimiento

- General: Ciencias de la Salud
- Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea :Trastornos de conducta alimentaria

ii. Análisis u operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADOR	UNIDAD-VALOR	ESCALA
Edad	Años	14 a 21 Años	Cuantitativa
Tipo de Academia	Academia en la que estudia	-Alexander Fleming -Bryce -Joule -Mendel	Cualitativa Nominal
Actitudes Alimentarias	EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)	-Ningún Riesgo -Bajo Riesgo -Alto Riesgo	Nominal
Imagen corporal	BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)	-No hay preocupación -Leve Preocupación -Moderada Preocupación -Extrema Preocupación	Nominal

iii. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la relación entre la Imagen Corporal y las Actitudes Alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014?
2. ¿Cuál es el nivel de preocupación de la imagen corporal en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014?
3. ¿Cuál es el nivel de riesgo de las actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014?
4. ¿Cuál es la relación entre la imagen corporal y las actitudes alimentarias con la edad en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014?

iv. **Tipo de investigación:** Es un estudio de campo

v. **Nivel de investigación:** Descriptivo

1.3. Justificación Del Problema

Originalidad: Puesto que el presente trabajo va dirigido a establecer la relación entre la imagen corporal y actitudes alimentarias en estudiantes pre-universitarias de las academias Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la ciudad de Arequipa; algunos estudios han abordado el tema de esta relación pero se han enfocado en universidades. Ninguno hasta el momento ha evaluado la relación de la imagen corporal con los trastornos alimentarios en centros pre-universitarios de esta ciudad.

Relevancia científica: La excesiva preocupación por la imagen corporal en adolescente y personas jóvenes puede acompañarse de alteraciones de la conducta alimentaria (Anorexia, Bulimia) que pueden alterar el estado de salud de las personas que lo sufren.

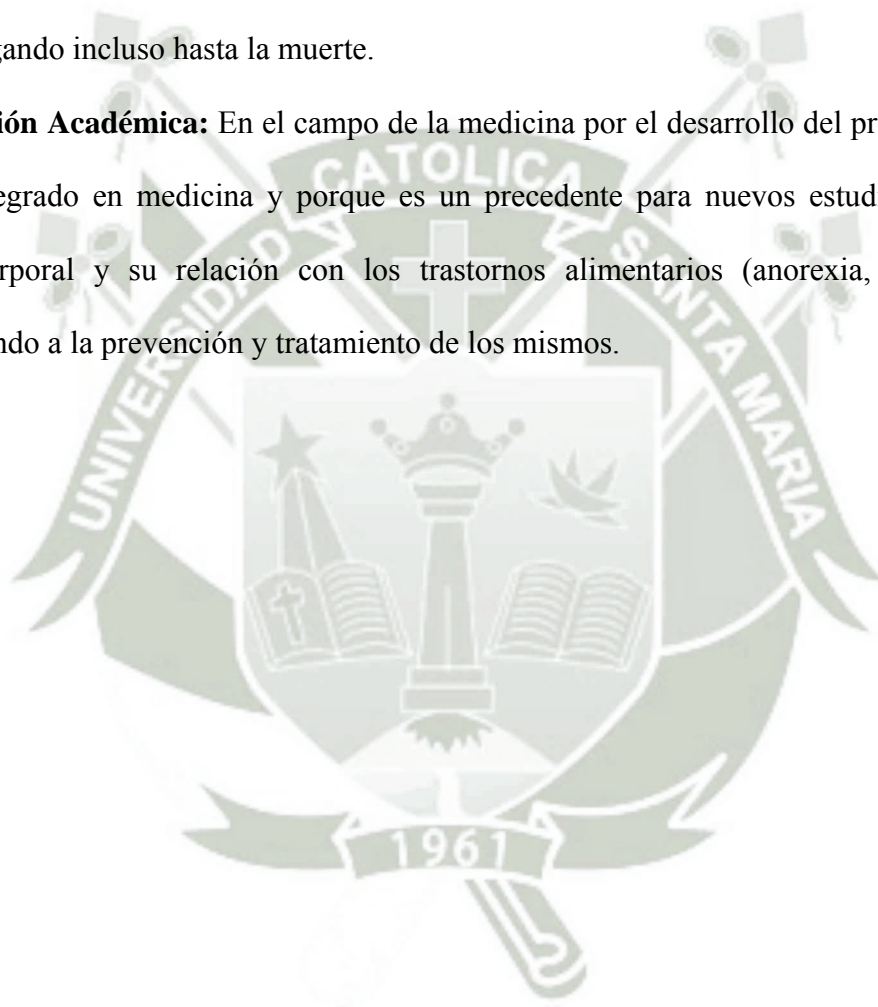
Relevancia Social: Toda esta problemática corresponde al área psicosocial que engloba tanto lo físico como psicológico que sumados ambos afectaran las decisiones de las pre-universitarias y por ende afectaran sumado todo : su vida. Y no solo a ellas mismas, sino también a las personas que las rodean como la familia, los amigos, compañeros, maestros, etc.

Todas estas situaciones muchas veces generada en la inestabilidad emocional los lleva a tomar decisiones sin medir el riesgo, que afectan su propio futuro tanto en su autoestima como en lo físico y que con el paso del tiempo los afectara en mayor medida si no hay una solución al problema.

Factibilidad: Este estudio es factible de realizar ya que cuenta con los recursos humanos y financieros necesarios, así como el apoyo institucional.

Interés Personal: Además de tener una cierta motivación por realizar una investigación en el área de la psiquiatría, me llama la atención como adolescentes y jóvenes alteran su conducta alimentaria, que por buscar la perfección física alteran las condiciones fisiológicas normales de su cuerpo que en el futuro les traerán problemas que pueden llegar a ser muy graves, llegando incluso hasta la muerte.

Contribución Académica: En el campo de la medicina por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina y porque es un precedente para nuevos estudios sobre la imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) y contribuyendo a la prevención y tratamiento de los mismos.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1.-ADOLESCENCIA

2.1.1.-Generalidades

La adolescencia es un período de transición entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta. En ella, ocurren diferentes cambios biológicos, sociales y psicológicos en los cuales se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los y las adolescentes superan con éxito. Estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan. Es una etapa donde los y las adolescentes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan saber quiénes son, cómo son y hacia dónde se dirige su vida. No solo tratan de comprenderse (*representación del yo*), sino también evalúan sus atributos, esto conforma su autoestima (*dimensión de evaluación del yo*) y el auto concepto (*evaluación del yo en un dominio específico*) (25).

La adolescencia, según la OMS, se define como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 19 años.

Si bien, como grupo psicosocial, los adolescentes tienen muchas características en común, a nivel individual se aprecia una gran variabilidad entre unos y otros en los aspectos biológicos y psicosociales. Cada adolescente responde a las demandas y oportunidades que ofrece la vida de una manera muy personal, por lo que no existe una descripción única ni universal del desarrollo psicosocial de todos y cada uno de los adolescentes.

2.1.2.-Las Tareas Evolutivas de la Adolescencia

La normalidad de la conducta de un adolescente no debe ser juzgada por los patrones o estándares del niño ni del adulto, sino según su propio momento adolescencial. En esta perspectiva de trabajo, nos parece que el enfoque de las “tareas evolutivas” desarrolladas por Robert Havighurst, es el más adecuado para evaluar el nivel de desarrollo psicosocial y su normalidad o anormalidad, en la conducta del adolescente.

Las “tareas evolutivas” se definen como aptitudes, conocimientos, funciones y actitudes que el individuo tiene que adquirir en ciertos momentos de su vida para cumplir con el proceso de desarrollo psicosocial. En su adquisición o logro intervienen la maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales. Estas tareas se van logrando simultáneamente, y al interior de cada una de ella se sigue una secuencia, de manera que el logro de una prepara para la adquisición o el avance de las otras. Cuando el individuo fracasa en la consecución de una tarea propia de su periodo de desarrollo, se desadapta, se produce dificultad para conseguir las tareas subsecuentes. También es importante señalar que las tareas evolutivas difieren de una cultura a otra, pero que en general, existe un patrón de comportamiento más o menos común entre los adolescentes de medios urbanos del hemisferio occidental, entre los que se incluyen los nuestros.

En su trabajo, Havighurst (32) citó las 10 tareas evolutivas propias de la adolescencia:

1. Aceptar la propia estructura física y ejercitar eficazmente su cuerpo.
2. Lograr relaciones nuevas y de mayor nivel de madurez con sus coetáneos de uno y otro sexo.

3. Alcanzar la independencia emocional de los padres y de otros adultos.
4. Obtener la seguridad de su futura independencia económica.
5. Elegir una ocupación y prepararse para ella.
6. Desarrollar las aptitudes intelectuales y los principios necesarios para la vida ciudadana.
7. Desear y asumir un comportamiento socialmente responsable.
8. Prepararse para el matrimonio y para la vida familiar.
9. Alcanzar un rol masculino o femenino definido.
10. Elaborar una escala de valores acorde con una adecuada imagen del mundo.

2.1.3.-Las Etapas del Desarrollo Psicosocial del adolescente.

Si bien el curso del desarrollo es un proceso continuo y progresivo, durante la adolescencia se pueden distinguir tres etapas más o menos definidas: la adolescencia temprana, o etapa inicial; la adolescencia intermedia; y la adolescencia avanzada o etapa final. A continuación se revisan estas etapas, enfocando el aspecto de Desarrollo Físico e Imagen corporal, que tienen que ver con nuestro estudio.

2.1.3.1.- Adolescencia Temprana: Esta primera etapa comprende las edades de 10 a 13 o 14 años en las mujeres y de 12 a 14 o 15 años en los varones, es decir, entre la primera mitad y las primeras dos terceras partes del desarrollo puberal.

- Desarrollo físico e Imagen Corporal: En el aspecto biológico, se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal. El adolescente revisa frecuentemente su cuerpo y hace comparaciones con sus compañeros. Estos cambio físicos, que incluyen las formas corporales y la

modificación de las facciones, juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal. El adolescente está aún incierto de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración sexual.

2.1.3.2.- Adolescencia Intermedia: Esta segunda etapa corresponde a las edades de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 años en los varones.

- Desarrollo Físico e Imagen Corporal: El desarrollo físico está en su segunda mitad o en su tercera parte final. Es cuando los caracteres sexuales secundarios están ya en sus estadios 4 o 5 y la velocidad de crecimiento está declinando o ha terminado en algunos casos. Ya están menos preocupados por sus cambios físicos y menos inciertos al respecto, pero la imagen corporal no está aún plasmada, y tratan de ser lo más atractivos posible buscando un intenso “sex appeal” para atraer al sexo opuesto. Tanto mujeres como varones pasan mucho tiempo arreglándose para lucir lo mejor posible, y la vestimenta, el peinado, los adornos, etc., son muy importantes en esta etapa. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia debido a que el proceso de maduración de la imagen corporal no es aun completo.

2.1.3.3.- Adolescencia avanzada: Esta última etapa del desarrollo psicosocial comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 años en los varones.

-Desarrollo Físico e Imagen corporal: Los adolescentes de estas edades son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar ya plasmada, y el joven, despreocupado y satisfecho con su físico, a menos que

exista algún defecto o anormalidad. El arreglo personal debe ser menos compulsivo y ansioso que en la etapa anterior.

2.2.- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Son problemas conductuales resultantes de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Según la OMS, son un conjunto de enfermedades mentales adecuadamente ordenados, clasificados y tipificados tanto por el DSM – IV -TR como por la CIE – 10. (31)

2.2.1.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

2.2.1.1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN LA CIE-10 [F50.0]

El diagnóstico de Anorexia Nerviosa se ha de realizar de forma estricta, porque es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:
 - 1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:
 - 2. Vómitos autoprovocados.
 - 3. Purgas intestinales autoprovocadas.
 - 4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisisogonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexuales (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

2.2.1.2.-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA SEGÚN LA CIE-10 [F50.2]

Para hacer el diagnóstico de Bulimia Nerviosa han de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de manera que constituyen pautas diagnósticas estrictas:

A. Preocupación persistente por la comida, juntamente con un deseo intenso o un sentimiento de compulsión por comer, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los métodos siguientes: Vómitos auto provocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito o anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, pueden abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo/a se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o a su peso óptimo o sano. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

2.2.1.3.-OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, SEGÚN LA CIE-10

2.2.1.3.1.- Anorexia nerviosa atípica [F50.1]

Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la anorexia nerviosa [F50.0], como amenorrea o pérdida significativa de peso pero que, por lo demás, presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermedades que tienen todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa pero en grado leve. Este término no puede utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

2.2.1.3.2.- Bulimia nerviosa atípica [F50.3]

Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la bulimia nerviosa [F50.2], pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos con frecuencia tienen un peso normal o incluso superior al normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros los síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo se ha de hacer un doble diagnóstico).

2.2.1.3.3.-Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas [F50.4]

Se ha de codificar de acuerdo con este apartado la ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad.

2.2.1.3.4.- Vómitos en otras alteraciones psicológicas [F50.5]

Pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos, en la hipocondría y en el embarazo. Incluye: Vómitos psicógenos, hiperémesis gravídica psicógena.

2.2.1.3.5.- Otros trastornos de la conducta alimentaria [F50.8]

Incluye: Disminución psicógena del apetito (hiporexia), pica de origen orgánico en adultos.

2.2.1.3.6.- Trastornos de la conducta alimentaria sin especificación [F50.9]

2.2.1.3.7.- Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia [F98.2]

Anorexia precoz severa en el lactante, mericismo o rumiación (a partir de 6-8 meses y suele acompañarse de intensa desnutrición). Hiperfagia, coprofagia, potomanía.

2.2.1.3.8.- Pica en la infancia [F98.3]

Ingesta de sustancias no nutrientes (tierra, yeso...).

2.2.2.-CLASIFICACIÓN DE LOS TCA:

Se ha basado en criterios descriptivos y de diferencia siguiendo la clasificación del DSM – IV –TR. (42)

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

2.2.2.1.-CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (307.1)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2.2.2.2.-CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F50.2 BULIMIA NERVIOSA (307.51)

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2.2.3.- TRASTORNO DE LAS CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO [307.50]

La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (anorexia y/o bulimia nerviosa). A continuación se describen algunos ejemplos:

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (por ej. pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal (por ej., provocación del vómito después de haber comido tan sólo dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes.
6. Trastorno por ingesta compulsiva (denominados bingeeating): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tal y como ocurre con muchas de las enfermedades o trastornos psiquiátricos, la etiología de los trastornos de alimentación aun no se conoce con certeza, y se piensa que es multifactorial. Existen en ella componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, del modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo – compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes entre las mujeres. Afectan a 3% de estas en países industrializados en el transcurso de su vida. Las estimaciones de prevalencia entre varones y mujeres van de 1:6 a 1:10. Hoy en día, la presentación de trastornos de alimentación no es exclusiva de clase sociales altas ni de los países industrializados como se mencionaba en el pasado. Tampoco es exclusiva de una raza en particular. (43)

2.3. ACTITUDES O CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

La alimentación humana se ve influida por múltiples estilos de vida, pautas, hábitos, preferencias, conductas, actitudes, apetitos, lo que indica la complejidad a la que nos enfrentamos al intentar abordarla. De esta manera se explica que factores psicológicos,

sociales y culturales formen parte del proceso de la alimentación. Por lo tanto la investigación sobre este fenómeno no puede limitarse al estudio de factores biológicos, sino que necesita un abordaje multidisciplinar, que permita rescatar la interrelación persona-sociedad desde una concepción biopsicosocial (21). El comportamiento alimentario se asocia a múltiples circunstancias que suelen estar vinculadas con frecuencia, a las emociones, contribuyendo a que este proceso se enriquezca de significados que van más lejos de la propia necesidad de nutrirse, como ocurre claramente en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). De tal forma que la preocupación por la comida, el peso, la salud, la imagen corporal o el estar en forma, parecen más una distracción o un vicio conveniente, y aceptado socialmente, que envuelve razones más complejas. (22)

Dentro de las manifestaciones conductuales, aparece en primer lugar cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de los hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos y por lo tanto prohibidos. Posteriormente la restricción de alimento se generaliza a los lípidos o grasas y finalmente a las proteínas. Generalmente si alguien les pregunta el por qué de la dieta, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Recurren a engaños y mentiras a la hora de la comida. Dado que la mayor parte de las relaciones conllevan a momentos en donde se comparte la comida, pronto comienza un deterioro en estas relaciones, que las lleva al aislamiento. Aparecen conductas de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, etc.). Se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, que normalmente llegan a sabérselo de memoria. No siempre es fácil advertir cuándo se está frente a alguien que tiene un trastorno alimentario. Seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física y estar

pendientes del peso o la comida son tan comunes en nuestra cultura que serían pocas las mujeres que quedarían excluidas si este fuese el criterio de clasificación. (12)

En los trastornos alimentarios se combinan varios trastornos: familiares, genéticos, ambientales y sociales. Estos trastornos pueden asociarse a depresión con muy pobre autoestima e ideas de autoeliminación, ansiedad y abuso de sustancias. Muchas veces estos trastornos se acompañan de gran actividad física hasta agotarse. (34)

2.3.1.- EVALUACION DE LAS ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACION. EATING ATTITUDES TEST (EAT – 26) (Ver ANEXO 2)

Descripción:

El cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel (16) en 1979. Es la herramienta auto administrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios. El instrumento a utilizar es la versión abreviada de 26 ítems, que posee una alta correlación con la original que además posee similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ($r = 0.98$). (17, 18, 19). Además en el EAT – 26 se puede hallar 3 sub-escalas que indican el factor predominante. Las 3 sub escalas son: Restricción alimentaria, Bulimia (preocupación por la comida) y Control oral (autocontrol en la comida).

Interpretación:

Es un cuestionario autoadministrado de 26 ítems. La puntuación total del test establece las categorías de Actitudes Alimentarias y sus ítems se agrupan en 3 subescalas : (Ver ANEXO 3)

- Restricción Alimentaria o Dieta
- Bulimia y preocupación por la comida
- Control Oral

2.4.- IMAGEN CORPORAL DE LAS ADOLESCENTES

2.4.1 Generalidades

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. (13)

2.4.2 Definición

Una de las definiciones integradoras del concepto de imagen corporal (26) lo define como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y 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 los sentimientos que experimentamos.

Cuando se asume la delgadez como valor altamente positivo, como modelo corporal por imitar, como criterio de evaluación estética del propio cuerpo, el ser delgado significa triunfo, éxito, control sobre sí mismo. Por el contrario, el no ser delgado, el engordar, implica sentimientos asociados con el fracaso aunque se hayan hecho intentos de alcanzar la figura deseada. Es así como muchos jóvenes, principalmente mujeres, al forjar su propia identidad y su imagen corporal para alcanzar el equilibrio emocional, toman no solo sus experiencias y sus rendimientos personales, sino también la aprobación y desaprobación de los demás, principalmente del grupo coetáneo. Entonces, la aceptación de su propio cuerpo va a estar condicionada por los criterios predominantes en el grupo de pares, quienes están, a su vez, determinados por los modelos sociales de moda. Los y las adolescentes se encuentran en un medio donde toda la sociedad, la prensa, los amigos y las amigas, los padres, la televisión, etc. empujan hacia el adelgazamiento. (35)

La imagen corporal se considera, en el ámbito de las investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, como una aproximación cualitativa al estado nutricional del individuo (28). Los trastornos de la conducta alimentaria están vinculados a una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, así como a la insatisfacción corporal. La importancia del estudio de la insatisfacción corporal se debe a que en recientes investigaciones se ha confirmado que las alteraciones de la imagen corporal tienen una participación causal en el trastorno alimentario, en lugar de ser secundarias a él. Se considera que aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (29). Las alteraciones de la imagen corporal se caracterizan por una valoración cognitiva y actitudinal distorsionada en sentido negativo

del propio cuerpo y constituye un factor decisivo en la motivación para realizar algún tipo de dieta restrictiva. (30)

Cuando la imagen corporal está distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos (36). Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen, pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en este caso, de inexactitud, con que la persona estima sus dimensiones corporales. La segunda, denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción–insatisfacción con el mismo.(40, 41, 42). El modelo tripartito de la influencia (TIM por sus siglas en inglés) analiza la insatisfacción corporal como mediadora entre la comparación social y la interiorización. La insatisfacción corporal influye posteriormente en los trastornos de la conducta alimentaria. (37) Diversos estudios mencionan que la interiorización fue propuesta para mediar la relación entre el conocimiento y el descontento del cuerpo, encontrando así que la interiorización del ideal estético de delgadez y las críticas con respecto al cuerpo por los padres, hermanos y pares fueron asociados positivamente a la insatisfacción corporal. (37, 38)

De acuerdo con el modelo tripartito de la influencia, la interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la insatisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal. Cafri, de Yamamiya, de Brannick, y Thompson (39), establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo del descontento de la imagen del cuerpo son tres: conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado. Dichos autores han utilizado un meta-

análisis y calcularon la fuerza de las relaciones entre cada uno de estos factores y la imagen corporal. Los resultados indicaron lo siguiente: «los tres factores socioculturales tenían relaciones estadísticamente significativas con la imagen corporal; la interiorización y las presiones percibidas tienen una relación más fuerte con la imagen corporal que el conocimiento.» (38)

2.4.3.- EVALUACION DE LA PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL.BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

(Ver ANEXO 1)

- **Descripción:**

Cooper et al. Diseñaron en 1997 este cuestionario. Con la finalidad de disponer de un instrumento que mida el grado de preocupación sobre el peso y 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. (14)

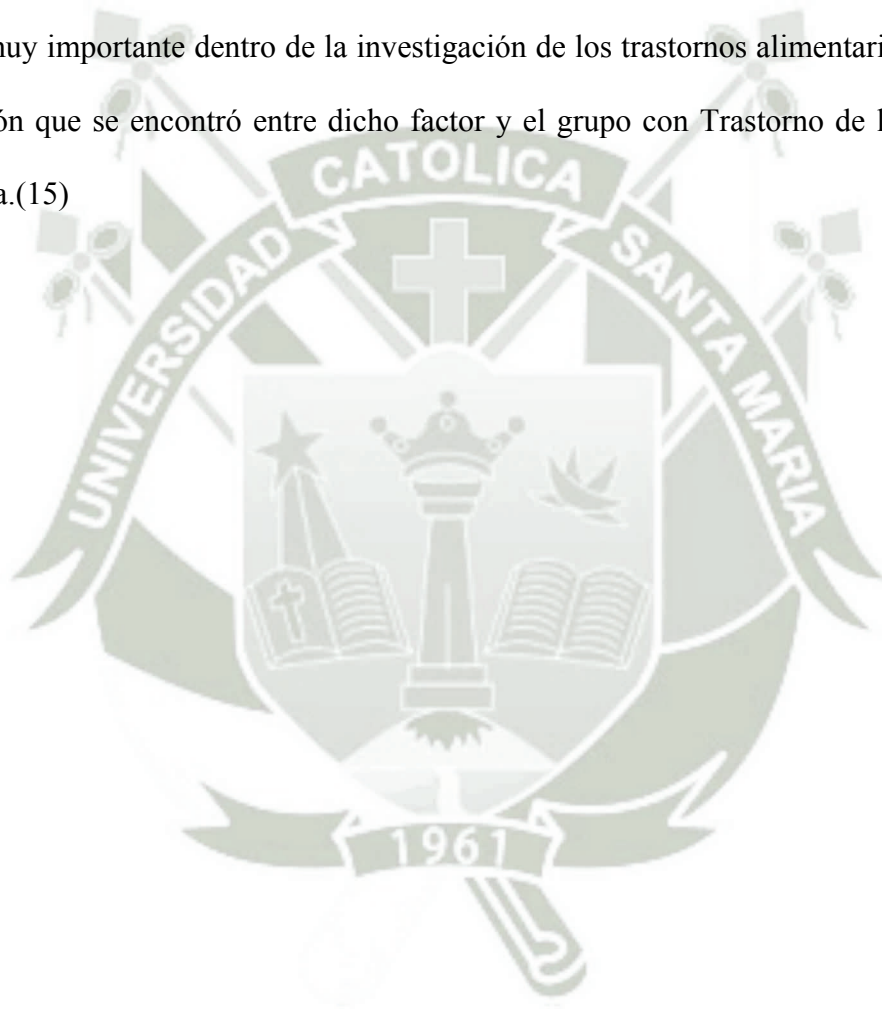
- **Interpretación:**

El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y 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 comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es solo uno de los síntomas de esta patología. (14)

-

- **Fiabilidad:**

En un trabajo realizado por Vázquez R. et al. Titulado Validez del BodyShapeQuestionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas, se obtienen resultados favorables observando 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 dentro de la investigación de los trastornos alimentarios debido a la asociación que se encontró entre dicho factor y el grupo con Trastorno de la Conducta Alimentaria.(15)



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1.-Antecedentes Locales y Nacionales:

3.1.1.--AUTORA: Cáceres M. (2004)

TITULO: “**Actitudes alimentarias de riesgo en relación a la preocupación por su imagen corporal**”

-MATERIAL Y METODOS: Se aplicó el cuestionario BODYSHAPEQUESTIONNAIRE (BSQ) a alumnas del nivel secundario del Colegio María Murillo. Cerro Colorado. Arequipa 2004.

-FUENTE: Tesis para optar el título profesional de Enfermería. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería. 2004.

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los resultados de Cáceres M. (23) en su estudio realizado el año 2004 en adolescentes escolares de educación secundaria en el colegio María Murillo de la ciudad de Arequipa, de acuerdo al test BSQ se obtuvo que no presentaron ninguna preocupación en un 69.07%, leve preocupación en 19.92%, moderada preocupación en 7.20% y preocupación extrema en 3.81%.Igualmente muestra predominio de actitudes alimentarias de alto riesgo entre las edades de 14 a 16 años con un 11.86% del total de población.

3.1.2.--AUTOR: Alarico A. (2004)

TITULO: “**Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de centros preuniversitarios particulares de Arequipa, febrero 2004**”

-MATERIAL Y METODOS: Se aplicó el EATING ATTITUDES TEST (EAT – 26)

-FUENTE: Tesis para optar el título profesional de Médico - Cirujano. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2004.

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Presenta una prevalencia de los Trastornos de conducta alimentaria en la población preuniversitaria de la ciudad de Arequipa de 5%, correspondiendo a Anorexia Nerviosa 1.75%, Bulimia Nerviosa 1% y TCANE 2.25%. Además prevalencia según sexo correspondiente al sexo femenino en un 4.5% y un 0.5% al sexo masculino. (5)

3.1.3.--AUTORES: Jara L. y colaboradores (2007)

TITULO: “Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco”

-MATERIAL Y METODOS: Se realizó en 389 estudiantes de la universidad Nacional de San Agustín y 350 de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, se aplicó EATING ATTITUDES TEST (EAT – 26).

-FUENTE: Trabajo de Investigación.

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Su objetivo fue establecer el riesgo que tienen los alumnos de sufrir síntomas de estos trastornos. El estudio realizado es de tipo Descriptivo de corte transversal comparativo y los resultados a los que llegaron fue que en la UNSA se encontró una prevalencia de 6.2% para los trastornos de Conducta alimentaria, el cual es un porcentaje menos al 9.7% encontrado en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. (24).

3.1.4.-AUTORA: Lisbeth Karina Caballero Huarcaya

TITULO: “Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzáles de Fanning, 2007”

-MATERIAL Y METODOS: La población estuvo constituida por escolares adolescentes de sexo femenino que cursan el 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa Teresa Gonzáles de Fanning cuyo número total asciende a 600 adolescentes del turno mañana y tarde. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de lickert modificado el cual esta constituido por 28 ítems entre positivos y negativos con dos alternativas (de acuerdo, en desacuerdo).

-FUENTE: TESIS para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Las conclusiones a las que se llegó en el siguiente estudio son:

- Existe relación significativa entre la autopercepción de la imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to año de educación secundaria de la I. E. teresa Gonzáles de Fanning, en un 95% al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado, es decir cuando la autopercepción es favorable los hábitos son saludable,por lo que se acepta la hipótesis de estudio.
- La mayoría de adolescentes del 5to año de secundaria tiene una autopercepción de la imagen corporal favorable relacionado en las dimensiones perceptiva por que consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso. Sin embargo existe un porcentaje significativo que tiene autopercepción desfavorable relacionado a los aspectos cognitivo por que piensan y se preocupan por reducir ciertas partes de su cuerpo.

3.1.5.--AUTORA: Miriam Lúcar Flores

TITULO: “**Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres en Lima metropolitana 2012**”

-MATERIAL Y METODOS: Para ello, contó con una muestra de 180 adolescentes mujeres entre 11 y 17 años pertenecientes a una institución educativa pública de Lima Metropolitana. Se aplicó Cuestionario BodyShapeQuestionnaire (BSQ) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26).

-FUENTE .Tesis para obtener el título profesional de Psicología

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La presente investigación buscó mayor sustento empírico para la asociación entre insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en adolescentes mujeres.

En cuanto a los resultados, se encontró que el nivel de insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético de delgadez están asociados a la edad/grado y al tipo de relación reportada con los padres. El mayor el riesgo de baja satisfacción y mayor influencia del modelo se presentó alrededor de los 14 años. Finalmente, se halló una correlación directa y fuerte entre las variables; lo cual resalta la importancia del vínculo entre los factores socioculturales y la aparición de la insatisfacción corporal. Asimismo, los resultados sugieren que a mayor preocupación por la ganancia de peso o por tener sobrepeso u obesidad, habría mayor interés hacia artículos, reportajes, libros y conversaciones relacionadas con el adelgazamiento. En base a estos resultados, se discuten las implicancias para el tema y se proponen lineamientos para próximas investigaciones.(43)

3.1.6.--AUTORES: Chonlón K, Grosso A, Paredes G, Reyes B, Siadén D, Vásquez N, Barboza I, Chang D.

TITULO:“Frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque, durante el año 2012”

-MATERIAL Y METODOS: Se empleó el Test de actitudes alimentarias (EAT-26) a 292 alumnos de la facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

-FUENTE: Trabajo de Investigación

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El objetivo de nuestro estudio fue hallar la frecuencia de Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una Universidad local. La frecuencia de TCA encontrada por nuestro estudio (1%) es comparable a la reportada por Bazán (0,7%) en el 2011 en una población similar en Lambayeque. Sin embargo en aquel estudio el tamaño de la muestra fue calculado para la población universitaria entera, y no se realizó estratificación por facultades. 63 de los participantes fueron varones (21,5%) y 229, mujeres (78,5%). La edad promedio de los participantes fue 19,7 años (DE 1,2 años). 3 (1,02%) alumnas encuestadas obtuvieron un resultado positivo, todas ellas mujeres y pertenecientes a la escuela de enfermería.

3.2.-Antecedentes Internacionales

3.2.1.--AUTOR: Peix M. et al. (2004) España

TITULO: “Preocupación por la autoimagen en una población adolescente de 12 – 16 años”

-MATERIAL Y METODOS: Cuestionario el EAT-26, BSQ y CDRS en adolescentes de 12 a 16 años en España (Zaragoza)

-FUENTE: Trabajo de Investigación

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Obteniendo el 11.4% de las chicas con algún riesgo de conducta alimentaria con prevalencia mayor con preocupación por la autoimagen más acentuada que en los chicos. (10)

3.2.2.--AUTORES: Fandiño a. y colaboradores (2007)

TITULO: “Factores asociados con los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la universidad de Cali”

-MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal en 174 estudiantes de la Facultad de Medicina, se aplicó el EATING ATTITUDES TEST (EAT – 26).

-FUENTE: Trabajo de Investigación

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El objetivo fue determinar la cifra relativa de estudiantes con alta probabilidad de padecer algún tipo de Trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados a los que llegaron fueron que hubo un 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba indicando una alta probabilidad de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria: con una relación mujer: hombre de 2:1 y una prevalencia estimada de 44.1% en mujeres y 9.6% en hombres. (7)

3.2.3.--AUTORES: Miriam Angélica Moreno González, Godeleva Rosa Ortiz Viveros.

TITULO: “Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes México 2009”

-MATERIAL Y METODOS: Se aplicaron tres instrumentos: el Test de actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos sociodemográficos, en un grupo de adolescentes de Secundaria. 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años

-FUENTE: Trabajo de Investigación.

-RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la

sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades más tempranas. Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima. Se encontró riesgo de trastorno alimentario (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Los casos se incrementan con la edad. (44)

4. Objetivos

4.1.- Objetivo general

- Determinar la relación entre la imagen corporal y las Actitudes Alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014.

4.2.- Objetivos específicos

- Establecer la frecuencia de las categorías de Imagen corporal en las estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014.
- Determinar la frecuencia de las categorías de Actitudes Alimentarias en las estudiantes pre-universitarias de Arequipa 2014.
- Establecer la frecuencia de las categorías entre la imagen corporal y las actitudes alimentarias en estudiantes pre-universitarias de Arequipa 2014 y su distribución por edades.

5. Hipótesis

Existe relación entre la Imagen Corporal y las Actitudes Alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica

Se utilizará la técnica de entrevista.

1.2. Instrumentos

Se utilizará dos instrumentos.

1.2.1. **BodyShapeQuestionnaire (Bsq)** (VerAnexo 2)

1.2.2. **EattingAttitudes Test (Eat-26)**(VerAnexo 3)

1.3. Materiales

- (1) Cuestionarios de recolección
- (2) Material de escritorio
- (3) Programas digitales de recopilación de datos en PC

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

Ubicación Geográfica: Corresponde a la ciudad de Arequipa, capital de la región del mismo nombre, ubicada en Perú.

El ámbito del área de esta investigación se realizara en las academias pre-universitarias: Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la provincia de Arequipa 2014.

2.2. Ubicación temporal

Se tomaran los datos de las encuestas que se realizara en el mes de febrero del 2014.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo y muestra

Se tomará como población a todas las estudiantes pre-universitarias de las academias Alexander Fleming, Joule, Mendel y Bryce de la provincia de Arequipa 2014.

2.3.2. Criterios de inclusión

- Estudiantes pre – universitarias mujeres presentes al momento de ejecución de proyecto pertenecientes a las Academias pre-universitarias mencionadas.
- Estudiantes pre-universitarias mujeres que estén de acuerdo con el trabajo de investigación.
- Estudiantes pre-universitarias mujeres entre 14 y 21 años de edad.

2.3.3. Criterios de exclusión

- Estudiantes que manifestaron su negativa a participar de dicho estudio.
- Estudiantes que no asistieron el día de recolección de datos.
- Estudiantes pre-universitarios varones.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Planteamiento y permiso de los Directores de las dichas academias de la provincia de Arequipa, para ejecutar el trabajo de investigación.

Solicitud formal a la Facultad de medicina Humana de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

El autor:

Raúl Maylon Manchego Medina

Tutor: Dr. Martin Carpio Huanqui

Grupo de recolección de datos:

Raúl Maylon Manchego Medina

3.2.2. Recursos físicos

Fichas de recolección de datos

Material de escritorio

Base de datos para la elaboración de resultados (gráficos, tablas, etc.)

3.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado por el autor

3.3. Validación de los instrumentos

3.3.1. Cuestionario que evalúa la preocupación por la imagen corporal:

Características del cuestionario:

- Nombre: Body Shape Questionnaire (BSQ).
- Autores: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).
- Adaptación: Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, (1996). Cuestionario de la Forma Corporal.
- Adaptación al Perú : Flores (2009) a población limeña (44)
- Numero de ítems: 34
- Características del cuestionario: El BSQ es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil según Raich (2001) para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.
- Estructura factorial: La escala original reporta una estructura monofactorial, sin embargo, en la adaptación latina se encontraron cinco factores principales. Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010), utilizando el método de componentes principales obtuvieron una estructura bifactorial que explica el 62.88% de varianza. Sin embargo al analizar las cargas factoriales se encontró que solo el ítem 32 presenta una mayor carga para el

segundo factor (.579) aunque presenta también una carga alta en el primero (.522), de tal forma y de acuerdo al criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación) se determina una estructura monofactorial que explica el 57.35% de varianza.

- Codificación: Es una escala tipo likert con 6 opciones de respuesta: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Algunas Veces, 4) A Menudo, 5) Muy a Menudo, 6) Siempre. Se puede obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos (Baile, Raich y Garrido, 2003). Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).
- Administración: Individual o Colectiva.
- Tiempo aproximado de aplicación: 15 Minutos.
- Población a la que va dirigida: Adolescentes.
- Propiedades psicométricas:
- Fiabilidad: La consistencia interna obtenida en muestra no clínica es de $\alpha=.97$. La fiabilidad obtenida en población Mexicana es también de $\alpha=.97$.
- Validez: Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de 0.78 y con el EAT de 0.71 (Rodríguez y Cruz, 2006). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) reportan una correlación significativa y positiva alta con conducta alimentaria de riesgo ($r=.613$; $p=.000$) y con la subescala de conducta compensatoria

alimentaria ($r = .618$; $p = .000$), asimismo se observa una correlación significativa y media baja con victimización escolar ($r = .310$; $p = .000$), y correlaciones significativas y negativas de rango medio con sintomatología depresiva ($r = -.397$; $p = .000$) y autoestima general ($r = -.322$; $p = .000$) y dificultad para identificar y expresar emociones ($r = -.381$; $p = .000$).

3.3.2. Cuestionariode Actitudes ante la Alimentación:

- Descripción. La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. En 1988, Maloney y colaboradores, desarrollaron una versión para niños, CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el

cuestionario auto aplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria.

- Evaluación. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para EAT-26. (9) El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.
- Recomendaciones. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

3.4.1.- A nivel de recolección

Se solicitará el permiso respectivo a la dirección de cada Academia Pre – universitaria, informando la importancia del presente estudio, otorgado el permiso se procederá a la recolección de datos los días autorizados, en los cuales se repartirá el cuestionario anónimo a todas las estudiantes mujeres que firmaron previamente el consentimiento informado (Ver ANEXO 4), se explicará la importancia de este estudio, así mismo la manera correcta de llenar cada cuestionario, al término se recolectarán los mismos, verificando el correcto llenado y la integridad de los cuestionarios. El presente estudio usará la información obtenida mediante el método de encuesta anónima, la técnica utilizada para la recolección de datos serán los cuestionarios de los instrumentos mencionados.

3.4.2.- A nivel de sistematización

Se procesará los datos manualmente, para luego ser convertidos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico, en el programa estadístico SPSS versión 14.0 for Windows.

3.4.3.- A nivel de estudio de casos

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS; se aplicará la prueba de Chi cuadrado de Fisher ($p < 0.05$), en casos necesarios se aplicará la prueba de Odds Ratio ($p < 0.05$)

IV CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	DICIEMBRE 2013				ENERO 2014				FEBRERO 2014			
	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: 25 de diciembre 2013

FECHA PROBABLE DE TERMINO: 28 de febrero 2014

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kaplan Hl&SadockBJ :Sinopsis de psiquiatría.8ª Edición. Madrid. Editorial: Panamericana.1999
- 2) Serrato, Gloria: Anorexia y Bulimia, Trastorno de la conducta Alimentaria. Editorial libro-Hobby. España 2001.
- 3) Farreras S:Trastornos de la conducta alimentaria en Universidades de España. España. 2001. Universidad Autónoma de Barcelona. [Accesado el 08 ene 2012] Disponible en www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5418/sfs2de3.pdf
- 4) GarnerD :Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid. 1998. TEA Ediciones S.A. Publicaciones de Psicología aplicada Serie Menor Num.267
- 5) Alarico Villalta A : Prevalencia de TCA en estudiantes adolescentes Pre – universitarios particulares en el mes de Febrero Arequipa 2004. [Tesis Médico y Cirujano]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2004.
- 7) Fandiño A. et.al. :Factores asociados con los Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la Universidad de Cali. Colombia 2007. Corporación Editora Médica Del Valle. ColombMed 2007; 38: 344-351. [Accesado el 10 Ene 2012] Disponible en : <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07057>
- 8) FrisanchoC. :Prevalencia de Trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes mujeres de nivel secundario de colegios particulares de la provincia de Arequipa en el año 2002. [Tesis Médico y Cirujano]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina. 2002.
- 9) Cruz M. :Trastornos de Conducta Alimentaria y Autoestima en estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería UNSA 2008. [Tesis Enfermera]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería. 2008.
- 10) Peix M. et al. :Preocupación por la Autoimagen en una población adolescente de 12 – 16 años. España. 2004. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente - Comunicaciones Orales. [Accesado el 05 Ene 2012] Disponible en:www.spapex.es/adolescencia02/pdf/comorales.pdf
- 11) Moreno M. et al. :Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Chile. 2009. Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, Nº 2, 181-190. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- 12) Herscovici, C.: La Esclavitud De Las Dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. Buenos Aires: Paidós. 1995

- 13) Herscovici, C. et al. :Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas A La Autonomía. Buenos Aires: Paidós. 2004
- 14) Cooper P. et al. :The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders 6: 485-494. 1986
- 15) Vázquez R. et al. :Validez del BodyShapeQuestionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders (2011) 42-52.
- 16) Garner DM, Garfinkel PE. :The Eating Attitudes Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa. Psychological Medicine, 9, 273- 279. Canadá. 1979.
- 17) Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. :The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982; 12: 871-878.
- 18) Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E.:The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. Psychol Assess 1991; 7: 175-190.
- 19) Fernández Aranda F, Turón Gil V :Valores estadísticos en pacientes con trastornos de la alimentación. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1998; 251-263.
- 20) Galeano D, Krauch C.: “Actitudes Alimentarias y Satisfacción con la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias”. Paraguay. Rev. Eureka. Vol.7, N°1. 2010, 10-37.
- 21) Barber S, Bolaños-Cacho P, López C, Ostrosky A. :Los extremos en los trastornos alimenticios. Psicología Iberoamericana 1996; 3:20-34.
- 22) Gandarillas B., Zorrilla A., Sepúlveda A. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid : Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. España. 2003.
- 23) Cáceres M : Actitudes alimentarias de riesgo en relación a la preocupación por su imagen corporal. Colegio María Murillo. Cerro Colorado. Arequipa 2004. [Tesis Enfermera]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería. 2004.
- 24) Jara L. et al. : “Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco”. Arequipa. 2007
- 25) Santrock, J. W. (2004). Adolescencia. Psicología del desarrollo. España: McGraw Hill.

- 26) Raich RM. :Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Ed Pirámide 2000. Madrid.
- 27) Baile JI.: ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades del Centro Asociado de la UNED de Tudela 2003, 2.
- 28) Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney D, Gibney M, Martínez-Hernández JA :Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública México 1999; 41: 479-486.
- 29) Cruz S, Maganto C :Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada 2002; 55 (3): 455-473.
- 30) M. Míguez Bernárdez, J. De la Montaña Miguélez, J. González Carnero y M.^a González Rodríguez. : Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. NutrHosp. 2011;26(3):472-479. España. 2010.
- 31) CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, 1992.
- 32) Havighurst, R. J. (1952). Developmental tasks and education. Toronto, Canada: Longmans, Green and Co., Inc.
- 33) Eleodoro Freyre Román :La Salud Del Adolescente, Aspectos Médicos Y Psicosociales, 2da Edición, 1997. Arequipa. Perú.
- 34) Rotondo H. Compendio de Psiquiatría. 2008. Lima. Facultad de Medicina, UNMSM.
- 35) Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev. Reflexiones 87 (2): 67-80. 2008
- 36) Brenda Rodriguez, Hans Oudhof van Barneveld, Norma Gonzalez-Arratia, Claudia Unikel-Santoncini. : Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. Salud Mental 2010;33:325-332. 2010. México.
- 37) Coomber K, King R. :The role of sisters in body image dissatisfaction and disordered eating. Sex Roles 2008;59(1-2):81-93.
- 38) Stice E, Tristan J. :Sociocultural pressures and body image disturbances: A comment on Cafri, Yamamiya, Brannick, and Thompson. Clinical Psychology: Science Practice 2005;12:443-446.

- 39) Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson K. :The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *ClinicalPsychology: SciencePractice* 2005;12:421-433.
- 40) RaichR : Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Rev AvancesPsicologíaLatinoamericana* 2004;22:15-27.
- 41) Rosen J. :The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive Behavioral Practice* 1995;2:143-166.
- 42) American Psychiatric Association. *DSM-IV.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Cuartaedición.* Washington: 1994.
- 43)Lucar F.: insatisfacción con la imagen corporal einfluencia del modelo estético de delgadezen un grupo de adolescentes mujeres.Lima Metropolitana 2012. [Tesis Psicología]. Perú: Universidad Pontificia Católica del Perú, Facultad de Psicología 2012.
- 44) Angelica M.,GodelevaR.:“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”. *Mexico.terapia psicológica*2009, Vol. 27, N° 2, 181-190 .



BodyShapeQuestionnaire (BSQ)

(Cuestionario Para Evaluar La Preocupación Por Su Imagen Corporal)

Me gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y marca con una cruz la respuesta que consideres a tu caso. Contesta todas las preguntas.

A = NUNCA B = CASI NUNCA C = AGUNAS VECES D = BASTANTES VECES E = CASI SIEMPRE F = SIEMPRE	A	B	C	D	E	F
1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?						
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?						
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes con relación al resto de su cuerpo?						
4. ¿Sintió temor al volverse gorda (o a engordar)?						
5. ¿Se sintió preocupada porque sus músculos no eran lo bastante firmes?						
6. La sensación de plenitud (por ejemplo después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda						
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?						
8. ¿Evito el correr a causa de que sus músculos podrían tambalearse?						
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?						
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?						
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?						
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?						
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ejemplo mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?						
14. ¿El estar desnuda (por ejemplo al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?						
15. ¿Evito ponerse ropas que realzaban su figura corporal?						
16. ¿Imagino el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?						

17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?							
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ejemplo fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?							
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?							
20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?							
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?							
22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?							
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?							
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran rollitos en su cintura o estomago?							
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?							
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?							
27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?							
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se e formen hoyuelos en la piel?							
29. ¿El verse reflejada (por ejemplo en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?							
30. ¿Pellizco a zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?							
31. ¿Evito situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo) por ejemplo vestuarios comunitarios o piscinas?							
32. ¿Tomo laxantes para sentirse más ligera?							
33. ¿Tomo especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?							
34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?							

TOTAL:.....

CLAVE DE RESPUESTAS PARA EL ANEXO 2

N° PREGUNTA	ALTERNATIVAS						PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MÁXIMO
	A	B	C	D	E	F		
1	1	2	3	4	5	6	1	6
2	1	2	3	4	5	6	1	6
3	1	2	3	4	5	6	1	6
4	1	2	3	4	5	6	1	6
5	1	2	3	4	5	6	1	6
6	1	2	3	4	5	6	1	6
7	1	2	3	4	5	6	1	6
8	1	2	3	4	5	6	1	6
9	1	2	3	4	5	6	1	6
10	1	2	3	4	5	6	1	6
11	1	2	3	4	5	6	1	6
12	1	2	3	4	5	6	1	6
13	1	2	3	4	5	6	1	6
14	1	2	3	4	5	6	1	6
15	1	2	3	4	5	6	1	6
16	1	2	3	4	5	6	1	6
17	1	2	3	4	5	6	1	6
18	1	2	3	4	5	6	1	6
19	1	2	3	4	5	6	1	6
20	1	2	3	4	5	6	1	6
21	1	2	3	4	5	6	1	6
22	1	2	3	4	5	6	1	6
23	1	2	3	4	5	6	1	6
24	1	2	3	4	5	6	1	6
25	1	2	3	4	5	6	1	6
26	1	2	3	4	5	6	1	6
27	1	2	3	4	5	6	1	6
28	1	2	3	4	5	6	1	6
29	1	2	3	4	5	6	1	6
30	1	2	3	4	5	6	1	6
31	1	2	3	4	5	6	1	6
32	1	2	3	4	5	6	1	6
33	1	2	3	4	5	6	1	6
34	1	2	3	4	5	6	1	6
TOTAL							34	204

NO HAY PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL	< 81 puntos
LEVE PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL	81 – 110 puntos
MODERADA PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL	111 – 140 puntos
EXTREMA PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL	>141 puntos

INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR EL ANEXO 2

Pasos a seguir:

1. Se aplica el cuestionario de preguntas sobre preocupación por la Imagen Corporal (Anexo 1) a cada una de las estudiantes seleccionadas que participan en el estudio.
2. Se califica el cuestionario de preguntas de la siguiente manera: (según clave)

Preguntas de opción múltiple de la 1 a la 34.

Si marcó :

A (NUNCA)	= equivale a 1 puntos
B (CASI NUNCA)	= equivale a 2 puntos
C (ALGUNAS VECES)	= equivale a 3 puntos
D (BASTANTES VECES)	= equivale a 4 puntos
E (CASI SIEMPRE)	= equivale a 5 puntos
F (SIEMPRE)	= equivale a 6 puntos

Al finalizar sumar el total que va desde 34 a 204 puntos. Luego se procederá a clasificarlo.

Eating Attitudes Test (EAT- 26)

(Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación)

Edad: _____

Academia: _____

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Conteste cuidadosamente

A=NUNCA C= ALGUNAS VECES E= CASI SIEMPRE	B= CASI NUNCA D= BASTANTES VECES F= SIEMPRE	A	B	C	D	E	F
1. Me gusta comer con otras personas							
2. Procuo no comer aunque tenga hambre							
3. Me preocupo mucho por la comida							
4. A veces me ha “atracado”, sintiendo que era incapaz de parar de comer							
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños							
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.							
7. Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz. Patatas)							
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más							
9. Vomito después de haber comido							
10. Me siento muy culpable después de comer.							
11. Me preocupa el deseo de estar delgada.							
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.							
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.							
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.							
15. Tardo en comer más que otras personas.							
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.							
17. Como alimentos de régimen (o de para bajar peso)							
18. Siento que los alimentos controlan mi vida							
19. Me controlo en las comidas.							
20. Noto que los demás me presionan para que coma.							
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.							
22. Me siento incómoda después de comer dulces.							
23. Me comprometo a hacer régimen o lo estoy haciendo.							
24. Me gusta sentir el estómago vacío							
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.							
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.							

INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR EL ANEXO 3

Pasos a seguir:

1. Se aplica el cuestionario de preguntas sobre perfil de riesgo (Anexo 2) a cada una de las estudiantes seleccionadas que participan en el estudio.
2. Se califica el cuestionario de preguntas de la siguiente manera: (según clave)

Preguntas de opción múltiple de la 1 a la 26 dándole un puntaje de 3 puntos por pregunta multiplicando un total de 78 puntos.

En caso de las preguntas 1 y 25, ver la alternativa que marcó:

Si marcó A (NUNCA)	= equivale a 3 puntos
B (CASI NUNCA)	= equivale a 2 puntos
C (ALGUNAS VECES)	= equivale a 1 puntos
D (BASTANTES VECES)	= equivale a 0 puntos
E (CASI SIEMPRE)	= equivale a 0 puntos
F (SIEMPRE)	= equivale a 0 puntos

En las preguntas restantes:

Si marcó A (NUNCA)	= equivale a 0 puntos
B (CASI NUNCA)	= equivale a 0 puntos
C (ALGUNAS VECES)	= equivale a 0 puntos
D (BASTANTES VECES)	= equivale a 1 puntos
E (CASI SIEMPRE)	= equivale a 2 puntos
F (SIEMPRE)	= equivale a 3 puntos

Al finalizar sumar el total que va desde 0 a 78 puntos. Luego se procederá a clasificarlo.

CLAVE DE RESPUESTAS PARA EL ANEXO 3

N° PREGUNTA	ALTERNATIVAS						PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
	A	B	C	D	E	F		
1	3	2	1	0	0	0	0	3
2	0	0	0	1	2	3	0	3
3	0	0	0	1	2	3	0	3
4	0	0	0	1	2	3	0	3
5	0	0	0	1	2	3	0	3
6	0	0	0	1	2	3	0	3
7	0	0	0	1	2	3	0	3
8	0	0	0	1	2	3	0	3
9	0	0	0	1	2	3	0	3
10	0	0	0	1	2	3	0	3
11	0	0	0	1	2	3	0	3
12	0	0	0	1	2	3	0	3
13	0	0	0	1	2	3	0	3
14	0	0	0	1	2	3	0	3
15	0	0	0	1	2	3	0	3
16	0	0	0	1	2	3	0	3
17	0	0	0	1	2	3	0	3
18	0	0	0	1	2	3	0	3
19	0	0	0	1	2	3	0	3
20	0	0	0	1	2	3	0	3
21	0	0	0	1	2	3	0	3
22	0	0	0	1	2	3	0	3
23	0	0	0	1	2	3	0	3
24	0	0	0	1	2	3	0	3
25	3	2	1	0	0	0	0	3
26	0	0	0	1	2	3	0	3
TOTAL							0	78

NINGUN RIESGO	0 – 9 PUNTOS
RIESGO BAJO	10 – 19 PUNTOS
ALTO RIESGO	>= 20 PUNTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con DNI n° manifiesto que he sido informada sobre los objetivos del presente Trabajo de Investigación con el fin de aportar los datos necesarios para la realización del mismo.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que se almacenará aparte de los cuestionarios que serán tomados en forma anónima.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se realice la siguiente encuesta con los cuestionarios necesarios para cubrir los objetivos especificados en este proyecto para poder obtener el título de médico cirujano en la Universidad Católica Santa María.

Arequipa, de febrero del 2014.

Anexo N° 2

Matriz de datos

ENCUESTA	EDAD	ACADEMIA	PREOCUPACION POR LA IMAGEN CORPORAL	RIESGO DE ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACION
1	1	1	1	3
2	3	1	2	1
3	3	1	2	1
4	4	1	2	1
5	3	1	2	1
6	3	1	2	1
7	4	1	2	3
8	3	1	1	1
9	3	1	2	1
10	3	1	2	2
11	4	1	2	3
12	3	1	2	2
13	3	1	3	1
14	3	1	1	2
15	4	1	5	1
16	4	1	2	3
17	3	1	2	1
18	1	1	1	1

19	3	1	2	2
20	3	1	1	2
21	3	1	1	1
22	4	1	2	3
23	4	1	4	1
24	3	1	1	1
25	3	1	1	1
26	4	1	2	2
27	3	1	2	1
28	3	1	1	1
29	3	1	2	1
30	3	1	2	1
31	3	1	4	1
32	3	1	1	1
33	4	1	2	2
34	3	1	2	3
35	4	1	2	1
36	3	1	2	3
37	3	1	2	1
38	3	1	2	1
39	4	1	2	3
40	3	1	1	2
41	4	1	2	3
42	4	1	2	3
43	3	1	2	2
44	4	1	2	4
45	4	1	2	2

46	2	1	4	3
47	3	1	1	1
48	3	1	2	1
49	3	1	2	2
50	4	1	2	2
51	3	1	4	1
52	4	1	2	1
53	1	1	1	1
54	3	1	2	2
55	5	1	1	1
56	3	2	3	3
57	4	2	2	3
58	3	2	2	2
59	4	2	1	1
60	3	2	1	1
61	4	2	1	2
62	4	2	1	3
63	4	2	1	4
64	3	2	1	1
65	4	2	1	3
66	3	2	2	1
67	2	2	3	3
68	3	2	2	3
69	3	2	1	1
70	4	2	1	3
71	3	2	2	1
72	3	2	1	1

73	4	2	1	3
74	5	2	1	1
75	3	2	2	1
76	3	2	2	1
77	4	2	1	2
78	3	2	2	1
79	3	2	2	1
80	3	2	1	1
81	4	2	1	2
82	1	2	1	3
83	4	2	1	2
84	3	2	2	1
85	5	2	1	1
86	2	2	2	2
87	4	2	1	3
88	3	2	4	1
89	4	2	1	1
90	4	2	1	3
91	3	2	3	1
92	4	2	1	2
93	4	2	1	2
94	3	2	1	2
95	3	2	1	2
96	5	2	1	1
97	3	2	2	1
98	4	2	3	2
99	3	2	1	1

100	7	2	2	3
101	3	2	1	2
102	4	2	1	2
103	6	2	4	3
104	2	2	2	1
105	3	2	2	3
106	4	2	2	3
107	5	3	1	1
108	4	3	1	3
109	3	3	2	1
110	4	3	2	3
111	3	3	3	2
112	3	3	1	1
113	4	3	3	3
114	3	3	1	2
115	5	3	1	1
116	4	3	1	2
117	4	3	1	3
118	2	3	1	2
119	3	3	2	1
120	3	3	1	2
121	1	3	1	1
122	4	3	1	3
123	3	3	1	2
124	3	3	3	1
125	3	3	3	1
126	5	3	1	1

127	4	3	3	3
128	6	3	4	2
129	4	3	2	1
130	3	3	1	1
131	4	3	1	1
132	5	3	1	2
133	3	3	1	1
134	3	3	1	1
135	3	3	2	1
136	3	3	2	1
137	4	3	3	2
138	3	3	3	1
139	4	3	1	2
140	5	3	1	2
141	2	3	1	1
142	4	3	1	2
143	3	3	1	2
144	3	3	1	2
145	1	3	1	1
146	3	3	1	1
147	4	3	4	3
148	6	3	3	2
149	5	3	2	2
150	7	3	4	2
151	4	3	1	1
152	2	3	1	1
153	4	3	1	3

154	4	3	1	1
155	4	3	1	1
156	3	3	1	1
157	3	3	2	1
158	6	3	1	1
159	3	4	1	1
160	4	4	1	2
161	5	4	2	2
162	2	4	1	1
163	3	4	3	1
164	3	4	2	1
165	4	4	4	1
166	3	4	2	1
167	3	4	2	1
168	3	4	1	1
169	4	4	1	3
170	3	4	2	1
171	6	4	1	1
172	2	4	2	1
173	3	4	1	2
174	4	4	1	3
175	3	4	3	2
176	4	4	1	1
177	4	4	1	3
178	4	4	1	3
179	5	4	2	2
180	5	4	3	2

181	3	4	1	1
182	3	4	1	1
183	3	4	2	2
184	3	4	1	3
185	2	4	2	1
186	6	4	2	1
187	4	4	4	3
188	3	4	3	1
189	4	4	1	2
190	4	4	1	3
191	5	4	3	2
192	3	4	2	1
193	4	4	1	1
194	3	4	3	1
195	4	4	4	3
196	3	4	2	1
197	2	4	1	1
198	3	4	1	3
199	5	4	3	3
200	7	4	2	1
201	3	4	2	1
202	3	4	2	1
203	3	4	1	1
204	6	4	1	1
205	4	4	1	3
206	4	4	1	3
207	3	4	1	1

208	5	4	4	3
209	2	4	1	2
210	4	4	1	3
211	3	4	2	1
212	3	4	2	1
213	4	4	1	3
214	4	4	1	3
215	3	4	3	2
216	4	4	4	3
217	2	4	1	1
218	3	4	3	2
219	3	4	3	3
220	3	4	4	1
221	8	4	1	1

LEYENDA

Edad

1= 14
2= 15
3= 16
4= 17
5=18
6=19
7=20
8=21

Academia

1= Fleming
2= Bryce
3= Joule
4= Mende

Preocupación por la imagen Corporal

1= Ninguna
2= Leve
3= Moderada
4=Extrema

Riesgo de la Actitud Alimentaria

1= Ningún
2= Bajo
3= Alto