

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**Autoconcepto Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en
estudiantes de un centro pre-universitario - Trujillo**

**Para optar el Título de:
Licenciada en Psicología**

Área de Investigación: Trastornos Psicopatológicos

**Autora:
Br. Sarita Natividad Quiñones Terry**

**Asesora:
Dra. Lidia Mercedes Silva Ramos**

Trujillo – Perú

2016

**Autoconcepto físico y Trastornos de Conducta
Alimentaria en estudiantes de un centro pre-
universitario-Trujillo**

PRESENTACIÓN

Sres. Miembros del Jurado Calificador:

En cumplimiento con el reglamento para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, pongo a consideración la Tesis titulada “Autoconcepto Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro Pre-Universitario de la ciudad de Trujillo”.

El presente trabajo se elaboró con materiales bibliográficos vinculados al tema, un concienzudo análisis de estos y la verificación de la hipótesis mediante la recopilación y posterior contrastación de los indicios.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, les agradezco anticipadamente, por las sugerencias y apreciaciones que se brinde a la investigación.

Br. Sarita Natividad Quiñones Terry

DEDICATORIA

A mis adorados padres Martha y Jorge por creer en mí y en cada paso que doy desde el inicio de mi carrera profesional. Por educarme con amor, con esfuerzo, con dedicación y disciplina. Por ser mi ejemplo a seguir en todo momento y porque siempre tuvimos a Dios como referencia en el hogar.

A mis queridos hermanos Jorge y Fernando, por su apoyo y ánimos constantes, por su dedicación y logros futuros.

A mí querida segunda mamá Daniela, a quién de todo corazón agradezco sus enseñanzas, su apoyo, su amor y sus consejos.

*A mí querido tío Fausto, por todo el apoyo brindado constantemente.
¡Que Dios multiplique las bendiciones a su familia!*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque todo lo que tengo y lo que soy se lo debo únicamente a su grandeza y misericordia.

A mis adorados padres Martha y Jorge por brindarme su apoyo constante, su amor y sus palabras de aliento.

A la Dra. Mercedes Silva Ramos, por su valiosa orientación y asesoría de inicio a fin de esta investigación.

Al Dr. Acuña Jefe de la oficina de Admisión y Director de CEPREU-UPAO por permitirme acceder a la población de estudio en el centro pre universitario.

Al profesor Hilmer Ibáñez, Coordinador de estudios de CEPREU-UPAO por el apoyo brindado durante la etapa de evaluación a los estudiantes.

A los docentes que me permitieron ingresar a su aula en horario de clase para evaluar a los estudiantes. Por su tiempo y su buena actitud.

A los estudiantes que participaron amablemente en esta investigación, por su cooperación, disponibilidad y sobre todo porque permitieron dar avance a este valioso trabajo de investigación.

A mis hermanos, abuelita, tío Fausto H. y a todos los que hicieron posible que este trabajo de investigación sea exitoso.

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
INDICE DE CONTENIDO	vi
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPITULO I	1
MARCO METODOLÓGICO	1
1.1. EL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Delimitación del problema	1
1.1.2. Formulación del problema	4
1.1.3. Justificación del estudio	5
1.1.4. Limitaciones.....	6
1.2. OBJETIVOS.....	6
1.2.1. Objetivos generales	6
1.2.2. Objetivos específicos.....	6
1.3. HIPÓTESIS	7
1.3.1. Hipótesis generales.....	7
1.3.2. Hipótesis específicas	7
1.4. VARIABLES E INDICADORES.....	8
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN.....	8
1.5.1. Tipo de investigación	8
1.5.2. Diseño de investigación.....	8
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	9
1.6.1. Población.....	9
1.6.2. Muestra.....	9
1.6.3 Muestreo.....	10
1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	11
1.7.1 Técnicas:.....	11
1.7.2 Instrumentos	11
A) Ficha Técnica: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)	11
B) Ficha Técnica: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria “EDI – 3”	12
1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	14
1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
CAPITULO II	16
MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES.....	16
2.2. MARCO TEÓRICO	19
2.2.1 Autoconcepto	19
2.2.1.1 Análisis Histórico.....	19
2.2.1.2 Aproximaciones Conceptuales del Autoconcepto	21
2.2.1.3 El Autoconcepto a través de las diversas etapas del desarrollo	22
2.2.1.4 Modelos teóricos de la Estructura del Autoconcepto	26

A) Enfoque Unidimensional del autoconcepto	27
B) Enfoque Multidimensional del autoconcepto	28
2.2.2 Autoconcepto Físico.....	29
2.2.2.1 Autoconcepto Físico y Factores de Riesgo	30
2.2.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	33
2.2.3.1 Análisis Histórico.....	33
2.2.3.2 Aproximaciones conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
2.2.3.3 Evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	38
2.2.3.4 Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	40
I) Factores predisponentes:.....	41
II) Factores precipitantes	43
III) Factores Mantenedores.....	44
2.2.3.5 Indicadores que advierten la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.	45
2.2.3.6 Clasificación y diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	46
A) Anorexia Nerviosa	47
B) Bulimia Nerviosa.....	51
C) Obesidad.....	55
D) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	56
E) Otros trastornos.....	57
2.2.4 Educación Pre- Universitaria	60
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	63
CAPITULO III	64
RESULTADOS	64
3.1. RESULTADOS DE LA DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE AUTOCONCEPTO Y NIVEL DE LOS INDICADORES DE RIESGO Y PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE UN CENTRO PRE UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE TRUJILLO.....	64
3.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE AUTOCONCEPTO FÍSICO GENERAL Y LAS VARIABLES DE RIESGO Y PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE UN CENTRO PRE UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE TRUJILLO.....	67
CAPITULO IV	79
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	79
CAPITULO V.....	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
5.1 CONCLUSIONES:.....	91
5.2 RECOMENDACIONES	93
CAPITULO VI.....	95
REFERENCIAS Y ANEXOS.....	95
6.1 REFERENCIAS	95
6.2. ANEXOS.....	101
Anexo 1: Consentimiento Informado	101
Anexo 2: Inventario de Trastorno de Conductas Alimentarias EDI – 3	102
Anexo 3: Protocolo de respuestas EDI-3.....	106
Anexo 4: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF).....	107
Anexo 5: Protocolo de respuestas CAF	109
Anexo 6: Aportes de cuadros o tablas	110
Escala.....	111
Coeficiente de Confiabilidad	111
Escala.....	113
Coeficiente de Confiabilidad	113

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de frecuencias según nivel de Autoconcepto Físico General en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	63
Tabla 2A: Distribución según nivel de variables de riesgo y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.....	64
Tabla 2B: Distribución según nivel de variables de riesgo y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.....	65
Tabla 3: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo obsesión por la delgadez de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	66
Tabla 4: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo Bulimia de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	67
Tabla 5: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo Insatisfacción corporal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	68
Tabla 6: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Baja autoestima de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	69
Tabla 7: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Alienación personal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	70
Tabla 8: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Inseguridad interpersonal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	71
Tabla 9: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Desconfianza interpersonal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	72
Tabla 10: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Déficit introceptivos de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	73

Tabla 11: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Desajuste emocional de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	74
Tabla 12: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Perfeccionismo de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	75
Tabla 13: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Ascetismo de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	76
Tabla 14: Correlación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Miedo a la madurez de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.....	77

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el autoconcepto físico y los indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo; la muestra estuvo comprendida por un total de 300 estudiantes entre los 16 y 18 años de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3). La investigación dio como resultado una correlación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto físico y los indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria. Concluyendo que el mayor porcentaje de estudiantes se ubica un rango clínico típico en las escalas: Insatisfacción corporal, Miedo a la madurez y Ascetismo, mientras que en las demás variables predomina el rango clínico bajo.

Palabra claves: autoconcepto físico, trastornos de conducta alimentaria, estudiante pre-universitario.

ABSTRACT

The purpose of the current research was to analyse the relation between the physical self-concept and risks and psychological indications of eating disorders in students of a pre-university center of Trujillo; the sample was conformed by a total of 300 students of both sexes between 16 and 18 years. There were used the Physical Self-Concept Questionnaire and the Eating disorder Inventory. According to the results there was found a medium grade and highly significant negative correlation between the physical self-concept and risks and psychological indications of eating disorders. In conclusion the highest percentage of students are in a typical clinical range in the following scales: Physical dissatisfaction, fear of maturity and ascetism, while in the other variables predominates a low clinical range.

Keywords: physical self-concept, eating disorders, students of a pre-university

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1. Delimitación del problema

En la sociedad actual las personas manifiestan afinidad hacia una determinada estética impuesta por la sociedad contemporánea y a modo de seguir este estereotipo de “belleza” los más jóvenes presentan una preocupación excesiva por su cuerpo, y a modo de alcanzar dicha perfección se llevan a cabo conductas de riesgo que pueden concluir desencadenando Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que son patologías en las que precisamente los patrones de la ingesta de alimentos se ven severamente distorsionados tal y como lo manifestó Manuel Esteves Díaz (2012).

Existen factores sociales como los medios de comunicación que de cierta manera imponen expectativas irreales al público a través de la publicidad asociando belleza – delgadez, ya sea por fotografías de mujeres delgadas en anuncios publicitarios, las mismas que se muestran en trajes menores y/o prendas muy provocativas, además de ellos comparativos en donde hacen notar que las mujeres de contextura gruesa son menos valoradas que las mujeres de contextura esbelta. Entonces se ha creado un estereotipo de “belleza” en donde tanto mujeres como varones para lograr alcanzar esos estándares se someten a planes rigurosos de dietas prolongadas, actividad física intensa, cuidados de la piel, someterse a cirugías y otros. Creando consecuentemente una “cultura light” escondida tras el rostro de “cuidados de la salud” caracterizada por el imperativo de obtener la figura “perfecta” que ponen en riesgo la salud tanto física como mental de las personas.

En las últimas décadas la cultura sobre la estética y la belleza ha sufrido una serie de cambios producto de la globalización, y las nuevas tendencias que ofrece el mundo de hoy que es percibida como una cultura de perfección y de éxito. Sin embargo en épocas pasadas la apariencia estética importaba muy poco, pues en los inicios de la civilización se valoraba a una mujer con sobrepeso, que pueda cuidar a los hijos, caso contrario en la actualidad se admira o se valora más a una mujer delgada, tal y como lo mencionan Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez V., (2007).

Hoy en día los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen uno de los problemas que afectan a la Salud Mental más importantes de la sociedad occidental actual (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, y Tyson, 2009, citados por Sánchez Guarnido 2013). Las tasas de mortalidad entre las mujeres con TCA, y en particular con anorexia nerviosa (AN), son mayores a las de cualquier otro trastorno psicológico. Así por ejemplo, la tasa de suicidios en mujeres con AN es doce veces mayor que la de las mujeres de la misma edad sin este diagnóstico (American Psychiatric Association, 2006), las cuales están asociados con un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial. A pesar de haberse tomado medidas preventivas y de tratamiento, la causa no está del todo clara lo que hace que los tratamientos en su mayoría sean de resultados desiguales en aquellos pacientes cuyos síntomas se resisten a los mismos. Instituto Nacional de Excelencia Clínica, (2004).

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades crónicas y progresivas que, si bien se manifiestan a través de la conducta alimentaria, consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso, la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. Las causas son múltiples y variadas, pueden surgir como consecuencia del modo de vida, de los modelos estéticos predominantes, de problemas psicológicos o de autoestima, o considerar a la delgadez como una forma de vida. La denominación trastornos alimenticios o alimentarios se refiere a aquellos trastornos psicológicos que derivan en anomalías graves en el comportamiento de la ingesta de alimento,

es decir que la explicación de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica según lo manifestado por la Lic. Lucía Molina, del Departamento de Nutrición de Habilitus Instituto Médico en el programa de televisión Sentir y Pensar (2011)

En la actualidad, los trastornos del comportamiento alimentario han llegado a constituirse en un importante problema de salud pública. Generalmente cuando, se hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria, se habla solamente de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sin embargo, en distintos momentos del desarrollo evolutivo de niños y adolescentes pueden darse una amplia gama de patrones alimentarios inadecuados que causan preocupación a los padres. Muchos de estos comportamientos alimentarios son absolutamente normales en una fase concreta del desarrollo, pero pueden pasar a considerarse inadecuados o anómalos cuando persisten con la edad. Saldaña García (2001)

ALUBA (2011) dio a conocer estudios internacionales que indican que el país que más contaba con problemas de TCA era Japón, con un 35 % de la población afectada. En la sociedad del Reino Unido, estas patologías impactan en el 27 % de las personas mientras que en Italia, el 29 % de la población está afectada.

En el Perú se han realizado diversos estudios por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi para detectar cuáles son los principales problemas que aquejan a la sociedad actual y perjudican enormemente la Salud Mental siendo así que en el 2003, los informes epidemiológicos de salud mental reportan que la anorexia también era un problema de los adolescentes; en Lima Metropolitana y Callao la incidencia fue de 0.1% y 8.3% tenía tendencias a problemas alimentarios. En el 2004 reportan que en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.1% tenía tendencias a problemas alimentarios. Otro estudio realizado en el 2005 los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz refieren que el 0.1% presentaban anorexia nerviosa y el 5.9% tenían tendencias a problemas alimentarios. En el 2007 un estudio Epidemiológico realizado en Lima Rural

muestra que la prevalencia de problemas alimentarios oscila de 2.7 a 2.9 en la población adolescente.

Según información del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Nogushi (HD-HN), en los últimos 10 años el número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces. De los cinco casos que el (HD-HN) reportó en 1996, el año 2009 llegó a 100. La enfermedad que antes acechaba solo a los sectores económicos más acomodados se ha extendido hoy hacia todos los sectores socioeconómicos.

Los últimos reportes de TCA en la actualidad son preocupantes con una incidencia muy superior especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes y aunque se asume la importancia de factores sociales en el origen del trastorno, la realidad es que, no todas las mujeres y/o varones adolescentes desarrollan un TCA aun estando sometidas supuestamente a presiones sociales semejantes. Deben existir, por tanto, otros factores personales que predisponen al desarrollo de los mismos, y entre los más importantes se encontrarían los rasgos de personalidad y el autoconcepto. Es por ello que nace la motivación para realizar el presente estudio que busca esencialmente relacionar la compatibilidad del autoconcepto físico con los indicadores de riesgo y psicológicos de la conducta alimentaria que presenten los estudiantes tanto varones como mujeres de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.

1.1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el Autoconcepto físico y los indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo?

1.1.3. Justificación del estudio

La importancia del presente trabajo de investigación se centra en el incremento de personas que presentan TCA hoy en día, es por ellos que se ha visto conveniente relacionar esta variable con factores que predisponen su desencadenamiento como lo es el Autoconcepto físico, de esta manera se va a conocer el riesgo de los jóvenes estudiantes a padecer trastorno de conductas alimentarias.

En el centro de estudios pre-universitario donde se ha realizado el estudio no se han encontrado investigaciones que correlacionen estas dos variables es por ellos que los resultados obtenidos en esta investigación permitirán a la institución beneficiaria dar mayor énfasis en la prevención y promoción de la salud de los estudiantes, ya que, padecer un trastorno de la conducta alimentaria no es un problema que afecta solo al sujeto que la padece sino también a su sistema familiar, a su desarrollo psicosocial, y además a su buen rendimiento académico. Entonces si el problema es detectado a tiempo se van a tomar las medidas preventivas necesarias considerando dentro de su plana profesional una orientación constante y si existen casos en donde esté presente el trastorno en sí, brindar tratamiento oportuno. Para ello es preciso fomentar el incremento de profesionales especializados en tratar problemas que conciernen a adolescentes y jóvenes ya que en la realidad se ve que los servicios de Salud Mental con personal especializado para adolescentes y adultos son insuficientes.

Del mismo modo a nivel teórico esta investigación permitirá ampliar los conocimientos sobre las variables en estudio ya que es un tema de relevancia dentro del ámbito de la salud, permitiendo determinar mediante una investigación fiable en qué medida los estudiante pre universitarios se ven afectados por este tipo de conductas, ya sea la percepción que estos tengan sobre una imagen corporal “bonita” y sus conductas alimentarias en sí.

Por otro lado es preciso resaltar la importancia científica clínica ya que los instrumentos cuentan con criterios de normalización en la población de estudio, lo cual permitirá y facilitará la realización de investigaciones posteriores relacionadas

al tema del autoconcepto físico y es riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria.

1.1.4. Limitaciones

La presente investigación tiene como base el enfoque Multidimensional del Autoconcepto de Shavelson, Hubner y Stanton, que fundamenta la prueba del Autoconcepto Físico CAF, y en el enfoque Multicausal basado en “factores de riesgo”(predisponentes, precipitantes y mantenedores) que fundamente el inventario de Trastornos de la conducta alimentaria EDI-3 de D.M. Garner.

Los resultados obtenidos en esta investigación solo deben ser generalizados para muestras que tengan las mismas características de la población de estudio.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivos generales

Analizar la relación entre el autoconcepto físico general y los indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

1.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel del Autoconcepto Físico general en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.
2. Identificar los niveles de los indicadores de riesgo y psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.

3. Establecer la relación entre el Autoconcepto Físico general y los indicadores de riesgo (obsesión por la delgadez, bulimia e imagen corporal) y psicológicos (baja autoestima, alineación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, miedo a la madurez) de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
4. Determinar las propiedades psicométricas de los inventarios utilizados en la investigación: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) y el Inventario de trastornos de conducta alimentaria (EDI-3).

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis generales

Hi: Existe relación negativa entre el Autoconcepto Físico general y los indicadores de riesgo y psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.

1.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación negativa entre el Autoconcepto Físico general con los indicadores de riesgo (obsesión por la delgadez, bulimia e imagen corporal) y psicológicos (baja autoestima, alineación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introspectivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, miedo a la madurez) de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

1.4. VARIABLES E INDICADORES

Variable 1:

Autoconcepto físico

Variable 2:

Trastornos de conducta alimentaria

Indicadores:

- De riesgo
- Psicológicos

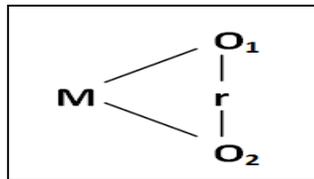
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN

1.5.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo sustantiva, puesto que se orientó a describir, explicar, predecir la realidad, lo cual va a permitir buscar principios o leyes generales para garantizar una teoría científica. El estudio de tipo sustantivo combina las características de la investigación pura y aplicada, es decir, se asume una perspectiva teórica para describir y explicar un problema y al mismo tiempo los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación. Sánchez y Reyes (2006).

1.5.2. Diseño de investigación

La presente investigación es descriptivo–correlacional, ya que se buscó establecer la asociación entre las variables Autoconcepto físico general y las variables de riesgo y psicológicas de los Trastornos de Conductas Alimentarias en el mismo grupo de sujetos. Hernández, Fernández & Baptista (2010)



Donde:

M = Estudiantes de centro preuniversitario

O1 = Autoconcepto Físico general

O2 = indicadores de riesgo y psicológicos de los TCA

r = Relación de las variables de estudio.

1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1. Población

La población estuvo conformada por un total de 505 estudiantes tanto varones como mujeres entre 16 y 20 años del centro pre-universitario de la Universidad Privada Antenor Orrego (CEPREU-UPAO) matriculados en el año académico 2016 del periodo de estudios Enero – Marzo, que cumplían con los criterios de inclusión.

1.6.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

Z : Valor de la distribución normal asociado a un nivel de confianza del 95%

PQ : Varianza de la característica de interés (Q = 1 – P)

E : Error de muestreo

N : Tamaño de población

n : Tamaño de muestra

Asumiendo una confianza del 95% (Z=1.96), un error de muestreo de 3.6% (E=0.036), y una varianza máxima (PQ=0.25, con P=0.5 y Q=0.5) para asegurar

un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población (N=505) de los referidos estudiantes.

$$n = \frac{505 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(505 - 1) * 0.036^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 300$$

Por tanto la muestra estuvo conformada por 300 estudiantes del centro pre-universitario de la Universidad Privada Antenor Orrego (CEPREU-UPAO).

- **Criterios de Inclusión:**

- Alumnos del periodo de estudios Enero – Marzo de CEPREU-UPAO
- De 16 a 18 años.
- Género masculino y femenino.
- Alumnos (as) que participen voluntariamente en la investigación.
- Alumnos que hayan llenado debidamente los protocolos de los cuestionarios.

- **Criterios de Exclusión**

- Personas que tienen alguna deficiencia física.

1.6.3 Muestreo

En cuanto al modo de seleccionar a los participantes que corresponde la muestra, es de tipo probabilístico simple, ya que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis. Hernández, Fernández & Baptista (2010).

Cuadro 1

Cuadro de distribución de la muestra por edad y sexo

EDADES	VARONES	MUJERES
16	61	87
17	49	65
18	24	14
TOTAL	134	166

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1 Técnicas:

Evaluación Psicométrica directa.

1.7.2 Instrumentos

A) Ficha Técnica: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)

Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) fue elaborado por Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez en el año 2006, de administración tanto individual como colectiva a adolescentes desde los 12 años hasta la edad adulta. El tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente. Este instrumento, construido originalmente en lengua castellana, consta de 36 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 grados (donde 1 = falso y 5 = verdadero) distribuidos proporcionalmente en seis escalas desarrolladas tanto para evaluar el autoconcepto físico general, como el autoconcepto global. El cuestionario mide 4 dimensiones específicas del autoconcepto físico (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza física) así como de las 2 dimensiones generales (autoconcepto físico general y autoconcepto general). Las propiedades psicométricas de este cuestionario halladas como parte de esta investigación son

más que aceptables ya que reflejan un índice de correlación ítem-test mayores que .20 o muy significativos ($p < .01$) expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir; por otro lado el coeficiente de fiabilidad de las escalas de Habilidad $\alpha = .768$, para condición física $\alpha = .794$, para atractivo físico $\alpha = .807$, para fuerza $\alpha = .760$. Por su parte, el coeficiente alfa para la escala de autoconcepto físico general llega a $\alpha = .809$, mientras que la de autoconcepto general $\alpha = .736$ fiabilidad del cuestionario $\alpha = .937$, lo cual refleja una sólida consistencia interna, por lo que puede concluirse que el CAF ofrece unas buenas cualidades como instrumento de medida del autoconcepto físico. Para corregir el cuestionario, se cuenta con la plantilla de corrección en la que se ven las puntuaciones del 1 al 5 que corresponde a las respuestas dadas por los sujetos. Para obtener la puntuación de cada escala hay que sumar todos los puntos obtenidos en los ítems de esa escala. Una vez obtenida la puntuación de cada una de las escalas, se anota en el cuadro correspondiente a dicha escala. Después de calcular las puntuaciones directas de todas y cada una de las escalas del cuestionario, se pueden hallar los percentiles de los sujetos, consultando el puntaje directo con el baremo correspondiente.

B) Ficha Técnica: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria “EDI – 3”

Cuyo nombre original: EDI-3, Eating Disorder Inventory-3, fue elaborado por David M. Garner en Psychological Assessment Resources, Inc. en el año 2004. Fue adaptado en España por: Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui, Fernando Sánchez Sánchez en el año 2010. Este instrumento se puede administrar tanto individual como colectivo a adolescentes de 12 años en adelante en muestras clínicas y en muestras no clínicas a partir de los 10 años. El tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. Este instrumento explora 3 indicadores de riesgo y 9 indicadores psicológicos relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert formadas por 6 opciones (Nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre). Tiene baremos españoles de población clínica y no clínica en puntuación T y percentiles, cuenta también con baremos no clínicos para la

población mexicana y presenta baremos no clínicos para la versión en euskera. Dentro de los materiales se encuentran el manual, cuadernillo con los ítems (versión en castellano y en euskera), hoja de respuestas autocorregible, hoja de perfil de las puntuaciones, manual del EDI-3 RF, ejemplar autocorregible del EDI-3. La validez del instrumento fue determinada para la presente investigación el cual indica un índice mayor al .20 o muy significativos ($p < .01$) considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir. Así mismo la confiabilidad en el EDI-3 se trabajó con el Alfa de Crombach en cada uno de los indicadores de la prueba en donde las escalas Obsesión por la Delgadez $\alpha = .879$ e Insatisfacción Corporal $\alpha = .804$ muestran un nivel de confiabilidad muy bueno. Así mismo las escalas Bulimia $\alpha = .744$, Baja Autoestima $\alpha = .739$, Alienación Personal $\alpha = .743$, Inseguridad Interpersonal $\alpha = .716$, Déficit Interoceptivos $\alpha = .795$, Desajuste Emocional $\alpha = .725$ muestran una confiabilidad respetable y las escalas Desconfianza Interpersonal $\alpha = .627$, Perfeccionismo $\alpha = .606$, Ascetismo $\alpha = .613$ y Miedo a la Madurez $\alpha = .623$ presentan una confiabilidad mínimamente aceptable. Del mismo modo se trabajaron los baremos percentilares construidos para cada escala. En cuanto a las normas de calificación, el primer paso es calcular la puntuación directa de cada una de las escalas. Junto al número de cada ítem aparecen las siglas de la escala a la que pertenece. Una vez sumadas las puntuaciones de los ítems de las escalas anote el resultado en la casilla correspondiente que aparece en la parte inferior de la hoja de corrección. Cada ítem se puntúa de 0 a 4, esto va a depender de las respuestas extremas en la dirección patológica o sintomática del ítem.

1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En un principio se solicitó verbalmente al Jefe de Admisión y Director de CEPREU-UPAO permiso para poder aplicar los cuestionarios correspondientes de la investigación a los estudiantes del centro pre-universitario. Así mismo se presentó una solicitud escrita, la cual fue aceptada y dio pase para ejecutar el proyecto. Ante la aceptación se coordinaron los horarios para aplicar los cuestionarios de evaluación con el Coordinador de estudios. Previo a la evaluación se solicitó permiso a los profesores responsables de cada curso para que permitan el ingreso a sus aulas en el horario de clase. Una vez otorgado el permiso de los docentes se ingresó a las aulas al inicio de la clase, se saludó a los estudiantes y se hizo la presentación debida explicando el motivo de la aplicación de los cuestionarios. Se leyó el consentimiento informado y se procedió a repartir tanto el formato de preguntas como el formato de respuestas. Se les dio las pautas de resolución de los cuestionarios, atendiendo cualquier duda respecto a ellos en el momento de la aplicación. Una vez que los estudiantes terminaron de resolver los cuestionarios se revisó detenidamente si todas las preguntas habían sido respondidas. Al finalizar con la aplicación de los cuestionarios se ordenaron siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la presente investigación, se aplicaron como instrumentos de medición el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI- 3) y el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo; luego de la aplicación de ambos instrumentos, se procedió a la crítica codificación, depurando las pruebas incompletas; enseguida se construyó la base de datos en la hoja de cálculo Excel; procediendo luego a evaluar la confiabilidad de ambos instrumentos, por consistencia interna, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Asimismo se evaluó la validez de constructo de los instrumentos a través de los índices de correlación ítem-test corregidos. Una vez corroborada la confiabilidad y la validez de ambas escalas, se procedió a realizar el análisis correlacional, en primer lugar se determinó el cumplimiento de la

normalidad de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes universitarios en ambas pruebas, mediante la aplicación de la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, la misma que identifica diferencias significativas con la distribución normal, en algunas escalas tanto del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) como en algunas escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico. A partir de los resultados obtenidos en esta prueba se establece el uso de la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, en la evaluación de la asociación entre las variables en las cuales al menos una de ellas no presente distribución normal, y la prueba de correlación de Pearson en caso que las dos variables a correlacionar cumplan con la normalidad. Esta prueba permitió establecer la existencia o no de relación entre las variables en estudio, así como el sentido y la intensidad de la misma en caso de haber identificado correlación significativa.

En lo referente al procesamiento de los datos, fue realizado de manera automatizada usando como soporte el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales SPSS, versión 22.0.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Castro, R. Cachón, J. Valdivia, P. Zagalaz, M. (2014) España, realizaron un estudio descriptivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Autoconcepto en usuarios de gimnasios, el cual tuvo como objetivo analizar la relación existente entre TCA y Autoconcepto, teniendo como muestra a 154 deportistas entre 16 y 49 años. Se utilizó el inventario de TCA (EDI-2) y cuestionario de Autoconcepto forma 5 (AF5). Se obtuvieron numerosas relaciones significativas entre las dimensiones de los instrumentos utilizados asociando bajos niveles de Autoconcepto a elevadas tasas de TCA ($p < .05$). El autoconcepto físico se correlacionó significativamente con los indicadores de los TCA. Se encontraron puntuaciones muy elevadas en las escalas de: Insatisfacción corporal, Miedo a la madurez, Perfeccionismo y Obsesión por la delgadez

Fernández J. Gonzales I., Contreras O., Cuevas, R. (2014) España investigaron la “Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes” en donde se examinaron las diferencias entre los distintos subdominios del autoconcepto físico en función a la insatisfacción corporal y el índice de masa corporal (IMC). Tuvo como muestra a 447 mujeres adolescentes entre 12 y 17 años. Se utilizó el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), el instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ) y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gargner, además se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados indican que una mayor insatisfacción corporal se relaciona significativamente con peores percepciones físicas, especialmente en relación con el atractivo, y con un autoconcepto más devaluado.

Estévez, M. (2012) España, investigó la “Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en

alumnos de educación secundaria”. Tuvo como muestra de 614 alumnos y 536 alumnas de 14–17 años. Se utilizaron los cuestionarios: BSQ (Body Shape Questionnaire), Escala de Autoestima de Rosenberg Test de Siluetas Corporales y el Test de Autoconcepto físico, además técnicas antropométricas para determinar la composición corporal. Los resultados indican que un numeroso grupo de alumnos no se encuentra satisfecho con su figura. Las chicas presentan autoconcepto físico global más devaluado y niveles de autoestima global menores a la de los chicos.

Saucedo M, Peña I, Fernández C, García R, Jiménez B, Menéndez A, et al. (2010) México, investigaron Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios. Tuvo como muestra a 347 alumnos (67% mujeres; 33% hombres) de 17 a 23 años de edad, a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional que mide: conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales, e imagen corporal. Para obtener el IMC, cada sujeto fue pesado y medido. Se obtuvo las siguientes conclusiones: El factor de riesgo con los valores más altos fue la Insatisfacción con la Imagen Corporal (78.4%), Todos los demás factores, tuvieron porcentajes mucho menores. A mayor IMC mayor impacto de factores socioculturales, mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo, y mayor insatisfacción con la imagen corporal.

Goñi y Rodríguez (2004) España, investigaron Autoconcepto Físico y Trastornos de la Conducta alimentaria, en donde participaron 347 estudiantes de ESO y Bachillerato de edades comprendidas entre 12 y los 19 años de ambos sexos. Se utilizaron tanto el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) como el Inventario de trastornos alimentarios (EDI). Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación significativa de signo negativo entre las escalas del EDI (Motivación para adelgazar, Insatisfacción corporal, Autoevaluación negativa, Desconfianza Interpersonal, Identificación de la Interocepción) con el Autoconcepto físico general menos la escala Bulimia. Existe una asociación positiva entre el Autoconcepto físico general y las variables Perfeccionismo y Miedo a la Madurez en contra de lo teóricamente esperable. En conclusión una

percepción pobre del autoconcepto físico se asocia a un mayor riesgo a desarrollar algún trastorno alimentario.

A Nivel Nacional

Benel, R., Campos, S., Cruzado, L. (2012) Lima, investigaron la “Insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia”. Tuvo como muestra 124 universitarias de entre 19 y 27 años. Se utilizaron los instrumentos de Insatisfacción Corporal (BSQ), el Cuestionario de Actividad Física (IPAQ), y el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados alcanzados muestran que el 60.4% de las universitarias presentaron valores compatibles con insatisfacción corporal, además a medida que aumenta el IMC fue mayor la insatisfacción corporal. Además se encontró asociación positiva y significativa al asociar el IMC e insatisfacción corporal.

A Nivel Regional y Local

Borrego, C. (2010) Trujillo, investigó “Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria”, trabajó con una muestra de 355 estudiantes mujeres de entre 16 y 20 años. Utilizando para ello el Cuestionario de Factores de Riesgos de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio, la cual fue elaborada para la investigación y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2). Los resultados obtenidos mostraron una correlación altamente significativa y otra significativa entre los factores de riesgo con los indicadores clínicos asociados a los trastornos del comportamiento alimenticio. Alto riesgo en las variables Insatisfacción corporal (29%), Perfeccionismo (26%), Conciencia introceptiva (28%), Ascetismo (30%) y en las demás escalas (Obsesión por la delgadez, Bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad, inseguridad social) se observan bajos niveles de riesgo.

2.2. Marco teórico

2.2.1 Autoconcepto

2.2.1.1 Análisis Histórico

El actual conocimiento que se tiene acerca del autoconcepto tienen como precursores a los postulados propuestos a finales del siglo XIX por Williams James y Baldwin y a principios del siglo XX por Mead y Cooley, los cuales hacen referencia a la teoría del Interaccionismo Simbólico. Esta teoría defiende la idea de que los seres humanos somos capaces de pensar, razonar, reflexionar y crear por medio de la reflexión introspectiva una definición del *self* considerándose este como un proceso de concienciación y definición del propio “si mismo”. Castro López (2013). Así mismo el autor antes mencionado, cita textualmente a James (1980) quien afirma que “El autoconcepto del hombre es la suma de todo aquello que puede llamar suyo-espiritual, material, social”.

La principal contribución de James al estudios del *self* fue la determinación entre el Yo y el Mi, el *self* como sujeto y el *self* como objeto. Para el autor el Yo es el conocedor, el pensamiento evaluativo, o el agente activo responsable de la construcción del Mi; mientras que el Mi es lo conocido, la persona empírica, el conjunto de cosas objetivamente conocidas sobre uno mismo. La obra de James constituye el punto de partida del Interaccionismo Simbólico, en concreto su *self* social anticipaba la importancia de la evaluación de los otros, lo cual era un aspecto importante en los planteamientos de los interaccionistas simbólicos. Esta escuela postula que existe una fusión (interacción) entre el hombre y la sociedad, por lo que no es posible el análisis de lo individual sin tener en cuenta lo social. Cooley (1902) citado por Castro López (2013).

Los estudios posteriores realizados por Mead, Cooley y Baldwin consideraron que el *self* era primordialmente una construcción social, elaborado a partir de los intercambios lingüísticos (interacciones simbólicas) con los demás. Cooley (1902) citado por Castro López (2013) desarrolló su noción de autoconcepto a partir de la metáfora del espejo, la cual concibe que la percepción

que uno tiene sobre sí mismo la determina las reacciones de los demás hacia él; por lo tanto los otros significativos constituyen el espejo social en el cuál el individuo se mira para detectar sus opiniones hacia él. La percepción de estas opiniones es la principal fuente de información para la formación del autoconcepto. Además considera que en la formación del autoconcepto confluyen tres elementos principales: 1) la idea que nosotros nos formamos sobre cómo es nuestra apariencia para la otra persona, 2) la idea que nosotros nos formamos sobre la valoración que hacen los demás de nuestra propia apariencia, y 3) el sentimiento resultante sobre nosotros mismos.

De esta forma si la persona considera que los demás han realizado una valoración positiva sobre su propia apariencia sentirá satisfacción personal, mientras que si por el contrario cree que ha sido juzgado negativamente, su sentimiento será de humillación o insatisfacción.

Por otro lado también se debe destacar a Mead, que amplía el *self* social de James y desarrolla las ideas de Cooley. Como James, encuentra la esencia del *self* en la distinción entre el Yo y el Mi, y lo mismo que Cooley, considera el *self* como un fenómeno social. Su principal aportación consiste en demostrar que la mente y el *self* son el resultado de un proceso social y que el lenguaje, en forma de gesto vocal, es el que posibilita el mecanismo para su emergencia. “El gesto vocal incide sobre un individuo en la misma forma en que incide sobre otro” Mead (1922) citado por Castro López (2013).

Tanto James, Mead, Cooley y Baldwin no centran el autoconcepto únicamente en una percepción individual basada solo en los juicios que hace la persona sobre sí mismo, sino que también ejerce gran importancia la interacción que tiene el individuo con el entorno y las críticas positivas y negativas que hacen respecto a él. Por lo tanto el concepto que tiene la persona sobre sí mismo se verá complementada por lo que uno piensa de sí mismo y lo que los demás piensan de él/ella. Entonces el autoconcepto se ha visto desde hace siglos atrás como un constructo social.

2.2.1.2 Aproximaciones Conceptuales del Autoconcepto

El autoconcepto es uno de los constructos que ha suscitado mayor interés en científicos de diferentes disciplinas. Este constructo se ha definido como las percepciones del individuo sobre sí mismos, formadas a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, de manera especial, por los refuerzos de los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta. Shavelson, Hubner y Stanton, (1976)

Haciendo referencia a distintos atributos o características, se utilizan de modo intercambiable las denominaciones de autoconcepto, autoimagen, representación de sí mismo, autoestima, etc. En general, la terminología más utilizada es autoconcepto y autoestima. Saura Calixto (1996).

Intentando distinguir entre autoconcepto y autoestima algunos autores limitan el término autoconcepto a los aspectos cognitivos del “sí mismo” y utilizan la denominación de autoestima para los aspectos evaluativo-afectivos. Así pues Philip Rice (2000); Branden N. (2001) se refieren al autoconcepto como el concepto que cada individuo tiene sobre sí mismo, esto implica una evaluación cognitiva consciente que cada uno realiza sobre sí mismo, el cual consiste en quién y en qué pensamos que somos (nuestros rasgos físicos, psicológicos, nuestras cualidades, nuestros defectos). Mientras que el autoestima es el componente evaluativo del concepto que se tiene de sí mismo, dicho de otro modo es la consideración que se tiene así mismo.

Rogers (1982, citado por Saura Calixto, 1996) dentro de su teoría de la personalidad sostiene que el autoconcepto o yo fenomenológico o experimental, hace referencia a la forma en que la persona se ve y siente (Aquí están incluidas imágenes reales e ideales). Distingue Rogers entre sí mismo real y sí mismo ideal, afirmando textualmente sobre el autoconcepto: “Confirmación organizada de percepciones del sí mismo, admisibles en la conciencia. Está integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás y el ambiente; las cualidades que se perciben y se asocian con experiencias y con

objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas”.

Según lo planteado por Rogers, cuando la realidad externa es congruente con la realidad subjetiva, cuando se establece un cierto grado de correspondencia entre la imagen que el sujeto tiene de sí mismo (imagen real) y aquella que se desea tener (imagen ideal), puede afirmarse que la persona ha alcanzado la madurez. Por el contrario, cuando existe oposición e incongruencia entre la experiencia con el propio autoconcepto, se produce la desadaptación del individuo ya que se hace imposible simbolizar o hacer consciente dicha experiencia.

De acuerdo los autores ese concepto modela nuestro destino; es decir que la visión más profunda que tenemos de nosotros mismos influye sobre todas nuestras elecciones y decisiones más significativas y, por ende, modela el tipo de vida que nos creamos. Entonces el autoconcepto se considera una característica inherente al ser humano. Implica juicios que le permiten conocerse, reconocerse y definirse; esto significa que forman parte de su conciencia de ser y estar.

2.2.1.3 El Autoconcepto a través de las diversas etapas del desarrollo

El individuo en interacción con el ambiente, va evolucionando, experimentando cambios en su desarrollo, alcanzando niveles cada vez mayores de complejidad, organización, estabilidad. Por ello con la edad, va siendo más capaz de organizar el conjunto de percepciones sobre sí mismo en generalizaciones (conceptos). De esta forma, el desarrollo partirá de un estado de globalidad y falta de diferenciación a otro de diferenciación e integración jerárquica. Así, el autoconcepto llegará a ser multifacético. Las facetas que lo integran se irán diferenciando, articulando y organizando paulatinamente con la edad, llegando a una mayor complejidad, consistencia y estabilidad. Saura Calixtro P. (2002)

L'ecuyer (1985, citado por Saura Calixtro P, 2002) propone 6 etapas en la evolución del autoconcepto:

A) Emergencia del sí mismo:

Abarca desde los 0 hasta los 2 años, en esta etapa de desarrollo según el autor, se produce la diferenciación entre el yo y los otros y también el desarrollo de la imagen corporal. Todo gira alrededor de la imagen corporal que será la dimensión central en esta etapa. A partir de las múltiples interacciones niño-adultos, en el entorno próximo al niño, se propiciará la aparición paulatina de otro tipo de percepciones e imágenes más profundas (ser valioso, amado, etc.) que se plasmarán más tarde como estima de sí mismo. Así la centralidad de la dimensión corporal en esa edad cambiara al final de este periodo a favor de otras dimensiones.

B) Confirmación de sí mismo:

Abarca desde los 2 hasta los 5 años, en esta etapa se pasa del sentido vago y escasamente definido a una fase de afirmación paulatina del sí mismo, propiciado por los intercambio con adultos y sobre todo por la interacción más frecuente con otros niños.

A los tres años ya se hallan presentes las principales dimensiones del autoconcepto. La conciencia más definida de sí mismo, el sentido de identidad se manifiesta a través de: Oposición (negativismo propio de los tres años), que refuerza su sensación de individualidad, de ser valioso. Comportamiento imitativo, juegos de alternancia de papeles que propician por un lado la necesidad de identificarse por medio de la sensación de identidad de sí mismo. Posesiones y lenguajes, es frecuente en estas edades la utilización de pronombres personales que ponen de relieve una conciencia más definida de sí mismo diferenciándose de los demás a través de sus posesiones (lo mío) y todo aquello que reconoce en él mismo (yo).

C) Expansión del sí mismo:

Abarca desde los 5 hasta los 10-12 años, la iniciación de la etapa escolar supone un conglomerado de experiencias nuevas para el niño: la escuela, los amigos, la familia, etc. Son fuentes de nuevas exigencias a las que el niño ha de responder, se pone de manifiesto en esta etapa la insuficiencia del sistema perceptual adquirido hasta entonces. Este período de expansión del sí mismo constituye una etapa en la que se incrementa el número de autopercepciones e imágenes de sí mismo que influyen en el autoconcepto. También se observan variaciones en grado de importancia de ciertas dimensiones. En definitiva, es un momento del desarrollo del autoconcepto en el que aumenta, se organizan y jerarquizan distintas dimensiones del sí mismo.

D) Diferenciación del sí mismo:

Abarca de los 10-12 hasta 18-20 años, tras el período de expansión propio de la etapa anterior, la maduración física, las experiencias académicas y el logro de cierta autonomía personal originan una reformulación y diferenciación del sí mismo. Se observa mayor agudeza en la percepción y aparecen nuevas percepciones más profundas de sí mismo, identificaciones abstractas e ideológicas que constituirán su verdadera identidad pues el adolescente se esforzará en adoptar ciertos criterios como personales. Estos regirán su vida.

En esta época al mismo tiempo se aumentan las percepciones de sí mismo en cantidad y calidad, se observa una mayor interrelación entre estas percepciones. Por otra parte, ciertas dimensiones del sí mismo pierden centralidad (sí mismo posesivo, somático, actividad) y ganan en importancia otras percepciones (imagen corporal, estatus, rol, valores, etc.).

E) Madurez del sí mismo:

Abarca de los 20 a 60 años. En función de las experiencias vividas: de éxito o fracaso en el campo laboral, familiar, estatus logrado, capacidad física, etc. El autoconcepto evoluciona y sufre diferentes reformulaciones a lo largo de la vida.

En el sí mismo hasta los 40 o 45 años, se observan tendencias expansivas (interés social). A partir de esta edad esas tendencias son reemplazadas progresivamente por una mayor centralización en procesos interiores.

F) El sí mismo en edades avanzadas:

A partir de los 60 años, en esta etapa resulta difícil precisar una descripción del autoconcepto, pero en general, puede afirmarse que se produce una redefinición del propio autoconcepto debido a la repercusión de múltiples factores tales como el envejecimiento, disminución de las capacidades físicas, enfermedad, pérdida de la identidad profesional, pérdida de personas queridas, etc.

Luego de analizar las diversas etapas del autoconcepto se entiende que, el autoconcepto no comprende una sola fase, ni mucho menos es estática, es imposible que el concepto que teníamos de nosotros cuando éramos niños sea el mismo que tenemos en la actualidad. Esto se debe a que a lo largo de nuestra vida vamos adquiriendo nuevas experiencias, nuestro entorno social se expande, adquirimos nuevas habilidades o fortalecemos las que ya teníamos, nos planteamos nuevos objetivos y metas; es decir estamos en constante evolución y cada nueva experiencia sea de éxito o fracaso va a incrementar el número de autopercepciones sobre nosotros mismo los cuales influyen en el autoconcepto. Desde que nacemos hasta que morimos el autoconcepto sufre diversas reformulaciones.

2.2.1.4 Modelos teóricos de la Estructura del Autoconcepto

Existen cuatro modelos diferentes que describen al autoconcepto estos son: nomotético, jerárquico, taxonómica y compensatorios. Byrne (1984); Strein(1993) citados por Véliz Burgos (2010)

El modelo nomotético, que de acuerdo a Soares y Soares (1983), promueven la idea de un autoconcepto general que guía el comportamiento, en lugar de múltiples dimensiones del autoconcepto que se aplican en diferentes contextos. En este modelo los principales representantes son Coopersmith y Rosemberg. Por el contrario, el modelo jerárquico, se basa en gran medida en los planteamientos de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), quienes representan el autoconcepto de manera multidimensional. En este modelo, dominios específicos dominios específicos del autoconcepto (por ejemplo autoconcepto académico, y autoconcepto físico) bajo un autoconcepto más amplio, general. En esta jerarquía este autoconcepto general, definido como la autopercepción de sí mismo, se cree que es más estable que los dominios específicos del autoconcepto, que son más dependientes del contexto.

Estrechamente relacionado con el modelo jerárquico se encuentra el modelo taxonómico del autoconcepto. Según este modelo, el autoconcepto también es multidimensional, pero aquí las dimensiones son conceptualizadas de manera independientes unas a otras. Soares y Soares (1983).

Por último se señala al modelo compensatorio. Éste también es multidimensional y apoya la idea de un autoconcepto general. Pero a diferencia de los otros modelos, el modelo compensatorio sugiere que los componentes están inversamente relacionados, en lugar de relacionados proporcionalmente o no relacionados. Es decir, una persona puede tener un bajo autoconcepto en un dominio, pero compensar con un alto autoconcepto en otro dominio. Moritz, et.al. (2009, citados por Véliz Burgos, 2010)

De los cuatro modelos antes mencionados, el que ha recibido más apoyo y aceptación ha sido el modelo jerárquico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).

A continuación se presenta las principales orientaciones en este ámbito, el enfoque unidimensional y el multidimensional.

A) Enfoque Unidimensional del autoconcepto

Véliz Burgos (2010) afirma que, históricamente, el estudio del autoconcepto estaba dominado por una perspectiva unidimensional, en la cual este constructo era típicamente representado por un único puntaje que hacía referencia al autoconcepto general, autoconcepto total, autoconcepto global o, en ocasiones, autoestima global.

Los enfoques unidimensionales del autoconcepto sugieren que este constructo es consistente en los diferentes dominios de la conducta humana. Esto implica, por ejemplo, que, en las intervenciones académicas, el autoconcepto general es la variable estable predictora de dominios específicos. Esta orientación es evidente entre los investigadores más destacados desde la década de 1960 a mediados de la década de 1980, quienes centran su atención en los aspectos comunes, más que en las diferentes respuestas de los individuos, planteando una única dimensión, como la medida por Rosenberg (1963) o la defendida por Coopersmith (1967); García, Musitu y Veiga, (2006) citados por Véliz Burgos (2010).

De la misma manera, Coopersmith, (1967) y Marx y Winne (1978) citados por Véliz Burgos (2010), argumentaron que autoconcepto era una construcción de unidimensional, que las posibles dimensiones del autoconcepto estaban dominadas fuertemente por un factor general. Éste podría ser diferenciado adecuadamente y debía ser el centro del estudio.

B) Enfoque Multidimensional del autoconcepto

De acuerdo con este modelo las personas tenemos una autoevaluación global de uno mismo, pero, al mismo tiempo, también tenemos diferentes autoevaluaciones específicas. Por tanto, el autoconcepto presenta diversos constructos o aspectos relacionados (no ortogonales) pero distinguibles que pueden encontrarse diferencialmente relacionados con diferentes áreas del comportamiento humano. García, Musitu y Veiga,(2006); Tomás y Oliver, (2004) citados por Fuentes, García, Gracia y Lila (2011).

Las medidas multidimensionales del autoconcepto ofrecen mediciones más sensibles, concretas y ajustadas. Además de ello, los autores pusieron énfasis en la red de contenidos nomológicos existente entre las diferentes dimensiones del autoconcepto, por ejemplo, dividieron el autoconcepto en componentes académicos y sociales, dentro de ellos los dominios académicos y los subdominios social y físico son los más estudiados. Mash (2005), citado por Véliz Burgos (2010)

Shavelson, Hubner y Stanton (1976) definen siete características básicas del autoconcepto. 1) Está organizado o estructurado, esto significa que las personas categorizan la información que reciben acerca del mundo y de sí mismos y utilizan estas categorías para representarse a sí mismos. 2) Es multidimensional, está compuesto por dimensiones y estas en particular reflejan a la personas y el sistema de categorías adoptado por un individuo en particular o por un grupo de individuos. 3) Su estructura es jerárquica, con la percepción de la conducta personal en situaciones específicas que está en la base de la jerarquía, inferencias acerca de diversos dominios (Ejemplo social, físico y académico) en la mitad de la estructura jerárquica y el autoconcepto global en la cima. 4) El autoconcepto global es estable, el autoconcepto incrementa en la medida que se asciende en la jerarquía de los dominios. 5) El autoconcepto incrementaría su multidimensionalidad en la medida que se avanza de la infancia a la adultez. 6) Tiene un carácter descriptivo y uno evaluativo, de cómo los individuos se describirían a sí mismos. Esta evaluación sería en algunas circunstancias ideal,

una reflexión personal, relativa a la comparación con los pares, las expectativas de otros. También existirían diferencias con las dimensiones específicas del autoconcepto. 7) Es diferenciable de otros constructos con los cuales está relacionado teóricamente (habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, físicas, entre otros).

Entonces como ya se ha señalado el autoconcepto global, podría dividirse en autoconcepto académico y autoconcepto no académico. El primero está dividido en áreas particulares tales como matemáticas, inglés, lenguaje y el segundo en tres áreas básicas: social, emocional y físico, cada una dividida en otras habilidades específicas. Marsh (2005) citado por Vélez Burgos (2010).

Históricamente, han sido muchas las teorías que se han formulado sobre el autoconcepto pero en esta investigación se tomará como base la teoría Multidimensional formulada por Shavelson, Hubner y Stanton (1976), que definía este constructo mediante un modelo jerárquico y multidimensional.

2.2.2 Autoconcepto Físico

Desde los estudios de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), se adopta de forma generalizada por parte de la comunidad científica una concepción jerárquica y multidimensional del autoconcepto, en la que se presta atención particularizada a dimensiones como la social, la académica, la personal o la física, que es en la que se basa esta investigación. Esta variable física (Autoconcepto físico) está muy relacionada con la adopción de conductas saludables o menos saludables. El autoconcepto físico se entiende como la opinión y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico. (Goñi, Ruiz y Rodríguez, 2006).

Entonces, el autoconcepto físico conforma una de las dimensiones del autoconcepto general en la que se subsuman todas las informaciones referidas al propio cuerpo (Ríes, 2011). Dichas informaciones referidas al cuerpo proceden

tanto de la percepción subjetiva de las capacidades físicas (que se resumen en el conjunto de condición física); como del atractivo físico (actitud hacia el propio cuerpo). (Castro López, 2013).

La naturaleza multidimensional del autoconcepto físico está totalmente aceptada pero, cuantas identidades lo componen sigue siendo tema de discusión. Las dimensiones habilidad física y la apariencia física, resultan indiscutibles, pero suelen añadirseles otras más. Bracken (1992) citado por Castro López (2013), por ejemplo, distingue los ámbitos de competencia física, apariencia física, forma física y salud.

El modelo de Fox y Corbin (1989), por su parte, contempla las cuatro siguientes dimensiones: 1) habilidad física definida como la autopercepción de la habilidad atlética y deportiva de la capacidad de aprender destrezas deportivas y de la seguridad para desenvolverse en contextos deportivos, 2) condición física, descrita como condición y forma física, resistencia y fuerza, capacidad para persistir en el ejercicio, confianza en el estado físico, 3) atractivo físico, es la percepción de la apariencia física propia y de la capacidad para mantener el tipo corporal delgado y atractivo y 4) fuerza física, que viene a ser la confianza para afrontar situaciones que requieren fuerza y desarrollo muscular. Estas cuatro dimensiones planteadas por los autores son las que se evalúan en el cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF).

2.2.2.1 Autoconcepto Físico y Factores de Riesgo

Los factores de riesgo tal y como lo describe Garner (2010) son aquellos que nos indican un mayor riesgo a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria estos son predisponentes, precipitantes y mantenedores. A continuación se va a analizar la relación que existe entre el autoconcepto físico y algunas de estas variables

En cuanto a la Insatisfacción corporal, Myers y Bicocha (1992) citados por Esnaola y otros (2003), proponen que el autoconcepto físico será positivo o

negativo en función de tres puntos de referencia: el cuerpo ideal socialmente aceptado o promovido por personas significativas para el sujeto; el cuerpo que realmente se posee; y el cuerpo ideal internalizado. Si la discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal es grande se desarrollará un autoconcepto físico negativo y consecuentemente una insatisfacción corporal elevada, la cual pudiera incluso dar origen a una anorexia, una bulimia o una vigorexia

Así mismo la autoestima es de suma importancia durante el desarrollo, ya que si los jóvenes al autoevaluarse y compararse con otros jóvenes, respecto a su cuerpo, habilidades, capacidades, se sienten bien y a su vez se aprueban, la autoestima se verá elevada; por el contrario si existe desaprobación y concepto negativo de sí, se sentirá desdichada, incapaz, sin suerte y su autoestima bajará en gran proporción.

En cuanto al perfeccionismo se hace referencia a que la persona durante la adolescencia está constantemente buscando, planeando nuevas metas; lo cual está relacionado a lo que es la autoestima, un joven con autoestima elevada se trazará metas más "difíciles" que en un adolescente con baja autoestima, el deseo de cumplir estas metas es un atributo admirable, sin embargo, convertir el perfeccionismo en una obsesión es nocivo. Cuando un adolescente o joven perfeccionista se está autoevaluando constantemente y está rechazando sus acciones, tratándolas como imperfectas, es debido a que existe una insatisfacción constante consigo mismo. Siente temor y rechazo; se muestra defensivo ante la crítica y se enfurece cuando le contradicen, tratando compulsivamente de evitar el fracaso Leahy (1989) citado por Esnaola y otros (2003).

El miedo a la madurez según afirma Garner (2010) en inventario de trastornos de la conducta alimentaria, es un rasgo relacionado con la insatisfacción corporal. La pérdida de peso y la dieta juegan un papel funcional al proporcionar un medio de regresar a su apariencia y estado hormonal prepuberal. Esto les permite evadirse de la confusión, los conflictos y las expectativas de desarrollo asociadas a la adultez. Este miedo a desarrollarse puede estimular otros miedos e incertidumbres relacionadas con el cambio de roles, cambios ante

los cuales el adolescente, los padres o ambos se sienten poco preparados o incapaces de manejarlos.

Chinchilla (2003) hace referencia a factores importantes como la ansiedad, la cual casi siempre está presente en los adolescentes con alta insatisfacción corporal derivada del rechazo a su cuerpo y de la búsqueda del cuerpo ideal y la desconfianza interpersonal, que según fundamenta el autor aquellos que poseen un autoconcepto físico negativo presentan más dificultades en sus relaciones con los demás.

La insatisfacción con el físico frecuentemente va asociada a diferentes grados de depresión, ya que está demostrado que la depresión influye en el origen de la anorexia y bulimia. Esnaola y otros (2003) Plantean que el autoconcepto físico negativo origina una baja autoestima y de que los bajos niveles de autoestima generan depresión cuyo grado sería muy breve en un principio. Para intentar alcanzar el cuerpo ideal deseado el sujeto llevaría a cabo variadas conductas, pero estas conductas, si son infructuosas, rebajarían más la autoestima, elevándose consiguientemente el nivel de depresión. El sujeto realizaría más conductas para alcanzar el cuerpo que desea sin conseguirlo; y de este modo se entra en el círculo vicioso que lleva a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y a elevar la depresión.

Como se ha podido notar, la insatisfacción con el físico marca un punto de referencia muy importante para desencadenar algún tipo de trastorno de conducta alimentaria y más aún cuando se está en una etapa de desarrollo en donde se incrementa el número de autopercepciones sobre sí mismos como es la adolescencia; en donde con la finalidad de buscar la aprobación de los otros para integrar un determinado grupo y ser socialmente aceptado se recurren a medidas de alto riesgo como lo son las restricciones alimentarias, purgas, provocarse vómitos, dietas extremas, entre otros. Es aún más preocupante el hecho de que una persona no solamente tiene un factor de riesgo si no que estos están asociados a otros e implica una situación más alarmante aún, como un tejido

grueso de factores que solidifican las conductas patológicas de los trastornos alimentarios.

2.2.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.2.3.1 Análisis Histórico

En el transcurso de la historia la literatura religiosa ha tenido muchos relatos de lo que probablemente fueran cuadros, más o menos completos, de anorexia nerviosa. Se trata de descripciones de sujetos piadosos, que repudian los deleites de la carne. La literatura sin embargo no hace referencia a ningún tipo de tratamiento. Beumont (1987) citado por Sánchez Guarnido (2002).

Se tienen indicios de la existencia de anorexia nerviosa desde el siglo XVII, cuando se describieron casos del llamado “ayuno milagroso”. Se trata de mujeres adolescentes que eran exhibidas en público por su delgadez extrema, y de las que se decía que no comían ni bebían durante años gracias a una protección divina. La descripción del artista Frank Kafka de un anoréxico en su obra titulada “Un artista Hambriento”, es claramente reveladora de la existencia del problema en esa época. La primera descripción científica de la anorexia nerviosa se la atribuye a Richard Morton, quien en 1689 describió el caso de una joven de 17 años con lo que él denominó “consunción nerviosa” causada por la “tristeza y cuidados ansiosos”. Freyre Román (1994)

Sánchez Guarnido (2002) resalta la importancia de la descripción que hace Morton, ya que en esta descripción están presentes ya los elementos básicos de la descripción de la anorexia nerviosa: amenorrea, disminución del apetito, estreñimiento, delgadez extrema, tendencia a la hiperactividad a pesar de la caquexia e indiferencia de la paciente ante su estado físico. Su esquema etiológico es muy elemental, ya que atribuye a las causas nerviosas y a la imaginación un papel causal importante tanto en la consunción nerviosa como en la orgánica.

En el siglo XIX apareció en la literatura médica la anorexia nerviosa de la mano del Dr. Luis Víctor Marcé, quién en 1860 publicó un estudio titulado "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco y caracterizado principalmente por el rechazo alimentario". En este estudio, Marcé comienza a pincelar el síndrome que luego se llamaría "anorexia nerviosa". Los sujetos que padecen este trastorno son habitualmente, para el autor, jóvenes de sexo femenino en el periodo de la pubertad, que son psíquicamente débiles, predispuestas a la insania por sus antecedentes hereditarios y que se vuelven más impresionables por la alteración nerviosa profunda que acompaña al establecimiento de la menstruación, cayendo en un estado de delirio parcial, con un debilitamiento de su energía intelectual y de sus sentimientos afectivos. Sánchez Guarnido (2002).

De acuerdo con Freyre Román (1994) quien hace un análisis histórico de la anorexia nerviosa los primeros estudios formales y científicos de esta enfermedad estuvieron a cargo de Sir William Gull en Inglaterra y de Charles Laségue en Francia, a fines del siglo XIX. Fue, precisamente, el citado investigador británico el que acuñó la denominación de anorexia nerviosa a la enfermedad, y que persiste hasta la actualidad a pesar de ser inapropiada porque, en realidad, no existe una verdadera pérdida del apetito. Laségue por su parte, la llamó "anorexia histérica" al sospechar su origen psicológico.

Entre 1940 y 1965, con el impacto de la teoría psicoanalítica, también la anorexia nerviosa fue sometida a interpretaciones de este tipo, y se propuso que se debía a fantasías subconscientes en las que predominaba el miedo a la impregnación sexual oral, por lo cual las pacientes dejaban de alimentarse.

Entre 1961 y 1981, se dan las eras "psicosocial" y "neuroendocrina" de la anorexia nerviosa. En este sentido destaca el trabajo de Hilde Bruch, quien en 1961 produjo un gran impacto al describir los disturbios perceptuales y conceptuales de estas pacientes rechazando la teoría psicoanalítica. La Dra. Bruch describió tres alteraciones psicológicas básicas en la anorexia nerviosa: a) trastorno de la imagen corporal; b) incapacidad para reconocer sensaciones corporales; y, c) sensación paralizante de ineficacia personal. Ella fue quien

primero describió a las anoréxicas como mujeres que actúan para satisfacer demandas externas y ajenas, siendo incapaces de satisfacer las propias.

A partir del año 1981 se desarrolla paulatinamente el criterio multifactorial de la enfermedad, iniciando por el trabajo de Alexander Lucas, y que ha seguido perfeccionándolo hasta la actualidad. El modelo etiopatogénico de Lucas sugiere la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar la anorexia nerviosa, sobre la base de una vulnerabilidad biológica y la influencia determinante de factores psicosociales de Lucas se demuestra cómo la predisposición biológica y los problemas familiares y sociales, unidos a conflictos intrapsíquicos, se combinan en un clima determinado para originar la conducta dietética típica de los anoréxicos. La pérdida de peso, a su vez, conduce a la malnutrición, la cual produce cambios físicos, funcionales, y emocionales en el paciente; perpetuándose el círculo vicioso.

La Bulimia, en su significado estricto de sobrealimentación, se conoce desde antiguo, pero desde un punto de vista médico-histórico, tiene un interés menor que la anorexia nerviosa. Así como anorexia nerviosa tuvo una mayor incidencia en la Edad Media, la bulimia ha presentado un gran incremento en su prevalencia en la sociedad moderna, siendo reconocida como trastorno en un corto periodo de tiempo.

Las primeras descripciones clínicas sistemáticas sobre sobrealimentación aparecieron entre 1890 y 1940. Más tarde, Bruch (1962) y Thoma (1967) hicieron alusión a los casos de sobrealimentación observados en pacientes con anorexia nerviosa considerando que estas conductas eran síntomas sobreañadidos en los pacientes anoréxicos, más que la expresión de un trastorno clínico diferente. En 1979 la bulimia nerviosa fue identificada como una enfermedad diferenciada, para la que no existían definiciones específicas previas en la literatura. Russell (1979, 1993, 1995) citado por Sánchez Guarnido (2002).

Buscando antecedentes históricos de conductas bulímicas, Nasser (1993) citado por Sánchez Guarnido (2002) ha examinado las prácticas de inducción al

vómito y catarsis en Egipto, Grecia, Roma y Arabia. En el antiguo Egipto se purgaban durante tres días sucesivos cada mes, usando eméticos para preservar la salud, lo que supone que los purgantes eran un remedio popular, cuyo uso aumentó enormemente en la Edad Media. En el siglo XVII, eméticos y purgantes eran elementos comunes de tratamiento. Nasser refiere que el hecho de utilizar el vómito como sistema de control del peso no tiene un efecto importante en la génesis de los trastornos alimentarios, ya que en el pasado se utilizaban con profusión los eméticos y purgantes, muchas veces prescritos por médicos.

Una serie de 30 pacientes, obtenida entre 1972 y 1975 en el servicio de psiquiatría de un hospital general, fue descrita por Russell en 1979. El síntoma central de la descripción lo constituyó la auto provocación del vómito, como reacción compensatoria frente a los episodios de sobrealimentación, de tal manera que los pacientes reconocían que los vómitos tenían como finalidad contrarrestar el aumento de peso que podía producirse como consecuencia de la ingesta alimentaria excesiva. La relación estrecha de la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa fue referida por Russell, cuando la definió como una “forma ominosa” de este trastorno. Sánchez Guarnido (2002).

Cuando se publicó el DSM-III (APA-1987), se incluyó en el mismo un trastorno denominado “bulimia”, comenzando a ser considerada internacionalmente como entidad diagnóstica.

Como se ha podido notar a lo largo de la historia ya habían casos particulares que daban indicadores de alteración en la conducta alimentaria, hábitos que en un inicio eran vistos como rarezas o formas de vida milagrosa y que con el pasar del tiempo y el incremento de casos se fueron convirtiendo en objeto de estudio, debido al mismo patrón de comportamiento. En el caso de la anorexia lo que reforzaba esta tipo de conducta vendría a ser la sobrevivencia a pesar de no ingerir alimento alguno, la misma que se le atribuía a algún don o protección divina que obedecía a ciertas creencias y prácticas religiosas. Del mismo modo la bulimia que inicia como una práctica saludable para limpiar el

organismo, luego con el incremento de la conducta es considerada una conducta compensatoria que evita el ganar peso.

2.2.3.2 Aproximaciones conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son definidos de manera general por el DSM-IV como alteraciones graves de la conducta alimentaria teniendo como característica principal la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. Estos trastornos pueden afectar a personas de cualquier edad pero se diagnostican con mayor frecuencia en la adolescencia afectando tanto a la población masculina como femenina. Estos trastornos de la conducta alimentaria son multideterminados y de naturaleza heterogénea, el marco más aceptado en la actualidad para comprender los factores que contribuyen a su desarrollo es un modelo conceptual amplio basado en los “factores de riesgo” Garner y Garfinkel (1980) citado por D.M. Garner (2010).

Raich (2002) y Gómez del Barrio & col. (2012) coinciden en que la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica que se acompaña de distorsión en la percepción corporal, de un miedo intenso a la obesidad y de un afán desmedido por el control de la dieta, originando graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta como darse atracones o inducirse al vómito y como consecuencia se originan problemas físicos o del funcionamiento psicosocial.

Para lograr identificar con más claridad estos trastornos Fairburn y Harrison (2003) resumen tres características principales: la primera característica es una alteración persistente de los hábitos de alimentación o del comportamiento del control de peso, la segunda característica es la alteración conductual asociadas al trastorno (por ejemplo sobrevaluación de la forma o el peso) cuyo resultado es un deterioro clínicamente significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial, y por último el trastorno no debe ser secundario a ningún trastorno médico general o a cualquier otra condición psicopatológica.

Entonces se entiende que la persona que padece este tipo de trastornos presenta una alteración por exceso o por defecto en la forma de comer, la cual sería la manifestación externa o visible de la enfermedad ya que el trasfondo está la gran insatisfacción que tiene la persona consigo mismas y con su imagen corporal.

2.2.3.3 Evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

De acuerdo a la descripción que hacen Batlle, Bielsa, Molina, Rafael y Tomas (2007) el trastorno acostumbra a iniciarse con la aparición de pensamientos y preocupaciones relacionadas con la imagen corporal y la estética, y el deseo de controlar y reducir el peso, elementos que incitan a la restricción alimentaria (dietas y disminución de ingesta), alteraciones en el hábito de alimentación y utilización de conductas compensatorias. Estos pensamientos invasivos, de carácter obsesivo y distorsionados; acaban ocupando al paciente la mayor parte de tiempo, movilizándolo de forma colateral una situación anímica caracterizada por la presencia de aspectos ansiosos-depresivos que favorecen la inestabilidad.

Los pensamientos distorsionados característicos en las personas con trastornos de conducta alimentaria según Batlle y otros (2007) son: 1) de control/descontrol, esto significa que la persona tiene la necesidad de controlar todo lo que come, ya que si no lo hace todo será un caos desde su perspectiva, además surgen pensamientos como “si soy delgada podré tener éxito en la vida” o “los delgados tienen más éxito”; 2) pensamientos sobre la comida y el peso, lo cual implica que la persona asume que todo lo que come de una forma u otra la va a engordar y se va a convertir en grasa en su cuerpo, surgen pensamientos como: “nunca conseguiré el peso deseado” o “si he perdido un kilo, puedo perder más”; 3) pensamientos sobre la imagen corporal, estos pensamientos son como “autocríticas” y hacen referencia a lo mal que se sienten con su físico y las ganas que se tiene de tener una figura “ideal”, aparecen pensamientos como: “mi cuerpo no me gusta”, “He de lograr la figura que deseo”; y por último 4) los pensamientos

referidos a la baja autoestima, que son muy frecuentes ya que la persona cree que no es lo suficientemente bueno para agradarle al resto, ya que experimentan sentimientos negativos sobre sí mismo, por ejemplo “Si soy más delgado/a gustaré más a la gente y tendré éxito”.

Además de los pensamientos, también se produce una alteración de las percepciones del propio cuerpo (interoceptivas), especialmente, la sensación de hambre y la sensación de saciedad, probablemente producidas por el control alimentario, por causas metabólicas-hormonales (neuroendocrinas) y por las propias distorsiones cognitivas.

Una vez instaurado este proceso, los trastornos anoréxico y bulímico siguen procesos diferentes. Con respecto a la anorexia, se refuerza la conducta de restricción de la comida cuando se logra el objetivo de pérdida de peso, lo que genera satisfacción propia y además cuando recibe la aprobación y/o valoración por parte de los demás en virtud de la pérdida de peso. En caso de no conseguir la pérdida de peso esperada, la persona la interpreta como símbolo de fracaso, lo que genera que aparezcan sentimientos disfóricos que favorecen el incremento de su nivel de control y exigencia por lograr el resultado deseado. Esta espiral es perpetua a modo de círculo vicioso. En la Bulimia la conducta restrictiva es transgredida bruscamente por una sobreingesta motivada por una necesidad imperiosa de comer. Esta necesidad es una combinación tanto de la sensación de hambre como de la ansiedad aguda. La sobreingesta, normalmente, da lugar a la aparición de mecanismos compensatorios. Hay un pequeño número de pacientes que invierten este proceso, iniciando el trastorno bulímico por la aparición de vómitos y restricción alimentaria que van seguidos de sobreingesta. Con posterioridad a la sobreingesta, aparecen sentimientos de culpabilidad y autorrechazo vinculados al no cumplimiento del objetivo restrictivo, facilitando la presencia de conductas compensatorias diversas que dependerán del subtipo. Batlle y otros (2007).

De acuerdo con lo expuesto por los autores, todo trastorno de la conducta alimentaria se inicia con preocupaciones con respecto a la apariencia física, estas

preocupaciones suelen presentarse en un inicio como simples observaciones y autocríticas que genera disconformidad y cierto rechazo a como luce la persona. Estas “autocríticas” con el tiempo son más severas, no son simples puntos de vista, y más aún cuando la persona encuentra “modelos de referencia” que llega a idealizar y con la finalidad de conseguir ser como estos recurren a realizar conductas de control alimenticio de alto riesgo. Queda claro entonces que durante el inicio y trascurso de la patología alimentaria son los pensamientos distorsionados lo que sirven de motor para seguir realizando ese tipo de conductas; estos pensamientos asechan a la persona, quien se centra únicamente en su aspecto físico y descuida otros aspectos importantes de su vida; es por ello que, cambiar el esquema cognitivo que tienen estas personas resulta ser un trabajo arduo que requiere varias sesiones terapéuticas, en donde el paciente una vez consciente de su problema debe aprender a controlar cierto tipo de pensamientos intrusivos.

2.2.3.4 Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los investigadores en esta rama han trabajado arduamente para encontrar aquella causa fundamental de los trastornos y en base a ello se han originado multitud de teorías más o menos contrastadas. Algunas de ellas han adquirido mucha popularidad y son de dominio público; por ejemplo, en la anorexia nerviosa fácilmente se oyen comentarios acerca de la culpa familiar (especialmente de la madre) o la del miedo a crecer y convertirse en adulta, pero no por ser conocidas son ciertas. No se ha hallado apoyo científico a estas hipótesis, sino más bien se ha desconfirmado. Actualmente, nadie cree que exista una sola causa que explique la eclosión de los trastornos alimentarios. La opinión más generalizada es que son de origen multicausal, es decir, que se ha de dar una conjunción de factores para que se pueda presentar el trastorno. Pero aún hay más, una gran mayoría de investigadores lo describen como continuum en el que en un extremo estarían las personas que tienen preocupaciones por su figura y hacen dieta, pero no presentan trastornos, y en el otro extremo se hallarían las personas que presentan bien claramente establecidas la anorexia y/o bulimia nerviosas u otras alteraciones. (Raich, 2002).

A parte de la presión sociocultural a la esbeltez y del miedo a engordar se han descrito muchísimas otras causas, que tienen una mayor participación en la eclosión, mantenimiento y diversidad de presentación (restricción o descontrol) de los trastornos alimentarios.

A continuación se presenta los factores de riesgo a padecer trastorno de la conducta alimentaria y la clasificación propuesta por Toro y Villardell (1987) quienes dividen los factores causales en predisponentes, precipitantes y mantenedores, y que a través de tiempo se ha ido complementando y detallando de manera más específica como lo hacen Batlle, y otros (2007). Este modelo de factores multicausales es el que se toma como referencia en esta investigación y la que sustenta teóricamente el instrumento utilizado en la evaluación de la muestra; en base a este modelo los factores se describen de la siguiente manera:

I) Factores predisponentes:

Son las condiciones o situaciones que hacen más probable la aparición del problema alimentario Toro y Villardell (1987, citado por Raich, 2002); estos factores están relacionados con la mayoría de los trastornos de la salud mental Batlle y otros (2007). Entre los factores predisponentes tenemos los siguientes:

Entre los factores predisponentes los autores describen tres subtipos factores individuales, familiares y socioculturales. Dentro de los factores individuales se considera la edad, debido a que estos trastornos de la conducta alimentaria acostumbran a presentarse con una frecuencia mayor durante la pubertad y sobre todo en la adolescencia, así mismo el género es considerado un factor predisponente en una proporción 10:1 en relación mujer-hombre. Haber tenido o padecer algún tipo de sobrepeso. Las causas emocionales y afectivas también predisponen a desencadenar un trastorno alimentario debido a que las personas que llegan a tener estos trastornos, es porque tienen una forma de respuesta emocional más lábil que otras, ya que se observan rasgos de mayor inestabilidad emocional, introversión y vulnerabilidad a las situaciones de estrés en estos tipos de patologías. Aquí se incluirán aquellas teorías que pretenden que estos

trastornos son subformas depresivas, así como las que reflejarían que existe un elevado grado de ansiedad. Se hace referencia también a los aspectos genéticos, pero más que una predisposición genética para desarrollar un TCA, se observa una predisposición a determinados patrones de personalidad o lo que parece más probable, hacia los trastornos afectivos. El bajo autoconcepto y los rasgos de personalidad obsesivos con perfeccionismo y niveles de exigencia y control, tanto propios como en los antecedentes familiares.

Dentro de los factores predisponentes familiares, se hace referencia a las características familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos, tal como familiares de primer grado que presentan trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y también estatus socioeconómico medio-alto y en algunos casos (anorexia) edad de los padres más elevada. Toro y Vilardel (1987, citado por Raich, 2002). Así como también los malos hábitos alimentarios que se tiene en el hogar, la actitud de sobreprotección, de afectividad superficial, excesivamente tolerantes, con roles poco definidos, hostilidad entre los miembros de la familia y la presión de los iguales.

Los factores socioculturales que predisponen a desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria es la educación basada en la sobrevaloración de la imagen corporal; con presencia de bromas, actitudes y conductas familiares en relación con el peso y la imagen corporal que favorecen la aparición de esquemas que sobrevaloren el hecho de estar delgado, con prejuicios sobre la obesidad y que condicionen la necesidad de aprobación social Battle y otros (2007). Pero hay que tener en cuenta que esta presión está ejercida sobre todas las mujeres y que afortunadamente no todas presentan dichos trastornos. Toro y Vilardel (1987, citado por Raich, 2002). También se considera las actividades físicas o deportivas con unas características de exigencia sobre el peso del deportista.

II) Factores precipitantes

Se refieren a las situaciones que funcionan como “disparadores” del trastorno alimentario Raich (2002), estos factores están vinculados de una forma muy directa a la aparición de los TCA. Batlle y otros (2007)

Se considera a factores tales como las críticas peyorativas respecto al cuerpo (sobre todo provenientes del ámbito familiar y del grupo de iguales) lo que conlleva al inicio de dietas la cual es considerada como el factor desencadenante de mayor peso específico en la aparición de los TCA. La dieta restrictiva parece ser la causa más cercana al desencadenamiento de episodios de sobreingesta, ya que siguiendo a la teoría de la contra regulación de Polivy Herman (1985, citado por Raich, 2002) el hecho de mantener una restricción frente a determinados alimentos especialmente prohibidos, genera que cuando por la circunstancias que sea se rompe la dieta estricta, la persona que la sigue se descontrola totalmente y consume grandes cantidades de dichos alimentos. Las rápidas fluctuaciones en el peso; con especial relevancia la pérdida brusca de peso, refuerza de forma positiva el mantenimiento de las dietas. Los cambios corporales, muy característicos en la etapa de la adolescencia y los acontecimientos vitales potencialmente estresantes que son aquellas circunstancias que aparecen en la vida de una persona y que dan lugar a cambios y exigen un nivel de adaptación significativo en la persona. La aparición de una de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone; por ello, se crea un nivel de tensión que en el caso de los trastornos alimentarios puede producir el inicio de los mismos. También se considera un factor precipitante las enfermedades clínicas que conllevan una pérdida de peso o un sobrepeso.

III) Factores Mantenedores

Una vez que se ha instaurado el trastorno existen una serie de factores que intervienen positivamente manteniéndola y obstaculizando su proceso de recuperación. Batlle y otros (2007)

Se encuentran los factores cognitivos, Según Garner y Bernis (1985, citado por Raich, 2002) la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales. Este modelo se aplica especialmente en la anorexia, debido a que una vez que la persona ha tomado la decisión de que es “absolutamente necesario que haga régimen para adelgazar” y se hace, esta conducta queda reforzada por un procedimiento llamado refuerzo negativo (evitación de la aversión) es por ello que realiza regímenes de dietas, provocar vómitos, abusar del ejercicio, consume laxantes y/o diuréticos con la finalidad de huir de la posibilidad de engordar. Por otro lado la pérdida de peso; del mismo modo que funciona como factor precipitante, ayuda en el mantenimiento y cronificación de la patología alimentaria. Dentro de estos factores también se encuentran las conductas purgativas, Rosen y Leitemberg (1982,1988, citados por Raich, 2002) afirman que los episodios de sobreingesta se ven mantenidos porque las bulímicas saben que a continuación podrán usar los mecanismos purgativos, ya que, si no, no son capaces de seguir haciéndolos. El conocimiento de que posteriormente a la sobreingesta podrán deshacerse de sus efectos engordantes les proporciona la seguridad necesaria para llevarlos a cabo. La crisis familiar, también es considerada debido a que la enfermedad altera la dinámica familiar de forma que interfiere y dificulta un restablecimiento de los hábitos, así como también la actitud de los familiares marca un aspecto muy importante ya que la preocupación que se genera en el seno de una familia que tiene a una persona anoréxica es tal que da lugar a las más variadas conductas. A fin de que la muchacha o el chico afectado no sigan adelgazando, se hace todo lo que se puede y esto quiere decir que se premian muchos comportamientos desadaptativos. La interacción social también contribuye al mantenimiento de estas conductas debido a que el entorno del paciente premia la pérdida ponderal y la tenacidad por traer a buen término la dieta restrictiva, potenciando de forma

directa el mantenimiento de la conducta. El aislamiento social siendo también contemplado como un factor de predisposición sobre los TCA, también es un factor de mantenimiento debido al miedo de los pacientes a relacionarse con sus iguales por su “obesidad percibida”. Por último la actividad física excesiva y la latrogenia que se produce debido a las intervenciones de los profesionales que no son correctas, ayudan al mantenimiento de la patología y dificultan su evolución favorable.

Como puede notarse existen diversos factores involucrados no solo en el desencadenamiento de los trastornos alimentarios sino que además en el mantenimiento de los mismos, es por ello que se apoya a esta teoría multicausal, ya que no puede estar determinada únicamente por un factor desencadenante sino que es un conjunto de factores que refuerzan este tipo de conductas riesgosas.

2.2.3.5 Indicadores que advierten la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Existen indicadores conductuales que advierten la presencia de trastornos de la conducta alimentaria como lo son: el inicio de restricciones alimentarias no justificadas, en donde la persona de manera repentina deja de ingerir los alimentos que habitualmente consumía, por lo cual evita situaciones en las que pueda sentirse “tentada/o”, inventa excusas para no comer en casa y cuando está en la casa realiza cualquier tipo de intentos por comer sola, así nadie estará vigilándola ni controlando las porciones que consume en su dieta diaria. Durante este periodo de instalación del trastorno la persona incrementa de manera exagerada el interés por su imagen corporal y su peso, e inicia actividades excesivas como el ejercicio arduo, y lleva un control riguroso en relación a su peso. Se aumenta la auto-observación a través del espejo y se toma medidas constantemente. Así mismo existe la sospecha de vómito y quejas de malestar físico tras las comidas y las visitas recurrentes al baño durante las comidas, se observan callosidades en las manos, pérdida brusca de peso no justificado o detención en el crecimiento normal. Del mismo modo se incrementa el aislamiento

social y en el ambiente familiar, se denota cambios bruscos de humor y del estado de ánimo (irritabilidad, labilidad emocional) y amenorrea no explicable por causas orgánicas. Batlle y otros (2007)

Conocer estos indicadores y más aún, tenerlos en cuenta, puede ayudar a identificar signos de alerta, ya que están descritos de manera simple y fácil de entender, así familiares o personas allegadas a pacientes con potencial trastorno de conducta alimentaria pueden tomar medidas preventivas y evitar a que el trastorno se desarrolle más y pueda traer consecuencias graves a la vida de la persona involucrada.

2.2.3.6 Clasificación y diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

A nivel mundial existen dos clasificaciones de trastornos mentales usados por los profesionales de la salud: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10)

El DSM-IV-TR sigue siendo el más utilizado en investigación dada la mayor claridad y precisión a la hora de establecer los criterios diagnósticos, y es el que se utilizará como referencia en la presente investigación. El DSM-IV-TR reconoce tres categorías principales: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), y el TCA no especificado (TCANE). Además se va a considerar de acuerdo con Chinchilla Moreno (2003) La Obesidad como Trastorno.

A continuación se muestra la clasificación de los trastornos de la alimentación y sus criterios diagnósticos principales considerados en el DSM-IV-TR:

A) Anorexia Nerviosa

Se definen a la anorexia nerviosa como un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50% de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. Fairburn y Garner (1986) citado por Raich (2002)

Para Chinchilla Moreno (2003) se trataría de conductas derivadas del miedo, pánico absurdo y obsesivo a estar gordas, tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas: selección, restricción y manipulación alimentarias, vómitos, hiperactividad de desgaste; uso-abuso de laxantes diuréticos, tirar o evitar las comidas, ayunos, etc. Sería entonces una conducta de control del peso, intencionada al inicio, y que más tarde se va haciendo obsesiva.

Pues bien, los criterios para diagnosticar este trastorno lo especifica el DSM-IV-TR de la siguiente manera:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la 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 periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. Presencia de amenorrea en las mujeres postpuberales.

Así mismo el manual diagnóstico distingue dos subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Estos pacientes no realizan atracones ni purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: La paciente recurre regularmente a atracones y/o purgas. La mayoría de los individuos 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 tipo que no presentan atracones pero que suelen recurrir a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Una vez analizado este apartado se puede concluir que para el diagnóstico de la anorexia nerviosa tienen un papel decisivo cuatro aspectos tal y como lo mencionan Fernández y Turón (2001): En primer lugar la presencia de un marcado bajo peso, por causas no orgánicas (es importante precisar si se ha producido una pérdida marcada de peso y desde cuándo). Segundo, para el diagnóstico de anorexia nerviosa se hace necesario precisar si existe un miedo desmesurado a engordar, a pesar de encontrarse en bajo peso. En tercer lugar, presentan la mayoría de los casos una sobrevaloración de su imagen y su figura que influye en el comportamiento; este hecho se observa en este tipo de pacientes a través de actitudes y sentimientos negativos hacia la propia imagen. En cuarto lugar presentan amenorrea o falta de menstruación durante los últimos tres ciclos. Y por último el especialista debe distinguir entre pacientes anoréxicos de tipo restrictivo y de tipo purgativo.

Es evidente que todas las características descritas anteriormente producen en el sujeto una serie de consecuencias físicas y de comportamiento.

a.1) Características de la Anorexia

Para brindar un panorama más amplio respecto al trastorno Saldaña García (2001) considera las características conductuales, emocionales, cognitivas y personales que presenta una persona con Anorexia nerviosa las cuales describe de la siguiente manera:

Las características conductuales están relacionadas: 1) con la comida, en la cual las personas eligen alimentos de bajo contenido calórico, comen poco y despacio, comen de forma extraña (trocean los alimentos, escampan y/o pasean la comida por el plato), suelen escoger los alimentos al momento de comer, utilizan mucho vinagre y otras especies que ayuden a adelgazar, beben mucha agua, almacenan alimentos, prefieren ser ellos los que cocinen para la familia así cuidan las proporciones y los alimentos, y además coleccionan recetas de libros de cocina con alimentos de bajo contenido calórico. 2) Con el acto de comer; preferentemente las personas optan por comer solos, se levantan de la mesa durante las comidas, no toleran los adelantos o retrasos en el horario de las comidas. y 3) con la imagen y el peso, estas personas suelen pesarse frecuentemente, se miran mucho al espejo para verificar los resultados de sus dietas, llevan ropa holgada, que logre cubrir ciertas “imperfecciones”, preguntan frecuentemente cómo se les ve y evitan ir a actos sociales en donde se sientan observados.

ii) Emocionales

Las características emocionales 1) generales de estos pacientes con AN son de: sentimientos de tristeza y depresión, experimentan altos niveles de ansiedad, lloran frecuentemente, tienen cambios bruscos de humor, la mayor parte del tiempo están irritables y con mal humor, tienen sentimientos de

ineficacia y muestran anhedonia o incapacidad de sentir emociones positivas. 2) relacionadas con la alimentación, estas personas discuten frecuentemente por la comida, están irritables a las horas de comer, se sienten culpables por lo que han comido y califican su valía persona en función de su control sobre la comida. Y 3) relacionadas con la comida, estas personas se sienten insatisfechos con su imagen corporal motivo por el cual experimentan sentimientos de inadecuación social.

iii) Cognitivas

Las características cognitivas que acompañan este trastorno son: 1) generales; estas personas tienen un tipo de pensamiento dicotómico, tienen una lógica irracional, simple y concreta, tienen dificultades para identificar y expresar sus sentimientos y además tienen dificultades para concentrarse en tareas o actividades distintas a las relacionadas con la alimentación, peso y silueta. 2) pensamiento sobre la comida y el peso, estos pensamientos son repetitivos y circulares, son persistentes, le ocupan la mayor parte del tiempo, tienen ideas irracionales sobre nutrición y 3) cogniciones relativas a la imagen corporal; las personas con este trastorno alimentario distorsionan su imagen corporal, se ven gordos a pesar de estar muy delgados.

iv) Personales

Las características personales que presentan estas personas generalmente es que, son perfeccionistas, son dependientes, introvertidos, tienen baja autoestima, tienen dificultades para resolver problemas, les cuesta hacer elecciones y tomar decisiones y tienen déficits en habilidades sociales.

B) Bulimia Nerviosa

El término de Bulimia Nerviosa fue utilizado por primera vez por Russell en 1979 para describir una variante de la anorexia nerviosa, quien la define como un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. Raich (2002).

La descripción de la bulimia nerviosa y sus respectivos criterios diagnósticos la especifica el DSV-IV-TR de la siguiente manera:

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio físico.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.
- D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

Así mismo el manual especifica dos tipos de bulimia nerviosa

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

Por lo tanto para resumir, en el caso de la bulimia nerviosa, cuatro factores desempeñan un papel fundamental para la realización del diagnóstico (Fernández A., Turón V. 2001). En primer lugar, la existencia de atracones o episodios de ingesta voraz, que es el factor principal de esta patología, que a pesar que resulta difícil determinar la cantidad de comida que suele ser ingerida durante estos episodios, los autores estiman un aproximado de 1.000 y 10.000 Kcal o más, aunque muchas veces el sentimiento de haber sufrido un episodio bulímico no viene determinado por la cantidad de la comida sino más bien por la sensación subjetiva del paciente. En segundo lugar para el diagnóstico de esta patología son las actitudes negativas hacia la propia imagen y peso; esta opinión negativa como en el caso de la anorexia nerviosa influirá negativamente en la conducta alimentaria y en el estado anímico del paciente, que con mucha frecuencia se encuentra que el desprecio hacia el propio cuerpo se va asociando a un desprecio y no aceptación de sí mismos. En tercer lugar, las conductas compensatorias desempeñan un importante papel para el diagnóstico, para evitar un presumible aumento de peso tras un episodio de ingesta voraz. Estas irán desde vómitos, a uso de laxantes y diuréticos, excesivo ejercicio físico y/o empleo de dietas. Y por último saber diferenciar los subtipos para determinar la presencia o ausencia del

uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones.

b.1) Características de la Bulimia Nerviosa

Para brindar un panorama más amplio respecto al trastorno Saldaña García (2001) considera las características conductuales, emocionales, cognitivas y personales que presenta una persona con Bulimia nerviosa las cuales describe de la siguiente manera:

i) Conductuales

Las características conductuales están relacionadas con: 1) la comida; en donde las personas con este trastorno están preocupados la mayor parte del tiempo por la comida, siguen frecuentemente dietas, se saltan las horas de las comidas, comen muy poco a la hora de comer, se dan atracones y durante los atracones comen compulsivamente y con gran rapidez, comen dulces y carbohidratos en estos episodios de atracones, roban, esconden y almacenan alimentos, se inducen al vómito luego de comer desmedidamente por lo cual beben mucha agua para facilitar el vómito, prefieren ser ellos los que cocinen para la familia y además almacenan recetas y libros de cocina. 2) con el acto de comer; estas personas prefieren comer solos, así pueden ingerir la cantidad de alimentos que ellos deseen sin que alguien los esté vigilando, se levantan de la mesa inmediatamente después de las comidas para vomitar (conductas compensatorias). Y 3) con la imagen y el peso; estas personas se pesan frecuentemente, van desaliñados y evitan ir a actos sociales en los que tenga que comer ya que por lo general pierden el control a la hora de comer.

ii) Emocionales

Las características de estos pacientes son: 1) generales; tienen sentimientos de tristeza y depresión, se sienten desmoralizados, infelices, están irritables y con mal humor, tienen cambios bruscos de humor y sentimientos de ineficacia. 2)

relacionados con la alimentación; las personas con este trastorno discuten frecuentemente por la comida, están irritables a la hora de comer, se sienten ansiosos por su falta de control sobre la comida, se sienten culpables por lo que han comido y califican su valía personal en función de su control sobre la comida. Y 3) relacionados con la imagen corporal; en este aspecto las personas con Bulimia Nerviosa se sienten insatisfechos con su imagen corporal por lo que experimentan sentimientos de inadecuación social

iii) Cognitivas

Las características cognitivas que acompañan este trastorno son: 1) generales; estas personas tienen pensamiento dicotómico, tienen un estilo cognitivo irracional, tienen dificultades para identificar y expresar sus sentimientos así como también dificultades para concentrarse en tareas o actividades distintas a las relacionadas con la alimentación, peso y silueta. 2) pensamientos sobre la comida y el peso; estas personas experimentan “craving” que es el impulso irrefrenable de comer, los pensamientos son repetitivos, circulares y persistentes, le ocupan la mayor parte del tiempo y tienen ideas irracionales sobre nutrición. Y 3) cogniciones relativas a la imagen corporal; en donde las personas distorsionan su imagen corporal

iv) Personales

Las características personales que presentan estas personas generalmente es de impulsividad, son extrovertidos, son muy ansiosos, tienen baja autoestima, se sienten agobiados por sus dudas por lo general tienen dificultad para resolver problemas y tienen déficit de habilidades sociales.

C) Obesidad

Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una “enfermedad crónica”, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento de peso corporal es debido a un aumento de tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal. Chinchilla (2003)

Entre las causas se pueden encontrar en los siguientes hechos: La variedad alimenticia que tiende a aumentar la ingesta general, por incrementar la apetecibilidad y la alta densidad energética de la dieta habitual, por causas fundamentalmente debidas al exceso de azúcar, grasa y alcohol.

a) Tipos de Obesidad

Los tipos de obesidad se definen de acuerdo con la distribución de la grasa que dispone el organismo según lo establece Murillo (2004) citado por Estévez Díaz (2012)

- ✓ Tipo 1: Grasa/peso excesivo distribuido en todas las regiones corporales.
- ✓ Tipo 2: Excesiva grasa cutánea en la región abdominal, o adiposidad androide.
- ✓ Tipo 3: Excesiva grasa abdominal profunda.
- ✓ Tipo 4: Exceso de grasa en las regiones del glúteo y femoral o adiposidad ginecoide.

La clasificación de Murillo es una clasificación muy considerada, se puede observar que la distribución de la grasa tiene mucha importancia a la hora de predecir las posibles complicaciones derivadas de la obesidad. Se diferencian distintos tipos según el predominio de la grasa:

- ✓ Obesidad androide o central o abdominal (en forma de manzana): El exceso de grasa se localiza preferentemente en cara, tórax y abdomen.
- ✓ Obesidad ginecoide o periférica (en forma de pera): La grasa se acumula básicamente en la cadera y muslos.
- ✓ Obesidad de distribución homogénea: Aquella en que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona anatómica

D) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Según el manual de diagnóstico DSM-IV-TR se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. A continuación se describen algunos ejemplos:

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (p. ej. Pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empeño regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal (p. ej., provocación de vómitos después de haber comido tan sólo dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por ingesta compulsiva (denominados bingeeating): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
7. Fobia a la mayoría de alimentos y/o conducta de vómitos que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero que, sin embargo, no existe un miedo intenso a subir de peso.

E) Otros trastornos

Si bien es cierto que los trastornos más estudiados y más conocidos son el de anorexia y bulimia, la realidad humana es difícilmente encasillable en los moldes diagnósticos y actualmente se están desarrollando nuevos conceptos que encajan dentro del contexto de los trastornos alimentarios. Reich (2002).

Es por ello que de acuerdo con Reich en este apartado se ha considerado tomar en cuenta las nuevas alteraciones de la conducta alimentaria que Muñoz y Martínez (2007) las describen de la siguiente manera:

a) Vigorexia

Es un trastorno mental, no estrictamente alimentario, pero si comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Es una adicción a la musculación que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más musculoso, mediante el ejercicio físico excesivo, de manera que pasan horas y horas en el gimnasio para aumentar su musculatura, además de ingerir esteroides o anabólicos , lo que genera graves problemas de la salud.

La dieta de los vigorexicos es poco equilibrada debido a que las personas que la padecen reducen drásticamente el consumo de grasas y aumentan de

forma excesiva el consumo de carbohidratos y proteínas, con la finalidad de aumentar la masa muscular. (Castro L. 2013).

i) Manifestaciones clínicas

Baile (2005) citado por Muñoz y Martínez (2007) considera las siguientes manifestaciones clínicas más importantes: a) Preocupación por ser débil o poco musculoso. b) Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal. c) Permanente auto observación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos. d) Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto. e) Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad. f) Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo. Autoestima afectada. g) Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales. h) Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal. i) Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta. j) A veces consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces más usual entre personas con vigorexia que entre culturistas no vigoréticos). Excesivo control de la dieta. Y k) Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios

Mientras que en la anorexia hay restricción alimentaria por miedo a verse gordo o subir de peso (mientras más delgado, mejor) en la vigorexia la preocupación se centra en lograr tener un cuerpo bien definido, con una musculatura prominente, la delgadez no es vista como algo estéticamente aceptable sino por el contrario es signo de debilidad; en este trastorno se cambian drásticamente los hábitos alimenticios se reducen algunos macronutrientes como las grasas y se incrementan los carbohidratos y las proteínas, pero la preocupación es tan grande que no conforme con cambiar los componentes de sus comidas diarias toman suplementos de manera excesiva sin tener medida de las consecuencias que puede traer.

b) Ortorexia

Mientras que la anorexia implica una obsesión por la cantidad de comida que se ingiere y por el peso corporal, la ortorexia del griego ortos (correcto) y orexis (apetito), se define como una obsesión perjudicial por comer sano. Aunque parezca una paradoja, un afán desmedido por consumir únicamente alimentos sin conservantes, pesticidas, grasas o edulcorantes es la antítesis de lo saludable. Steven Bratman fue quien acuñó el término para definir una patología emergente. (Ruipérez y Lobo, 2008).

La ortorexia según los autores, implica que el deseo de vigilar lo que se come o buscar productos beneficiosos para el organismo domina la vida del individuo hasta convertirse en la única faceta importante de su existencia. El afectado solo se permite consumir aquello que considera aceptable según sus exagerados patrones de lo que es sano y lo que no y se siente mal cada vez que incumple las normas.

i) Manifestaciones clínicas

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, Muñoz y Martínez (2007) consideran que existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia, que según Bratman serían: a) Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana. b) Preocuparse más por la calidad de los alimentos, que del placer de consumirlos. c) Disminución de su calidad de vida, conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación. d) Sentimientos de culpabilidad, cuando no cumple con sus convicciones dietéticas. e) Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente. f) Aislamiento social, provocado por su tipo de alimentación.

La respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares permitirían, según Bratman, diagnosticar ortorexia nerviosa y sus grados. También se consideran síntomas algunas conductas relacionadas con la forma de preparación (verduras siempre cortadas de determinada manera) y con los materiales

utilizados (sólo cerámica, sólo madera, etc.), ya que también forman parte de los rituales obsesivos. En definitiva, la vida cotidiana se ve afectada, ya que lo que empezó como un hábito alimentario, deriva casi en una “religión” donde la mínima trasgresión equivale al pecado.

2.2.4 Educación Pre- Universitaria

Para el siguiente apartado se ha tomado en consideración hacer un breve resumen acerca de los niveles educativos en el Perú, desde, el nivel inicial hasta el nivel secundario y por su puesto esto servirá como base para hacer hincapié en la formación pre-universitaria que es en donde se hará el estudio respectivo.

El Ministerio de Educación República del Perú (2005) el nivel Inicial atiende a niños y niñas menores de 6 años y se desarrolla en forma escolarizada y no escolarizada. Promueve prácticas de crianza con participación de la familia y de la comunidad, contribuye al desarrollo integral de los niños, teniendo en cuenta su crecimiento social, afectivo y cognitivo, la expresión oral y artística, la psicomotricidad y el respeto a sus derechos.

El nivel de educación Primaria dura seis años su finalidad es educar integralmente a niños y niñas. Promueve la comunicación en todas las áreas, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico, el pensamiento lógico, la creatividad, la adquisición de habilidades necesarias para el despliegue de potencialidades del estudiante, así como la comprensión de hechos cercanos a su ambiente natural.

La Educación Secundaria dura cinco años. Ofrece una educación integral a los estudiantes mediante una formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social. Profundiza los aprendizajes logrados en el nivel de Educación Primaria. Está orientada al desarrollo de capacidades que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el

ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio. Tiene en cuenta las características, necesidades y derechos de los púberes y adolescentes.

La educación Pre-universitaria es un nivel educativo que no está formalmente registrado ante el Ministerio de Educación, según lo reportado por el diario El Comercio (2014), pero no se puede negar la existencia de ello y la formación que los alumnos reciben en los centros pre-universitarios o academias.

Las primeras academias en el Perú surgieron a finales de la década del 50 sostiene el educador León Trahtemberg en su entrevista al diario El Comercio y la define como un puente entre el colegio y la universidad, con la intención de cerrar una brecha. Por lo tanto las academias preuniversitarias van a brindar preparación exclusiva a aquellas personas que deseen postular a la universidad y seguir una carrera profesional, habiendo cumplido como requisito hasta el nivel secundario de su formación básica, sin importar si han egresado de colegios públicos o privados.

Por lo general se estudia por un periodo de 3 meses hasta el examen de admisión en turnos de mañana, tarde o noche, la cantidad de alumnos en un aula es de un aproximado de 40 hasta 70 u 80 estudiantes dependiendo del centro de preparación, lo cual dificulta a la enseñanza personalizada que tanto desean los que estudian en estos centros, se estudia 4 horas a la semana (de lunes a viernes). La formación que se brinda a los alumnos está dividida según las áreas de Ciencias o Letras; de acuerdo a la carrera que el estudiante elige se le brinda la formación necesaria.

El estudiante pre-universitario recibe una preparación especializada que le permita ingresar a la universidad, pero esta preparación no va a garantizar su estancia en ella ya que para esto va a jugar un papel muy importante el factor motivacional que, a lo largo de su formación universitaria puede verse afectada por diversas situaciones como: problemas en su entorno social o factores psicoemocionales propios del desarrollo. La mayoría de estudiantes pre-

universitarios están transitando la adolescencia media (entre 15 y años) y la adolescencia tardía (entre 18 y 21 años) según Pérez y Navarro (2011). Es importante tocar este punto debido a que la variable estudiada en la investigación está directamente relacionada con un aspecto de su personalidad, el autoconcepto; que a lo largo del desarrollo del adolescente va evolucionando y transformándose mediante la interacción con el medio ambiente, particularmente con la interacción valorativa con los demás, Cardenal (1999) citado por Pérez y Navarro (2011).

Entonces la transición del colegio a una academia pre-universitaria va a implicar que el adolescente amplíe su red social y mediante esta interacción cambien algunos aspectos valorativos de su autoconcepto, estos pueden fortalecerse o de lo contrario debilitarse y por lo tanto se tiene un factor que amenaza la estabilidad o continuidad de los estudios superiores.

2.3. Marco conceptual

- **Autoconcepto físico:**

El autoconcepto físico se entiende como la opinión y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico. Goñi, Ruiz y Rodríguez (2006).

- **Trastorno de conducta alimentaria:**

Alteraciones graves de la conducta alimentaria teniendo como característica principal la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. (DSM – IV-TR)

- **Estudiante pre – universitario:**

Alumnos con estudios secundarios completos que se preparan académicamente para ingresar a la universidad y estudiar una carrera profesional.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Resultados de la distribución según nivel de Autoconcepto y nivel de los indicadores de riesgo y psicológicos de los Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Tabla 1

Distribución de frecuencias según nivel de Autoconcepto Físico General en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Nivel de Autoconcepto Físico General	n	%
Bajo	99	33.0
Medio	115	38.3
Alto	86	28.7
Total	300	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Respecto a la distribución de los estudiantes integrantes de la muestra según el nivel de Autoconcepto Físico general (Tabla 3), se aprecia que el 45.3% presentan nivel medio; en tanto que en los niveles bajo y alto se ubican porcentajes similares, 26.7% y 28.0% en cada caso.

Tabla 2A

Distribución según nivel de indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Indicadores de riesgo y psicológicos de TCA y nivel	N	%
Obsesión por la delgadez		
Rango clínico bajo	139	46.3
Rango clínico típico	117	39.0
Rango clínico elevado	44	14.7
Total	300	100.0
Bulimia		
Rango clínico bajo	197	65.7
Rango clínico típico	64	21.3
Rango clínico elevado	39	13.0
Total		100.0
Insatisfacción Corporal		
Rango clínico bajo	115	38.3
Rango clínico típico	136	45.4
Rango clínico elevado	49	16.3
Total		100.0
Baja Autoestima		
Rango clínico bajo	187	62.3
Rango clínico típico	92	30.7
Rango clínico elevado	21	7.0
Total		100.0
Alienación personal		
Rango clínico bajo	148	49.3
Rango clínico típico	126	42.0
Rango clínico elevado	26	8.7
Total		100.0
Inseguridad interpersonal		
Rango clínico bajo	144	48.0
Rango clínico típico	113	37.7
Rango clínico elevado	43	14.3
Total		100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Tabla 2B

Distribución según nivel de indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Indicadores de riesgo y psicológicos de TCA y nivel	N	%
Desconfianza Interpersonal		
Rango clínico bajo	142	47.3
Rango clínico típico	128	42.7
Rango clínico elevado	30	10.0
Total	300	100.0
Déficit introceptivos		
Rango clínico bajo	138	46.0
Rango clínico típico	120	40.0
Rango clínico elevado	42	14.0
Total	300	100.0
Desajuste emocional		
Rango clínico bajo	103	34.3
Rango clínico típico	103	34.3
Rango clínico elevado	94	31.4
Total	300	100.0
Perfeccionismo		
Rango clínico bajo	154	51.3
Rango clínico típico	100	33.3
Rango clínico elevado	46	15.3
Total	300	100.0
Ascetismo		
Rango clínico bajo	122	40.7
Rango clínico típico	130	43.3
Rango clínico elevado	48	16.0
Total	300	100.0
Miedo a la madurez		
Rango clínico bajo	58	19.3
Rango clínico típico	144	48.0
Rango clínico elevado	98	32.7
Total	300	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

En cuanto a la distribución de los estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo según nivel de tendencia a padecer trastornos de conducta alimentaria (Tablas 1A y 1B), se observa un mayor porcentaje de estudiantes en el rango clínico típico en las escalas: Insatisfacción Corporal, Ascetismo y Miedo a la madurez; con porcentajes respectivos de 45.4%, 43.3% y 48.0% respectivamente. Mientras que en las demás escalas predomina el rango clínico bajo de tendencia a padecer trastornos de conducta alimentaria, con porcentajes que van desde 46.0% y el 65.7%; solo en la escala Desajuste emocional se identifica el mismo porcentaje 33.4% en los rangos clínicos bajo y típico.

3.2. Resultados de la evaluación de la relación entre Autoconcepto Físico general y los indicadores de riesgo y psicológicos de los Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Tabla 3

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador de riesgo Obsesión por la delgadez de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	Obsesión por la delgadez	
	<i>Coeficiente de correlación</i>	Sig. (p)
	<i>(r)</i>	
Autoconcepto físico general	-0.439	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados mostrados en la tabla 4, permiten percibir que la prueba de correlación de Spearman identifica la existencia de una correlación negativa de grado medio y altamente significativa ($p<.01$), entre el Autoconcepto Físico General y la variable de riesgo Obsesión por la Delgadez de conducta alimentaria en los estudiantes considerados en la muestra.

Tabla 4

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador de riesgo Bulimia de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	Bulimia Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.324	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados que se presentan en la tabla 5, permiten observar que la prueba de correlación de Spearman identifica que el Autoconcepto Físico General y la variable de riesgo Bulimia de conducta alimentaria correlaciona muy significativamente ($p<.01$), inversamente y en grado débil en los estudiantes considerados en la muestra.

Tabla 5

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador de riesgo Insatisfacción corporal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	<i>Insatisfacción corporal</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.634	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

En la tabla 6, se observa que la prueba de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación negativa, de grado medio y altamente significativa ($p < .01$), entre Autoconcepto Físico General y la variable de riesgo Insatisfacción Corporal de conducta alimentaria en los estudiantes considerados en el estudio.

Tabla 6

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Baja autoestima de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	<i>Baja autoestima</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.532	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados presentados en la tabla 7, revelan que la prueba de correlación de Spearman, establece que Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Baja Autoestima de conducta alimentaria correlacionan muy significativamente, inversamente y en grado medio en los estudiantes del centro pre universitario donde se realizó el estudio.

Tabla 7

Correlación del Autoconcepto físico general el indicador psicológico Alienación personal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	<i>Alienación personal</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.542	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados mostrados en la tabla 8, obtenidos al aplicar la prueba de correlación de Spearman permiten percibir, la existencia de correlación negativa de grado medio y altamente significativa ($p < .01$), entre el Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Alienación Personal de la conducta alimentaria, en los referidos estudiantes.

Tabla 8

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Inseguridad interpersonal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	<i>Inseguridad interpersonal</i>	
	<i>Coeficiente de correlación</i>	<i>Sig. (p)</i>
	<i>(r)</i>	
Autoconcepto físico general	-0.354	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

En la tabla 9, se observa que la prueba de correlación de Spearman detecta la existencia de, una correlación negativa de grado medio y altamente significativa ($p<.01$), del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Inseguridad Interpersonal de conducta alimentaria de los estudiantes participantes en el estudio.

Tabla 9

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Desconfianza interpersonal de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

	<i>Desconfianza interpersonal</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig.(p)
Autoconcepto físico general	-0.344	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Referente a la asociación del Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Desconfianza Interpersonal de conducta alimentaria (Tabla 10), se percibe que la prueba de correlación de Spearman establece que estas variables correlacionan muy significativamente ($p<.01$), negativamente y en grado medio en los estudiantes considerados en la muestra.

Tabla 10

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Déficit introceptivos de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	<i>Déficit introceptivos</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.435	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados que se presentan en la tabla 11, permiten observar que la prueba de correlación de Pearson identifica una relación negativa, en grado medio y altamente significativa ($p<.01$) entre Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Déficit Introceptivos de conducta alimentaria en los referidos estudiantes.

Tabla 11

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Desajuste emocional de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	<i>Desajuste emocional</i> Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.335	.000 **

** $p < .01$

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

En la tabla 12, se observa que la prueba de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación negativa, de grado débil y altamente significativa ($p < .01$), entre Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Desajuste Emocional de conducta alimentaria en los estudiantes del centro pre universitario de la ciudad de Trujillo donde se realizó la investigación.

Tabla 12

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Perfeccionismo de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	Perfeccionismo Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	.003	.870

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados presentados en la tabla 13, revelan que la prueba de correlación de Pearson, no encuentra evidencia de existencia de una correlación significativa ($p>05$), entre el Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Perfeccionismo de conducta alimentaria en los estudiantes del centro pre universitario de la ciudad de Trujillo participantes en la investigación.

Tabla 13

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Ascetismo de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	Ascetismo	
	<i>Coefficiente de correlación</i>	<i>Sig. (p)</i>
	<i>(r)</i>	
Autoconcepto físico general	-0.419	.000 **

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

Los resultados mostrados en la Tabla 14, obtenidos al aplicar la prueba de correlación de Spearman permiten percibir, la existencia de correlación negativa de grado medio y altamente significativa ($p<.01$), entre Autoconcepto Físico General y el indicador psicológico Ascetismo de conducta alimentaria, en la muestra de estudiantes del referido centro pre universitario.

Tabla 14

Correlación del Autoconcepto físico general y el indicador psicológico Miedo a la madurez de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.

	Miedo a la madurez Coeficiente de correlación (<i>r</i>)	Sig. (p)
Autoconcepto físico general	-0.155	.017

**p<.01

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, S., 2016)

En cuanto a la evaluación de la asociación del Autoconcepto Físico General con el indicador psicológico Miedo a la Madurez de conducta alimentaria, luego de la aplicación de la prueba de correlación de Spearman, se establece la existencia de una correlación significativa ($p<.05$), inversa y en grado débil entre estas variables, en la muestra de estudiantes participantes en el estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre el autoconcepto físico general y las variables de riesgo y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo, cuyos resultados obtenidos se analizan a continuación:

Según los resultados se encontró que existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y las variables de riesgo y psicológicas de los Trastornos de la conducta alimentaria, de lo que se deduce que, cuando la opinión y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico no son buenas; el riesgo a desencadenar una alteración en el comportamiento alimentario aumenta y los síntomas asociados pueden acentuarse. Al respecto Batlle y otros (2007) consideran que el bajo autoconcepto es un factor individual que predispone la aparición de trastornos de conducta alimentaria, estos trastornos van evolucionando a medida que aparecen pensamientos y preocupaciones relacionadas a la imagen corporal y el deseo de controlar y reducir el peso, esta insatisfacción conlleva a las personas a tomar medidas que alteran los hábitos alimentarios como las dietas y utilización de conductas compensatorias de riesgo. Tal y como se encontró en el estudio al no contar con un buen autoconcepto físico los estudiantes están predispuestos a desencadenar alteraciones en el comportamiento alimentario. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Castro, R. y otros (2014) quienes en su estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto obtuvieron una correlación significativa entre el autoconcepto físico y los indicadores de los TCA, asociando bajos niveles de autoconcepto con elevadas tasas de trastornos de conducta alimentaria.

Por lo tanto se asume que se aprueba la Hipótesis que dice: Existe relación negativa entre el Autoconcepto Físico general y los indicadores de riesgo y

psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario de la ciudad de Trujillo.

Los resultados obtenidos correspondientes al nivel de Autoconcepto Físico General muestran que en su mayoría los estudiantes se ubican en un nivel medio del Autoconcepto físico general, por lo que se entiende que los estudiantes no se encuentran satisfechos plenamente con su condición física, es decir que el autoconcepto físico se ve devaluado. Estos resultados coinciden con Estévez (2012) quien al estudiar la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y composición corporal, encontró que en su mayoría las chicas presentan un autoconcepto físico más devaluado.

Los resultados encontrados correspondientes los indicadores de riesgo a padecer trastornos de conducta alimentaria indican que el mayor porcentaje de estudiantes de la muestra se ubican en un nivel bajo con un 65.7% en la variable Bulimia, esto evidencia que no tienen tendencia a sufrir ataques incontrolados de ingesta de comida ni pensamientos relacionados a atracones. Del mismo modo el 46.3% de los estudiantes se ubican en un nivel bajo en la variable de riesgo Obsesión por la Delgadez, por lo tanto en su mayoría los estudiantes no tienen problemas muy significativos con la comida, el peso, ni tienen fuertes deseos de estar más delgados y hacer dieta. Estos resultados coinciden con Borrego (2010) quien al investigar los factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, encontró niveles bajos de riesgo a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria en los indicadores de Obsesión por la Delgadez y Bulimia, por lo tanto se observan que solo el 14.7% y 13% se encuentran en niveles altos en estas escalas. Al respecto Raich (2002) y Gómez del Barrio & col. (2012) coinciden en que la base y fundamento de los trastornos alimentarios se halla en la alteración psicológica que se acompaña de distorsión en la percepción corporal, de un miedo intenso a la obesidad y de un afán desmedido por el control de la dieta, originando graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta como darse atracones o inducirse al vómito y como consecuencia se originan problemas físicos o del funcionamiento psicosocial. Pese a que hay un porcentaje menor que ubica a los estudiantes en un rango

clínico elevado, se entiende que existen casos patológicos específicos dentro de la población estudiada.

En cuanto al indicador de riesgo insatisfacción corporal el 45.4% pertenece al rango clínico típico, lo cual indica que el mayor porcentaje de estudiantes se sienten insatisfechos con la forma y el tamaño de su cuerpo y bastante descontentos con su peso, así como también indica la existencia de sentimientos muy negativos sobre algunas partes específicas del cuerpo, como son el abdomen, las caderas, los muslos y las nalgas, este factor es el responsable del inicio y mantenimiento de conductas extremas para controlar el peso provocando trastornos de la conducta alimentaria. Un punto importante que cabe resaltar es el “estereotipo de belleza” que nuestra sociedad posee y el afán que tienen las personas por alcanzarlo, entrando a tallar los medios de comunicación masiva quienes imponen de cierto modo expectativas muchas veces irreales del “cuerpo perfecto” y el que muchas personas llegan a idealizar. Respecto a ello Rogers (1982, citado por Saura Calixto, 2002) en su teoría de la personalidad sostiene que el autoconcepto o yo fenomenológico, hace referencia a la forma en que la persona se ve y se siente en la cual están incluidas imágenes reales e ideales, es decir entre la percepción que tiene la persona sobre sí misma y la imagen que desea tener. Cuando se establece cierto grado de correspondencia entre la realidad externa y la subjetiva el autor refiere que el sujeto ha alcanzado la madurez de lo contrario al existir incompatibilidad e incongruencia se produce la desadaptación del individuo ya que se hace imposible concientizar dicha experiencia. Entonces se entiende que la alteración en la forma de comer es la manifestación externa o visible de la enfermedad ya que el trasfondo está la gran insatisfacción que tienen los estudiantes consigo mismos y con su imagen corporal. Por otro lado en la etapa de diferenciación del sí mismo de la evolución del Autoconcepto planteado por L’ecuyer (1985, citado por Saura Calixtro,2002) quien hace referencia que dentro de los 10 años hasta aproximadamente los 20 años existe mayor agudeza en la percepción aumentando las percepciones de sí mismo en cantidad y calidad, dándole mayor importancia la percepción de la imagen corporal, estatus, rol, valores etc. como búsqueda del adolescente a una verdadera identidad, esforzándose en adoptar ciertos criterios que regirán su vida

en adelante. Los resultados obtenidos coinciden con Saucedo, M. y otros (2010) quienes en su investigación sobre la identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios encontraron que: el factor de riesgo con los valores más altos fue la Insatisfacción con la Imagen Corporal con un 78,4%. Así mismo Benel y otros (2012) en su investigación sobre la insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontraron que el 64% presentaron valores compatibles con insatisfacción corporal.

En cuanto a los indicadores psicológicos los resultados obtenidos demuestran que el mayor porcentaje de los estudiantes se ubican en un rango clínico bajo en las escalas de: baja autoestima, perfeccionismo, alienación personal, inseguridad personal, desconfianza interpersonal y déficits introceptivos, por lo tanto la mayor parte de estudiantes no presentan importantes sentimientos de inseguridad, ineficacia, desadaptación y ausencia de valía personal, así como tampoco se imponen metas o niveles de exigencia demasiado rígidos o inapropiados a causa de incesantes esfuerzos por controlar su peso; tampoco poseen sentimientos significativos de vacío emocional, soledad ni deseos de ser otra persona; la incomodidad y aprensión que poseen al relacionarse con las demás personas es mínima, ya que los estudiantes en su mayoría poseen relaciones interpersonales positivas y buenas habilidades comunicativas las cuales son necesarios para poder expresar sus pensamientos íntimos de manera asertiva, esto les permite tener relaciones interpersonales en las que pueden confiar y en las que se sienten comprendidos y amados sin experimentar sentimientos importantes de decepción distanciamiento o extrañeza; y por último los estudiantes en su mayoría no presentan dificultades importantes para identificar con precisión sus estados emocionales debido a que poseen la capacidad suficiente para afrontar los estados emocionales ya sean positivos o negativos, esto ocurre debido a que los aceptan como parte de ellos. Los resultados obtenidos se contradicen con Estévez (2012) quien al investigar la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en alumnos de educación secundaria, sí encontró niveles de autoestima global menores entre chicos y chicas.

A pesar de que los estudiantes en su mayoría no presentan dificultades en estas áreas es importante mencionar que factores como baja autoestima, inseguridad interpersonal, alienación, se relacionan directamente con el inicio de trastornos de la conducta alimentaria, tal y como Batlle y otros (2007) lo mencionan cuando especifican que dentro de los pensamientos distorsionados están los referidos a la baja autoestima “si soy más delgado/a gustaré más y tendré más éxito”; razón por la cual las personas dan inicio a conductas de control alimentario de alto riesgo. Además dentro de los factores individuales que predisponen al inicio de un trastorno alimentario se encuentran las causas emocionales y afectivas que nos indican que si una persona padece este trastorno es debido a su forma de respuesta emocional más lábil que otras. Del mismo modo al analizar las características conductuales, emocionales, cognitivas y personales, de las personas que padecen trastornos de conducta alimenticia, Saldaña García (2001) resalta aspectos como la preocupación por la comida sea en cantidad o calidad, la necesidad de estar solos a la hora de la comida, la inseguridad que experimentan las personas con su propio cuerpo razón por la cual se pesan constantemente o se miran muy continuamente al espejo y evitan sobre todo estar en contacto con los demás debido a que se sienten observados y criticados por su apariencia, los sentimientos de tristeza y depresión que experimentan son muy profundos al igual que elevados niveles de ansiedad, lo que los predispone a cambios bruscos de humor; estas personas no poseen la capacidad para identificar adecuadamente sus sentimientos y mucho menos expresarlos por lo que poseen déficits en cuanto a habilidades sociales y una baja autoestima. Si bien, la mayor parte de los estudiantes no presentan estas características hay porcentajes que si se ubican en niveles típicos y elevados por lo cual se estaría hablando de casos específicos con trastornos de conducta alimentaria.

Por otro lado en los indicadores psicológicos: Miedo a la madurez y Ascetismo el mayor porcentaje de los estudiantes se ubican en un rango clínico típico demostrando que existe una fuerte preferencia por regresar a la seguridad de la infancia y evitar así las exigencias que les demanda el desarrollo, además poseen una tendencia importante por buscar la virtud mediante ejercicios de

ideales espirituales esto implica autodisciplina, renuncia, restricción, autosacrificio, control de las necesidades corporales experimentando sentimientos de culpa cuando se experimenta el placer. Estos resultados coinciden con Castro y otros (2014) quienes en su estudio sobre trastorno de conductas alimentarias y autoconcepto en usuarios de gimnasio también encontraron puntuaciones muy elevadas en la escala Miedo a la madurez y se contradicen con Borrego (2010) quien no encontró niveles de riesgo elevados en estas escalas. Respecto a ello Garner (2010) en el inventario de trastornos de la conducta alimentaria menciona que la pérdida de peso y la dieta juegan un papel funcional al proporcionar a la persona un medio de regresar a su apariencia y estado hormonal puberal, lo cual le permite evadirse de la confusión, los conflictos y las expectativas de desarrollo asociadas a la adultez. Este miedo a desarrollarse puede estimular otros miedos e incertidumbres relacionadas con el cambio de roles, cambios ante los cuales el adolescente, los padres o ambos se sienten poco preparados o incapaces de manejar. Tal y como lo menciona Garner (2010) El ascetismo puede expresarse mediante la dieta como forma de purificación, la delgadez como símbolo de virtud y del ayuno como un acto de penitencia. Al respecto es preciso mencionar que en el transcurso de la historia de desarrollo de anorexia nerviosa se hace referencia a sujetos que se hacían llamar “piadosos” que repudiaban los deleites de la carne Beumont (1987) citado por Sánchez Guarnido (2002). De igual manera en los indicios de este trastorno en el siglo XVII se describen casos del llamado “ayuno milagroso” el cual se trataba de mujeres que eran exhibidas en público por su delgadez extrema y de las que se decían que no comían ni bebían durante años gracias a su protección divina. Freyre (1994). Según Garner el Ascetismo tiempo después ha sido reemplazado por la obsesión por la delgadez como el motivo más común de perder peso.

En cuanto al indicador psicológico Desajuste emocional se encontró porcentajes similares en los rangos clínicos bajo y típico, indicando que se tiene igual número de estudiantes que tienen tendencias hacia la inestabilidad emocional, la temeridad, la ira y la autodestrucción y otros que no presentan problemas importantes en este ámbito.

Se encontró relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo Obsesión por la Delgadez, esto demuestra que cuando el autoconcepto físico se ve devaluado, aumenta la tendencia de un importante deseo de estar delgado, hay mayor preocupación por la alimentación y un intenso temor a ganar peso. Coincidiendo con Castro y otros (2014) en cuanto a la significancia entre las variables pero en la presente investigación se encontró relaciones altamente significativas y los autores referidos encontraron relación significativa. Estos resultados se corroboran con Batlle y otros (2007), quienes sostienen que los trastornos de la conducta alimentaria acostumbran a iniciarse con la aparición de pensamientos y preocupaciones referidas a la imagen corporal, acompañada de intensos temores por ganar peso y un afán desmedido por controlarlo; este afán por evitar subir de peso conlleva a la restricción alimentaria (dietas, disminución de la ingesta), alteraciones en los hábitos de alimentación y la utilización de conductas compensatorias. Estos pensamientos son de carácter obsesivo y por lo tanto invasivos y distorsionados que están presentes la mayor parte del tiempo creando una situación anímica caracterizada por la presencia de aspectos ansiosos-depresivos que favorecen a la inestabilidad ya que son pensamientos de control/descontrol, sobre la comida y el peso, sobre la imagen corporal y sobre todo pensamientos que hacen referencia a la baja autoestima. Entonces como se menciona anteriormente si los pensamientos que hacen referencia a la percepción de la imagen corporal están distorsionados se deduce que los estudiantes registrados en niveles altos en esta escala están poniendo en práctica no solo conductas alimentarias restrictivas como una simple dieta, sino conductas netamente patológicas para evitar subir de peso.

Así mismo se encontró relación negativa de grado débil y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo Bulimia, esto significa que ante la falta de opiniones y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico, existe mayor tendencia a sufrir ataques incontrolados de ingesta de comida y pensar en ello como respuesta a estados emocionales desagradables. Esto se corrobora Fernández y Turón (2001) quienes al respecto mencionan que uno de los factores fundamentales

para el diagnóstico de Bulimia nerviosa son las actitudes negativas hacia la propia imagen y el peso; esta opinión negativa como en el caso de la anorexia nerviosa influirá negativamente en la conducta alimentaria y además en el estado anímico del paciente, que con mucha frecuencia se encuentra que el desprecio hacia el propio cuerpo se va asociando a un desprecio y no aceptación de sí mismos. Coincidiendo nuevamente con Castro y otros (2014) en cuanto a la significancia entre las variables pero en la presente investigación se encontró relaciones altamente significativas y los autores referidos encontraron relación significativa.

Por otro lado, existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador de riesgo Insatisfacción Corporal, esto quiere decir que la insatisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo en su conjunto y de las partes concretas del mismo a las que las personas con trastornos de conducta alimentaria prestan una extraordinaria atención (estomago, caderas, muslos) se ven incrementadas y por lo tanto el autoconcepto físico se ve devaluado. Estos resultados coinciden con Fernández y otros (2014) quienes al investigar la relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes, encontraron que una mayor insatisfacción corporal se relaciona significativamente con peores percepciones físicas, especialmente en relación con el atractivo, y con un autoconcepto más devaluado.

En relación con los indicadores psicológicos, se encontró que existe relación negativa de grado medio entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Baja Autoestima, es decir que al no presentar opiniones y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico, aumentan la valoración negativa de sí mismos, se experimentan sentimientos de inseguridad, ineficacia, incapacidad desadaptación y ausencia de valía personal. Tal y como lo mencionan Esnaola y otros (2003) cuando hacen referencia a la autoestima y su importancia durante el desarrollo, ya que si los jóvenes al autoevaluarse y compararse con otros jóvenes, respecto a su cuerpo, habilidades, capacidades, se sienten bien y a su vez se aprueban, la autoestima se verá elevada; por el

contrario si existe desaprobación y concepto negativo de sí, se sentirá desdichada, incapaz, sin suerte y su autoestima bajará en gran proporción.

Por otro lado de igual modo existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Alienación Personal, esto pone en evidencia que cuando se tiene una mala opinión y falta de sensaciones positivas de felicidad, orgullo y confianza con el físico, los sentimientos de vacío emocional, soledad, sentimientos de no comprenderse así mismo, el sentirse apartado de los demás, perdido y no ser tomado en cuenta incrementan, denotando un fuerte deseo de ser otra persona. Esta variable se solapa conceptualmente con la variable Autoestima pero mide un dominio más amplio y refleja una omnipresente sensación de vacío emocional. En los estudios realizados por Garner (2010) este lo correlaciona con medidas extremas de baja autoestima y depresión. Respecto a ello Esnaola y otros (2003) plantean que el autoconcepto físico negativo origina una baja autoestima y de que los bajos niveles de autoestima generan depresión cuyo grado sería muy breve en un principio. Para intentar alcanzar el cuerpo ideal deseado el sujeto llevaría a cabo variadas conductas, pero estas conductas, si son infructuosas, rebajarían más la autoestima, elevándose consiguientemente el nivel de depresión. El sujeto realizaría más conductas para alcanzar el cuerpo que desea sin conseguirlo; y de este modo se entra en el círculo vicioso que lleva a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y a elevar la depresión.

La relación negativa de grado medio y altamente significativa que existe entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Inseguridad Interpersonal, denota que, cuando las sensaciones de bienestar con lo físico se ven devaluadas aumenta la dificultad para expresar pensamientos íntimos o sentimientos hacia otra persona, del mismo modo incrementa la resistencia y tendencia a aislarse o retirarse de otras personas. Saldaña García (2001) dentro de las características emocionales relacionadas con la imagen corporal que presentan las personas con trastornos alimenticios hace referencia que estas personas experimentan sentimientos de inadecuación social debido a que se sienten insatisfechos con su

físico, razón por la cual prefieren aislarse y así evitan aparentes críticas peyorativas dirigidas a su aspecto corporal.

De igual manera se encontró relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Desconfianza Interpersonal, por lo tanto no solo se ven dificultades en cuanto a la inseguridad para relacionarse con las demás personas sino que además existe desconfianza para poder hacerlo, debido a la sensación de sentirse engañado por los demás y no amado y comprendido, debido a que el autoconcepto físico se ve devaluado. Estos resultados coinciden con Goñi y Rodríguez en cuanto a la significancia entre las variables, quienes en su investigación sobre Autoconcepto Físico y Trastornos de conducta alimentaria encontraron una relación significativa de signo negativo en esta escala, y en la presente investigación se encontró una correlación altamente significativa de signo negativo. Además estos resultados son respaldados por Chinchilla (2003) quien sostiene que aquellos que poseen un autoconcepto físico negativo presentan más dificultades al relacionarse con las demás personas.

Se encontró relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Déficit Introceptivos, lo cual indica que cuando la opinión y sensaciones positivas de felicidad, satisfacción, orgullo y confianza en lo físico no son buenas, existe mayor riesgo a experimentar confusión relacionada con la incapacidad para reconocer con precisión los estados emocionales y responder apropiadamente ante ellos, ya que cuando las emociones son muy fuertes o intensas, estas provocan malestar. Nuevamente se encuentra una coincidencia en cuanto a la significancia entre las variables con Goñi y Rodríguez (2003) quienes encontraron una relación significativa de signo negativo correspondiente a esta escala, mientras que en la presente investigación, se encontró relación negativa altamente significativa.

También se encontró una relación negativa de grado débil y altamente significativa entre el autoconcepto físico general y el indicador Desajuste emocional, de lo que se deduce que a medida que el autoconcepto físico se vea

devaluado y la opinión y sensaciones positivas, de felicidad y confianza con lo físico no son buenas, repercute en la tendencia de inestabilidad emocional, en la aparición de episodios de impulsividad, autodestrucción e incluso advierte la posibilidad de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Esto se corrobora con lo manifestado por Saldaña García (2011) quien sostiene que la insatisfacción con la imagen corporal y el intenso deseo por tener la imagen “ideal” genera que las personas se muestren emocionalmente irritables, con cambios de humor bruscos e inclusive carecen de la capacidad para experimentar emociones positivas.

No se encontró relación entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Perfeccionismo, esto quiere decir que la opinión negativa respecto a lo físico no va a determinar la aparición de exigencias demasiado rígidas e inapropiadas en donde la persona buscaría siempre los niveles más altos de logro personal. Esto descarta la posibilidad de que el perfeccionismo este detrás de los incesantes esfuerzos para controlar el peso ya que Garner (2010) la considera como uno de los aspectos críticos en el inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y se contradice con Castro y otros (2014) quienes si encontraron relación significativa entre las variables.

Por otro lado existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Ascetismo, esto indica que a medida que la opinión y sensaciones positivas de satisfacción respecto a lo físico baja, hay mayor tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales tales como autodisciplina renuncia, restricciones, auto sacrificio y control de las necesidades corporales, esto incluye sentimientos de culpa o vergüenza cuando se experimenta placer. Lo cual coincide nuevamente con Castro, R. y otros (2014) en cuanto a la significancia entre las variables quienes en su estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto obtuvieron una correlación significativa entre las variables, asociando bajos niveles de autoconcepto con elevadas tasas de trastornos de conducta alimentaria; mientras que en el presente estudio se encontró una relación altamente significativa,

Por últimos existe relación negativa de grado débil y altamente significativa entre el Autoconcepto Físico General y el indicador Miedo a la Madurez, esto indica que el autoconcepto se ve devaluado y el deseo de volver a la seguridad de la infancia, esto se ve reflejado en el miedo intenso de ser más joven aumenta. Lo cual se contradice con la relación positiva que encontraron Goñi y Rodríguez (2004) en su estudio al correlacionar el Autoconcepto Físico y Trastornos de conducta alimentaria.

Con esto se asume que se aprueba la segunda hipótesis que dice: Existe relación negativa entre el Autoconcepto Físico general con los indicadores de riesgo (obsesión por la delgadez, bulimia e imagen corporal) y psicológicos (baja autoestima, alineación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introspectivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, miedo a la madurez) de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Las principales evidencias del estudio se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

1. Existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto físico los indicadores de riesgo y psicológicos de los Trastornos de la conducta alimentaria.
2. El mayor porcentaje de los estudiantes pertenecientes a la muestra se ubican en un nivel medio del Autoconcepto Físico con un 45%.
3. El mayor porcentaje de los estudiantes se ubica en un rango clínico típico en las escalas: Insatisfacción corporal (45.4%), ascetismo (43.3%) y miedo a la madurez (48%) de los trastornos de conducta alimentaria, mientras que en las demás escalas predomina el rango clínico bajo. Solo en la escala Desajuste emocional se identifica el mismo porcentaje en los rangos clínicos bajo y típico.
4. Existe relación negativa de grado medio y altamente significativa entre el Autoconcepto físico y los indicadores de riesgo: Obsesión por la delgadez e Insatisfacción Corporal y los indicadores psicológicos: Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficits Introceptivos y Ascetismo de los Trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes integrantes de la muestra.
5. Existe relación negativa de grado débil y altamente significativa entre el Autoconcepto físico y el indicador de riesgo Bulimia y los indicadores psicológicos Desajuste emocional y Miedo a la madurez de los Trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes integrantes de la muestra.

6. No existe relación significativa entre el Autoconcepto físico y el indicador psicológico Perfeccionismo de los Trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes integrantes de la muestra.
7. El Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach indica que las escalas del inventario de trastornos de conducta alimentaria EDI-3 muestran una confiabilidad respetable. Los índices de validez son mayores que .20 o y muy significativos ($p < .01$), considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir.
8. El valor del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) es catalogada como mínimamente elevada (De Vellis, 1991). Los índices de validez son mayores que .20 o muy significativos ($p < .01$), considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir.

5.2 Recomendaciones

- Dado que existen casos en los que hay mayor riesgo a desencadenar un trastorno de conducta alimentaria es necesario tratamiento individual a los estudiantes potencialmente riesgosos para disminuir los patrones de conducta patológico de rechazo a la comida, de comer desmedidamente y luego vomitar y además trabajar con los pensamientos irracionales y cogniciones distorsionadas presentes en el desarrollo y mantenimiento del trastorno alimentario y trabajarlas mediante técnicas cognitivo conductuales. Esto con la finalidad de evitar que los estudiantes lleguen a un estado de salud altamente riesgoso.
- Para concientizar a los estudiantes respecto al riesgo a padecer trastorno de conducta alimentaria es importante la “Psicoeducación” como parte del enfoque cognitivo conductual, sea ésta a modo de prevención primaria o secundaria a través de charlas, talleres y campañas en relación con el peso y los efectos tanto psicológicos como fisiológicos adversos de los atracones, purgas, y una dieta extrema.
- Tratamiento multidisciplinario en caso de diagnóstico de trastornos de conducta alimentaria la cual debe ser manejada con profesionales en psicología, especialistas en nutrición, médico psiquiatra, médico general para una mayor eficacia en el tratamiento y ayudar al paciente a establecer un patrón regular de alimentación con un programa de seguimiento de peso adecuado.
- Terapias grupales con los estudiantes potencialmente riesgosos, haciendo uso de técnicas cognitivo conductuales (entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, gestión de las emociones, entrenamiento en habilidades de afrontamiento al estrés y técnicas de relajación profunda) para aprender a controlar los episodios de ansiedad permanentes en las personas que padecen trastornos de conducta

alimentaria, esto puede realizarse de manera individual así como también grupal.

- Capacitación a docentes y padres de familia a través de talleres de identificación de signos y síntomas de los Trastornos de conducta alimentaria, para que al identificar patrones de conducta alimentaria anormales puedan derivar al servicio de Bienestar Universitario y sea atendido por un profesional de la salud especializado y se pueda prevenir y tratar los problemas sintomatológicos propios del trastorno y los que están asociados al mismo.
- Es importante realizar un estudio general a los estudiantes del ciclo regular en todas las facultades de la universidad en la que se ha realizado la investigación, debido a que es un tema importante y sobre todo alarmante. Así, con la ayuda de profesionales de la salud de Bienestar Universitario implementar un programa de intervención para los casos que se identifiquen con la finalidad de dar un mejor servicio a la población universitaria.
- Utilizar los instrumentos en poblaciones similares a la muestra, ya que presentan validez y confiabilidad aceptable.

CAPITULO VI

REFERENCIAS Y ANEXOS

6.1 Referencias

American Psychiatric Association.(2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition.The American journal of psychiatry.

American Psychiatric Association DSM – IV-TR.(2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON S.A.

ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia).(2011). LosTrastornos Alimentarios y sus riesgos en el Adolescente. Sentir y Pensar TV. Recuperado de:
<http://www.halitus.com/home/nota.php?idMenuOn=5&idNoticia=2049>

Batlle, Bielsa, Molina, Rafael, Tomas. L'Equip de FamilianovaSchola. (2007) Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de:
<http://www.familianova-schola.com/files/trastornos-conducta-alimentaria-TCA.pdf>

Branden N. (2001). "Como mejorar tu autoestima". 12ª edición. Editorial Raidos. Barcelona-Buenos Aires-México.

Benel Huerta, R., Campos, S., Cruzado, L. (2012). Insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

Borrego Rosas, C. (2010). Factores de Riesgo e indicadores clínicos asociados a los Trastornos de Conducta Alimentaria. Tesis doctoral. Trujillo.

- Castro, R. Cachón, J. Valdivia, P. Zagalaz, M. (2014). Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte* Vol. 10 nº 2. España.
- Castro López, R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la Vigorexia. Universidad de Jaén. España.
- Chinchilla Moreno A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa, Obesidad y Atracones. MASSON S.A, Barcelona – España.
- Diario El Comercio.(2014) Academias Preuniversitarias ¿El negocio llega a su fin?.Lima-Perú. Recuperado de:
<http://elcomercio.pe/economia/negocios/academias-preuniversitarias-negocio-llega-su-fin-noticia-1710109>
- Esnaola, I; Rodriguez, A; Zulaika, L M; Goñi, A; Ruiz de Azua, S; (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, num 15-16. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17515081003>
- Estévez Díaz, M. (2012). Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumno de segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante. Tesis Doctora. Granada-España
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003).Eating disorders. *Lancet*.
- Fernández Arana F, Turón Gil V.(2001). Trastornos de la alimentación.. MASSON S.A. Barcelona-España.

- Fernandez ,J., Gonzales, I., Contreras, O. y Cueva, R. (2014). Relación entre la imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. Universidad de Castilla – La Mancha – España.
- Fox, K., y Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sports&ExercisePsychology*.
- Freyre Román, E. (1994). La salud del Adolescente. Aspectos médicos y Psicosociales. 1ra Edición. A&B S.A. Lima-Perú.
- Fuentes M, García J., Gracia E., Lila M. (2001).Autoconcepto y ajuste social en la adolescencia. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3842.pdf>
- Garner, D.M. (2010). EDI-3, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: TEA. Ediciones
- Gómez del Barrio, Gaite, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S. y Vazquez-Barquero, J. (2012) .Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Gobierno de Cantabria. Recuperado de: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- Goñi, A. y Rodríguez, A. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de psiquiatría*.
- Goñi, A, Ruiz de Azua, S. Rodríguez, A (2006). Manual del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Manual. Madrid: EOS.
- Habilitus Instituto Médico. (2011).Los Trastornos Alimentarios y sus riesgos en el Adolescente. Sentir y Pensar TV. Recuperado de: <http://www.halitus.com/home/nota.php?idMenuOn=5&idNoticia=2049>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. (5ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Excelencia Clínica. (2004). Guía Clínica: Trastornos de la alimentación. Intervenciones básicas en el tratamiento y gestión de la anorexianerviosa, bulimia nerviosa y trastornos relacionados con la alimentación.

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2002. 2003. Volumen 18. Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi. Anales de Salud Mental “Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. 2004. Volumen 1 y 2. Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – HideyoNoguchi. Anales de Salud Mental “Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. 2005. Volumen 1 y 2. Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Muñoz R. y Martínez A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria? 457 – 482

Ministerio de Educación República del Perú. (2005). Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular. Proceso de Articulación. Lima-Perú. Recuperado de: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>

- OMS. (2011). Riesgo para la Salud de los Jóvenes. Centro de Prensa.N345.Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>.
- Palpan, Y., Jiménez, C., Garay, J. y Jiménez, V. (2007). Factores Psicosociales asociados a los Trastornos de la Alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima.
- Perez, N., Navarro, I. (2011) Psicología del Desarrollo Humano: Del nacimiento a la vejez. Editorial Club Universitario.
- Philip Rice, F. (2000) Adolescencia: Desarrollo, relación y cultura. 9na edición. Prentice Hall. Madrid.
- Raich Rosa M. (2002).Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios.Ediciones Pirámide. Madrid.
- Ries, F. (2011). El autoconcepto físico en adolescentes sevillanos en función del sexo y de la evolución de la carrera deportiva. Retos, Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación.
- Ruipérez D., López L. (2008). Mi mente es mi enemigo: Testimonio de personas con trastorno psíquico. Editorial EDAF, S.L.
- Saldaña García. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescentes. Ediciones Pirámide.
- Sánchez Guarnido, A. (2013). La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de las conductas alimentarias. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2006). Metodología y diseño en la investigación científica. (4ª ed.) Lima: Editorial Visión Universitaria.

Saura Calixto, P. (1996). La educación del Autoconcepto: Cuestiones y propuestas, estrategias, técnicas y actividades para el autoconocimiento. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=d0PmogVYtdcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Saucedo M, Peña I, Fernández C, García R, Jiménez B, Menéndez A, et al. (2010). Identificación de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. Mexico

Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, J. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretation. Review of Educational Research.

Soares, L.M. y Soares, A.T. (1983) Components of students self-related cognitions. Paper presented at the American Educational Research Association Annual Meeting. Montreal. Recuperado de: [http://revistainternacionaldeevaluacionymediciondelacalidadeducativa.cgpublisher.com/product/pub.314/prod.19/m.2/fid=1858619/\(pp.%2013-24\)%20L12_38633_Autoconcepto%20multidimensional.pdf](http://revistainternacionaldeevaluacionymediciondelacalidadeducativa.cgpublisher.com/product/pub.314/prod.19/m.2/fid=1858619/(pp.%2013-24)%20L12_38633_Autoconcepto%20multidimensional.pdf)

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociado al índice de masa corporal en adolescentes. México.

Véliz Burgos A. (2010). Dimensiones del Autoconcepto en estudiantes Chilenos: un estudio psicométrico. Tesis Doctoral. Bilbao.

6.2. Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo, _____ con nº de DNI: _____ acepto participar voluntariamente en la investigación titulada “AUTOCONCEPTO FÍSICO Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE UN CENTRO PRE-UNIVERSITARIO TRUJILLO”, realizada por la Bachiller en Psicología Sarita Natividad Quiñones Terry.

He sido informado sobre la naturaleza y los propósitos de la investigación y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

DNI:

Anexo 2: Inventario de Trastorno de Conductas Alimentarias EDI – 3

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Debes contestar todas las cuestiones.

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO, ANOTA TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me considero muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.

16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí, resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.

47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incomodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.

79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

Anexo 3: Protocolo de respuestas EDI-3

Edad:

Sexo: F M

Lee adecuadamente las preguntas y marca correctamente en esta hoja la respuesta de tu preferencia. Fíjate bien en el número de pregunta que estas respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado en base al siguiente criterio.

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5

24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5
32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5

47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5
51	0	1	2	3	4	5
52	0	1	2	3	4	5
53	0	1	2	3	4	5
54	0	1	2	3	4	5
55	0	1	2	3	4	5
56	0	1	2	3	4	5
57	0	1	2	3	4	5
58	0	1	2	3	4	5
59	0	1	2	3	4	5
60	0	1	2	3	4	5
61	0	1	2	3	4	5
62	0	1	2	3	4	5
63	0	1	2	3	4	5
64	0	1	2	3	4	5
65	0	1	2	3	4	5
66	0	1	2	3	4	5
67	0	1	2	3	4	5
68	0	1	2	3	4	5
69	0	1	2	3	4	5

70	0	1	2	3	4	5
71	0	1	2	3	4	5
72	0	1	2	3	4	5
73	0	1	2	3	4	5
74	0	1	2	3	4	5
75	0	1	2	3	4	5
76	0	1	2	3	4	5
77	0	1	2	3	4	5
78	0	1	2	3	4	5
79	0	1	2	3	4	5
80	0	1	2	3	4	5
81	0	1	2	3	4	5
82	0	1	2	3	4	5
83	0	1	2	3	4	5
84	0	1	2	3	4	5
85	0	1	2	3	4	5
86	0	1	2	3	4	5
87	0	1	2	3	4	5
88	0	1	2	3	4	5
89	0	1	2	3	4	5
90	0	1	2	3	4	5
91	0	1	2	3	4	5

Anexo 4: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)

En este cuestionario encontrarás afirmaciones sobre sentimientos e ideas que las personas solemos tener. Recuerda que **NO ES UN EXAMEN**, por lo tanto no hay respuestas buenas ni malas. Sólo queremos conocer tu opinión y tú te conozcas un poco mejor.

Por favor, te pedimos que leas cada frase detenidamente antes de contestar y que pienses si vale para ti. Tú debes señalar con un círculo el número que mejor representa tu opinión según el siguiente criterio.

SIEMPRE FALSO	CASI SIEMPRE FALSO	A VECES VERDADERO/ FALSO	CASI SIEMPRE VERDADERO	SIEMPRE VERDADERO
1	2	3	4	5

1. Soy bueno/a en los deportes.
2. Tengo mucha resistencia física.
3. Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad.
4. Físicamente me siento bien.
5. Me siento a disgusto conmigo mismo/a
6. No tengo cualidades para los deportes.
7. Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos.
8. Me cuesta tener un buen aspecto físico.
9. Me cuesta levantar tanto peso como los demás.
10. Me siento feliz.
11. Estoy en buena forma física.
12. Me siento contento/a con mi imagen corporal.
13. Soy capaz de realizar actividades que exijan fuerza.
14. En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.
15. No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida.
16. Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente.
17. Tengo más habilidad que la gente de mi edad practicando deportes.

18. Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme.
19. Siento confianza en cuanto a la imagen física que transmito.
20. Destaco en actividades en las que se precisa fuerza física.
21. Mi cuerpo me transmite sensaciones positivas.
22. Desearía ser diferente.
23. Soy de las personas que les cuesta aprender un deporte nuevo.
24. En actividades como la de correr, tengo que tomar pronto un descanso.
25. No me gusta mi imagen corporal.
26. No me siento a gusto conmigo mismo/a en lo físico.
27. Estoy haciendo bien las cosas.
28. Practicando deportes soy una persona hábil.
29. Tengo mucha energía física.
30. Soy guapo/a.
31. Soy fuerte.
32. No tengo demasiadas cualidades como persona.
33. Me veo torpe en las actividades deportivas.
34. Me gusta mi cara y mi cuerpo.
35. No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física.
36. Físicamente me siento peor que los demás.

Anexo 5: Protocolo de respuestas CAF

Edad:

Sexo: F M

Lee adecuadamente las preguntas y marca correctamente en esta hoja **LA RESPUESTA DE TU PREFERENCIA**. Fíjate bien en el número de pregunta que estas respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado en base al siguiente criterio.

SIEMPRE FALSO	CASI SIEMPRE FALSO	A VECES VERDADERO/ FALSO	CASI SIEMPRE VERDADERO	SIEMPRE VERDADERO
1	2	3	4	5

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5

13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5

25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5

Anexo 6: Aportes de cuadros o tablas

Tabla 6.1

Correlación ítem-test del Cuestionario de Autoconcepto Físico en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Ítem	Correlación ítem-escala
Ítem 01	.620 **
Ítem 06	.460 **
Ítem 17	.567 **
Ítem 23	.336 **
Ítem 28	.608 **
Ítem 33	.487 **
Ítem 02	.654 **
Ítem 07	.443 **
Ítem 11	.548 **
Ítem 18	.610 **
Ítem 24	.455 **
Ítem 29	.586 **
Ítem 08	.402 **
Ítem 12	.722 **
Ítem 19	.596 **
Ítem 25	.588 **
Ítem 30	.551 **
Ítem 34	.543 **
Ítem 03	.548 **
Ítem 09	.322 **
Ítem 12	.609 **
Ítem 20	.700 **
Ítem 31	.515 **
Ítem 35	.334 **
Ítem 04	.557 **
Ítem 14	.636 **
Ítem 16	.621 **
Ítem 21	.585 **
Ítem 26	.471 **
Ítem 36	.541 **
Ítem 05	.414 **
Ítem 10	.539 **
Ítem 15	.515 **
Ítem 22	.593 **
Ítem 27	.534 **
Ítem 32	.268 **

Nota: Ítem válido si coeficiente de correlación ítem-test corregido es mayor o igual a 0.20 o muy significativos (**).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la tabla 6.4, se observa que todos los índices de correlación ítem-test corregidos, del Cuestionario de Autoconcepto Físico en estudiantes del nivel secundaria, son mayores que .20 o muy significativos ($p < .01$), considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir.

Tabla 6.2

Confiabilidad del Cuestionario de Autoconcepto Físico del Cuestionario de Autoconcepto Físico en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Escala	N° Ítems	Coefficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach
Habilidad Física	6	.768
Condición Física	6	.794
Atractivo Físico	6	.807
Fuerza	6	.760
Autoconcepto Físico general	6	.809
Autoconcepto general	6	.736

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la tabla 6.1, se presenta el valor del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach según escalas, donde se puede observar que las Escalas del Autoconcepto Físico: Autoconcepto Físico general y Atractivo Físico muestran un nivel de confiabilidad Muy bueno; y las escalas: Habilidad Física, Condición Física, Fuerza, Autoconcepto general muestran un nivel de confiabilidad respetable (DeVellis, 1991).

Tabla 6.3

Normas en percentiles, del Cuestionario de Autoconcepto Físico, en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Pc	Autoconcepto físico
99	173-178
98	172
97	168
95	163
90	157
85	151
80	146
75	143
70	139
65	135
60	133
55	129
50	125
45	121
40	118
35	115
30	112
25	108
20	105
15	101
10	97
5	88
3	73
2	67
1	55-57

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la Tabla 6.6, se presentan las normas en percentiles del Cuestionario de Autoconcepto Físico en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Tabla 6.4

Confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3 en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Escala	N° Ítems	Coefficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach
Obsesión por la delgadez	7	.879
Bulimia	8	.744
Insatisfacción corporal	10	.804
Baja autoestima	6	.739
Alienación personal	7	.743
Inseguridad interpersonal	7	.716
Desconfianza interpersonal	7	.627
Déficits introceptivos	9	.795
Desajuste emocional	8	.725
Perfeccionismo	6	.606
Ascetismo	7	.613
Miedo a la madurez	8	.623

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la tabla 6.1, se presenta el valor del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach según escalas, donde se puede observar que las Escalas Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal muestran un nivel de confiabilidad muy bueno; Asimismo las escalas: Bulimia, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal Déficit introceptivo y Desajuste emocional muestran una confiabilidad respetable; y las escalas: Desconfianza interpersonal, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la madurez presentan confiabilidad mínimamente aceptable.

Tabla 6.5

Índices de validez del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3 en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Item	Coef.	Item	Coef.	Item	Coef.
Item1	.147**	Item18	.531**	Item67	.466**
Item7	.738**	Item20	.380**	Item70	.416**
Item11	.689**	Item24	.477**	Item72	.274**
Item16	.741**	Item56	.497**	Item79	.575**
Item25	.758**	Item80	.332**	Item81	.285**
Item32	.789**	Item84	.513**	Item83	.517**
Item49	.777**	Item91	.483**	Item85	.584**
Item4	.384**	Item15	.533**	Item90	.399**
Item5	.308**	Item23	.467**	Item13	.346**
Item28	.468**	Item34	.459**	Item29	.239**
Item38	.463**	Item57	.347**	Item36	.390**
Item46	.426**	Item69	.372**	Item43	.302**
Item53	.529**	Item73	.531**	Item52	.442**
Item61	.458**	Item87	.294**	Item63	.324**
Item64	.528**	Item17	.318**	Item66	.445**
Item2	.445**	Item30	.398**	Item68	.287**
Item9	.544**	Item54	.249**	Item78	.234**
Item12	.575**	Item65	.346**	Item82	.364**
Item19	.581**	Item74	.251**	Item86	.265**
Item31	.401**	Item76	.380**	Item88	.513**
Item45	.525**	Item89	.442**	Item3	.326**
Item47	.437**	Item8	.550**	Item6	.203**
Item55	.482**	Item21	.543**	Item14	.370**
Item59	.402**	Item26	.245**	Item22	.287**
Item62	.418**	Item33	.590**	Item35	.205**
Item10	.473**	Item40	.395**	Item39	.356**
Item27	.582**	Item44	.545**	Item48	.487**
Item37	.552**	Item51	.500**	Item58	.313**
Item41	.469**	Item60	.575**		
Item42	.324**	Item77	.421**		
Item50	.466**				

Nota: Item válido si coeficiente de correlación ítem-test corregido es mayor o igual a 0.20 o muy significativos (**).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la tabla 6.2, se observa que todos los índices de correlación ítem-test corregidos, del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3 en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo, son mayores que .20 o y muy significativos ($p < .01$), considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir.

Tabla 6.6

Normas en percentiles, según escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo

Pc	DT	B	BD	LSE	PA	II	IA	ID	ED	P	A	MF	Pc
99	28	25-29	40	19	22-24	20-26	23-25	33-35	30	23-24	25	28	99
98	27	22	35	14	21	20	19	30	28	22	24	27	98
97	26	21	33	13	19	18	19	27	24	22	18	27	97
95	25	18	27	11	16	17	17	25	20	21	16	25	95
90	21	13	23	8	13	15	16	22	16	19	13	23	90
85	19	10	20	6	11	13	14	19	15	18	12	21	85
80	16	9	18	5	9	13	13	17	13	17	10	20	80
75	14	8	16	5	8	12	12	16	12	16	10	19	75
70	13	7	15	4	7	11	11	15	11	15	9	18	70
65	12	6	14	4	7	10	10	14	10	14	8	17	65
60	11	6	12	3	6	9	9	13	9	14	8	16	60
55	8	5	11	3	5	8	9	12	8	13	7	15	55
50	8	4	10	2	5	8	8	11	7	12	7	14	50
45	6	3	9	1	4	7	7	10	6	12	6	14	45
40	6	3	8	1	4	6	7	9	5	11	5	13	40
35	5	2	7	1	3	6	6	8	5	11	5	13	35
30	4	2	6	0	3	5	6	7	4	10	4	12	30
25	3	1	6	0	3	4	5	6	3	10	4	11	25
20	3	1	5	0	2	3	5	5	2	9	3	11	20
15	3	1	4	0	1	2	4	4	2	8	2	10	15
10	2	0	3	0	1	2	3	3	1	7	1	9	10
5	1	0	1	0	0	1	2	1	0	5	0	7	5
3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	0	6	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	2
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0-3	1

Nota:

DT :	Obsesión por la delgadez	IA :	Desconfianza interpersonal
B :	Bulimia	ID :	Déficits introceptivos
BD :	Insatisfacción corporal	ED :	Desajuste emocional
LSE :	Baja autoestima	P :	Perfeccionismo
PA :	Alienación personal	A :	Ascetismo
II :	Inseguridad interpersonal	MF :	Miedo a la madurez
Pc :	Percentil		

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Quiñones, 2016)

En la Tabla 6.3, se presentan las normas en percentiles del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3en estudiantes de un centro pre universitario de la ciudad de Trujillo.