

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN



**“PERCEPCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ADOLESCENTES ESCOLARES DE 11 A 18 AÑOS DEL COLEGIO JORGE
BASADRE DEL DISTRITO DE JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO,
AREQUIPA EN EL AÑO 2017”**

Tesis presentada por

**Bach. Santa Cruz Tunque, Monserrat
Ivonne**

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Nutrición Humana

Asesora: Dra. Ana Margoth Rivera Portugal

AREQUIPA – PERÚ

2018

JURADO CALIFICADOR

MG. PAUL CASTRO BENAVENTE

PRESIDENTE

DRA. HANIA BERROA GÁRATE

SECRETARIA

DRA. ANA MARGOTH RIVERA PORTUGAL

INTEGRANTE

DEDICATORIA

Al mejor ejemplo que tengo de dedicación, paciencia y lucha, por sus palabras de amor y acompañarme siempre, gracias mamá.

A quien me brindó su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria, por su perseverancia y responsabilidad que me ha enseñado día a día, gracias papá.

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios, quien guía todas las acciones que realizo y me da fortaleza cada día, por dejarme vivir todo momento feliz y triste, ya que de ellos es donde aprendí más. Por haberme permitido llegar hasta donde estoy hoy con salud para lograr todo objetivo propuesto.

A mis padres, sin ellos jamás hubiera podido conseguir lo que tengo hasta hoy. Su firmeza, enseñanzas y lucha, son mi mejor ejemplo a seguir.

A mi asesora Dra. Ana Margoth Rivera Portugal, quien con paciencia en ningún momento dejó de alentarme y contribuyó a la culminación de este trabajo de investigación.

A mis docentes, sus enseñanzas durante toda la carrera académica tanto en el nivel académico como extra curricular fueron muy importantes en mi formación.

A la Lic. Delia Carbajal, más que su buen ánimo y que nunca dejó de alentarme con este trabajo, me brindó una amistad valiosa.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de determinar la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11 a 18 años del Colegio Jorge Basadre del distrito de José Luis Bustamante y Rivero de la Ciudad de Arequipa.

El estudio se realizó con un total de 145 adolescentes a quienes se les aplicó la encuesta "Escala de Preocupación por la Alimentación (EPA)": Estudio EPACH con cuatro categorías: preocupación por la restricción de comida, preocupación por la forma de comer, preocupación por el consumo de comida y preocupación por el peso corporal.

De los estudiantes el 49,7% (n=72) son mujeres y el 50,3% (n=73) son varones. Además, el 48,3% (n=70) tienen padres con un grado de instrucción escolar y el 51,7% (n=75) un grado de instrucción superior. De acuerdo al EPA: el 75,17% (n=109) del total presentó un nivel moderado de preocupación por su alimentación según sexo, el género masculino predomina en el nivel moderado con el 40,69% (n=59) ante las mujeres 34,48% (n=50); el 9,66% (n=14) un nivel alto de preocupación por su alimentación y el 15,17% (n=22) un nivel bajo de preocupación. En cuanto al grado de instrucción del padre o tutor; el 75,17% (n=109) del total presentó un nivel moderado de preocupación por su alimentación, el 40,0% (n=58) son adolescentes cuyo padre o tutor tiene un grado de instrucción superior, el 35,17 (n=51) grado escolar; el 15,17% (n=22), un nivel bajo de preocupación. Hay no correlación significativa ($p>0.05$)

Palabras Clave: Trastornos alimentarios, Preocupación por la alimentación.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the purpose of determining the perception of eating disorders in adolescents from 11 to 18 years of the Jorge Basadre School of the José Luis Bustamante y Rivero district at Arequipa City.

The study was conducted with a total of 145 adolescents and was applied to the survey "Scale of Concern for Food (EPA)": EPACH study with four categories: concern about the restriction of food, concern about the way of eating, concern for the consumption of food and concern for body weight.

Of the students, 49.7% (n = 72) are female and 50.3% (n = 73) are male. In addition, 48.3% (n = 70) have a higher level of education and 51.7% (n = 75). According to the EPA: 75.17% (n = 109) presented a moderate level of concern for their diet according to sex, the male gender predominates at the moderate level with 40.69% (n = 59) before women 34.48% (n = 50); 9.66% (n = 14) a high level of concern about their diet and 15.17% (n = 22) a low level of concern. Regarding the degree of instruction of the parent or guardian; 75.17% (n = 109) of the total presented a moderate level of concern for food, 40.0% (n = 58) are adolescents whose father or tutor has a higher level of education, 35.17 (n = 51) grade level; 15.17% (n = 22), a low level of concern. There is no significant correlation ($p > 0.05$)

Keywords: Food disorders, Concern for food.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

CAPÍTULO I	11
GENERALIDADES	11
1.1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4. HIPÓTESIS.....	13
1.5. VARIABLE	14
1.5.1 VARIABLE UNICA	14
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	14
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO.....	15
ADOLESCENCIA.....	15
2.1.1 DEFINICIÓN	15
2.1.2 CARACTERÍSTICAS	16
2.1.2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS.....	16
2.1.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	19
2.1.2.3 ASPECTOS SEXUALES.....	22
2.1.2.4 ASPECTOS SOCIALES.....	23
2.2. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	24
2.2.1 DEFINICIONES.....	24
2.2.1.1 TRASTORNO	24
2.2.1.2 CONDUCTA ALIMENTARIA	24
2.2.1.3 TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	24
2.2.2 CLASIFICACIONES	24
2.2.2.1 ANOREXIA NERVIOSA (AN)	24

2.2.2.2	BULIMIA NERVIOSA	26
2.2.2.3	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS	27
2.2.3	FACTORES DE RIESGO	28
2.2.3.1	FACTORES EXTERNOS DE RIESGO.....	29
2.2.3.2	FACTORES INTERNOS DE RIESGO	30
2.2.4	TRATAMIENTO	31
2.2.4.1	TRATAMIENTO NUTRICIONAL.....	32
2.2.4.2	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	32
2.2.4.3	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	33
2.3	PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	33
2.3.1	DEFINICIONES.....	33
2.3.1.1	PERCEPCIÓN	33
2.3.1.2	IMAGEN CORPORAL.....	33
2.3.1.3	PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.....	33
2.3.2	COMPONENTES	34
2.3.2.1	EL COMPONENTE PERCEPTUAL.....	34
2.3.2.2	EL COMPONENTE COGNITIVO AFECTIVO	34
2.3.2.3	EL COMPONENTE CONDUCTUAL.....	35
2.3.3	DIMENSIONES	35
2.3.3.1	PREOCUPACIÓN POR EL PESO.....	35
2.3.3.2	INSATISFACCIÓN CORPORAL	35
2.3.4	FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA.....	36
2.3.4.1	FACTORES PREDISPONENTES	36
2.3.4.2	FACTORES DE MANTENIMIENTO	38
2.3.5	ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	38
2.3.5.1	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.....	39
2.3.6	PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA ..	41
CAPÍTULO III		42
DISEÑO METODOLÓGICO.....		42
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....		42
3.1	AMBITO DE ESTUDIO	42
3.2	MUESTRA	42
3.2.1	Criterios de inclusión	43

3.2.2	Criterios de exclusión.....	43
3.3	MÉTODOS Y TÉCNICAS	43
3.3.1	Instrumento.....	43
3.3.2	Recolección de datos	43
3.4	Recursos e Instrumentos	44
3.4.1	Recursos Humanos	44
3.4.2	Materiales.....	44
3.5	Diseño Estadístico	45
CAPÍTULO IV		46
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		46
CAPÍTULO V		58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		58
5.1	CONCLUSIONES.....	58
5.2	RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA.....		61
ANEXOS.....		65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO	47
Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD.....	47
Tabla 3. DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES ZONA GEOGRÁFICA DE VIVIENDA.....	48
Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE	49
Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO ACTUAL DE OCUPACIÓN DEL PADRE	50
Tabla 6. PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN SEXO	51
Tabla 7. PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PADRES	53

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	66
Anexo 2. ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	67
Anexo 3. PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.....	69
Anexo 4. CONSISTENCIA INTERNA - ALFA DE CRONBACH.....	71

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

Cuando se prueba un alimento, este provoca una respuesta emocional que puede ser de gusto o repulsión, que continuamente evoca su posible aceptación. Comer, muchas veces es una actividad que no solo implica una interacción socialmente activa con otras personas, consiste además en una expresión del estado psíquico y un reflejo de las emociones. El hambre y el apetito están altamente relacionados a las necesidades emocionales; sensaciones como el anhelo, deseo y compulsión pueden originar conductas alimentarias como una vía para aliviar la ansiedad y la tensión para ocasionar seguridad y bienestar o bien provocar por el contrario sentimientos de ira o frustración hacia otras personas y en la mayoría de casos hacia uno mismo.

En una época donde las personas están sometidas a un ritmo de vida estresante y que se tiende a descargar su ansiedad en la comida aumentando la ingesta de alimentos de manera indiscriminada; sabemos que los adolescentes al no contar con los correctos hábitos alimentarios prefieren la comida alta en azúcares, grasas no saludables y harinas refinadas; sintiéndose en algunos casos con la culpa de comer o arrepentidos por esta acción.

Los adolescentes en esta etapa son muy influenciables, sea por los medios de comunicación, amigos o en algunos casos la familia, es posible que empiece una serie de comparaciones con otras personas que se ven como “ideales” y que muchas de las cuales son retocadas, haciendo que las palabras “esbeltez” y “buena apariencia” sean sinónimos de éxito; por consiguiente su carencia, algo reprochable. Al final del día esto puede afectar la manera en que se sienten respecto a ellos mismos, la forma de ver su cuerpo y como actuarán con este. La disconformidad que van a sentir, hará que el adolescente sea inducido a elegir conductas alimentarias de riesgo, todo con el fin de lograr esos “ideales” físicos que solo arriesga su bienestar y su salud.

El nutricionista, es quien está capacitado para lograr un cambio, mejorar el estado de salud y de este modo alcanzar objetivos que involucran una mejor calidad de vida, además es quien sabe que la conducta alimentaria es educable y que la educación alimentaria nutricional puede proporcionar diversos criterios y la adquisición de habilidades y la autonomía para la adopción de una dieta más saludable.

Por lo tanto, al considerar la importancia de una alimentación sana y adecuada con el fin de mejorar el estado de salud de la población en este caso de los adolescentes, y siendo el nutricionista, agente educador, quien tiene mayor capacidad para realizar este tipo de actividades se realizó el presente trabajo de investigación, puesto que al tener un contacto directo con la población tenemos mayores oportunidades de lograr un cambio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de los trastornos alimentarios en los adolescentes escolares del Colegio Jorge Basadre del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero, en el año 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11-18 años del Colegio Jorge Basadre del distrito de José Luis Bustamante Rivero de Arequipa, Perú durante el año 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la preocupación por la restricción de comida dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres.
- Identificar la preocupación por la forma de comer dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres
- Identificar la preocupación por el consumo de comida dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres.
- Identificar la preocupación por el peso corporal dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres.

1.4. HIPÓTESIS

Existe una adecuada percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares del colegio Jorge Basadre del distrito de José Luis Bustamante Rivero de Arequipa, Perú durante el año 2017.

1.5 VARIABLE

1.5.1 VARIABLE ÚNICA

- Percepción de trastornos alimentarios.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
1. Percepción de trastornos alimentarios).	Conocimientos comprendidos sobre alimentación saludable del mundo exterior por medio de impresiones que transmiten los sentidos.	Trastornos alimentarios	Encuesta semi estructurada de diagnóstico de trastornos alimenticios "EPA" (Anexo 1)	Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

2.1.1 DEFINICIÓN

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad, así como de la de autonomía individual. Su rango de duración varía según diferentes fuentes, culturas y opiniones médicas, científicas y psicológicas; pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20. (8)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, y si consideramos el período de la juventud, entre los 10 y los 24 años. La adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños, llegando hasta los 14 y 15 años respectivamente. La adolescencia media y tardía se extiende hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. (9)

2.1.2 CARACTERÍSTICAS

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica, por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. (10) Para Erik Erikson este período que comprende de los 13 a los 21 años, es la búsqueda de la identidad, define a la persona para toda su vida adulta, quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada persona. (11)

2.1.2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

Las transformaciones fisiológicas y morfológicas que tienen lugar en la adolescencia constituyen uno de los acontecimientos más importantes de este periodo del desarrollo. La maduración se expresa principalmente en una serie de cambios morfológicos y hormonales que tienen lugar de forma más o menos simultánea. En relación con los cambios morfológicos, la maduración física consiste particularmente en el denominado “estirón”, un marcado aumento en el crecimiento del cuerpo que se distribuye asincrónicamente, comienza por las extremidades (manos y pies, brazos y piernas) y alcanza finalmente el tronco. Si bien este cambio corporal se produce en ambos sexos, la coordinación y sucesión del mismo es diferente para chicos y chicas, es una de las características fundamentales de

la adolescencia. Este alargamiento tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses.

Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto llamado Punto de Velocidad Máxima (PVM), que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón, seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos como consecuencia de los cambios hormonales. (10) La ganancia de peso en las mujeres, durante la adolescencia inicial, es de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el PVM de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso en el adolescente viene a representar el 50% del peso ideal de la persona adulta. La grasa corporal total aumenta en la adolescencia inicial para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura; se da un predominio en el varón debido a la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. El tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica. (10) Respecto de los cambios hormonales, el organismo comienza a producir hormona luteinizante (LH) y hormonas folículo estimulantes (FSH) en distintas cantidades según el sexo. Como consecuencia, se produce el desarrollo de los ovarios en la mujer y de los testículos en el varón, y se estimula la producción de hormonas sexuales (estrógenos y andrógenos).

Todo esto conlleva a la maduración de los óvulos y la producción de espermatozoides, así como el desarrollo de las características sexuales visibles.

Los cambios físicos tienen importantes consecuencias tanto a nivel psicológico como a nivel social, concretamente los que se producen durante la adolescencia inicial: de ser niños, pasan a tener el cuerpo y el potencial sexual de un adulto. (12) Es necesario tener en cuenta que existen distintos factores físicos, sociales y culturales que pueden influir en el inicio y desarrollo de los cambios físicos en la adolescencia: un nivel económico alto, un estilo de vida saludable, bienestar psicosomático, entre otros, parecen promover un adelantamiento de la adolescencia inicial, mientras que las enfermedades crónicas, el estrés y la actividad deportiva excesiva parecen retardarla. (13)

El cuadro siguiente muestra los diferentes cambios físicos, visibles y no visibles, que se producen en la adolescencia. Una vez iniciada la etapa evolutiva, siempre aparecen en la misma secuencia (12):

Hombres	Mujeres
Los testículos aumentan la producción de testosterona.	Los ovarios aumentan la producción de estrógenos.
Los testículos y el escroto aumentan de tamaño.	El útero y la vagina empiezan a crecer
Aparece el vello púbico	Aparición del vello púbico
Crecimiento del pene	Ensanchamiento de las caderas
Estirón en el crecimiento	Estirón en el crecimiento
Crecimiento máximo de la masa muscular y de los órganos	

Espermaquia (primera eyaculación).	Menarquia (primer periodo menstrual) Primera ovulación
	La voz cambia a un tono más bajo.
Aumento del vello púbico (más poblado).	Aumento del vello púbico (más poblado).
	Aparece la barba Las mamas se desarrollan por completo (ensanchamiento del pezón)

2.1.2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La adolescencia en sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Según algunos autores, el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal, estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general. El adolescente además de vivir cambios físicos y psicológicos coexiste en la sociedad, muchas veces se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios ocasionan. Su indefinición puede notarse en los cambios de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tiene que decidir personalmente o consultar con un mayor. Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su Yo, marcarán su identidad, servirán de brújula en su conducta social y le permitirán adquirir una identidad sólida.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos, por eso es necesario hacer hincapié que, aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, los factores de mayor importancia son el ambiente donde interactúa el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor, siendo de vital importancia la motivación. (14)

a) La identidad

Tal y como describió Erick Erickson, los adolescentes padecen la quinta crisis psicológica, identidad confrontada a la confusión de roles. En esta crisis, tienen el impulso interno de encontrar su lugar dentro de una comunidad, asumir un papel social. Durante los primeros años de esta búsqueda, los adolescentes suelen tener diferentes identidades, experimentan los múltiples “yo” posibles, es decir, diversas percepciones de quienes son en realidad, hecho que los lleva a actuar de manera contraria a su esencia.

Su identidad varía en diferentes grupos o contextos, les angustia en lo que podrían convertirse y se cuestionan quién de estos “yo” posibles será su “yo” real. Los cuatro caminos posibles a la identidad del adolescente son:

- **Difusión:** Falta de compromiso, se comportan de manera apática ante cualquier situación, no muestran interés por nada, nada les resulta importante, ya que todo para ellos tiene el mismo valor. La difusión no es ningún tipo de identidad, sino una ausencia de esta. (12)

- **Identidad prematura:** Los adolescentes con esta identidad no se detienen a cuestionar sus valores tradicionales, adoptan una identidad establecida. Aceptan las costumbres de sus padres o de su cultura en lugar de explorar alternativas y formar su propia identidad. (12)

- **Identidad negativa:** Es la identidad contraria a lo que se espera de ellos. Si sus padres dicen blanco, ellos dicen negro, solo por el hecho de llevar la contraria. La identidad oposicional sucede cuando un adolescente rechaza su cultura dominante y adopta estereotipos negativos de forma exagerada. (12)

- **Moratoria:** Tienen una identidad más o menos formada, pero quieren tener un tiempo para explorar otros roles. (12)

b) Egocentrismo

Desde el punto de vista cognitivo, los adolescentes suelen pasar por una fase de egocentrismo. Alrededor de los 10 y 13 años piensan mucho en sí mismos. Hay una tendencia a imaginar lo que los otros están pensando de ellos, y asumen que estas hipótesis son concluyentes. Además, se consideran singularmente especiales y más importantes de lo que son en realidad, por eso en las primeras edades de la adolescencia es donde buscan empatizar con los demás. Algunos aspectos descritos por Elkind sobre el egocentrismo adolescente son:

- **Mito de ser invencibles:** Idea de la propia inmunidad de una persona hacia el mal o hacia la derrota. Creen que sus acciones no tendrán graves consecuencias, que eso solo le pasa a los demás. Es más, cuando afrontan alguna situación peligrosa para ellos y salen ilesos no se sienten afortunados o agradecidos, sino especiales y orgullosos.

- **Mito personal:** Imaginan que sus propias vidas son únicas y heroicas. Se ven como un ser excepcional, distinguido por las experiencias, talentos, perspectivas y valores inusuales.

- **Público imaginario:** Piensan que ellos ocupan el centro de la escena. A causa de ese egocentrismo creen que los otros están intensamente interesados en ellos como ellos lo están de sí mismos. (12)

2.1.2.3 ASPECTOS SEXUALES

Los cambios físicos que ocurren en la adolescencia son los responsables de la aparición de la sexualidad. Iniciando el proceso de la adolescencia se acentúan los caracteres físicos, el despertar sexual y el comienzo de la genitalidad adulta, dichos cambios son conscientes en el adolescente, a pesar que este proceso se presenta emocionalmente confuso para sí mismos. A esto contribuyen las novedades fisiológicas y psicológicas de la evolución propia de la edad, el descubrimiento del placer en el trato y frecuentación con personas de otro sexo, comenzando a definirse la identidad sexual. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación. En los varones, la primera señal de la adolescencia inicial, es el crecimiento de los testículos y del escroto; y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, el cual es fértil tan pronto exista la evidencia de esperma. (14) La Menarquía es la característica más evidente y simbólica de la transición de la niña a la adolescencia, llega de improviso y está precedido por un sangrado vaginal. Puede ocurrir a los nueve años y medio hasta los dieciséis años y medio. La edad promedio de la menarquía es de doce años y medio aproximadamente, por lo regular tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En una niña de talla normal, suele comenzar cuando pesa cerca de 45 Kg. Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas, además suelen variar de un mes a otro. En muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, carentes de óvulo. La menstruación produce cólicos menstruales en casi la mayoría de las adolescentes. La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos. (14)

2.1.2.4 ASPECTOS SOCIALES

La sociedad impone al adolescente un cambio de estatus que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres. Crea en el adolescente una lucha intra-psíquica y una ambivalencia respecto a la dependencia-independencia. La experiencia de separación crea en él la necesidad de intensos estados emocionales y de pertenencia a grupos de amigos. Progresivamente, el adolescente se va distanciando de sus padres e integrándose en el grupo de amigos, cuya constitución y relaciones van cambiando. En un principio, el grupo de amigos es del mismo sexo, centrado en una actividad común más que en la interacción. (15) Luego, se crean interacciones más afectivas en el grupo y comienza a descubrirse el objeto heterosexual. Ya en la adolescencia avanzada se desarrollan relaciones heterosexuales y el grupo va dando paso a la primacía de la relación en pareja. En la interacción grupal se crean unos elementos culturales compartidos por el grupo, los cuales lo afianzan y le dan identidad. Esta cultura adolescente la constituyen elementos como: la distribución territorial, la percepción del tiempo (eterna juventud), la relativización de las creencias y valores, el lenguaje (jergas, tatuajes) y los rituales (bebida en común, ir de fiesta), los productos como el deporte, la música, la cultura estudiantil, el ocio y las marcas comerciales. De esta suerte, el grupo de amigos es señal de identidad, convirtiéndose durante mucho tiempo en algo más importante que la propia familia. Los estudios realizados muestran que el grupo de compañeros proporcionan el apoyo y el contexto para el aprendizaje de nuevas habilidades sociales. (15) El adolescente adquiere nuevos papeles y no aquellos que se le adjudican como niño, creándose posibles incompatibilidades con las expectativas centradas en él. Se torna un ser político, pese a que no se note tal facultad, pues la ausencia de pensamiento político es ya una postura, otros desarrollan un intenso compromiso político, buscan soluciones autoritarias y la adopción de puntos de vista relativistas.

2.2 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

2.2.1 DEFINICIONES

2.2.1.1 TRASTORNO

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (16)

2.2.1.2 CONDUCTA ALIMENTARIA

Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. (17)

2.2.1.3 TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han sido definidos como aquellos procesos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. Dentro de los TCA se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y los trastornos de conducta alimentaria no especificados. (18)

2.2.2 CLASIFICACIONES

2.2.2.1 ANOREXIA NERVIOSA (AN)

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por la misma persona. Este trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones también pueden verse afectados los varones. En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva, de miedo intenso a engordar, de modo que la persona se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite corporal. (19)

Generalmente existe desnutrición de grado variable, con cambios endocrinos y metabólicos secundarios que pueden llegar a ser

graves, por tanto, no es prudente asociar la anorexia tan sólo a la indiferencia por la comida. Es un desorden que se asocia con frecuencia al inicio de muchas enfermedades o procesos prolongados, aunque a veces se convierte en el síntoma protagonista, e incluso en enfermedad en sí misma. (20)

a) Características

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla (por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 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.
- En las mujeres adolescentes presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos). (16)

b) Especificar tipo:

- Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estas personas no recurren a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo / purgativo: Este subtipo se utiliza cuando la persona recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de las personas que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. (16)

2.2.2.2 BULIMIA NERVIOSA

Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes o laxantes. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. (L) La bulimia identifica a las personas que periódicamente se hartan de comer para acto seguido auto inducirse el vómito o usar laxantes o diuréticos. Una persona afectada por la bulimia sufre, en alguna medida, cierto grado de descontrol de impulsos, lo que le dificulta conducir sus actos, su razonamiento y su voluntad. Es frecuente, por tanto, encontrar un gran porcentaje de personas bulímicas que sean multicomulsivas.

a) Características

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, 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. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

- Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
 - La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 - La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- b) Especificar tipo
- Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxante, diurética o enemas en exceso.
 - Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona 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. (18)

2.2.2.3 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Los TCANE son habitualmente cuadros de Anorexia Nerviosa (AN) o Bulimia Nerviosa (BN) incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello sea menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida o hacer ejercicio excesivo) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente, pero sin conductas compensatorias.

a) Características

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 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 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de una persona de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. (18)

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

Podemos identificar una serie de factores de riesgo que sumados pueden predisponer a un adolescente a desarrollar y mantener algún TCA. No se puede definir una sola causa de estos trastornos, pues confluyen factores externos (influencia de la sociedad, valores difundidos por los medios de comunicación, influencia de pares, la familia) y factores internos, que son los propios recursos que cada uno trae consigo y su forma de enfrentarlos factores externos. Estos factores deben ser vistos en conjunto y no de manera aislada. (21)

2.2.3.1 FACTORES EXTERNOS DE RIESGO

a) La influencia del medio sociocultural la manera como nuestra cultura promueve la belleza y el cuerpo ideal (actualmente el cuerpo delgado es considerado como el más atractivo).

b) La influencia de los medios de comunicación, tales como revistas, programas televisivos, que promueven un tipo de silueta corporal, con dietas para bajar de peso y muestran modelos de éxito y de belleza. Hay menor presión de los medios de comunicación sobre los hombres acerca de las dietas y el adelgazar; pero sí se espera de ellos que realicen ejercicios físicos y tengan músculos grandes.

c) La influencia de los pares, que tienen una manera de alimentarse y cuidar su propio cuerpo, puede a veces representar una presión para la o el adolescente que busca ser aceptado por su grupo de amigos (lo que tiene que hacer o a quién se tiene que parecer para ser aceptado).

d) La influencia de personas que padecen de algún TCA y desean transmitirlo. Hay páginas web y grupos de Chat que promueven la anorexia y la bulimia como estilo de vida, para alcanzar la perfección, con mandamientos (el más delgado es el más perfecto) y consejos para bajar de peso y engañar a la familia y a los médicos acerca de las conductas inadecuadas.

e) La influencia de la familia que tiene su propio estilo de alimentación (en algunos casos, puede haber desorden o TCA). A veces la familia refuerza las conductas de riesgo, alentando la dieta y admirando el control perfecto que tiene la persona anoréxica sobre su alimentación.

f) La dinámica familiar hostil. La presencia de maltrato físico o la negación de las emociones, que conllevan a sentimientos de desconfianza en el adolescente.

g) El antecedente de haber sido molestado o ridiculizado en relación a su peso o silueta corporal.

h) El antecedente de abuso sexual en la infancia, que puede tener varias consecuencias en la imagen corporal y la sensación de control de su propio cuerpo. Las conductas compensatorias de la bulimia dan la sensación de recuperar el control del cuerpo. En algunos casos un abuso sexual puede llevar a las niñas a rechazar la idea de desarrollarse como mujeres. La anorexia les permite, entonces, mantenerse con cuerpo de niñas, incluyendo la ausencia de ciclos menstruales.

i) La falta de soporte afectivo que se puede dar, por ejemplo, debido a la ausencia de la madre.

j) La exigencia social actual sobre las mujeres que se ven en la obligación de cumplir roles contradictorios: ser madre y profesional, con la exigencia de autonomía que esto implica y además para ser exitosa debe mantenerse delgada y perfecta. Sin embargo, no basta con los anteriores factores externos para la aparición de un TCA, también existen factores individuales de riesgo que hacen que la persona sea más vulnerable a las influencias externas. (21)

2.2.3.2 FACTORES INTERNOS DE RIESGO

a) El ser mujer, de cada 10 casos, 9 son mujeres, por el hecho de que los mensajes orientados a buscar un cuerpo delgado están principalmente dirigidos a ellas.

b) La menstruación antes de los 10 años, por la transformación precoz del cuerpo que lleva más fácilmente a una insatisfacción corporal.

c) La insatisfacción con la imagen corporal: no estar de acuerdo con el propio peso ni la talla (insatisfacción presente en la mayoría de mujeres de nuestra población, mestiza y de talla baja). En los hombres la insatisfacción se centra en la forma del cuerpo (¿cuánto músculo tengo?) más que en su peso.

d) Aspectos afectivos como el sentimiento de culpa, sentimiento de minusvalía (sentir que no vale nada), baja autoestima, estado de ánimo decaído, entre otros.

- e) El pensamiento obsesivo y rígido, como el perfeccionismo en mujeres (menos presente en hombres): si se obsesionan por su peso pueden seguir de forma estricta y excesiva una dieta, logrando el fin buscado (bajar de peso rápidamente pero no necesariamente de forma saludable puede desarrollar un cuadro de anorexia).
- f) El sesgo cognitivo, que es la manera errónea de procesar y almacenarla información, sobre todo en torno al peso y a la comida, hace que las personas se perciban, frente al espejo, más gordas de lo que realmente son (este sesgo se presenta con mayor frecuencia en mujeres).
- g) Aspectos biológicos que aún están siendo investigados: el desbalance de sustancias químicas en el cerebro que afectan el apetito, así como la influencia genética, ya que los trastornos pueden presentarse en varios miembros de una familia. (21)

2.2.4 TRATAMIENTO

Para el tratamiento de estas enfermedades, es indispensable contar con la colaboración de la familia. Deben llevarlo a cabo equipos multidisciplinarios de profesionales especializados que pueden atender las complicaciones médicas, psicológicas, sociales y familiares que vayan surgiendo. La finalidad del tratamiento en los TCA, es la de ofrecer a estas personas un plan terapéutico global donde integremos y coordinemos las actuaciones de diferentes especialidades; siendo los objetivos: Restaurar el peso corporal, Tratar las complicaciones físicas. Mejorar la motivación de la persona para que normalice sus hábitos dietéticos y colabore en el tratamiento. Educar a la persona sobre nutrición saludable y patrones de alimentación adecuados. Abordaje de conflictos psicosociales con arreglo a la técnica psicoterapéutica empleada, Corregir pensamientos, actitudes y sentimientos erróneos sobre su trastorno.

Tratar las complicaciones psiquiátricas asociadas (autoestima, depresión). Favorecer la colaboración de la familia y prevenir recaídas. Por eso, un tratamiento adecuado para estos trastornos debe tener en cuenta:

2.2.4.1 TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Su principal función es aconsejar sobre hábitos saludables de alimentación y advertir sobre el peligro de seguir dietas innecesarias y dietas que, aunque puedan ser justificadas, no estén prescritas y controladas por un profesional sanitario competente. También hay que resaltar el aspecto social de la comida, entendida como punto de encuentro familiar y placentero, incluso por encima del valor nutritivo. Es importante recibir el asesoramiento nutricional desde las primeras etapas del tratamiento para prevenir las recaídas. Hay que recordar que cuanto mayor sea el peso logrado por la persona al alta, menor será la probabilidad de recaída, por ello los ingresos suelen ser prolongados. En la mayoría de las personas el soporte nutricional artificial se realizará con dieta oral a la que añadiremos suplementos de nutrición enteral por boca a medida que la persona lo requiera. La nutrición artificial estará indicada en aquellas personas con malnutrición severa que presenten una negativa a ingerir alimentos por boca. (22)

2.2.4.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Está orientado a conseguir cambios duraderos en los pensamientos distorsionados y las emociones negativas relacionados con el peso, la silueta y el tamaño corporal en su sistema de valores para construir o recuperar una identidad que ayude a la persona a sentirse bien consigo misma, para no tener que recurrir al control/descontrol alimentario frente a los retos y problemas que le plantea la vida. Este tratamiento puede ser en sesiones tanto individuales como grupales junto a otras personas que compartan los mismos problemas y, en algunos casos, con personas de la familia (padres, hermanos, pareja). (22)

2.2.4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Está dirigido a aquellas personas afectadas que precisen fármacos en combinación con tratamiento psicológico, sobre todo en casos de Bulimia Nerviosa (que a diferencia de lo que ocurre en la Anorexia Nerviosa, los pacientes con Bulimia Nerviosa se benefician del tratamiento con psicofármacos en la fase aguda) o para resolver sintomatología asociada, como depresión, ansiedad o impulsividad. (22).

2.3 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

2.3.1 DEFINICIONES

2.3.1.1 PERCEPCIÓN

Es la sensación interior que surge a partir de las imágenes, impresiones o sensaciones derivadas de nuestros sentidos. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. (22)

2.3.1.2 IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es el concepto que cada persona tiene de su propio cuerpo, no sólo como objeto con propiedades físicas, sino como sujeto parte de uno mismo. (23)

2.3.1.3 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Se refiere a la representación mental que uno forja sobre su tamaño, figura y forma del cuerpo, en general y de sus partes. Es decir, es el reconocimiento subjetivo del propio cuerpo y de cómo uno cree que los demás lo ven; involucra también los sentimientos y actitudes que genera esta representación. Esta percepción puede ser más o menos verídica, pero siempre saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el auto concepto, interviniendo definitivamente en la conducta. El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño o niña va perdiendo su cuerpo infantil y se transforma hasta conseguir las formas de un cuerpo adulto, con inevitables las repercusiones psicológicas y psicosociales.

Este es un momento difícil para el adolescente si tenemos en cuenta que la imagen corporal es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta en cada momento de su desarrollo. (23)

2.3.2 COMPONENTES

2.3.2.1 EL COMPONENTE PERCEPTUAL

Hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. En la formación de la Imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creara una imagen positiva y, por el contrario, si tan solo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria. Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismos percibirán más los aspectos negativos, y las que tiene una mejor imagen corporal percibirán más los positivos. También hay que señalar que muchas veces se producen distorsiones, que dan lugar a la sobreestimación o la subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. (24)

2.3.2.2 EL COMPONENTE COGNITIVO AFECTIVO

Que incluye actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia. (10) Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (tengo estrías en los muslos), o a juicios de valor (como estoy delgado, nadie me va a querer). Otros pensamientos hacen referencia a situaciones donde el cuerpo tiene un papel fundamental por ejemplo ir a comprar ropa, a la playa, al gimnasio. Muchos de estos pensamientos pueden ser erróneos. Y si son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad, de depresión, enfado o culpabilidad. (24)

2.3.2.3 EL COMPONENTE CONDUCTUAL

Se refiere a las conductas o acciones que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, e intentan ocultarlo, vistiendo ropa ancha para no marca la silueta, pesarse compulsivamente, compararse continuamente con los demás. (24)

2.3.3 DIMENSIONES

2.3.3.1 PREOCUPACIÓN POR EL PESO

Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que se tiene por el peso; es la preocupación física más habitual de los adolescentes debido a la ganancia de peso fisiológica de esta etapa, las mujeres se preocupan porque la grasa se acumula en algunas zonas de su cuerpo: los pechos, las caderas y los muslos y los hombres fundamentalmente están más orientados hacia la falta de musculatura. (25)

2.3.3.2 INSATISFACCIÓN CORPORAL

La insatisfacción aparece en función del gusto o disgusto que se sienta sobre el cuerpo o parte de él. Esta puede ir desde una leve preferencia por cambiar ciertas características corporales hasta graves dificultades asociadas con conductas extremas para transformar el cuerpo o evitar juicios negativos sobre él. Sin embargo, el ser delgado o no, es más que una categoría física objetiva ya que ésta se convierte en una categoría mental que combina la representación de los aspectos corporales percibidos con los criterios sociales normativos. (25)

Así, la insatisfacción con la imagen corporal es definida como la magnitud de la diferencia entre lo que uno percibe de su apariencia física y los modelos interiorizados; es decir, surge de la discrepancia entre la imagen corporal real y la ideal. La representación puede ser verídica, pero si se aleja de la imagen que se quiere alcanzar, estará saturada de sentimientos negativos que afectarán las actitudes y conductas hacia ella.

A mayor insatisfacción y preocupación por el peso, mayor probabilidad de experimentar sentimientos negativos y de incurrir en conductas dirigidas a controlar el peso como evitar comer entre comidas, no desayunar, mantenerse ocupada(o) para evitar la tentación de comer, seleccionar alimentos de bajas calorías, entre otras. (24)

Al profundizar en la insatisfacción corporal, se comprende por qué son cada vez más las personas que intentan cambiar su imagen incurriendo en conductas de riesgo como restringir la dieta, someterse a cirugías plásticas o realizar dolorosas e intensas rutinas de ejercicios. En los últimos tiempos, se ha creado un descontento normativo con el cuerpo debido a que los estándares sociales de belleza son tan altos que se ha vuelto imposible alcanzarlos por medios saludables. Por otro lado, los motivadores sociales más potentes de la insatisfacción serían las burlas, críticas y el rechazo generado por el exceso de peso. De esta forma, se refuerza negativamente la presión por acercar la apariencia al ideal. (24)

2.3.4 FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA

Una persona no se convence de que tiene una imagen corporal negativa de un día para otro. Es una cuestión de tiempo. La imagen corporal comienza en la infancia. Existen varios factores, unos son predisponentes y otros son mecanismos de mantenimiento. (24)

2.3.4.1 FACTORES PREDISponentES

- a) Sociales y Culturales: Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factores predisponentes. (26)

- b) Modelos familiares y amistades: Las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, figuras importantes como son los padres, excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño o niña aprenda esas actitudes. También las amistades tienen un importante papel en el desarrollo del trastorno de la imagen corporal. Igual que los familiares, pueden particularizar para sus amigos los modelos sociales y pueden amplificar los defectos de una persona. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas o rechazo hacia el cuerpo por parte del grupo de pares tiene un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal y hace a una persona más vulnerable. (26)
- c) Características personales: A pesar de que todos vivimos sumergidos en la misma cultura, no nos vemos afectados en la misma manera ni en la misma magnitud. Algunas personas demuestran que no se ven afectadas ni por la presión cultural, ni por las burlas que pueden haber sufrido, ni por tener un defecto desfigurador, sabemos que son personas que tienen una sólida autoestima. Por otro lado, la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos. (26)
- d) Desarrollo físico y feedback social: Los cambios físicos de la adolescencia, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo, pueden ser factores de vulnerabilidad y se pueden asociar a insatisfacción corporal. (26)
- e) Otros factores: La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo. Sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal negativa, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso. (26)

2.3.4.2 FACTORES DE MANTENIMIENTO

- a) Las experiencias pasadas y la presión social pueden ayudar a desarrollar una imagen negativa, pero el pasado no lo es todo. Más importante son las causas actuales que afectan las experiencias corporales de la vida diaria. (26)
- b) Sentimos tal como pensamos, es decir, de la manera como interpretemos los hechos y los acontecimientos, dependerá como nos sintamos y como actuemos.
- c) La atención selectiva vendría determinada por poner todo el interés en aquellas partes del cuerpo que son las que menos agradan. Dedicar mucho tiempo en pensar en ellas, servirá eficazmente para mantener esta preocupación. (26)
- d) Las conductas de evitación, como no llevar determinada ropa o asistir a determinadas reuniones, son muy eficaces a corto plazo para paliar o detener el malestar. Esto las hace altamente peligrosas ya que a largo plazo va a tener muchos más miedos.
- e) Los rituales de comprobación, como preguntar muchas veces por la presencia o ausencia de un defecto o mirar muchas veces al espejo, producen un efecto parecido. Cada vez es más necesario llevar a cabo tales rituales y cada vez la inseguridad y el desconcierto es mayor. (26)

2.3.5 ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos:

- a) Alteración cognitiva y afectiva: Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

b) Alteraciones perceptivas: Que conducen a la distorsión de la imagen corporal; inexactitud con la que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma. (27)

2.3.5.1 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Cuando se produce una alteración de la imagen corporal se produce el llamado trastorno de la imagen corporal. Se ha de tener en cuenta que el trastorno de la imagen corporal, no es una respuesta normal ante la presencia de cambios físicos (ya sean estos reales o imaginarios) y se trata de una situación patológica por lo que es imprescindible estar alerta ante la aparición de signos que muestren el desarrollo de este diagnóstico, para poder prestarles ayuda en el proceso de adaptación en aquellos casos en el que los cambios físicos sean reales y proporcionarles apoyo psicológico cuando se considere necesario, especialmente en aquellos casos de distorsión perceptiva. (28)

Los síntomas se presentan en distintos niveles de respuesta lo que ayuda a interpretar las características definitorias más fácilmente. Según los distintos autores, se identifican unos componentes o niveles, pero en general podemos hablar de cuatro niveles o componentes fundamentales.

- a) Nivel Perceptivo: Las personas con trastorno de la imagen corporal suelen exagerar, deformar o distorsionar la amplitud de sus medidas corporales. Es importante destacar que no se trata de una alteración visual, ya que si son capaces de percibir con exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que los rodean, únicamente distorsionan o exageran su propio cuerpo. Existen distorsiones perceptivas tales como la atención selectiva a la zona afectada magnificándola a la hora de percibir el defecto. (28)
- b) Nivel cognitivo: Puesto que el trastorno de la imagen corporal no se basa en cómo es o qué alteraciones físicas tiene la persona sino como ésta se siente respecto a su imagen, el problema no es el cuerpo sino la concepción que se tiene sobre él. Cuando se ve alterado este nivel la persona siente una preocupación intensa respecto a su aspecto corporal, presenta creencias irracionales,

realiza auto verbalizaciones negativas sobre su cuerpo, estas alteraciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes. Se puede incluir en el nivel cognitivo el nivel perceptivo haciendo referencia a las distorsiones perceptivas, los procesos de sobreestimación y subestimación. (28)

- c) Nivel emocional: Las personas que sufren un trastorno de la imagen corporal pueden presentar un amplio abanico de reacciones emocionales derivadas de la observación del propio cuerpo (distorsiones perceptivas) o de los pensamientos sobre éste (alteración del nivel cognitivo). Suelen tener sentimientos de insatisfacción, asco, tristeza, ansiedad, frustración. Es conveniente identificar estas emociones negativas hacia la propia persona clasificándolas en apropiadas y perturbadoras para poder conocer el grado de trastorno de la imagen que tiene; las apropiadas son aquellas como la preocupación, la tristeza y el enfado entre otras; mientras que las perturbadoras son las que rayan lo patológico como la ansiedad, la depresión, a ira, la culpa o la vergüenza. (28)
- d) Nivel conductual: Aquellas personas con alteración de la imagen pueden organizar su vida entorno a conductas centradas en la preocupación corporal. Las personas con este trastorno pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos evitan mirarse al espejo mientras otros lo observan compulsivamente. Solicitan información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otras personas. Realizan maniobras de camuflajes de sus defectos o alteraciones, evitando situaciones sociales en las que creen que se fijaran en su defecto o será rechazado por su apariencia. También piensan que su defecto es una prueba de la imposibilidad de ser queridos, apreciados o una muestra de debilidad. Aunque estas preocupaciones pueden presentarse a lo largo del todo el día es más intenso en situaciones sociales, en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente.

Las conductas asociadas a la imagen corporal tienen gran valor informativo acerca del trastorno de la imagen. (28)

2.3.6 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la propia imagen cobra una importancia singular ya que tiene una gran repercusión sobre la formación de la personalidad y de la propia imagen. Los adolescentes se ven enfrentados a un desarrollo físico sexual inarmónico y desproporcionado en sus inicios. El adolescente está constantemente preocupado por su apariencia, desea por un lado ser atractivo y exhibirse, y por otro ocultar los atributos físicos que lo avergüenzan. Durante la adolescencia, es fácil que la autoimagen se base en el aspecto de su cuerpo. Esto es debido a que durante esta etapa el cuerpo está cambiando y se convierte en el principal foco de atención de los adolescentes.

Esta representación o imagen interiorizada del cuerpo está también íntimamente ligada a los lazos afectivos que tiene la persona con su imagen y con la imagen que, de su cuerpo, le devuelven los demás. Por todo esto, la imagen que una persona tiene de sí misma, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental. Al encontrar el defecto causante de la autoevaluación negativa de la apariencia física se podrá determinar la posible existencia del trastorno corporal. Los Trastornos alimentarios constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta.

Está demostrado que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios. (26)

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo, analítico y transversal, porque da a conocer el fenómeno tal y como se comporta sin intervenir en este.

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

Nivel secundario de la Institución Educativa 40038 Jorge Basadre Grohmann del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, ubicado en la Ciudad de Arequipa.

3.2 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 145 adolescentes escolares (72 mujeres y 73 varones) entre 11 y 18 años de la Institución Educativa 40038 Jorge Basadre Grohmann del distrito de José Luis Bustamante y Rivero; quienes cumplieron con los criterios establecidos

3.2.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes adolescentes matriculados en los grados de nivel secundario del colegio 40038 Jorge Basadre.
- Estudiantes adolescentes escolares entre 11 y 18 años.
- Alumnos asistentes los días de evaluación que deseen participar del estudio.
- Estudiantes que llenen de forma correcta el cuestionario a aplicarse.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes adolescentes no matriculados en los grados de nivel secundario del colegio. 40038 Jorge Basadre.
- Estudiantes adolescentes escolares menores de 11 y mayores a 18 años.
- Alumnos asistentes los días de evaluación que no deseen participar del estudio.
- Estudiantes que llenen de forma incorrecta el cuestionario a aplicarse.

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

3.3.1 Instrumento

En la presente investigación se utilizó una encuesta “Escala de Preocupación por la Alimentación (EPA)” para recolectar la información necesaria, el estudio denominado EPACH validado en Chile(29), de primera aplicación en Perú, tuvo como objetivo valorar el nivel de preocupación por la alimentación de los adolescentes escolares; instrumento que consta de 24 preguntas agrupadas en 4 dimensiones: preocupación por la restricción de comida, preocupación por el consumo de comida, preocupación por la forma de comer y preocupación por el peso corporal tuvo, además con 3 respuestas alternativas que son: siempre, a veces y nunca (ver ANEXO 2).

3.3.2 Recolección de datos

En el presente trabajo de tesis se investigó sobre la percepción de trastornos alimentarios en adolescentes escolares de la Institución Educativa Jorge Basadre Grohmann.

1. Se buscó la información de la literatura.
2. Se procedió a la obtención del permiso de la Institución Educativa "Jorge Basadre Grohmann " y la programación respectiva para iniciar la aplicación del instrumento (ver ANEXO 1).
3. De acuerdo a fechas y horarios asignados, se acudieron a los salones de docencia.
3. Se acudió a los salones de docencia, para medir los conocimientos y actitudes a través del instrumento validado descrito anteriormente.
4. Luego de haber obtenido las respuestas de la encuesta se procedió al procesamiento de los datos obtenidos en donde se utilizó la estadística inferencial con el programa SPSS versión 21 para Windows XP en español.
5. Después se realizó el análisis e interpretación de los datos.

3.4 Recursos e Instrumentos

3.4.1 Recursos Humanos

- 01 Bachiller en Nutrición
- 01 Asesor Docente UNSA - EPCN
- 01 Estadístico
- Adolescentes escolares del Colegio Jorge Basadre

3.4.2 Materiales

MATERIAL DE ESCRITORIO

- Lapiceros
- Regla
- Hojas de papel bond
- Computadora
- Encuestas

3.5 Diseño Estadístico

En el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS versión 21 para Windows XP en español. La descripción de las variables se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados, tablas de contingencia (CATEGORÍAS según SEXO y FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PADRES) y aplicación de Chi cuadrado para comprobar si hay diferencias significativas, prueba T para muestras independientes (CATEGORÍAS: SEXO y GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE) (ver ANEXO 3). Las pruebas estadísticas se considerarán significativas de tener un valor de $p < 0,05$. (30). Además, se analizó la fiabilidad a través del método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach (ver ANEXO 4), que permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se aplicó la encuesta “Escala de Preocupación por la Alimentación (EPA) a los 145 adolescentes escolares colegio "Jorge Basadre", para evaluar el nivel de preocupación por la alimentación mediante cuatro categorías o dimensiones: preocupación por la restricción de comida, preocupación por el consumo de comida, preocupación por la forma de comer y preocupación por el peso corporal y de esta manera identificar la percepción de trastornos alimentarios.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO

SEXO			
GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
FEMENINO	72	49,7	49,7
MASCULINO	73	50,3	100,0
Total	145	100,0	

Fuente: Matriz de datos

En el cuadro N°1 se muestra la distribución de adolescentes encuestados, encontrando un ligero predominio en el género masculino con un 50,3%.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

EDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11,0 - 13,0	22	15,17	15,17
14,0 – 16,0	97	66,89	82,06
17,0 – 18,0	26	17,93	100,0

Fuente: Matriz de datos

En la tabla N°2 encontramos la distribución de la población por edades, en la cual los adolescentes de 14 a 16 años representan el mayor grupo con un 66,89%; el 17,93% es reflejado por los adolescentes de 17 a 18 años y el menor porcentaje hace referencia al grupo de 11 a 13 años con un 15,17%.

TABLA 3

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES ZONA GEOGRÁFICA DE VIVIENDA

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ZONA GEOGRÁFICA DE VIVIENDA

ZONA GEOGRÁFICA DE VIVIENDA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
URBANA	136	93,8	93,8
RURAL	9	6,2	100,0
Total	145	100,0	

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 3 se muestra la zona geográfica de vivienda; la mayoría vive en zona urbana (93,8%) y la zona rural es representada por un 6,2%.

TABLA 4

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ESCOLAR	70	48,3	48,3
SUPERIOR	75	51,7	100,0
Total	145	100,0	

Fuente: Matriz de datos

Se muestra que el 51,7% de los alumnos tiene un padre con un nivel superior de estudio, mientras que el 48,3% son cuyos padres solo alcanzaron un nivel escolar básico.

TABLA 5

DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO ACTUAL DE OCUPACIÓN DEL PADRE

Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO ACTUAL DE OCUPACIÓN DEL PADRE

ESTADO ACTUAL DE OCUPACIÓN DEL PADRE			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DESEMPLEADO	5	3,4	3,4
EMPLEADO	140	96,6	100,0
Total	145	100,0	

Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 5, solo el 3,4% tienen padres sin ejercer ningún trabajo; el 96,6% restante representan a adolescentes con padres que cuentan con un trabajo.

TABLA 6**PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN SEXO**

Tabla 6. PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN SEXO

		SEXO				Total	%	Nivel de significancia
		FEMENINO	%	MASCULINO	%			
PREOCUPACIÓN POR LA RESTRICCIÓN DE COMIDA (agrupado)	MODERADO NIVEL	56	38.62%	49	33.79%	105	72.41%	0.151
	BAJO NIVEL	16	11.03%	24	16.55%	40	27.59%	
Total		72	49.66%	73	50.34%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR LA FORMA DE COMER (agrupado)	ELEVADO NIVEL	9	6.21%	6	4.14%	15	10.34%	0.686
	MODERADO NIVEL	48	33.10%	52	35.86%	100	68.97%	
	BAJO NIVEL	15	10.34%	15	10.34%	30	20.69%	
Total		72	49.66%	73	50.34%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO DE COMIDA (agrupado)	ELEVADO NIVEL	10	6.90%	4	2.76%	14	9.66%	0.222
	MODERADO NIVEL	51	35.17%	58	40.00%	109	75.17%	
	BAJO NIVEL	11	7.59%	11	7.59%	22	15.17%	
Total		72	49.66%	73	50.34%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL (agrupado)	MODERADO NIVEL	51	35.17%	56	38.62%	107	73.79%	0.421
	BAJO NIVEL	21	14.48%	17	11.72%	38	26.21%	
Total		72	49.66%	73	50.34%	145	100.00%	
RESULTADO TOTAL DE LA ESCALA (agrupado)	ELEVADO NIVEL	9	6.21%	5	3.45%	14	9.66%	0.272
	MODERADO NIVEL	50	34.48%	59	40.69%	109	75.17%	
	BAJO NIVEL	13	8.97%	9	6.21%	22	15.17%	
Total		72	49.66%	73	50.34%	145	100.00%	

En la tabla 6 se observa que predomina en los adolescentes evaluados un nivel MODERADO de preocupación al representar el 75,17% en el resultado total y en las cuatro categorías, seguido de un porcentaje regular del nivel BAJO (15,17%) de preocupación, y finalmente sólo en las categorías de la forma de comer (10,34%) y consumo de comida (9,66%) presentaron un ALTO nivel de preocupación representando el menor porcentaje total.

Cuando se compararon los valores medios del instrumento entre varones y mujeres (prueba T para muestras independientes), no se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) en las cuatro categorías y en el total de la escala (ANEXO N°03). Por otro lado, al comparar las variables ordinales de las categorías y del total de la escala con la prueba CHI CUADRADO tampoco se observan diferencias significativas entre ambos sexos. Esto refleja que en ambos sexos existe un nivel de preocupación similar, al menos en los adolescentes estudiados; aunque se observa que los varones en su mayoría presentaron un porcentaje relativamente superior al de las mujeres evaluadas.

TABLA 7**PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE***Tabla 7. PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE*

		GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE				Total	%	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		ESCOLAR	%	SUPERIOR	%			
PREOCUPACIÓN POR LA RESTRICCIÓN DE COMIDA (agrupado)	MODERADO NIVEL	47	32.41%	58	40.00%	105	72.41%	0.170
	BAJO NIVEL	23	15.86%	17	11.72%	40	27.59%	
Total		70	48.28%	75	51.72%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR LA FORMA DE COMER (agrupado)	ELEVADO NIVEL	9	6.21%	6	4.14%	15	10.34%	0.458
	MODERADO NIVEL	45	31.03%	55	37.93%	100	68.97%	
	BAJO NIVEL	16	11.03%	14	9.66%	30	20.69%	
Total		70	48.28%	75	51.72%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO DE COMIDA (agrupado)	ELEVADO NIVEL	5	3.45%	9	6.21%	14	9.66%	0.559
	MODERADO NIVEL	55	37.93%	54	37.24%	109	75.17%	
	BAJO NIVEL	10	6.90%	12	8.28%	22	15.17%	
Total		70	48.28%	75	51.72%	145	100.00%	
PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL (agrupado)	MODERADO NIVEL	51	35.17%	56	38.62%	107	73.79%	0.804
	BAJO NIVEL	19	13.10%	19	13.10%	38	26.21%	
Total		70	48.28%	75	51.72%	145	100.00%	
RESULTADO TOTAL DE LA ESCALA (agrupado)	ELEVADO NIVEL	6	4.14%	8	5.52%	14	9.66%	0.524
	MODERADO NIVEL	51	35.17%	58	40.00%	109	75.17%	
	BAJO NIVEL	13	8.97%	9	6.21%	22	15.17%	
Total		70	48.28%	75	51.72%	145	100.00%	

En la tabla 7 se muestra que hay una predominancia en el nivel MODERADO en los adolescentes cuyos padres tienen un grado de instrucción escolar superior en las cuatro categorías (la restricción de comida (72,41%), la forma de comer (68,97%), el consumo de comida (75,17%) y el peso corporal (73.79%) así como en el resultado total de la escala (75,17%). En segundo lugar, encontramos un porcentaje regular del nivel BAJO de preocupación (15,17%), y finalmente en las categorías de la forma de comer (10.34%) y consumo de comida (9.66%) presentaron un ALTO nivel de preocupación representando el menor porcentaje total.

Cuando se compararon los valores medios del instrumento entre grado de instrucción superior y escolar (prueba T para muestras independientes)(ver ANEXO N°03) solo en la categoría Preocupación por la restricción de comida de los adolescentes evaluados entre ambos grados de instrucción de los padres (escolar y superior)se observaron diferencias significativas ($p < 0.05$);pero en la tabla de contingencia no se encontró diferencia significativa entre los niveles de preocupación (alto, moderado o bajo) y las dimensiones;. Se observa que los hijos cuyo padre tienen un grado de instrucción superior en su mayoría presentaron un porcentaje relativamente superior al de adolescentes que tienen un padre con un nivel académico escolar.

4.2 DISCUSIÓN

En la actualidad; la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimentarios son parte de un problema de salud pública ya que aqueja directamente a los adolescentes, quienes se encuentran en una etapa de cambios no solo a nivel hormonal desarrollando situaciones tanto favorables como desfavorables en el ámbito físico sino también en el ámbito psicológico donde adoptarán o definirán conductas y pensamientos tanto positivos o negativos para uno mismo.

En la presente investigación se hace referencia a la percepción que tienen los adolescentes escolares en una institución educativa de la Ciudad de Arequipa en cuanto a trastornos alimentarios a través de la “Escala de Preocupación por la Alimentación (EPA)” del estudio EPACH (29), mediante cuatro dimensiones: preocupación por la restricción de comida, por el consumo de comida, por la forma de comer y por el peso corporal. Se evidencio que existe un nivel moderado de preocupación por alimentación en cuanto al sexo con un 75.17% del total, un 15.17% nivel bajo y solo en las categorías de la forma de comer (10.34%) y consumo de comida (9.66%) presentaron un ALTO nivel de preocupación representando el menor porcentaje total. Al referirnos sobre el grado instrucción de los padres; hay una predominancia en el nivel MODERADO en los adolescentes evaluados tanto en los que tienen un grado de instrucción escolar como superior en las cuatro categorías. Además de no encontrarse diferencia significativa entre el género femenino y masculino ni entre padres con grado de instrucción escolar y superior. El instrumento utilizado ayuda a definir que una alta preocupación por su alimentación puede ser que estén exagerando con el tema o quizás presentan un trastorno sin percatarse; por el contrario, un bajo nivel significaría el poco interés que tiene por su alimentación (29). En ese sentido, dentro del ámbito escolar, la aplicación de este instrumento orientado a la valoración de la preocupación por la alimentación de los adolescentes basado en cuatro categorías sería lo más conveniente en relación con el uso de un instrumento que diagnostica trastornos de alimentación en general, puesto que la información que se pueda recabar podría favorecer a la detección de adolescentes que muestren mayor y/o menos preocupación por su alimentación.

Esta información sería relevante para los alumnos, profesores y padres, ya que a partir de la misma los casos que reflejen menor o excesiva preocupación podrían consultar con especialistas del área.

Los hallazgos de este estudio, sin embargo, concuerdan con lo estudiado por Poma y Vivas (4) sobre el nivel de conocimiento y práctica de conducta riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario, al observar que el 81.08% de las estudiantes presentan un nivel de conocimientos alto, el 15.95% un nivel medio y el resto un nivel bajo de conocimientos sobre la anorexia. En su estudio, el 64,87% presentan un Bajo nivel de conductas riesgosas de anorexia nerviosa apoyando los resultados presentes, que a un nivel moderado de preocupación por su alimentación por lo menos no tienden a padecer un trastorno.

Así mismo, determinamos que los trastornos alimentarios constituyen un problema de salud pública y que no es exclusiva para algún nivel socio-económico puesto que, a comparación con los resultados presente, existe un nivel moderado de preocupación por la alimentación en adolescentes cuyos padres tienen un grado de instrucción tanto escolar como superior, contrario a lo reportado por Gómez, Bersano, Luarte, Nayer, Urra, Sulla, et al. (29) en la Validación y propuesta normativa para la valoración de la preocupación por la alimentación de adolescentes chilenos: estudio EPACH, observando que no todas las personas se preocupan por su estado de salud , dependiendo de la condición socioeconómica y cultural de cada sujeto pues un individuo de nivel socioeconómico desfavorecido por lo general ponen en riesgo su salud por distintas razones, en la investigación presente existe un claro predominio en el nivel moderado ante la preocupación por la alimentación de adolescentes cuyos padres son de un grado de instrucción tanto escolar como superior. A pesar que en la preocupación por la forma de comer y el consumo de comida tenemos un pequeño grupo que tiene una elevada preocupación, 10.34% y 9.66% para el género femenino como masculino respectivamente del total, se coincide con Pumacayo (1), en su estudio sobre la relación entre el índice de masa corporal y trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la I.E Ludwing Van Beethoven, de 150 estudiantes el 90% tuvieron bajo riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimentaria, el 8.7% presenta alto riesgo y el 1.3%

padecería algún trastorno de conducta alimentaria; demostrando que el riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria es bajo, mostrando que en el transcurso de su estudio al presente el 8.7% se pueden comparar a los adolescentes que muestran mayor preocupación por sus alimentos, o mayormente evitan ciertos alimentos que puedan contribuir al aumento de peso; siendo el género femenino el que demuestra una leve predominancia sobre los varones en ambos estudios.

Al comparar con el estudio de Riva (6) sobre la auto percepción de la imagen corporal en los adolescentes con sobrepeso en una institución educativa, donde sus dimensiones de satisfacción corporal y preocupación por el peso es buena, 50% y 54% respectivamente, y que un 6% y 17% tendrían una mala auto percepción de la imagen corporal, se concluyó que se tiene resultados similares a la preocupación moderada de los adolescentes escolares, la preocupación por el peso corporal del estudio presente tiene un moderado nivel 35.17% para el género femenino y el 38.62% que representa al género masculino, en cambio un bajo nivel que representa el poco interés por su peso corporal es representado por un 14.48% por mujeres y un 11.72% por varones; en este sentido la preocupación por el peso ideal sea alta o baja en los adolescentes podría terminar en algún trastorno depresivo, desarrollando conductas riesgosas, con el mismo fin de alcanzar la imagen corporal adecuada, encontrándose similitud con los datos del Documento Técnico: Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. 2017 (7) donde en el Callao encontraron que las conductas bulímicas llegan a 1.6% entre las mujeres y 0.3% entre los hombres, y la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Primero: La percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares de 11-18 años del Colegio Jorge Basadre del distrito de José Luis Bustamante Rivero de Arequipa, Perú durante el año 2017 tiene un nivel moderado.
- Segundo: La preocupación por la restricción de comida dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo demostró que el nivel del mismo es moderado, 38.62% representa al género femenino quien tiene una leve predominancia ante el 33.79% que representa a los varones. Según el grado de instrucción de los padres, el nivel de preocupación es moderado, el 32.41% representan un grado de instrucción escolar y el 40.0% un grado superior.
- Tercero: La preocupación por la forma de comer dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres en ambos casos es moderada.

- Cuarto: La preocupación por el consumo de comida dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres tiene un nivel moderado.
- Quinto: La preocupación por el peso corporal dentro de la percepción de los trastornos alimentarios en adolescentes escolares según sexo y grado de instrucción de los padres tiene un nivel moderado.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios en distintos colegios representativos de la ciudad de Arequipa para una posterior comparación.
2. Incluir Educación Alimentaria Nutricional como parte del plan educativo de la Institución para que tanto maestros como estudiantes adquiera conocimientos adecuados y actualizados percibiendo la importancia que radica en esta en conjunto con un plan de actividad física y la concientización de la misma para mantener una vida saludable.
3. Realizar intervenciones nutricionales a los padres de familia periódicamente inculcando nuevos hábitos de alimentación saludable casa y de esta manera tengan un mayor conocimiento sobre los trastornos alimentarios.
4. Se debe realizar mayores estudios donde se puedan determinar qué factores desencadenan la insatisfacción corporal o de percepción de la imagen.
5. Se deben realizar estudios en investigan y atender los fenómenos sociales como la satisfacción corporal y preocupación por el peso ideal en los adolescentes, así mismo utilizando el instrumento para la “Valoración de la Preocupación por la Alimentación: EPA”

BIBLIOGRAFÍA

1. Pumacayo V. Relación entre el índice de masa corporal y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de la I.E Ludwing van Beethoven. [tesis de licenciatura] Perú, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2015. [citado 16 Oct 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/326/M-21318.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Del Carpio C, Delgado J. Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal relacionados con riesgos de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del nivel Secundario de la I.E 40058 Ignacio Álvarez Thomas. [tesis de licenciatura] Perú, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2013. [citado 16 Oct 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2288/ENdearcp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Marín K, Olivares S, Solano P, Musayón Y. Estado nutricional y hábitos alimentarios de los alumnos del nivel secundaria de un colegio nacional. Rev enferm Herediana. [Internet].2011 [citado 2018 Octubre 17]; 4(2):64-70. Disponible en: http://www.academia.edu/9597868/Estado_nutricional_y_h%C3%A1bitos_alimentarios_de_los_alumnos_del_nivel_secundaria_de_un_colegio_nacional
4. Arenas L, Guardamino C. Nivel de conocimiento y práctica de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario. [tesis de licenciatura] Huancayo, Perú. 2014 [citado 16 Oct 2017]. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1066/TENF_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Enríquez R., Quintana M. Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla, en adolescentes de una institución educativa, Lima, Perú. Anales de la Facultad de Medicina. [Internet]. 2016 [citado 17 Oct 2018]; 77 (2), 117-122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11815>

6. Riva Y. Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes con sobrepeso de la Institución Educativa 5122 José Andrés Estevez Pachacútec. [tesis de licenciatura] Trujillo. 2017 [citado 19 Oct 2018]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6153/Riva_CYDR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Ministerio de Salud. DOCUMENTO TÉCNICO: SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL PERÚ. 2017 (*último acceso 20 de octubre 2018*)
8. Herrera P. Pubertad u adolescencia; [online] 1999. Available at:<http://www.educacion-investigacion-y-ciencia.com/educacion-/adolescencia-y-pubertad/tema-1-pubertad-y-adolescencia/> [Accessed 22 Oct. 2018]
9. Rodríguez M. Mesa redonda: adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia 2003. [citado 22 Oct 2018]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia#cite_note-anales
10. Krauskopf D. Adolescencia. [online] 2007. Available at: <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia>. [Accessed 22 Oct. 2018].
11. Erikson E. Identidad, Juventud y Crisis. [online] Argentina;1974. Available at: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia#cite_note-6 [Accessed 22 Oct. 2018].
12. Bautista G. Cambios Físicos y psicológicos de la adolescencia [online] 2011. Available at: <http://curriculumsecundaria201112.wikispaces.com/Cambios+f%C3%ADsicos+y+psicol%C3%B3gicos+de+la+adolescencia>. [Accessed 22 Oct. 2018].
13. Villarreal M, Sánchez J, Musitu G. Como mejorar tus habilidades sociales [online] México, Universidad Autónoma de Nuevo León; 2010. Available at: www.uv.es/lisis/m-villarreal.htm [accessed 23 Oct. 2018].
14. Fundación Centro Nacional de Innovación tecnología (CENIT). Adolescencia y Desarrollo [online] 2008. Available at: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>. [accessed 25 Oct. 2018].

15. Pedreira J, Martín L. Desarrollo psicosocial del adolescente. bases para una comprensión actualizada [online] 2000. [accessed 28 Oct 2018]. Available at: <http://es.scribd.com/doc/177469822/adolescencia-pdf>
16. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [online] Estados Unidos: Asociación Psiquiátrica; 2000. [accessed 28 Oct 2018]. Available at: <http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/07/manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf>
17. Osorio, J. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. [Revista infantil de nutrición]. EE.UU. 2002 [citado 28 Oct 2018]; Vol. 29,280-5.2002. Disponible en:http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N
18. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos de la conducta alimentaria. [internet] Estados Unidos: Asociación Psiquiátrica; 2002. [10 páginas]. [citado 29 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.unisal.org.ar/doctorados/psicologia/materiales/files/Materiales%20cohorta%202011/04%20-%20Psicopatologia/Diapositivas/DSM-IV-TR.pdf>
19. Organización mundial de la salud-OMS. Trastornos mentales y de comportamiento definición de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29567/1/OregonOlmos.pdf> (*último acceso 29 de octubre 2018*)
20. David, P. Manual de psiquiatría médica. EE.UU. [monografía en internet]. 2011. [citado 02 Nov 2018]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nerviosa
21. Ministerio de Educación. (2009). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Perú: World Color Perú. [monografía en internet]. 2009. [citado 02 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.drep.gob.pe/guia%20de%20prevencion%20de%20la%20anorexia%20y%20bulimia.pdf>
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Trastornos de comportamiento alimentario ¿Qué debes saber? .España. [monografía en internet]. 2012.

- [citado 02 Nov 2018]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_cond_alim_pacientes_aatrm-09.pdf
23. Merleau-P Percepción [monografía en internet], 1985. [citado 02 Nov 2018]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>
24. Raich R. Imagen corporal. [sede Web] Madrid: Pirámide; 2000 [citado 03 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
25. Toro, V. Adolescentes con complejos. [monografía en internet] 2009 [citado 04 Nov 2018] Disponible en: <http://adolescentes.about.com/od/Psicologia/a/Adolescentes-Con-Complejos.htm>
26. Arguello, L. y Romero, I. Trastorno de la imagen corporal. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid. [monografía en internet] 2012 [citado 04 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/>
27. Cash, T.F. y Brown, T.A. "Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa". [monografía en internet] 1987 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
28. Raich R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. [monografía en internet] 2004 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/>
29. Gómez R, Bersano G, Luarte C, Nayer E, Urra C, Sulla J, et al. Validación y propuesta normativa para la valoración de la preocupación por la alimentación de adolescentes chilenos: estudio EPACH. Nutr Hosp 2016; [citado 06 Nov 2018]; 33:337-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112016000200025
30. Fernandez R, Baptita P, Hernandez R. Metodología de la Investigación .Mexico:Best Seller. [internet] México: McGRAW-HILL; 2010. p 151. [citado 08 Nov 2018] Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: “PERCEPCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE 11 A 18 AÑOS DEL COLEGIO JORGE BASADRE DEL DISTRITO DE JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA EN EL AÑO 2017”

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Yo.....con DNI N°.....; padre o madre de mi menor hijo/hija acepto que he recibido una explicación completa por parte de la señorita bachiller en Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de San Agustín, sobre la participación de este estudio. Entiendo claramente que la participación es voluntaria y se me ha informado que la investigación consiste en evaluar sus conocimientos, prácticas y actitudes sobre hábitos alimentarios.

La participación de cada alumno en el estudio de investigación consiste en responder un cuestionario que evaluará los conocimientos, este estudio es anónimo solicitándole al participante que se identifique únicamente con su código único de identidad.

La participación en el presente estudio de investigación no significa ningún riesgo para los participantes ya que el estudio solo consiste en evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes de los adolescentes escolares del colegio Jorge Basadre, no se generará incomodidad alguna ya que se respetará la confidencialidad, autonomía de los sujetos de investigación.

Como resultado de la participación de los alumnos, este estudio obtendrá como beneficio el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de dichos estudiantes, siendo estos de suma importancia ya que a través de ellos se podrá en un futuro identificar trastornos alimentarios y reforzar los conocimientos en nutrición y hábitos alimentarios saludables en adolescentes escolares y prevenir estos mismos.

Fecha:.....

Firma del padre o titular

Firma del investigador

ANEXO 2
ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Participante: _____ **Fecha de nacimiento:** Día () Mes () Año ()

Sexo: (M)(F) **Zona geográfica donde vive:** Urbana()Rural()

Grado de instrucción padre/madre: Analfabeto () Escolar () Superior ()

Formación académica de padre/madre: Profesional () Técnica () Oficio ()

Estado actual de Ocupación padres: Desempleado () Empleado ()

Hábitos de fumar del alumno: Si () A veces() Nunca ()

Nº	PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	¿En algún momento has intentado ponerte un régimen de dieta?			
2	¿Generalmente evitas comer algunos alimentos que podrían subirte de peso?			
3	¿Has intentado de forma voluntaria tener menos de tres comidas en el día?			
4	¿Has consumido algún tipo de batidos, líquidos, brebajes para sentir sensación de llenura para ingerir alimentos en pocas cantidades?			
5	¿Te sientes a gusto por la cantidad de alimentos que ingieres cotidianamente?			
6	¿En alguna oportunidad has sentido temor por subir de peso debido al tipo de alimentación que llevas frecuentemente?			
7	¿Te has interesado en alguna oportunidad por saber el contenido calórico de los alimentos que consumes?			
8	Cuando comes alimentos agradables en reuniones sociales, ¿te has sentido culpable por el exceso en el consumo de alimentos?			

9	¿Te preocupa que la gente en general te vea comer?			
10	¿Sientes preocupación cuando no te alimentas a tus horas?			
11	¿Te preocupa perder el control cuando estás comiendo tus alimentos?			
12	¿Has tenido episodios de gula durante el consumo cotidiano de tus alimentos?			
13	¿Has ingerido alimentos en gran cantidad en un periodo corto de tiempo?			
14	¿Has comido alguna vez en secreto?			
15	¿Con frecuencia usas los cubiertos necesarios para ingerir tus alimentos?			
16	Generalmente cuando consumes tus alimentos, ¿lo haces sentado y apoyado en una mesa?			
17	¿Cuentas el número de veces que masticas antes de tragar los alimentos?			
18	¿Te avergüenzas de la forma como comes los alimentos?			
19	¿Últimamente te has sentido con sobrepeso y/o gordo?			
20	¿Actualmente sientes temor por subir de peso?			
21	¿A menudo usas laxantes, purgantes y/o medicamentos para bajar de peso?			
22	¿Te sientes conforme con tu figura corporal?			
23	¿Últimamente has sentido deseos de bajar de peso?			
24	¿Sentirías incomodidad, molestia y/o fastidio en caso de que te tengas que pesar frente a los demás?			

ANEXO 3
PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES
(CATEGORÍAS SEGÚN SEXO)
DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE LA EDAD Y CATEGORÍAS ENTRE
AMBOS SEXOS

Estadísticos de grupo					
	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Diferencia significativa p<0.05
EDAD	FEMENINO	72	15,097	1,3652	,375
	MASCULINO	73	15,315	1,5712	
RESULTADO TOTAL DE LA ESCALA	FEMENINO	72	39,4028	7,02242	,793
	MASCULINO	73	39,1096	6,37173	
PREOCUPACIÓN POR LA RESTRICCIÓN DE COMIDA	FEMENINO	72	5,5000	1,39415	,113
	MASCULINO	73	5,9041	1,64287	
PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO DE COMIDA	FEMENINO	72	12,2500	2,38393	,817
	MASCULINO	73	12,1644	2,05490	
PREOCUPACIÓN POR LA FORMA DE COMER	FEMENINO	72	11,7917	2,16201	,930
	MASCULINO	73	11,8219	1,98146	
PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL	FEMENINO	72	9,8611	2,87439	,166
	MASCULINO	73	9,2192	2,67834	

p>0.05: según el resultado NO hay diferencia significativa de las edades y las cuatro categorías y general entre ambos sexos de los adolescentes evaluados.

**PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES
(CATEGORÍAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE)**

**DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE CATEGORIAS Y AMBOS GRADOS
DE INSTRUCCIÓN**

Estadísticos de grupo					
	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PADRE	N	Media	Desviación típ.	Diferencia significativa $p < 0.05$
PREOCUPACIÓN POR LA RESTRICCIÓN DE COMIDA	ESCOLAR	70	5,9714	1,57858	,042*
	SUPERIOR	75	5,4533	1,45466	
PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO DE COMIDA	ESCOLAR	70	12,3000	2,19585	,627
	SUPERIOR	75	12,1200	2,24788	
PREOCUPACIÓN POR LA FORMA DE COMER	ESCOLAR	70	11,8286	2,13305	,903
	SUPERIOR	75	11,7867	2,01544	
PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL	ESCOLAR	70	9,6571	2,78133	,620
	SUPERIOR	75	9,4267	2,80527	
RESULTADO TOTAL DE LA ESCALA	ESCOLAR	70	39,7571	6,88926	,384
	SUPERIOR	75	38,7867	6,49177	

* $p < 0.05$: según el resultado SÍ hay diferencia significativa SÓLO en la categoría Preocupación por la restricción de comida de los adolescentes evaluados entre ambos grados de instrucción de los padres (escolar y superior).

ANEXO 4
CONSISTENCIA INTERNA – ALFA DE CRONBACH

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	145	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	145	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,794	,789	24

-Coeficiente alfa >.7 es aceptable