

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTO PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL J.A.M.O. DE TUMBES 2012 -2013**

AUTORA: LISET YERALDINE SALDARRIAGA CÉSPEDES

ASESOR: PABLO ALBUQUERQUE FERNÁNDEZ

TRUJILLO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A las personas más importantes de mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poco de todo lo que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

Mamá Beatriz

Papá Belisario

Angie y Kevin

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi padre, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tiene en mí.

A mis hermanos: Angie y Kevin, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

A Pamela, Casandra, Karen, Laura, Carolina y Cesar Joel por demostrarme que podemos ser grandes amigos y compañeros de trabajo a la vez.

A André, por tu apoyo y comprensión en la elaboración de mi tesis, porque sé que siempre contaré contigo.

A mi asesor Dr. Pablo Albuquerque Fernández, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de mi tesis.

MIEMBROS DE JURADO

Dra. LOZANO IBAÑEZ ROSA

PRESIDENTE

Dr. ROSALES GARCIA ROBERTO

SECRETARIO

Dr. PAICO VILCHEZ EMILIANO

VOCAL

ASESOR

Dr. PABLO ALBUQUERQUE FERNÁNDEZ

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
MIEMBROS DE JURADO.....	iv
ASESOR.....	v
INDICE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
III. RESULTADOS.....	14
IV. DISCUSIÓN.....	25
V. CONCLUSIONES.....	28
VI. RECOMENDACIONES.....	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	35

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la asociación entre distorsiones de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos.

Diseño: Analítico .Observacional. Seccional-transversal.

Ámbito de estudio: Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” de Tumbes – MINSA en el periodo 2012 - 2013

Poblaciones: 160 adolescentes .67 con TCA y 93 sin TCA

Medidas principales del seguimiento: ANOVA de diferencia de medias de IMC autopercebido y real. OR de riesgo de TCA.

Resultados El IMC autopercebido entre grupos con y sin trastornos de conducta alimentaria fue $t=13.120$ $p=0.001$ a diferencia del IMC real $t=1.255$ $p= 0.264$. La diferencia de medias entre grupos con y sin trastornos de conducta alimentaria y IMC Autopercebido –Real fue $t=10.595$ $p=0.001$. El riesgo de tener trastorno de conducta alimentaria por ser del sexo femenino es significativo Chi cuadrado 9.467 $p=0.03$ OR=1.910(1.218-2.995). Existe diferencia en la relación edad y trastorno de la conducta alimentaria solamente en el género femenino.

Conclusiones: Existe asociación estadísticamente significativa entre una distorsión positiva del IMC autopercebido con relación al real entre adolescentes con TCA.

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

ABSTRACT:

Objectives: To determine the association between adolescent eating disorders and body image distortions in adolescents of both sexes.

Design: Analytical. Observational. Sectional -Transversal.

Setting: Hospital José Alfredo Mendoza Olavarria - Tumbes - MINSA in the period 2012 - 2013

Subjects: 160 adolescents 67 with ED and 93 without ED

Main outcome measures: ANOVA. Mean difference BMI autoperception and real OR for risk ED.

Results: The mean difference BMI autoperception between groups with and without appetite disorders was $t = 13.120$ $p = 0.001$ as opposed to actual BMI $t = 1.255$ $p = 0.264$. The mean difference between groups with and without ED, BMI Autoperception - actual was $t = 10.595$ $p = 0.001$. Risk for ED for being female is significant 9.467 Chi-square $p = 0.03$ OR = 1.910 (1.218-2.99). The difference in the relationship age and disorder of the appetite only in the female sex.

Conclusions: There is association between distortion body image and difference BMI actual-BMI autopercibido.

key words : eating disorders, autoperception body image

I. INTRODUCCIÓN:

El incremento en la incidencia y prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosa en niños y adolescentes ha aumentado en los últimos años por lo que resulta importante que se efectúe una detección y un manejo temprano de estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estudios epidemiológicos demuestran esta tendencia desde 1950¹⁻⁴.

Durante la década pasada las prevalencia de obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado significativamente y ha ocasionado un énfasis excesivo sobre la dieta y pérdida de peso en este grupo etario principalmente. Se estima que 0.5% de mujeres adolescentes en los Estados Unidos de América (EUA) sufren anorexia nerviosa, que 1- 5% reúnen criterios para bulimia nerviosa, que entre 5 a 10 % de todos los casos de TCA ocurren en varones y 90 – 95% en mujeres⁵⁻⁷.

Hay también un número importante de casos leves que no reúnen los criterios de la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* para anorexia y bulimia nerviosa pero no obstante sufren las consecuencias físicas y psicológicas de tener un TCA. La detección temprana y el control de estas personas pueden reducir las secuelas de esta enfermedad. Esta detección se puede hacer mediante tamizaje para TCA como parte del examen clínico que incluye una medición escrupulosa del peso y la talla^{8,9}.

La etiología de los TCA es multifactorial, y sólo pueden entenderse por la interacción de diversos factores psicológicos, socioculturales, fisiológicos que se potencian y modifican mutuamente. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa tienen en común la extrema preocupación por la imagen corporal relacionada con el peso, la forma corporal y la idea sobrevalorada de la delgadez, la insatisfacción con dicha imagen está presente en la mayor parte de la población adolescente^{10, 11}.

La OMS define a la adolescencia, como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerando dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Es una edad ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, de formación de la personalidad, por lo que la integración de elementos como la autoestima, el autoconcepto, el sentido de identificación a un grupo y la autoimagen corporal son cruciales en esta etapa^{12,13}.

La imagen corporal se ha conceptualizado como un constructo multidimensional que representa cómo los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a sus propios atributos físicos. La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, una experiencia subjetiva, que se refiere a como la autopercepción del cuerpo o apariencia genera una representación mental, compuesta por tres componentes: perceptivo: estimación de tamaño y forma corporal; cognitivo/afectivo: satisfacción,

preocupación y autoevaluación; de comportamiento: evitando situaciones que generen malestar asociado con la imagen corporal ^{14,15}.

Un elemento central de la imagen corporal son las actitudes hacia el propio cuerpo, que son definidas como las evaluaciones generales positivas o negativas, que las personas realizan de su propio cuerpo. El sentirse a disgusto con la imagen constituye un factor de riesgo importante en los TCA. De hecho, las actitudes hacia la imagen corporal afectan tanto a la conducta con restricciones alimentarias y aislamiento social, como a los pensamientos: creencia de que un cuerpo delgado es un cuerpo atractivo y a las emociones: tristeza, culpa, ansiedad relacionadas con la ingesta¹⁶.

Pérez Gaspar y cols. Realizaron un estudio el año 2000, tomando una muestra de 2862 mujeres entre 12 y 21 años, en Navarra –España, encontraron una prevalencia de 0.3% para Anorexia nerviosa (AN), 0.8% para Bulimia (BN) y 3.1% en Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCA- NOE). En total, el 4.1% de la población estudiada padece algún TCA¹⁷.

Ortega y cols (2004). En Colombia en colegios de Bogotá han encontrado que entre el 1 y 4% de las niñas presentan AN y en Medellín estiman una prevalencia del 17,7% donde el 0.8% es para AN, 2.3% para BN y el 14.6% restante para TCA subclínico; además se encontró que el 30% de la población evaluada tenía riesgo de desarrollar algún tipo de TCA¹⁸.

Un estudio epidemiológico realizado por el **Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi Perú**, entre los años 2002 y 2003, tuvo como resultado que el 3.8% de adolescentes de 12 a 18 años de Lima Metropolitana presenta crisis bulímicas, mientras que en la sierra es de 1.6%¹⁹.

Toro J y cols (2005). En un meta-análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la imagen corporal en Trastornos alimentarios (TA) comparado con grupo control, concluyeron que las pacientes con AN y BN tenían mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre su cuerpo y talla que las mujeres sin TA²⁰.

Garay et al. , el año 2007 realizó un estudio en adolescentes residentes en una zona urbana popular de Lima y encontraron que un 20,5% presentaron alto riesgo de presentar riesgo de trastornos de conducta alimentaria y las mujeres presentaron una mayor riesgo con un 25,6%²¹.

Pachas. , el año 2010 encontró que en estudiantes universitarios la prevalencia de distorsiones de la imagen corporal fue de 49.33%. Los universitarios desnutridos tienen mayores niveles de distorsión de la imagen corporal que los eutróficos y estos que los obesos. Hubo baja correlación entre la autopercepción de la imagen corporal actual e ideal, a mayor edad menores niveles de distorsión de la imagen corporal actual y el sexo masculino presentó menores niveles de insatisfacción de la Imagen Corporal que los de sexo femenino²².

2.2. JUSTIFICACIÓN:

Hacemos este estudio porque existe la tendencia de aumentar los TCA en el mundo y es necesario conocer en nuestra realidad la prevalencia de dichos trastornos, para establecer programas dirigidos a la población de riesgo, con la finalidad de contribuir en la adopción de hábitos de alimentación saludables y disminuir las secuelas de estos trastornos.

2.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Hay asociación entre la distorsión de autopercepción de la imagen corporal con los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes en el periodo 2012 - 2013?

2.4. HIPOTESIS:

Ho: No existe asociación entre presencia de TCA en adolescentes con y sin distorsión de la Autopercepción de la Imagen Corporal.

Ha: Existe asociación entre la distorsión de la Autopercepción de la Imagen Corporal en adolescentes con TCA que en los que no lo presentan.

2.5. OBJETIVOS:

2.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar si hay asociación entre la distorsión de la imagen corporal en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes en el periodo 2012 - 2013.

2.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia total de trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiada.
2. Determinar la Autopercepción de la Imagen Corporal en adolescentes con y sin TCA.
3. Determinar el IMC real en adolescentes con y sin TCA.
4. Determinar la diferencia entre el IMC autopercebido y el real en adolescentes con y sin trastornos de conducta alimentaria.
5. Determinar la diferencia entre el IMC autopercebido y el real en adolescentes con y sin trastornos de conducta alimentaria según edad y sexo.

II. MATERIAL Y METODOS:

3.1. MATERIAL:

3.1.1. Población Diana:

Estuvo conformada por adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 11 y los 19 años, evaluados en el Hospital de Apoyo II-1 “José Alfredo Mendoza Olavarría” de Tumbes en el periodo 2012 - 2013.

3.1.2. Población de Estudio:

La población de estudio estuvo conformada por los integrantes de la población diana que cumplieron con los criterios de selección.

3.1.3 Criterios de selección

A) Criterios de Inclusión:

- Estudiantes entre los 11 a 19 años de edad
- Participar voluntariamente en el estudio y llenar la ficha de consentimiento informado.

B) Criterios de Exclusión:

- Estudiantes que no acepten participar voluntariamente en el estudio y llenar la ficha de consentimiento informado.
- Mujeres en estado de gestación, lactancia o con alguna situación patológica que las obliguen a cambiar su dieta.

3.1.4 Muestra:

- **Unidad de Análisis:** Adolescentes evaluados.
- **Unidad de Muestreo:** El mismo que la unidad de análisis.
- **Tamaño muestral:**

La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p \cdot q}{(d)^2}$$

Donde:

$$Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2 \text{ (para una seguridad del 95\%)}$$

$$p = \text{prevalencia de TCA según } ^{19} = 0.038$$

$$q = 1 - p = 0.962$$

d = precisión (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.038)(0.9629)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.036556)}{0.0025}$$

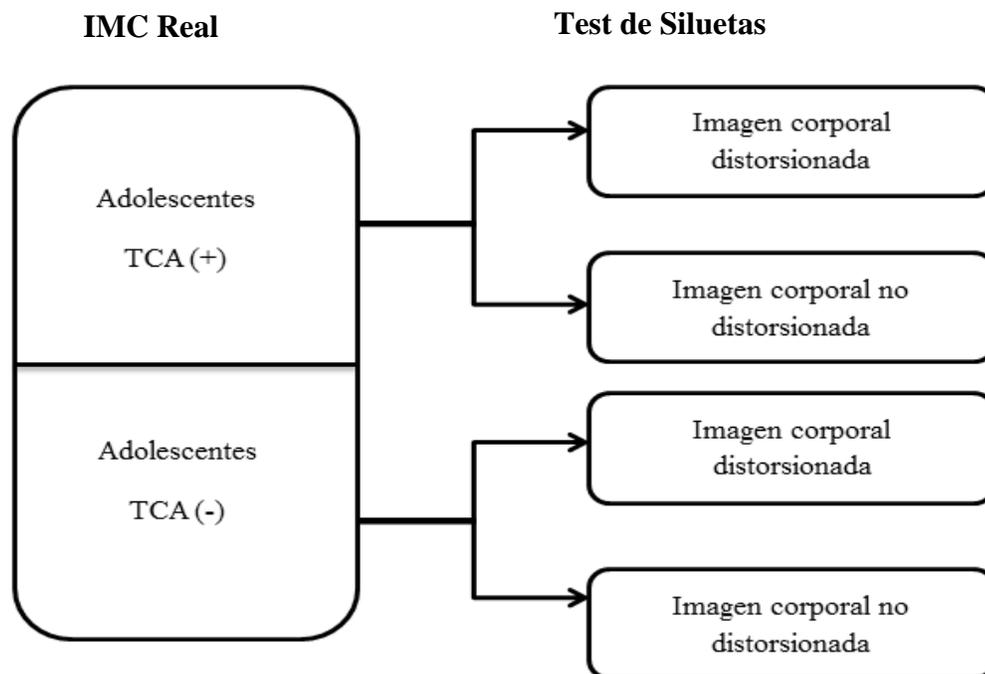
$$n = 160 \text{ estudiantes}$$

3.2 METODOS:

3.2.1 Diseño de estudio:

La investigación es de tipo observacional, analítico, seccional- transversal.

El esquema es el siguiente:



3.2.2 Descripción de variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
INDEPENDIENTE: Autopercepción de la imagen corporal: -Real -Autopercibido	 	 Discreta Discreta	 Encuesta Encuesta	 (IMC) Test de Siluetas
DEPENDIENTE Trastornos de conducta alimentaria	 Cualitativa	 Nominal	 Encuesta	 Presente- Ausente
INTERVINIENTE -SEXO -EDAD	 Categorica Cuantitativa	 Dicotómica (Nominal) De razón	 Encuesta Encuesta	 Femenino Masculino Años cumplidos

3.3. DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES:

***Autopercepción de la imagen corporal:**

Para valorar la percepción de la imagen corporal se utilizó el test silueta corporal, se utilizó una secuencia de 9 figuras femeninas y masculinas con medidas crecientes de la silueta corporal. Estas figuras oscilan entre la silueta extremadamente delgada y la silueta extremadamente obesa las cuales se hacen equivalentes a un nivel de IMC.

Figura 1: Equivalente a IMC 17 kg/m²

Figura 2: Equivalente a IMC 19 kg/m²

Figura 3: Equivalente a IMC 21 kg/m²

Figura 4: Equivalente a IMC 23. kg/m²

Figura 5: Equivalente a IMC 25 kg/m²

Figura 6: Equivalente a IMC 27 kg/m²

Figura 7: Equivalente a IMC 29 kg/m²

Figura 8: Equivalente a IMC 31 kg/m²

Figura 9: Equivalente a IMC 33 kg/m²

El evaluado seleccionaba la silueta que representaba mejor su forma corporal (IMC Autopercebido).

*** Distorsión de la imagen corporal:**

Esta dado por la diferencia entre el IMC por autopercepción y el IMC real medido por el investigador.

IMC AUTOPERCIBIDO –IMC MEDIDO (REAL)

1. Si la diferencia es positiva la adolescente se ve más sobrepesada de lo que realmente es; es decir está en riesgo de tener TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

2. Si la diferencia es negativa, significaba que la encuestada se ve más delgada de lo que realmente es; es decir no está en riesgo de tener trastorno de la conducta alimentaria.

3. Si la diferencia era cero significaba **que no existe distorsión.**

***ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

Criterio internacional, que considera el peso en kilogramos dividido entre la talla expresada en metros al cuadrado que se obtiene de cada estudiante.

Los puntos de corte sugeridos para diagnóstico nutricional de acuerdo a IMC son los siguientes:

- IMC menor al percentil 5 es indicativo de desnutrición.
- IMC mayor al percentil 85 se considera riesgo de sobrepeso.
- IMC mayor al percentil 95 es indicativo de obesidad.
- IMC entre percentil 15 y 85 corresponde en general a estado nutricional normal.

***TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:**

Los TCA son enfermedades en la cual existe una preocupación constante por el peso y silueta, derivada de una imagen corporal negativa producto del deseo intenso de estar más delgada que se expresa presentando cualquiera de los siguientes síntomas: dietas restrictivas, vómitos autoinducidos, uso no justificado de laxantes y disminución del peso; según los ITEMS 6, 7, 8, 9 de la encuesta (Anexo I) ²³.

3.4. PROCEDIMIENTOS:

1. Los estudiantes que participaron en el estudio fueron captados en consultorio externo del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría” de Tumbes en el periodo 2012 - 2013.
2. Luego de verificar el cumplimiento de criterios de selección, se procedió a explicarles la importancia del estudio invocándoseles a dar respuestas que se ajusten a la verdad y dar su consentimiento informado (Anexo IV)
3. Posteriormente se realizaron las mediciones correspondientes de medidas antropométricas por el tesista.
4. Se midió la talla y el peso para estimar el índice de masa corporal (IMC). El peso de determinó con la persona descalza y con ropa ligera, utilizando una balanza (con precisión de 1 kg rango 1-150 kg). La talla se midió con la ayuda de un tallímetro, con la persona en bipedestación, con la espalda en contacto con el tallímetro y sin calzado.
5. Para valorar la **autopercepción** de la imagen corporal se usó una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard (1990) y modificado por Collis (1991) que se muestra en el Anexo N°II.

6. Se hizo **una pregunta** sobre la figuras, ¿Qué figura representa tu forma corporal?
7. **La pregunta** sirve de base para medir la distorsión de la imagen corporal valorando el índice de masa corporal real de cada estudiante, y el percibido valorado según el test de siluetas.
8. Los datos fueron registrados en la ficha de recolección de datos.

3.5.-ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

a. Estadística descriptiva:

Para las variables categóricas se colocaron los datos en cuadros de doble entrada y se calcularon los valores porcentuales. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 17.0

b. Estadística analítica:

Para los datos de tipo categórico se empleó el test de Chi cuadrado y para las diferencias en IMC ANOVA. También el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

c. Estadígrafos del estudio:

Se midió la prevalencia de TCA y de distorsiones de la imagen corporal.

3.6. Aspectos Éticos:

Para la ejecución de la presente investigación, se siguieron los principios de la Declaración Helsinki, en relación al carácter confidencial.

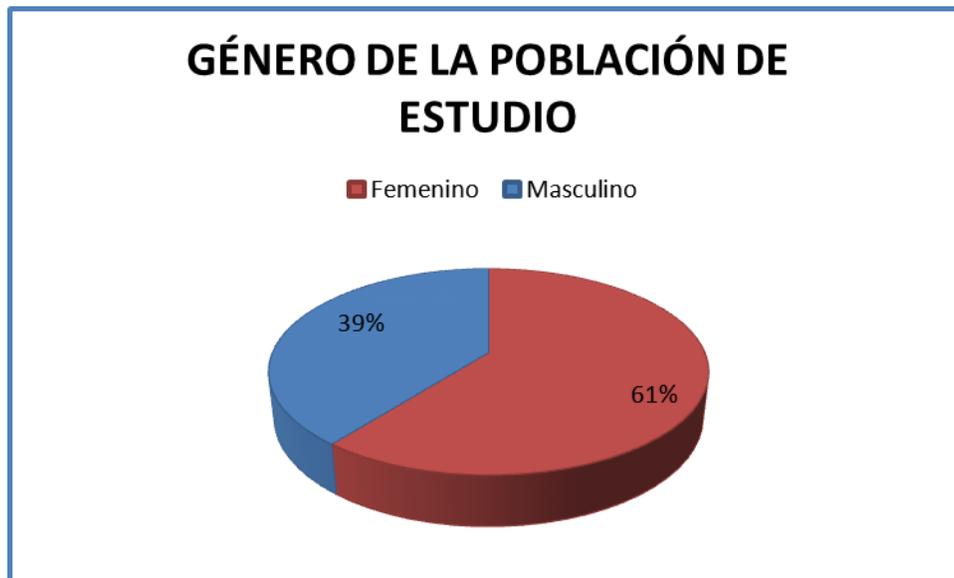
III. RESULTADOS:

Tabla N° 1: Género de la Población de Estudio: Hospital J.A.M.O. de Tumbes en el periodo 2012 - 2013

Género	Total
Femenino	97
Masculino	63
Total	160

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

Gráfico N° 1: Género de la Población de Estudio



Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

**Tabla N° 2: Características de la población de estudio: Hospital J.A.M.O. de Tumbes
en el periodo 2012 - 2013**

Variables	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	160	11	19	15.0377	1.90232
Peso	160	33	104	57.5	11.48214
Talla	160	1.36	1.76	1.5869	0.08204
IMC real	160	16.82	36.39	22.7403	3.62756
IMC ideal	160	17.2	22.5	19.8875	1.1364
IMC autop.	160	17	33	22.6	3.06574
Distorsión	160	-10	6	0.1187	2.6383
TCA	67	41.87 %			

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

Tabla N° 3: Trastornos de Conducta Alimentaria

TCA	Frecuencia	Porcentaje
Disminución de peso	51	31.9
Vómitos	12	7.5
Laxantes	12	7.5
Dieta severa	49	30.6

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

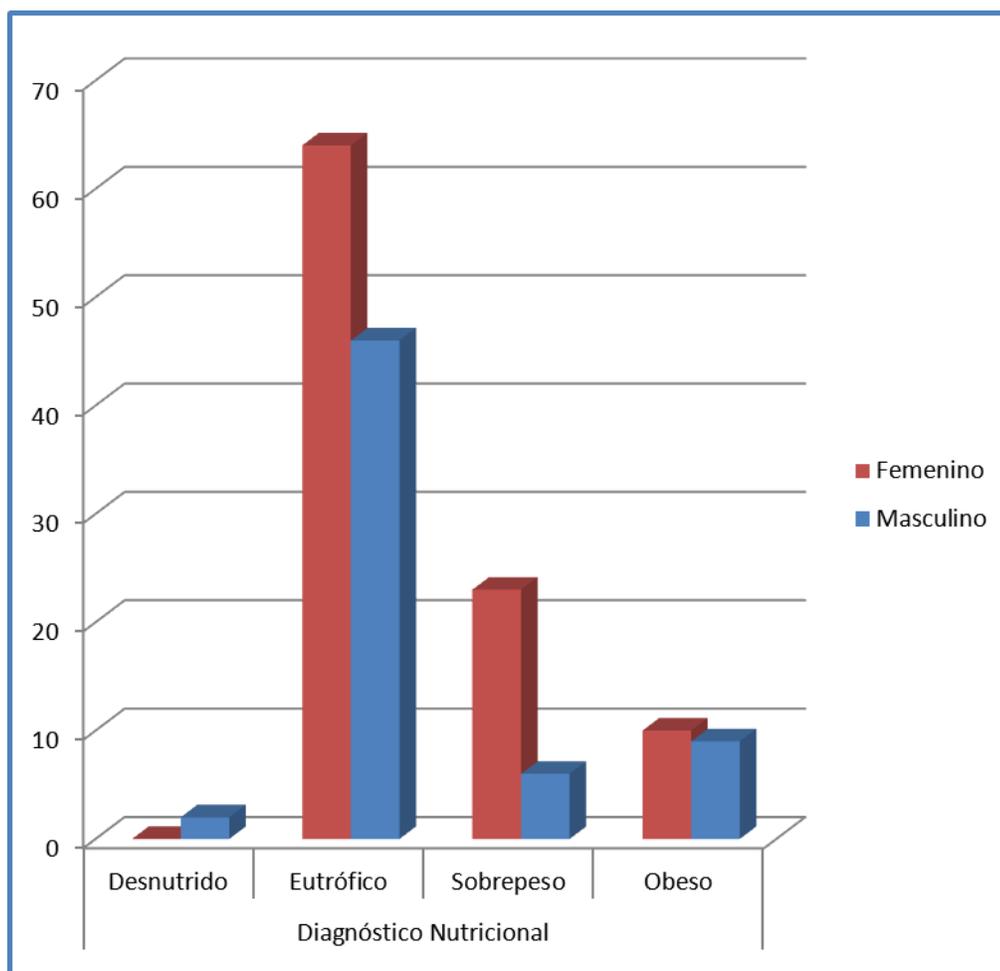
Tabla N° 4: Estado nutricional según género

Género	Diagnóstico Nutricional				Total
	Desnutrido	Eutrófico	Sobrepeso	Obeso	
Femenino	0	64	23	10	97
	0%	66%	24%	10%	100%
Masculino	2	46	6	9	63
	3%	73%	10%	14%	100%
Total	2	110	29	19	160
	1%	69%	18%	12%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

Chi-cuadrado 8.10457, p- significante=0.044

Gráfico N° 2: Estado nutricional según género



Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

Tabla N°5: IMC auto percibido y real en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria

TCA		IMC REAL	IMC AUT.
NO	MEDIA	22.4677	21.8817
	N	93	93
	DE	3.39212	2.66152
SI	MEDIA	23.1185	23.597
	N	67	67
	DE	3.92587	3.32146
TOTAL	MEDIA	22.7403	22.6
	N	160	160
	DE	3.62756	3.06574

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

IMC autopercibido $t=13.120$ $P=0.001$, IMC real $t=1.255$ $P= 0.264$

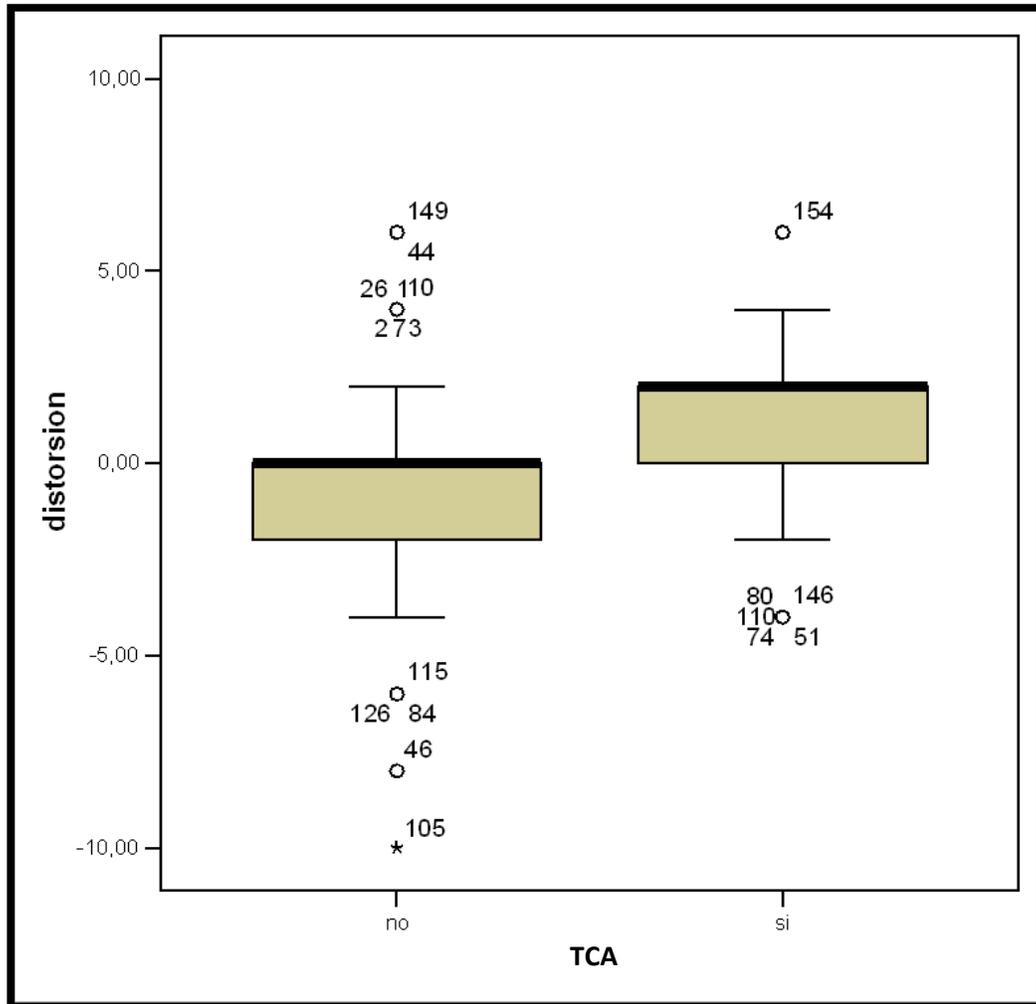
Tabla N° 6: Relación entre Trastornos de Conducta Alimentaria y Distorsión de la Imagen corporal

TCA	Distorsión de imagen corporal		
	Media	N	DE
No	-0.4409	93	2.70853
Si	0.8955	67	2.34284
Total	0.1187	160	2.6383

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

ANOVA de diferencia de medias IMC autopercebido –real $t=10.595$ $p=0.001$

Gráfico N° 3: Distorsión de la Imagen Corporal
entre grupos con y sin Trastornos de Conducta alimentaria



Fuente: Test de Siluetas: Análisis de la percepción corporal según método adaptado de Stunkard y Stellard 1990 (Anexo II)

Tabla N° 7: Distorsión positiva de la Imagen Corporal según género

Género	Distorsión positiva de la Imagen Corporal		Total
	No	Si	
Femenino	64(59.3)	33(63.5)	97(60.6%)
Masculino	44(40.7%)	19(36.5%)	63(39.4%)
Total	108	52	160

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I) y Test de Siluetas (Anexo II)

Chi cuadrado 0.260 p=0.73 OR=1.128 (0.707-1.709)

Tabla N° 8: Trastornos de Conducta alimentaria referidos según género

GÉNERO	TCA		TOTAL
	SI	NO	
FEMENINO	50	47	97
MASCULINO	17	46	63
TOTAL	67	93	160

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

Chi cuadrado 9.467 p=0.03 OR=1.910(1.218-2.995)

Tabla N° 9: Trastornos de Conducta Alimentaria según género

TCA		GÉNERO		TOTAL
		F	M	
Dieta severa	Si	39	10	49
	No	58	53	111
Total		97	63	160
Vómitos autoinducidos	Si	11	1	12
	No	86	62	148
Total		97	63	160
Disminución de peso	Si	35	16	51
	No	62	47	109
Total		97	63	160
Laxantes	Si	10	2	12
	No	87	61	148
Total		97	63	160

Fuente: Ficha de Recolección de datos (Anexo I)

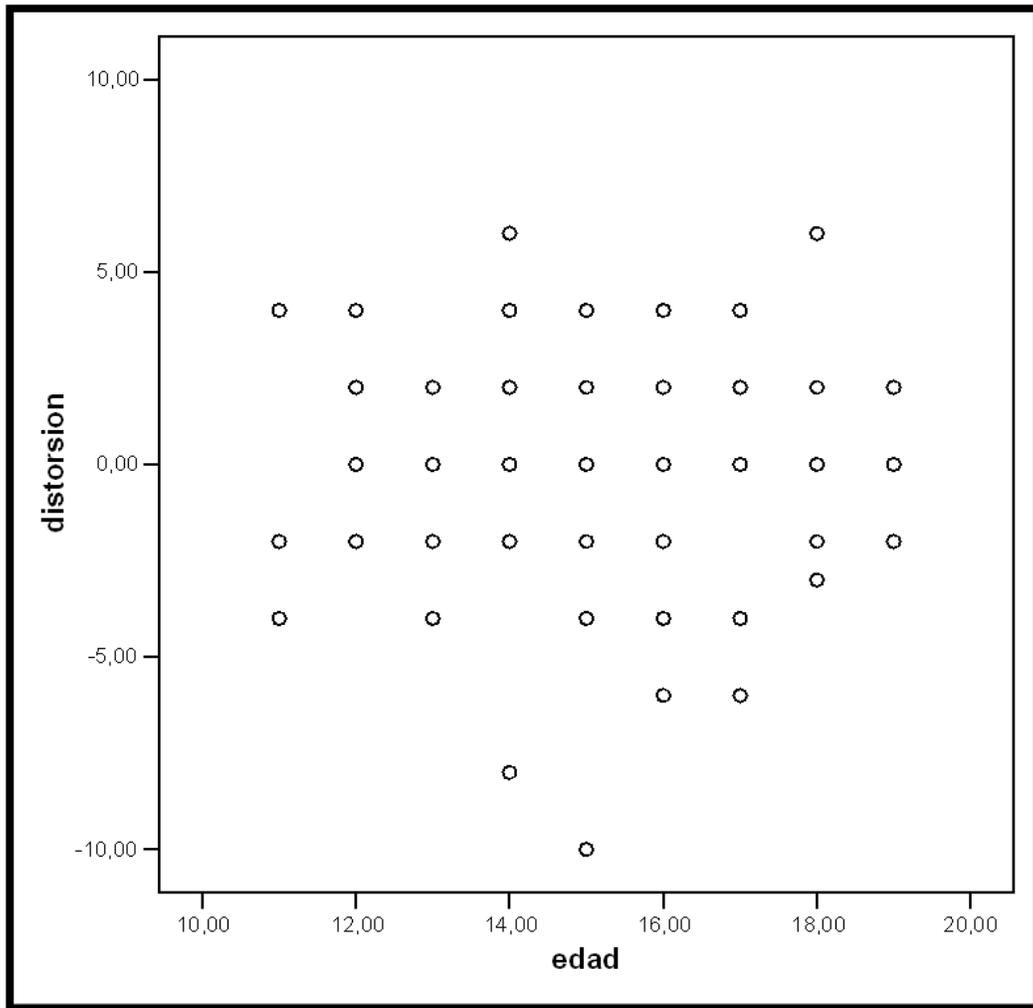
DIETA SEVERA: Chi cuadrado 10.44 p=0.001 OR=2.535(1.365-4.7)

VÓMITOS AUTOINDUCIDOS: Chi cuadrado 5.237 p=0.024 OR=7.144(0.945-53.98)

DISMINUCIÓN DE PESO: Chi cuadrado 2.00834069, p= 0.15643634

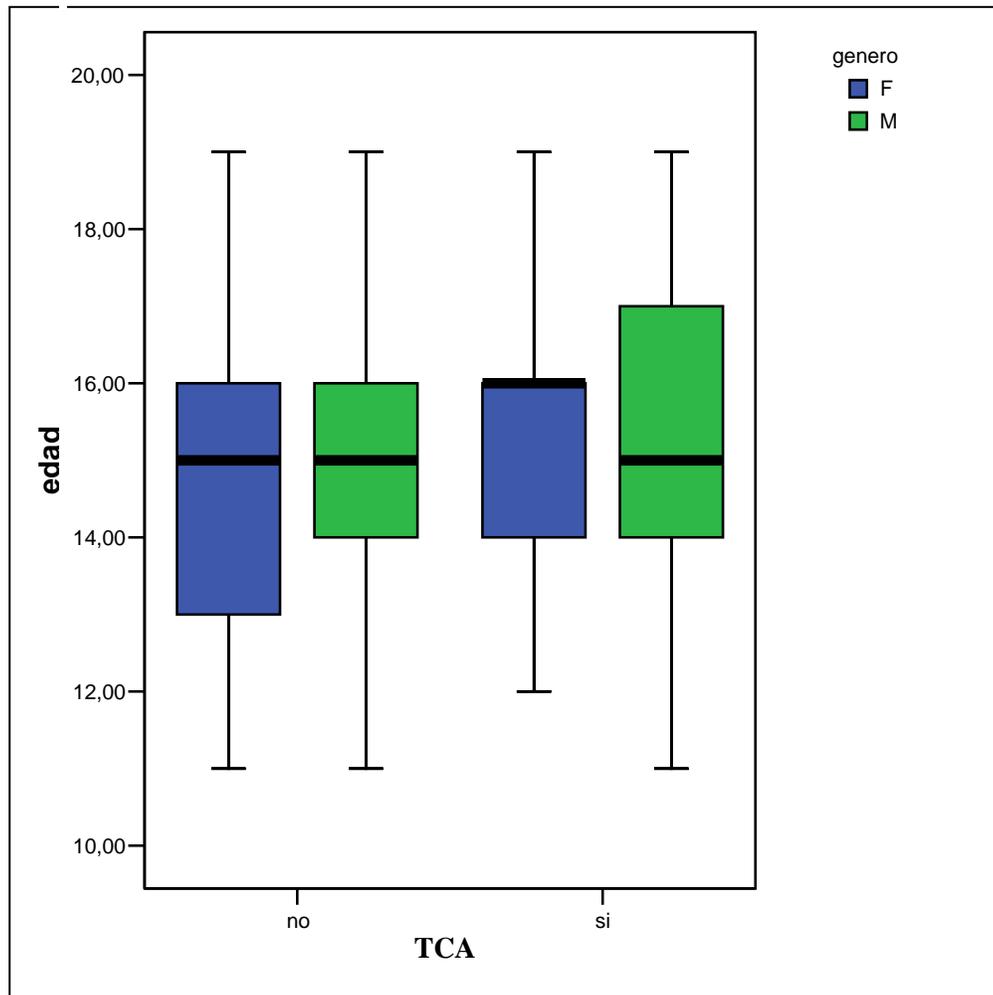
LAXANTES: Chi cuadrado 2.80244899, p= 0.09412045

Gráfico N° 4: Correlación edad y distorsión de imagen corporal



No existe correlación entre edad y distorsión Pearson 0.33 p=0.679

Gráfico N° 05: Asociación edad y sexo con trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.



Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo I)

IV. DISCUSIÓN:

Actualmente el mundo globalizado, influye sobre adolescentes y jóvenes, principalmente mujeres, creando estándares de belleza basados en modelos muy delgadas. Estos patrones de belleza, son internalizados y ocasionan distorsiones en las percepciones de la imagen corporal, las que podrían llevar a esfuerzos exagerados por alcanzarlos y desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como Anorexia nerviosa o bulimia. La insatisfacción por la imagen, que lleva a disminución de la autoestima e insatisfacción con la imagen corporal, puede repercutir significativamente sobre la salud de nuestros niños.

Para evaluar la influencia de la distorsión en la imagen corporal sobre el desarrollo de TCA efectuamos este trabajo en el Hospital J.A.M.O. de Tumbes en el periodo 2012 - 2013. Estudiamos 160 adolescentes de los cuales 67 (41.9%) tuvieron trastornos de la conducta alimentaria y 93 no presentaron estos trastornos. 61% adolescentes fueron de sexo femenino, el IMC promedio real fue de 22.74 kg/m^2 (DE=3.62), el promedio de IMC autopercebido fue 22.6 kg/m^2 (DE= 3.06). Esto significa que los adolescentes se perciben en promedio ligeramente más delgados de lo que en realidad son.

La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria autorreportados fue de 41.9%, siendo más frecuente en mujeres 50 (51.5%) que en varones 17 (50%); el síntoma más frecuente fue realizar dieta severa. Este resultado es muy parecido al reportado

por Ortega¹⁸ quien en Colombia encontró que el 30% de la población evaluada tiene riesgo a desarrollar algún tipo de TCA y el 14.6 tenían TCA subclínico. Son diferentes a los de Pérez Gaspar¹⁷ en España, quienes encontraron una prevalencia de 0.3% para AN, de 0.8% para BN y de 3.1% en TCA, el 4.1% de la población estudiada padecía algún TCA y el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi¹⁹ en Perú, encontraron que el 3.8% de adolescentes de 12 a 18 años de Lima Metropolitana presentaban crisis bulímicas, mientras que en la sierra fue de 1.6%, la diferencia se debe a que ellos reportaron diagnósticos establecidos de TCA en cambio los nuestros son síntomas aislados de estas patologías.

El IMC autopercibido entre grupos con y sin trastornos de conducta alimentaria fue $t=13.120$ $P=0.001$ a diferencia del IMC real $t=1.255$ $P=0.264$. Lo que indica que no hay diferencia significativa en los IMC real entre grupos pero sí en los percibidos. La diferencia de medias entre grupos con y sin trastornos de la conducta alimentaria IMC Auto percibido – Real fue $t=10.595$ $p=0.001$. Lo que indica que los adolescentes que tienen una imagen distorsionada positiva son las que tienen trastornos de conducta alimentaria.

El riesgo de tener trastorno de conducta alimentaria por ser del sexo femenino es significativo Chi cuadrado 9.467 $p=0.03$ OR=1.910 (1.218-2.995). No hubo relación entre el género y distorsión positiva; verse más delgados, que indica riesgo de anorexia nerviosa, Chi cuadrado 0.260 $p=0.73$. Los trastornos de conducta

alimentaria reportados fueron significativas en el efectuar dietas severas: Chi cuadrado 10.44 $p=0.01$ OR=2.535(1.365-4.7), y vómitos autoinducidos: Chi cuadrado 5.237 $p=0.024$ OR=7.144(0.945-53.98). Existe diferencia en la relación edad y trastorno de conducta alimentaria solamente en el género femenino. Estos resultados son similares a los de Toro²⁰, en un meta-análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la imagen corporal en TA concluyen que las pacientes con AN y BN tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre cuerpo y talla que las mujeres sin TA. Igualmente Garay²¹., en una zona urbana popular de Lima encontraron que las mujeres presentaron un mayor riesgo con un 25,6%. Pachas²², en Trujillo en universitarios, encontró que la prevalencia de distorsiones de la imagen corporal fue de 49.33% y que el sexo masculino tiene menores niveles de insatisfacción de la Imagen Corporal que los de sexo femenino.

Nuestro trabajo tiene las limitaciones de ser un estudio transversal lo que no permite conocer si los adolescentes realmente desarrollarán Anorexia nerviosa o Bulimia; sin embargo confirma que el test de siluetas es un instrumento eficiente para detectar insatisfacciones de la imagen corporal y nos permitiría implementar acciones preventivas.

V. CONCLUSIONES:

1. Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian a una distorsión positiva de la imagen corporal.
2. La prevalencia total de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes estudiados fue de 41.9%
3. Existe mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en el género femenino que en el masculino.
4. La mayor edad del adolescente se asocia a mayor frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria solamente en el género femenino.

VI. RECOMENDACIONES:

Recomendamos evaluar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en especial en el sexo femenino. El Test de siluetas es un instrumento valioso para detectar dichos trastornos. Implementar programas a la población en riesgo que contribuyan en la adopción de hábitos de alimentación saludables para prevenir estos trastornos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67:297-304.
- 2) Ana Mateos –Parra y Natalia Solano – Pinto. Trastornos de la alimentación; anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología* 1997; 1(1).
- 3) Amelia J. Lake, Petra K. Staiger, and Huguette Glowinski. Effect of Western Culture on Women's Attitudes to Eating and Perceptions of Body Shape. *Int J Eat Disord* 2000; 27: pp 83 – 89.
- 4) Jane Ogden and Charlotte Elder. The Role of Family Status and Ethnic Group on Body Image and Eating Behavior. *Int J Eat Disord* 1998; 23: pp 309 – 315.
- 5) Merry N. Miller and Andre S J. Pumariega .Culture and Eating Disorders: Historical and Cross-Cultural Review .*Psychiatry* 2001; 64(2): pp 93-110.
- 6) Wilder ,J.The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta- analytic review. *Clinical Psychology Review* 2001; 21(4): pp 521 – 551.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th Edition. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 8) Keel P, Klump K. Are eating disorders culture bound syndromes. Implications for conceptualizing their etiology, *Psychol Bull* 2003; 129(5): 747-69.
- 9) Hoek H, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34(4): 383-396.

- 10) Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Timetrends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186 (1):132-135.
- 11) Becerra, N. Tamización de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Acta reunión de equipo de medicina familiar. Pontificia Universidad Javeriana 2003.
- 12) Wade, T., Heath, A.C., Abraham, S., Treloar, S.A. Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1996;30(6):845-851.
- 13) Ben-Tovim, D.I., Morton, J. The epidemiology of anorexia nervosa in South Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1990; 24(2):182-186.
- 14) Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., Kurland, L.T. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry* 1991;148(7):917-922.
- 15) Szmukler, G., Mc Cance, C., Mc Crone, L., Hunter, D. Anorexia nervosa: A psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine* 1986;16(1):49-58.
- 16) Gresko, R.B., Rosenvinge, J.H. In: W. Vandereycken G. Noordenbos, editor(s). *The prevention of eating disorders*. London: The Athlone Press, 1998; 75-98.
- 17) Perez –Gaspar M, Gual P, de Irala –Estévez J, Martínez – González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:481- 486.
- 18) Toro J, Gila A, Castro J, Pombo C, Guete O. Body Image, risk factors for Eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eat Weight Disord* 2005; 10(2):91-97.

- 19) Grigg, M., Bowman, J., Redman, S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Preventive Medicine* 1996; 25 (6):748-756.
- 20) Loreto M, Romero M, Silva P y Zubarew T. 2006. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría* 2006; 77(2): 153-160.
- 21) Garay J, Jiménez C, Jiménez V, Palpan J. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International* 2007; 18(4).
- 22) Pachas Alvarado a. Autopercepción de la imagen corporal a través del test de siluetas y su correlación con el IMC real en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego – Tesis para optar el título de médico cirujano-2010.
- 23) Ramírez L. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Toro J, Yepes L, Palacio C. *Psiquiatría*. 5ª Ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p 310 - 317

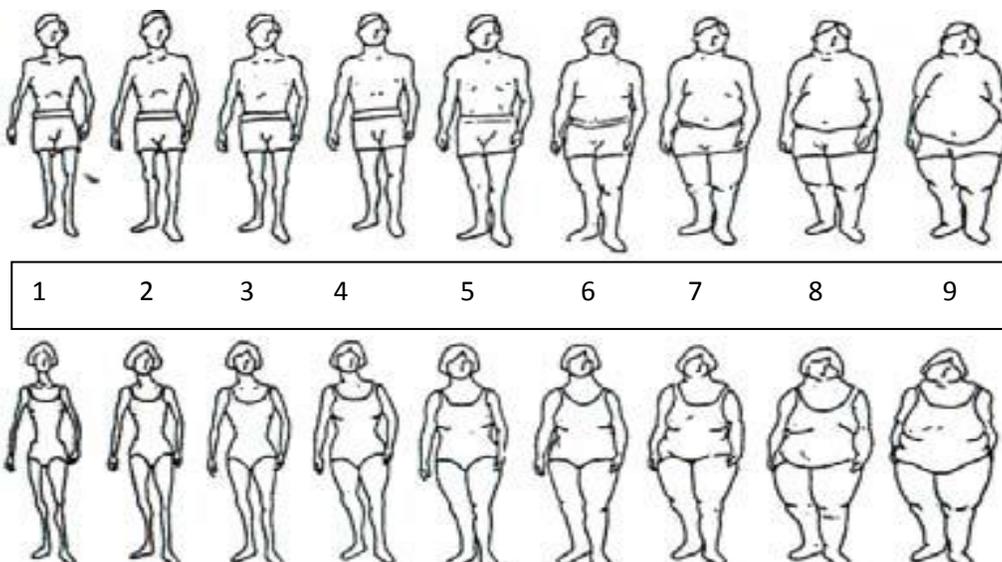
ANEXOS

ANEXO N° II

Test de Siluetas

Análisis de la percepción corporal

(Método adaptado de Stunkard y Stellard 1990)



Silueta/IMC	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Pregunta?	17	19	21	23	25	27	29	31	33
¿Qué figura representa tu forma corporal?									

ANEXO N° IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... identificado (a) con
DNI: declaro libre y voluntariamente que mi menor hijo participe
del presente estudio titulado **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL A TRAVÉS DEL TEST DE SILUETAS Y SU CORRELACIÓN
CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**, que será
realizado por Interna de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor
Orrego - Trujillo.

He sido informado del presente estudio, además seré libre de retirarme de la
presente investigación en el momento que yo así lo desee; también podré solicitar
información, en cualquier momento, de las ventajas y desventajas del estudio que se
realizará.

Dando conformidad a lo anterior, firmo el presente consentimiento:

Nombre del Menor:

Dirección.....Teléfono.....

Fecha.....Firma:.....