

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Escuela Académico Profesional de Enfermería

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA
EN LA PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO
EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO
SOCORRO” TRUJILLO 2008.**

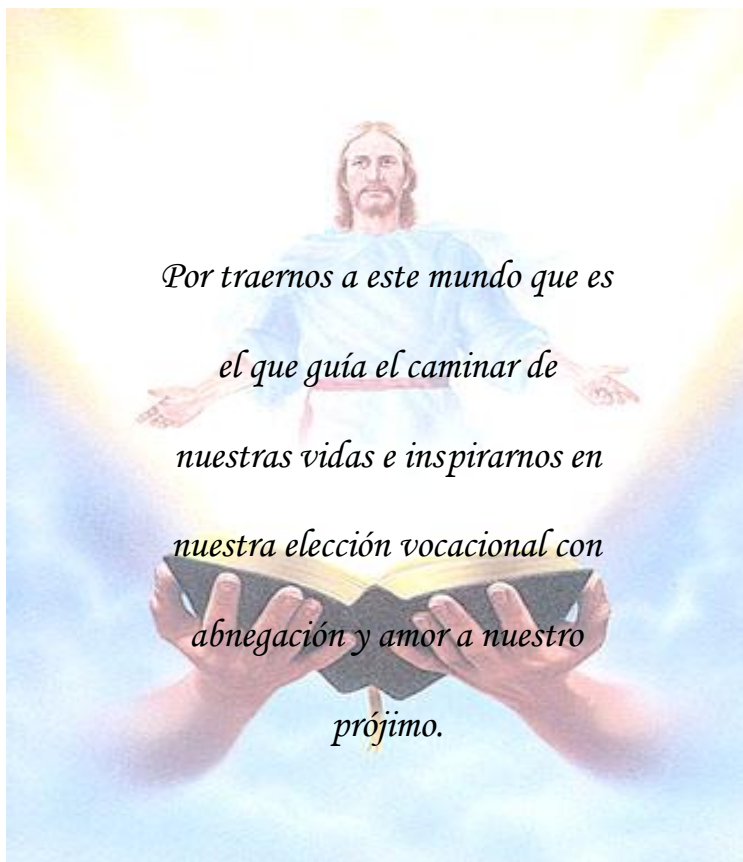
**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Autoras:
Br. KATYA MALENA ABANTO CUEVA.
Br. MARIETTA LIZBETH ADRIANZEN LOAYZA**

**Asesora:
Ms. VICTORIA SOLEDAD GARCÍA CASÓS.**

**Trujillo – Perú
2008**

A nuestro Padre Dios



*Por traernos a este mundo que es
el que guía el caminar de
nuestras vidas e inspirarnos en
nuestra elección vocacional con
abnegación y amor a nuestro
prójimo.*

Katya y Marietta

A mí querida madre:

Ruth

*A mi madre a quien le debo la existencia y todo lo que soy.
Gracias Mamá por brindarme tu apoyo, por tu amor, esmero
y sacrificio tus sabios consejos, por entenderme y aceptarme
tal y como soy.*

¡Te quiero mucho!

A mi abuelita y tía

Consuelo y Manuela

*Gracias por su apoyo incondicional, por la paciencia y
orientación que me brindaron por incentivar me a seguir
adelante y no rendirme ante las adversidades.*

Marietta

A mis padres Elena y José

Gracias por su comprensión y apoyo incondicional, para llegar a ser una persona profesional con valores inculcados, aunque lejos, han estado a mi lado y este es un logro que quiero compartir con ustedes. Quiero que sepan que ocupan un lugar especial.

¡Los quiero mucho!

A mis amores Dante y Keithleen

Gracias esposo porque en tiempos difíciles me has apoyado con tus palabras y amor tierno para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

A mi bebe, aunque todavía no puedes leer, un día vas a aprender y por eso te dedico esta tesis.

¡Los amo!

Katya

Nuestro Sincero y Profundo agradecimiento a nuestra asesora:

Ms. Victoria Soledad García Casós

*A quien le expresamos nuestra admiración, gratitud
y cariño, por su valioso aporte, eficiente asesoramiento
y tiempo dedicado, por compartir con nosotras su
experiencia y amistad en la realización del presente
trabajo de investigación.*

Katya y Marietta

A la directora del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, señora Julia Geldres Otiniano en especial a la coordinadora de OBE, señorita Fanny Capristàn Vásquez por su valioso apoyo, su tiempo dedicado para la realización del presente trabajo de investigación .

Katya y Marietta

A las Adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” que formaron parte del estudio por el apoyo, comprensión y colaboración en la realización del presente trabajo de investigación

Katya y Marietta

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	29
III. RESULTADOS.....	42
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	55
V. CONCLUSIONES.....	71
VI. RECOMENDACIONES	73
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
VIII. ANEXOS	82

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptiva correlacional, tuvo como propósito determinar la predicción del riesgo a Trastornos de Conducta Alimentaria en las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, y establecer la relación que existe con las variables Percepción de la Imagen Corporal y Nivel de Autoestima. Se trabajó con una muestra de 132 mujeres adolescentes del CEP. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de tres instrumentos: Inventario de Autoestima Forma Escolar, Cuestionario sobre Percepción de la Imagen Corporal y Test de Actitudes Alimentarias. Los datos recolectados fueron procesados en el programa SPSS, los resultados fueron reportados en tablas estadísticas de una y doble entrada. Los resultados muestran que el 66.7 por ciento de las adolescentes en estudio están satisfechas con su imagen corporal; el 50.8 por ciento tienen autoestima alta y un 48.5 por ciento autoestima media; el 86.4 por ciento presentan bajo riesgo a trastornos de conducta alimentaria. Haciendo uso del análisis de regresión lineal, se concluyó que una mayor insatisfacción con la imagen corporal predice un mayor riesgo a TAC y existe relación estadística significativa ($p = 0.00 < 0.05$), así también un mayor nivel de autoestima predice un menor riesgo a TAC y existe relación estadística significativa ($p = 0.00 < 0.05$) entre ambas variables.

Palabras Claves: Imagen Corporal, Autoestima y Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria.

*Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

¹Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo

²Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo

³Profesora Auxiliar del Departamento de Enfermería de la Mujer y el Niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

ABSTRACT

The following co – relational descriptive kind research had as a main purpose to determine the prediction of the risk to eating disorders in adolescent of the Private Educational Center (PEC) “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, and to establish the existing relation between Perception of Body Image and level of Self-esteem. The research had a sample of 132 adolescent’s women of the PEC. The gathered data was obtained through the application of three instruments: Self-esteem Inventories Stanley Coopersmith, Body Shape Questionnaire (BSQ) and Eating Attitude Test (EAT – 26). The data was admitted and processed in SPSS and the results were reported on Statistics charts of simple and double entries. It is shown that 66.7 percent of the adolescents are satisfied with their body image; 50.8 percent have high self-esteem and 48.5 percent have half self-esteem; 86.4 percent present a low risk to eating disorders. Using the regression analysis, we conclude that a greater dissatisfaction with body image predicts a greater risk to eating disorders and has a significant statistic relation ($p = 0.00 < 0.05$), also a higher level of self-esteem predicts a lower risk to eating disorders and exist significant statistic relation ($p = 0.00 < 0.05$) among both variables.

Key words: Body image, Self-Esteem and Risk to Eating Disorders.

¹Thesis for the title of Professional Nursing License

²Bachiller in Nursing at the National University of Trujillo

³Bachiller in Nursing at the National University of Trujillo

⁴Auxiliary professor of Nursing Department of the Woman and Child, Nursing Faculty of the National University of Trujillo.

INTRODUCCIÓN

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. En diversas partes del mundo se percibe una cultura de perfección y de éxito. No importa los medios que se utilice, lo más valioso es el fin. 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. En la actualidad se admira o se valora más a una mujer delgada (Palpan y Jiménez, 2007).

Dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios estéticos de la sociedad podríamos decir, que una nueva moda de una figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad. Esta nueva tendencia esta generando ciertos trastornos de conducta alimentaria (TCA) que dañan la salud, entre los más importantes están la anorexia, la bulimia nerviosa y los trastornos no especificados (Lengua, 2005).

El culto a esta imagen se ha convertido en un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que esta es la edad de

cambios y crisis emocionales, esta idea de un cuerpo perfecto ha impactado en la mente de distintas poblaciones de diversas edades y niveles socioeconómicos ocasionando cierto tipo de alienación en los jóvenes. La sociedad busca imponer esa idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social (Lengua, 2005).

A partir de los años 60 se dio en EE.UU y parte de Europa un incremento de los trastornos de conducta alimentaria . En la actualidad, este tipo de trastornos se están extendiendo hacia países menos desarrollados en relación con la adquisición de estilos de vida y hábitos alimentarios del mundo occidental, debido principalmente a factores socioculturales entre los que los estereotipos y valores estéticos referentes al aspecto físico cobran una especial importancia cerca del 80 – 90 por ciento de los adolescentes norteamericanos tienen la conciencia de que estar delgado es lo más deseable, más del 50 por ciento de las adolescentes siguen una dieta o adoptan otras medidas de control de peso (Organización Mundial de la Salud - OMS, 1992; Fornés, 2005).

A finales de los años 80, los TCA eran vistos como una problemática prioritariamente femenina. Sin embargo estudios recientes muestran que ha habido un incremento de la incidencia en varones, que se saben

representan aproximadamente 10 por ciento de los casos femeninos (Baile et al, 2003).

En Latinoamérica, en países como México se ha observado un aumento considerable en la incidencia de conductas alimentarias de riesgo tanto en varones como en mujeres de todo nivel socioeconómico, pasando de un 1.3 a un 3.8 por ciento, y de un 3.8 a un 9.6 por ciento respectivamente para ambos grupos entre los años de 1997 al 2003 (Barriguete, 2007).

En Chile se publicó los resultados del estudio Detección de Actitudes y/o Conductas predisponentes a Trastornos Alimentarios en estudiantes de secundaria de tres colegios particulares de Viña del Mar, de una muestra de 296 adolescentes de ambos sexos encontraron que el 12 por ciento tenía riesgo a desarrollar algún trastorno alimentario, un 23 por ciento para las mujeres y 2 por ciento para varones (Behar et al, 2007).

En Bolivia, del estudio Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de las ciudades de la Paz, Santa Cruz y Tarija de una muestra de 2880 participantes, el 25.9 por ciento tiene un alto riesgo de desencadenar algún trastorno de la conducta alimentaria. El 53 por ciento de la población presenta bajo riesgo y solo un 16.66 por ciento no presenta riesgo (Daroca, 2003).

En Lima Metropolitana y el Callao para el 2002, la tendencia a presentar problemas alimentarios en población adolescente fue de 8.3 por ciento; un 0.1 por ciento para la anorexia nerviosa y de 0.8 por ciento para la bulimia nerviosa (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi – INSM, 2002).

Entre la población adolescente de la Sierra peruana (Ayacucho, Huaraz y Cajamarca), se encontró en el año 2003 una prevalencia de 0.4 por ciento para la bulimia nerviosa, 4.0 por ciento para las conductas bulímicas, 0.1 por ciento para la anorexia nerviosa y 5.9 por ciento para la tendencia a presentar problemas alimentarios (INSM, 2003).

En las ciudades de la Selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), se encontró en el año 2004 una prevalencia de 0.1 por ciento para la bulimia nerviosa, 4.5 por ciento para las conductas bulímicas, 0.1 por ciento para la anorexia nerviosa y 5.1 por ciento para la tendencia a presentar problemas alimentarios (INSM, 2005).

Los TCA plantean una preocupación grave de Salud Pública, debido a su prevalencia y a sus posibles efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo psicosocial y la salud física, sobretodo si consideramos que es un problema que lleva a la muerte en el 10 por ciento de los casos siendo la principal causa las complicaciones biomédicas de inanición; además se

mantiene la cronicidad en una cuarta parte de los afectados, y provoca desadaptación social, laboral y familiar (Freyre, 2002).

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones psicósomáticas que conllevan a graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; de ellos se distinguen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), pero también se incluyen un tercer grupo denominado "No Especificado" (TCANE). Suelen caracterizarse por: gran preocupación por el peso corporal y la figura, percepción alterada de la imagen corporal, dietas extremas o ayunos, combinación de ayunos prolongados y sobreingesta y sentimientos de falta de control sobre la ingesta (en atracones) (Garner, 1997; Manual de Diagnóstico y Estadística de Salud Mental- DSM IV, 2002).

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que se caracteriza por pérdida de peso o fracaso en la ganancia de peso que conduce a la emaciación. Además, esta pérdida de peso va acompañada de miedo a la ganancia de peso a pesar de tener infrapeso grave, amenorrea y alteración de la imagen corporal que en el sujeto se muestra porque se siente gordo, niega su flaquez o solamente se autovalora en función de su peso y figura. Se describe dos subtipos de AN: *AN restrictiva*, que agrupa a aquellos sujetos que durante el episodio de anorexia no realizan

atracones ni conductas compensatorias; y *AN compulsivo/purgativa* en el que durante el episodio de anorexia el sujeto realiza atracones y/o emplea conductas purgativas (vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, etc.). Las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad (Garfinkel et al, 1990; Asociación Americana de Psiquiatría – APA, 2004).

La Bulimia Nerviosa, implica la presencia de tres características principales. La primera hace referencia a la presencia de episodios recurrentes de atracones, la segunda característica supone la ejecución de conductas compensatorias recurrentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio físico exagerado) realizadas para prevenir la ganancia de peso. Finalmente, la tercera característica hace referencia a la excesiva preocupación por el peso y la figura; la valía personal se juzga casi exclusivamente en función del peso y la figura. Se han definido dos subtipos de BN: BN *tipo purgativo* incluye a la persona que realiza conductas purgativas como el vómito autoinducido o abusan de laxantes y diuréticos; y BN *de tipo no purgativo* que incluye a la persona que emplea otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno o el exceso de ejercicio físico.

Los trastornos de conducta alimentaria no especificado (TCANE), como los trastornos por atracón y los atípicos (pícoro y rumiación) (APA, 2004).

Los problemas físicos o complicaciones de salud que se presentan como consecuencia incluyen anemia, pérdida ósea y de cabello, caída de dientes, esofagitis, palpitaciones y pérdida de la menstruación; en el caso de ingesta compulsiva se presenta hipertensión, diabetes, y otros problemas asociados con la obesidad, los cuáles comprenden las primeras causas de muerte en sociedades desarrolladas. También se ha encontrado una mayor presencia de problemas emocionales como la depresión, ansiedad y abuso de sustancias, entre aquellos que padecen TCA, aunque no está claro aún la relación causal (APA, 2004).

Chinchilla (2003), destaca los aspectos que más diferencian a ambos trastornos; respecto a la bulimia nerviosa, el inicio es más tardío, el peso, y el aspecto general es más normal, suelen tener un menor control de impulsos, menor hiperactividad, mayor psicopatología asociada, mayor consumo de drogas y, el método preferido para controlar el peso son los vómitos, laxantes y diuréticos. En las pacientes que sufren anorexia nerviosa es más frecuente encontrar hipotensión, bradicardia e hipotermia. Las bulímicas rara vez evolucionan hacia la anorexia nerviosa típica, pero sí es frecuente encontrar una anorexia previa.

Un TCA existe cuando la actitud hacia la comida y el peso es aquello que rige la conducta y la vida de la adolescente. Ya que quienes lo sufren frecuentemente lo niegan, ocultan y carecen de conciencia de

enfermedad. La mayoría de las consultas por TCA son motivadas por los padres o profesores de las adolescentes que han observado algunos signos de sospecha. Rara vez, la persona que padece un trastorno alimentario consulta por su propia motivación y, cuando lo hace, generalmente es cuando el trastorno ha avanzado lo suficiente como para crear gran malestar y dificultad para sobrellevar las circunstancias cotidianas (Crispo et al., 1997; Rausch y Bay, 1997).

El riesgo a trastorno alimentario es la probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado) este se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o actitudes incontrolables hacia la comida (Loreto, 2006).

Los siguientes factores incrementan el riesgo de desarrollar un desorden alimenticio, los cuales se agrupan en:

Factores Personales: *Género*, las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar un desorden alimenticio, son ellas quienes han internalizado más profundamente los cánones socioculturales acerca de lo que es atractivo y son presionadas por alcanzar una figura delgada, esbelta y atlética. *Edad*, los desórdenes alimenticios son más comunes en personas adolescentes y mujeres jóvenes entre los 12 y 25 años de edad, aunque pueden presentarse en niños y adultos. *Factores Genéticos y*

Bioquímicos, estudios recientes muestran que las anomalías de las vías del cerebro relacionadas al neurotransmisor de serotonina persisten después de ciertos desórdenes alimenticios. *Pubertad Temprana*, las chicas que experimentan pubertad temprana tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Debido a que físicamente maduran más rápido que sus compañeras y tienen un incremento en el nivel normal de grasa corporal, pueden sentirse aisladas y bajo una presión mayor para restringir su consumo de alimentos.

Factores Psicológicos: *Personalidad*, las personas con desórdenes alimenticios tienden a ser perfeccionistas, esperan mucho de ellos mismos y de los demás. Sin importar que sean triunfadores, pueden tener baja autoestima y problemas de identidad. Esta forma de pensar la emplean también en su peso, y para ellos ser delgado es bueno y ser el más delgado es lo mejor.

Factores Sociales: *Influencia Familiar*, las influencias negativas dentro de la familia puede jugar un papel en los desórdenes alimenticios. Algunos estudios indican que los desórdenes alimenticios son más comunes en personas que tienen padres sobreprotectores, separados, críticos, rígidos o ineficaces al resolver un conflicto. Los desórdenes alimenticios también son más comunes en familias en las que hay presión para estar delgado. *Socioeconómicos*, las personas que viven en

naciones económicamente desarrolladas parecen tener un mayor riesgo para desarrollar TCA. *Presiones Sociales y Culturales*, los estándares de belleza en la cultura occidental se centran en la juventud y en estar delgado. Imágenes de gente delgada, bella y exitosa son constantemente mostradas en los medios de comunicación. Estas y otras presiones, como las que hay por parte de compañeros y parejas obsesionados por la apariencia, conllevan a índices más altos de desórdenes alimenticios (Johnson et al, 2002).

Las mujeres generalmente se someten a dietas rigurosas más frecuentemente que los hombres. El peso y la alimentación se experimentan en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa. Esta peculiar manera de pensar las lleva a desarrollar conductas de riesgo tales como:

Las dietas: Conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez.

Preocupación por la comida y Bulimia es la tendencia a tener pensamientos acerca de la comida, darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la Bulimia Nerviosa.

Control oral que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso (Garner et al, 1982).

La adolescencia es el periodo etario más vulnerable de contraer una patología alimentaria, debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en su identidad personal relacionado con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado (Rivarola, 2003).

Los adolescentes constituyen aproximadamente 20 por ciento de la población mundial. Esta cantidad es mayor en países en desarrollo; por ejemplo, en el Salvador 26 por ciento de la población es adolescente, comparado con 14 por ciento en los Estados Unidos. Se considera que del total de adolescentes, 85 por ciento viven en países en desarrollo. Se estima que la población peruana bordea los 26 millones 749 mil habitantes, el 32.6 por ciento de la población total esta conformada por menores de 12 a 17 años de edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, 2002).

La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto. La OMS clasifica la adolescencia en adolescencia temprana de 10 a 14

años de edad, adolescencia media de 15 a 17 años, adolescencia tardía de 18 a 20 años (OMS/Organización Panamericana de la Salud, 1995).

La adolescencia es una etapa de desarrollo rápido, en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante situaciones nuevas que los hacen vulnerables. En esta, enfrentan múltiples cambios físicos, emocionales y por supuesto también sociales. En la adolescencia se dan grandes contrastes, pues así como se presentan oportunidades para progresar, también es una etapa de riesgos para la salud y el bienestar (OMS, 1997).

En tanto que todos los adolescentes son afectados por los cambios físicos en la pubertad, la extensión de los efectos depende de una cantidad de factores, los más importantes:

Factores personales: *Rapidez del cambio*, el crecimiento rápido y el cambio físico alteran de tal manera el cuerpo que el adolescente que es incapaz de aceptar enseguida su nueva figura y de efectuar una revisión de su propia imagen física puede convertirse en un individuo sumamente cohibido. *Falta de preparación*, el grado de conocimiento y de preaviso que el adolescente tenga de los cambios que operan en su cuerpo incidirá notablemente en su actitud hacia estas modificaciones. *El ideal infantil*, todo rasgo que desvíe considerablemente del ideal de apariencia madura imaginado por el adolescente en su infancia, será fuente de inquietud.

Factores sociales: *Expectativas sociales*, la actitud del adolescente hacia su cuerpo y sus rasgos faciales esta influida por lo que el cree que las personas que importan en su vida en especial sus padres y sus compañeros piensan de su apariencia, la constitución física o los rasgos faciales asociados con estereotipos desfavorables del adolescente llevan a un autoconcepto adverso y a la conducta insociable. *Inseguridad social*, el adolescente sabe que la apariencia física afecta la aceptación social. Un aspecto físico que se juzgue de modo desfavorable hará que el adolescente se sienta socialmente inseguro (Hurlock, 1994).

El adolescente es consciente de que las primeras impresiones desempeñan un papel importante en la formación de la imagen que los demás tienen de él. También sabe que esas impresiones iniciales están muy influidas por su aspecto corporal. Está inquieto por los cambios corporales que no concuerdan con lo que experimentan sus pares o con su concepto de la apariencia que hubiera querido lucir en el estado maduro. En general, a las mujeres les preocupa más su imagen y tienden a estar más insatisfechas con ella. Por el contrario, a los varones les preocupa en los primeros años de la adolescencia, pero quedan más complacidos a lo largo de ella conforme tiene lugar los cambios de la pubertad (Hurlock, 1994; Kail y Cavanaugh, 2006).

Schilder (1950), propone la primera definición de imagen corporal: “Es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”.

Garner et al, (1982); Thompson (1990), conciben el constructo de imagen corporal por tres componentes: *El componente perceptual* hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (la percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). *El componente subjetivo o afectivo* incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones negativas que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. *El componente conductual* se refiere a las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición y las conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo).

Integrado los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, a la experiencia

subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y al modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Por tanto, el tener una buena imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y además también en la forma en como nos respondan los demás (Raich, 2000).

En el caso de personas con un trastorno alimentario los distintos niveles de la imagen corporal se manifiestan de la siguiente forma: a *nivel perceptual*, sobreestiman la amplitud de sus medidas y se ven gruesas, incluso, teniendo un peso normal. Sin embargo no se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con tal exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que los rodean. Es la imagen de su cuerpo la que deforman, distorsionan o exageran. Tienden a percibir las dimensiones de su cuerpo con una sobreestimación del 30 por ciento de su volumen.

A *nivel cognitivo*, imaginan que a otra gente se fija en sus defectos y creen que estos son una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados. Tienen una preocupación exagerada, a veces obsesiva por su cuerpo, que traslada a un segundo plano otros aspectos de sus vidas muchos más importantes, como la salud, la escuela o las amistades.

A nivel conductual, organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Algunos evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. Otras esconden su cuerpo dentro de ropa de tallas enormes para su tamaño corporal. Se comparan constantemente con los demás, y su cuerpo siempre resulta ser menos delgados y más desagradables (Thompson, 1999).

Se puede concluir que se tendrá una imagen corporal negativa cuando existe una percepción distorsionada de las formas corporales y se perciban partes del cuerpo como no son realmente; se esté convencido de que solamente otras personas son atractivas, y que el tamaño y forma del cuerpo son signos de fracaso personal; exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo; se sienta incomodo y raro en el propio cuerpo. Por el contrario existirá una imagen corporal positiva si existe una percepción clara y verdadera del cuerpo; se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal, no se pierde el tiempo preocupándose entorno a la comida, el peso y las calorías (Cooper y Goodyer, 1997).

En la valoración de las relaciones entre insatisfacción corporal y composición corporal se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC). Debido a que las investigaciones demuestran que las adolescentes tienen tendencia a creer que pesan más kilos de los que realmente tienen. El

IMC es la relación del peso en Kg/Talla en metros², utilizado habitualmente como parámetro antropométrico estándar para la valoración de la composición corporal en jóvenes y adolescentes. Si la talla y el peso corresponden a un crecimiento normal, el estado nutricional es correcto (Whitaker et al, 1997; Cole, 2000).

La OMS (1992), estima que los límites aceptables del IMC están comprendidos entre 20 y 25 Kg/m². Un IMC inferior a 20 puede indicar riesgo de infrapeso, un IMC superior de 25 indica sobrepeso y mayor de 30 obesidad.

La insatisfacción corporal es una condición común en una sociedad que glorifica la salud, la belleza y la juventud. Muchas personas tienden a preocuparse extremadamente por su imagen corporal y esto les causa gran trastorno emocional e interfiere en su vida diaria. Pocos adolescentes están satisfechos con su aspecto físico y la mayoría de ellos auto consideran su cuerpo como menos atractivo de lo que son, lo que repercute, como consecuencia en su autoestima. La imagen corporal forma una parte importante de la autoestima, es trascendental en determinadas edades, sobre todo en la etapa de la adolescencia (Raich et al, 1996; Ruiz y Velilla, 1998).

Coopersmith (1981), define la autoestima como un conjunto de actitudes y creencias que una persona trae consigo para enfrentar el

mundo, son valores, actitudes positivas y negativas por las cuales una persona ve su autoimagen. El término autoestima en sí se refiere a la evaluación que una persona hace y mantiene de sí mismo, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica si la persona se considera competente, exitosa y significativa. Es a partir de la adolescencia que empieza la estabilización de sus sentimientos y percepciones sobre sí mismo, gracias a sus logros y metas conseguidas, hace que se valore positiva y negativamente; clasificándola en autoestima alta, autoestima media y autoestima baja.

Una persona con autoestima alta cree en sus principios y está dispuesto a defenderlos y es capaz de modificarlos si estos están equivocados, confía en su propio juicio aun cuando a otros le parece mal, es capaz de resolver sus propios problemas sin dejarse acobardar por fracasos y dificultades. Se considera y se siente igual, a cualquier otra persona, reconoce talentos, prestigio profesional o posición económica. No se deja manipular por los demás. Reconoce sentimientos tanto positivos como negativos, es sensible a las necesidades de los demás, respeta las normas de convivencia y sabe que no tiene derecho a divertirse a costa de los demás. Las personas con autoestima alta gustan más de sí mismos que los otros, quieren madurar, mejorar, y superar sus deficiencias.

Una autoestima promedio incluye una actitud positiva hacia si mismo, aceptación tolerante de sus propias limitaciones, errores y fracasos, atención y cuidado de sus necesidades reales tanto físicas como psíquicas e intelectuales. En tiempo de crisis mantendrá actitudes de la connotación de la baja autoestima y le costara esfuerzo recuperarse.

Una autoestima baja, autocrítica rígida y desmesurada, insatisfacción consigo mismo. Hay vulnerabilidad a la crítica por la que se siente exageradamente herido. Indecisión crónica por miedo a equivocarse, autoexigencia de hacer perfectamente todo lo que intenta, culpabilidad neurótica, exagera la magnitud de sus errores, irritabilidad siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia. Nada le satisface y negativismo generalizado.

Coopersmith (1981), integra la autoestima en cuatro dimensiones:

Dimensión yo físico indica la evaluación de sí mismos y de las valoraciones de habilidades y atributos personales. Poseen consideración de si mismo en comparación a otros y deseos de mejorar.

Dimensión yo social el individuo posee mayores dotes y habilidades en las relaciones con amigos y colaboradores así como relaciones con extraños en diferentes marcos sociales. La aceptación de si mismo y la aceptación social están muy combinadas. Se perciben a sí mismos como

significativamente más populares, establecen expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas.

Dimensión hogar padres los niveles altos revela buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con el núcleo familiar, se siente más considerado y respetado, poseen concepciones propias acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar.

Dimensión escolar los niveles altos significan que el individuo afronta adecuadamente las principales tareas en la escuela, posee buena capacidad para aprender, en las áreas de conocimiento especiales y formación particular, trabaja más a gusto tanto en forma individual como grupal, alcanzan rendimientos académicos mayores de lo esperado, son más realistas en la evaluación de sus propios resultados de logros y no se dan por vencidos fácilmente si algo le sale mal, son competitivos.

Si bien una presencia física agradable, bella, atractiva, puede influir positivamente en la autoestima de las personas, en sus sentimientos de seguridad y también en sus relaciones y éxitos sociales, la educación debe propiciar que los jóvenes en particular no busquen de manera desenfrenada e irreflexiva la imitación de estos modelos ideales que imponen los medios, ya que en muchos casos puede conducir a la distorsión del esquema corporal, el autorrechazo y a problemas

emocionales. Una baja autoestima y una tendencia a autovalorarse en términos de figura corporal serían predictivos de la posibilidad de desarrollar un trastorno de la imagen corporal y actitudes negativas que implican patrones alimentarios (Facchini, 2006; Zaldívar, 2006).

Es necesario conocer la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, para crear estrategias de intervención a edades tempranas que permitan la prevención de estas conductas, mediante la creación de programas que promuevan estilos de vida saludables, que consideren la autoestima, la satisfacción corporal, la educación familiar, la actividad física, la influencia social y por supuesto la modificación de la idea de dieta restrictiva, promoviendo una actitud saludable hacia los alimentos (OMS, 1997).

Consultada la bibliografía se encontró trabajos de investigación con las variables de estudio, como son:

Ballester et al. (2002), en su estudio sobre conductas alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes de ambos sexos, de la ciudad de Girona; España, encontraron que un 16.3 por ciento de las mujeres adolescentes presentan riesgo potencial de TCA, frente a un 0.4 por ciento en los hombres adolescentes. Un 9 por ciento de las mujeres adolescentes manifiesta una preocupación extrema por su figura y peso,

mientras que el 13.1 por ciento mostraba una preocupación moderada. Las mujeres adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, también presentan asociada una mayor insatisfacción y preocupación con la imagen corporal.

Baile et al. (2003), en su estudio sobre Insatisfacción corporal y riesgo de Trastorno de conducta alimentaria en 560 adolescentes navarros, encontró que el 80 por ciento de los adolescentes presenta insatisfacción con su cuerpo, el 1 por ciento de los insatisfechos presenta riesgo alto de TCA.

Cruz y Maganto (2002), en su estudio alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescente: un estudio empírico, de una muestra compuesta por 200 adolescentes de ambos sexos de España encontraron que el porcentaje de chicos satisfechos con su imagen corporal es superior al porcentaje de chicas 54 por ciento frente al 33 por ciento. En el subgrupo de sujetos en riesgo para un TCA el 85 por ciento son mujeres adolescentes .

Rojo et al. (2003), estimaron la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en una muestra de 544 adolescentes de 12 a 18 años en Valencia; España. Encontrando el 5.17 por ciento de las mujeres

con TCA (0.45 por ciento de anorexia nerviosa; 0.41 por ciento de bulimia nerviosa; 4.31 por ciento los TCANE).

Mogollón (2003), en su estudio sobre trastornos de conducta alimentaria y niveles de autoestima en 396 adolescentes de 36 planteles del Ecuador, obtuvo que dos de cada 10 estudiantes presentaron TCA. El 6.8 por ciento tiene autoestima baja y el grupo de mayor riesgo es de 11 a 18 años.

Palpan y Jiménez (2007), en su estudio Trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana, de una muestra conformada por 180 estudiantes de 4º y 5º año de secundaria, de ambos sexos, obtuvo que un 22.2 por ciento tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20.5 por ciento y un 25.1 por ciento se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente.

Hartley (1999), en su estudio Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares, de la ciudad de Lima. En una muestra de 261 alumnas de 4º y 5º año de secundaria, encontró que la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal, no sólo las chicas con sobrepeso se preocupaban por sus rollitos, sino que también el 89 por ciento de las que tenían el peso adecuado a su talla se veían "gorditas", y el 76 por ciento de las que tenían bajo peso también decían estar con

kilos demás y, por increíble que parezca, el 45,2 por ciento, de las que sufrían de bajo peso dijeron tener sobrepeso, por lo que ansiaban ponerse a dieta.

No se encontró investigaciones que contengan las tres variables de nuestro estudio y en población adolescente.

Durante la adolescencia se sufren una infinidad de cambios, pero probablemente, los más drásticos son los cambios físicos. Y es precisamente a estos cambios a los que menos atención ponemos cuando se trata de ayudar a un adolescente a realizar una transición exitosa de la adolescencia hacia la adultez. Sin embargo, una mala adaptación a estos cambios físicos y la falta de aceptación de los mismos, pueden hacer estragos en la autoestima de un adolescente, causando daños emocionales que no sólo lo acompañarán en su camino hacia la vida adulta, sino que probablemente también se queden con él o ella el resto de su vida.

En las escuelas se realizan pocos o ningún estudio encaminado a conocer la percepción de la imagen corporal que posee el alumnado. Si tenemos en cuenta que durante la adolescencia se produce una alteración importante de la imagen corporal y que es en esta etapa evolutiva donde un buen diagnóstico con una posterior aplicación de

programas educativos resulta fundamental para prevenir problemas posteriores como la anorexia y la bulimia.

De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades orientadas a detectar signos y síntomas relacionadas a los trastornos de la conducta alimentaria en grupos de riesgo y desarrollar actividades destinados a promover, conservar y recuperar la salud del individuo; haciendo hincapié en la prevención de estas enfermedades y la promoción de hábitos alimenticios saludables, mediante la elaboración de programas preventivos promocionales en coordinación con los centros educativos y desarrollar campañas de difusión con el fin de prevenir estos trastornos de conducta alimentaria disminuyendo así el riesgo de aumentar la tasa de morbimortalidad por este tipo de prácticas de conductas inadecuadas que perjudican la salud de estas jóvenes.

En el Centro Educativo Particular Perpetuo Socorro las autoridades y docentes se encuentran interesados en conocer el nivel de salud de sus educandos, y aunque no son evidentes casos de trastornos de conducta alimentaria en esta institución educativa, si se observa la tendencia de las adolescentes a mantener una figura delgada y a la moda, lo que hace probable que mas de una haya probado algún método para llegar a esa esbeltez y poder entrar en toda la ropa linda que los diseñadores crean

solo para la gente bonita, modelos inalcanzables que reciben la admiración del sexo opuesto, un beneficio que las adolescentes también quieren obtener.

Por tanto el propósito del presente trabajo de investigación está orientado a conocer la percepción de la imagen corporal de las adolescentes, el nivel de autoestima y contribuir en la detección precoz de mujeres adolescentes que presenten conductas de riesgo hacia trastornos alimentarios y a partir de los resultados proporcionar información pertinente a la institución educativa que permita establecer coordinaciones estrechas con el centro de salud a fin que el profesional de enfermería desarrolle programas preventivos promocionales a nivel del Módulo de Atención Integral de Salud Escolar y Adolescente dirigidos no sólo a este grupo de escolares sino también a los padres de familia, educadores, grupos de riesgo y comunidad en el cual se incluyan aspectos relacionados a trastornos alimentarios a fin de contribuir en la adopción de estilos de vida saludables y disminuir la adopción de conductas de riesgo hacia los trastornos de conducta alimentaria el cual repercutiría negativamente en su proceso de desarrollo normal y en la calidad de vida de los adolescentes. Por lo cual nos vemos motivadas a plantearnos la siguiente interrogante:

PROBLEMA:

¿EN QUE MEDIDA LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA PREDICEN EL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”? , Trujillo 2008.

OBJETIVOS:

1. Determinar la percepción de la imagen corporal en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008.
2. Determinar el nivel de autoestima en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008.
3. Determinar el riesgo a trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008.
4. Determinar en que medida la percepción de la imagen corporal y el nivel de autoestima predicen el riesgo a trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO, DISEÑO Y ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, se realizará en mujeres adolescentes de 11 a 19 años de nivel secundario que asisten al Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008 (Polit y Hungler, 1997).

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.2.1. Universo

Estará constituido por las 363 mujeres adolescentes de nivel secundario que asisten al Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” 2008.

2.2.2. Muestra

La muestra estará conformada por 132 mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, del distrito Trujillo seleccionada empleando el Muestreo Aleatorio simple. Se utilizó un nivel de confianza del 95 por ciento y un margen de error de 5 por ciento (Anexo 01).

2.2.3. Unidad de Análisis

La unidad de análisis es cada una de las adolescentes del nivel secundario del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”.

2.2.4. Criterios de Inclusión:

Mujeres adolescentes matriculadas en secundaria del presente año escolar del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”.

Adolescentes entre las edades de 11 a 19 años.

Adolescentes que acepten participar en la investigación.

2.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará tres instrumentos tipo formulario – encuesta que se describen a continuación:

Body Shape Questionnaire (BSQ). Cuestionario sobre percepción de la imagen corporal de Cooper, Taylor y Fairburn (1987): Es un cuestionario autoaplicado específico para población femenina, adaptado a la población española por Raich en 1996 (Anexo 02). Evalúa dos subescalas: Insatisfacción corporal y preocupación por el peso, considera preguntas sobre las experiencias subjetivas o sentimientos acerca de la propia imagen corporal. Consta de 34 ítems, en

los que se usa un formato de respuesta en una escala tipo Likert de 6 puntos, con seis posibles respuestas que son: nunca (1), raras veces (2), a veces (3), a menudo (4), muy a menudo (5) y siempre (6).

Subescalas que mide:

Insatisfacción corporal: Mide el grado de insatisfacción de la persona con su cuerpo en general y, más específicamente, con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria, incluye la baja autoestima por la apariencia. Comprende los ítems: 1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32.

Preocupación por el peso: Se muestra cierto temor a la gordura y un notable impulso por mantener la delgadez. Incluye el miedo a engordar y el deseo de perder peso. Comprende los ítems: 2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34.

Calificación:

La puntuación del BSQ resulta de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem, oscilando el rango de la prueba entre 34 y 204.

Categorías:

Satisfacción corporal	:	<81 puntos
Leve insatisfacción corporal	:	81-110 puntos
Moderada insatisfacción corporal	:	111-140 puntos
Extrema insatisfacción corporal	:	>140 puntos

Inventario de autoestima. Forma escolar de Coopersmith Stanley (1981) Evalúa la autoestima, consta de 50 ítems y 8 ítems son para la escala de mentiras. Este inventario mide actitudes evaluativas hacia sí mismo en las dimensiones tanto sociales, escolares, familiares como personales (Anexo 03).

Los ítems se responderán “Sí” ó “No”, y generan puntaje total y parcial separados en 4 dimensiones.

Dimensiones que mide:

Dimensión yo Físico: Se refiere a la evaluación que la persona tiene de sí mismo, es decir expresa su aprobación o desaprobación lo contiene los siguientes ítems: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57 .

Dimensión yo social: Mide el grado en que puede relacionarse un individuo con otras personas y la manera en que es aceptado dentro

de su grupo, comprende los siguientes ítems: 5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.

Dimensión Hogar – Padres: Mide el grado de percepción que tiene una persona de ser aceptado y estimado dentro de su núcleo familiar, comprende los siguientes ítems: 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44 .

Dimensión escolar: Mide el grado de seguridad en sí mismo, su capacidad de adaptación a un nuevo grupo de amistades dentro del ámbito escolar, comprende los siguientes ítems: 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.

Escala de Mentiras: Comprende las respuestas extremadas socializadas difíciles de cumplir, comprende los siguientes ítems: 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58 .

Calificación:

El puntaje máximo es de 100 puntos se obtiene de la suma de las subescalas multiplicadas por 2; es decir el test conformado por 50 ítems sin contar la escala de mentiras.

La escala de mentiras no se puntúa si hay más de 4 respuestas dadas, se invalida la prueba.

Si no se invalida se califica las 4 áreas.

Categoría:

Autoestima Baja : 0 – 24 puntos

Autoestima Media : 25 – 74 puntos

Autoestima Alta : 75 – 100 puntos

Eating Attitudes Test (EAT-26). Test de actitudes alimentarias de Garner, Garfinkel y Olmstead (1982): Elaborado por Garner, Garfinkel y Olmstead en el año de 1982 y adaptada a la población española por Castro (1991), representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria subclínicos o que tienen riesgo de desarrollar en el futuro este tipo de conductas. Contiene 26 ítems, en cada pregunta tiene una posible respuesta entre 6 posibilidades, (nunca, pocas veces, algunas veces, a menudo, casi siempre, y siempre) (Anexo 04).

Factores que mide:

Las dietas: Recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez. Comprende los siguientes ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, y 25.

Bulimia y Preocupación por la comida: conductas bulímicas (atracones y vómitos), y pensamientos acerca de la comida. Comprende los ítems: 3, 4, 9, 18, 21, y 26.

Control oral que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso. Comprende los siguientes ítems: 2, 5, 8, 13, 19, y 20.

Calificación:

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

Categorías:

Alto Riesgo: Mayor o igual a 20. Indica alta preocupación sobre el peso corporal, la forma del cuerpo y el comer.

Bajo Riesgo: Menor a 20. Indica baja preocupación sobre el peso corporal, la forma del cuerpo y el comer.

2.3.1. Control de Calidad del Instrumentos:

Prueba piloto:

Los instrumentos fueron sometidos a una aplicación previa en 20 mujeres adolescentes de la Institución Educativa Particular “María Auxiliadora” de Trujillo utilizando el muestreo probabilístico por método aleatorio simple. Ésta prueba permitió realizar los

reajustes necesarios mejorando la redacción para obtener el mejor entendimiento de las preguntas por parte de las adolescentes, así como evaluar la confiabilidad y validez de los instrumentos.

Confiabilidad de los instrumentos:

La confiabilidad de los datos se determinó a través de la prueba estadística del coeficiente Alfa de Cronbach, obtenida a través de la prueba piloto.

Instrumento	Alfa
Inventario de Autoestima Forma Escolar	0.895
Cuestionario Sobre Percepción de la Imagen Corporal	0.827
Test de Actitudes Alimentarias	0.781

Validez:

Para determinar la validez de los instrumentos se utilizó las estadísticas ítem-total, cuyos coeficientes Alfa de Cronbach, si el ítem fuera eliminado, se encuentran en los rangos:

Instrumento	Alfa
Inventario de Autoestima Forma Escolar	0.890 – 0.899
Cuestionario Sobre Percepción de la Imagen Corporal	0.807 – 0.845
Test de Actitudes Alimentarias	0.750 – 0.801

2.3.2. Procedimiento:

Se solicitó la autorización para la realización del presente estudio de investigación a la directora del Centro Educativo Particular Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Al obtener la autorización de la directora de dicho Centro Educativo, se procedió a establecer fecha y horario a fin de tener acceso a las aulas seleccionadas.

La muestra estuvo conformada por 132 mujeres adolescentes las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria simple.

Se aplicó los instrumentos previa explicación del propósito de la investigación, respetando la confidencialidad y anonimidad. Los instrumentos se aplicaron en un tiempo promedio de 30 minutos para los tres instrumentos, permaneciendo junto a las alumnas hasta el final del desarrollo del mismo.

Concluida la aplicación de los instrumentos se procedió a verificar que todos los reactivos hayan sido marcados correctamente. También se procedió a pesar y tallar a cada adolescente a fin de obtener su índice de masa corporal.

Los resultados de la investigación fueron comunicados a la dirección del colegio, así mismo se hizo entrega de un ejemplar.

2.4. TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

La información recolectada a través de los diferentes instrumentos, fue procesada en el programa estadístico SPSS ver 15.0 para Windows. Los resultados son presentados en cuadros estadísticos de una y doble entrada con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentuales. Se presentaron gráficos estadísticos los cuales nos permitirán observar el comportamiento de las variables en estudio.

Para determinar la existencia de relación entre la imagen corporal y el nivel de autoestima con el riesgo a trastornos de conducta alimentaria de las adolescentes, se utilizó la prueba de Correlación (r) considerando un nivel de confianza del 95%. Para predecir el riesgo a trastornos de conducta alimentaria en función a la percepción de la imagen corporal y nivel de autoestima se utilizó el análisis de regresión lineal.

Se aplicó también la técnica del análisis de correlación la cual nos permitió obtener la medida en que la percepción de la imagen corporal y nivel de autoestima predicen el riesgo a trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” Trujillo 2008.

2.5. ÉTICA EN EL ESTUDIO:

Se contó con el consentimiento informado en forma verbal de la adolescente.

Se informó la libre decisión de la adolescente de suspender su participación cuando lo estimara necesario.

Se respetaron los principios de individualidad y confidencialidad de la información.

El sujeto de investigación recibió una explicación clara y adecuada sobre lo que se pretendió estudiar y al finalizar la aplicación de encuestas se agradeció su participación (Polit y Hungler, 1997).

2.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.6.1. Variables Independientes

IMAGEN CORPORAL:

Definición Conceptual: Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos en relación al propio cuerpo (Cooper et al, 1987).

Definición Operacional: De acuerdo al puntaje final alcanzado en el Body Shape Questionnaire (BSQ). Cuestionario sobre

percepción de la imagen corporal de Cooper, Taylor y Cooper (1987). Se clasifica en:

Satisfacción corporal : menor de 81

Leve insatisfacción corporal : 81 - 110

Moderada insatisfacción corporal : 111 - 140

Extrema insatisfacción corporal : mayor a 140

AUTOESTIMA:

Definición Conceptual: Evaluación que una persona hace y mantiene de si mismo, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica si la persona se considera competente, exitosa y significativa (Coopersmith, 1981).

Definición Operacional: De acuerdo al puntaje final alcanzado en el Inventario de autoestima. Forma escolar de Coopersmith Stanley (1981). Se clasifica en niveles de Autoestima:

Autoestima Baja : 0 – 24 puntos

Autoestima Media: 25 – 74 puntos

Autoestima Alta : 75 – 100 puntos

2.6.2. Variable Dependiente:

RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

Definición Conceptual: El riesgo a trastorno alimentario es la probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado) (Loreto, 2006).

Definición Operacional: De acuerdo al puntaje final alcanzado en el Eating Attitudes Test (EAT-26). Test de trastornos alimentarios de Garner, Garfinkel y Olmstead (1982). Se califica en:

Alto riesgo: Mayor o igual a 20.

Bajo riesgo: Menor a 20.

III. RESULTADOS

TABLA 1

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES
ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR
“NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO
2008.**

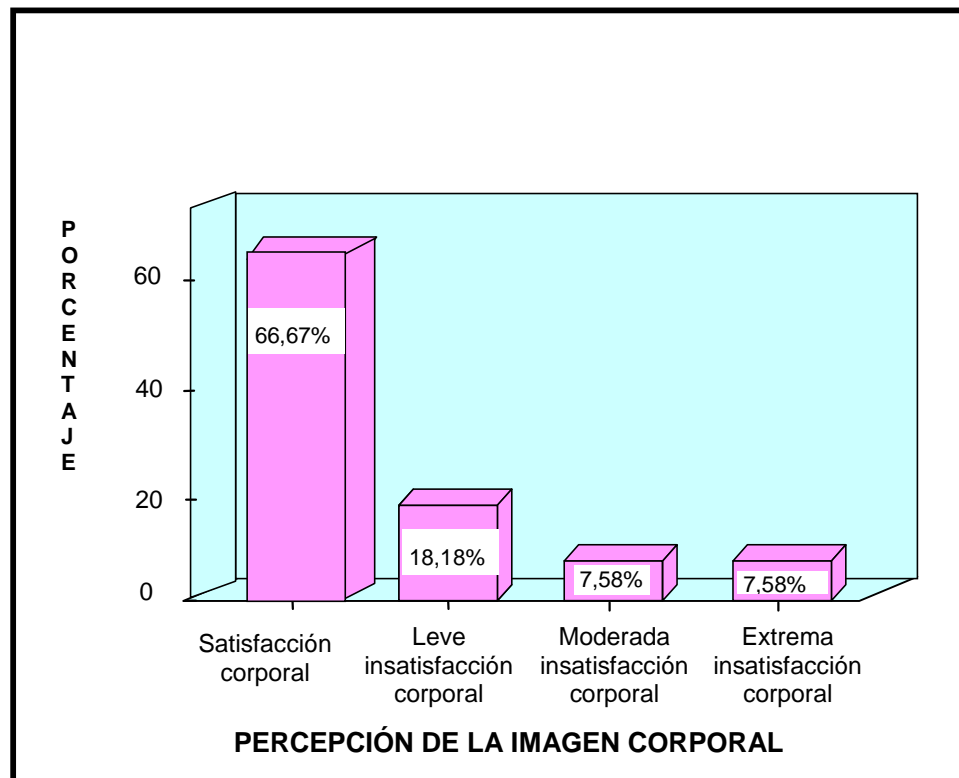
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción corporal	88	66.7
Leve insatisfacción corporal	24	18.2
Moderada insatisfacción corporal	10	7.6
Extrema insatisfacción corporal	10	7.6
Total	132	100.0

Fuente: Cuestionario Sobre Percepción de la Imagen Corporal

En la tabla 1 se observa que el 66.67 por ciento de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” están satisfechas con su imagen corporal, el 18.18 por ciento están levemente insatisfechas y las adolescentes que tienen moderada y extrema insatisfacción corporal representan el 15.16 por ciento.

GRAFICO 1

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.



Fuente: Cuestionario sobre percepción de la imagen corporal

TABLA 2

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL
CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL
PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008 .**

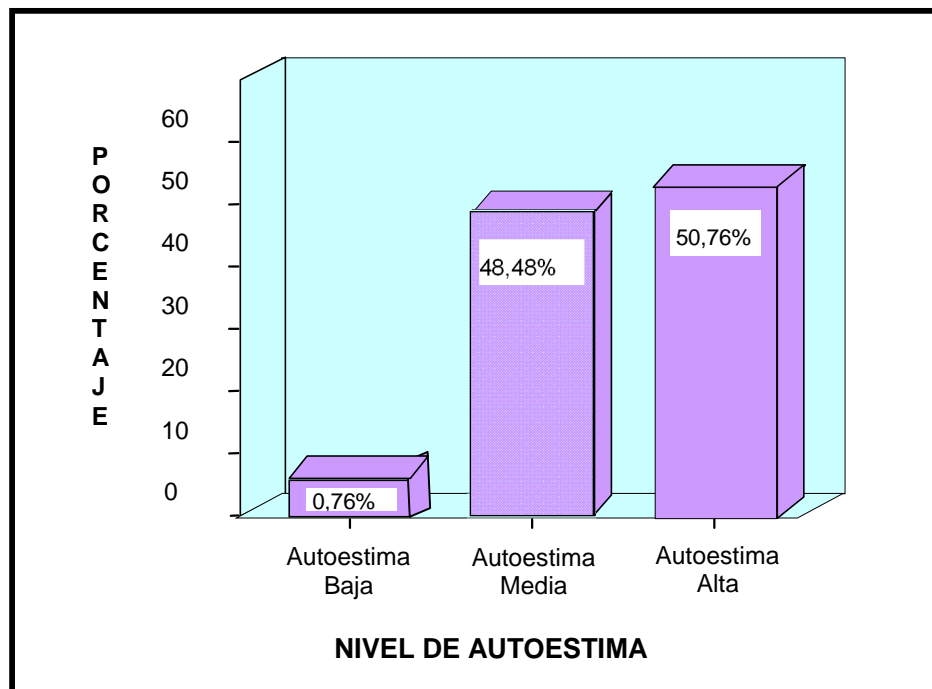
AUTOESTIMA	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Baja	1	0.8
Autoestima Media	64	48.5
Autoestima Alta	67	50.8
Total	132	100.0

Fuente: Inventario de Autoestima

En la Tabla 2 se aprecia que el 50.76 por ciento de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” tienen autoestima alta, el 48.48 por ciento de las adolescentes tienen autoestima media y el 0,76 por ciento presentó autoestima baja.

GRAFICO 2

NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.



Fuente: Inventario de Autoestima

TABLA 3

**RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO
PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”
TRUJILLO 2008.**

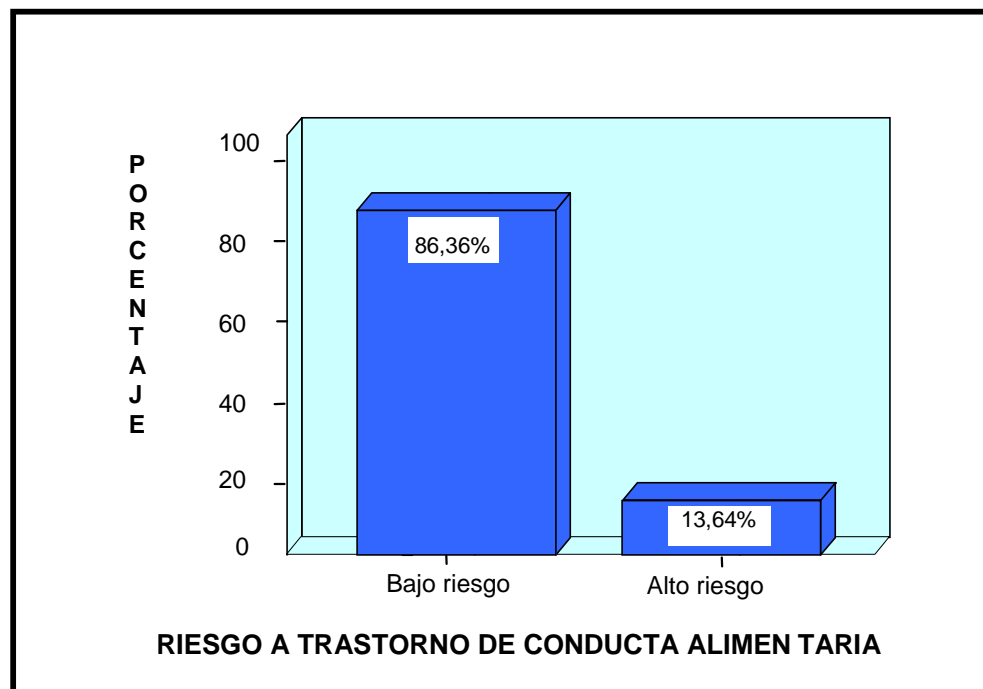
Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria	Frecuencia	Porcentaje
Bajo riesgo	114	86.4
Alto riesgo	18	13.6
Total	132	100.0

Fuente: Test de Actitudes Alimentarias

En la Tabla 3 se aprecia que el 86.36 por ciento de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” presentan bajo riesgo a Trastornos de Conducta Alimentaria y el 13.64 presentan alto riesgo, es decir puntuaciones superiores al punto de corte del EAT 26 > 20.

GRAFICO 3

**RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO
PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO
SOCORRO” TRUJILLO 2008.**



Fuente: Test de Actitudes Alimentarias

TABLA 4

PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.

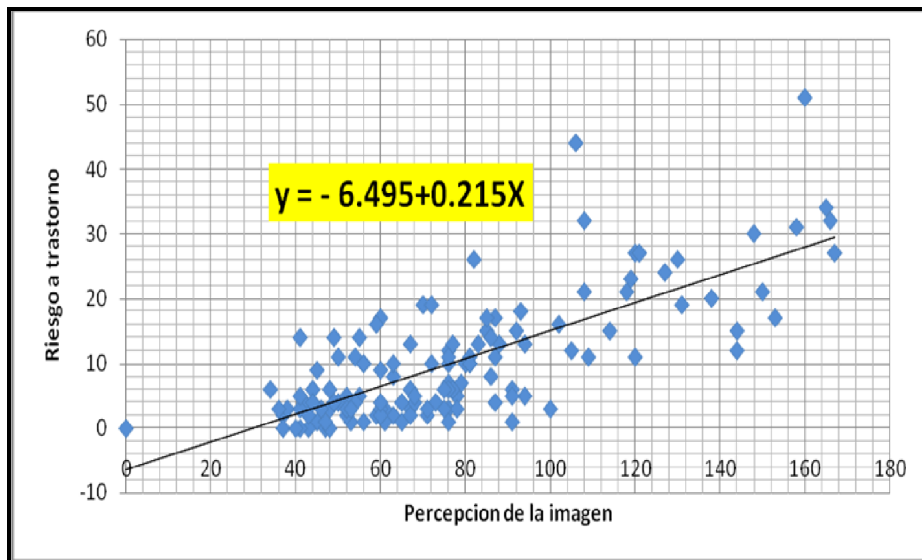
Modelo de Regresión	Significancia
Riesgo = -6.495 + 0.215 Percepción	p=0.00<0.05

Fuente: Análisis estadístico

En la Tabla 4 del análisis de regresión lineal se observa que hay un efecto altamente significativo de la percepción de la imagen corporal en el riesgo a trastorno de conducta alimentaria (p=0.00<0.05).

GRAFICO 4

PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.



Fuente: Análisis estadístico

TABLA 5

PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN AL NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.

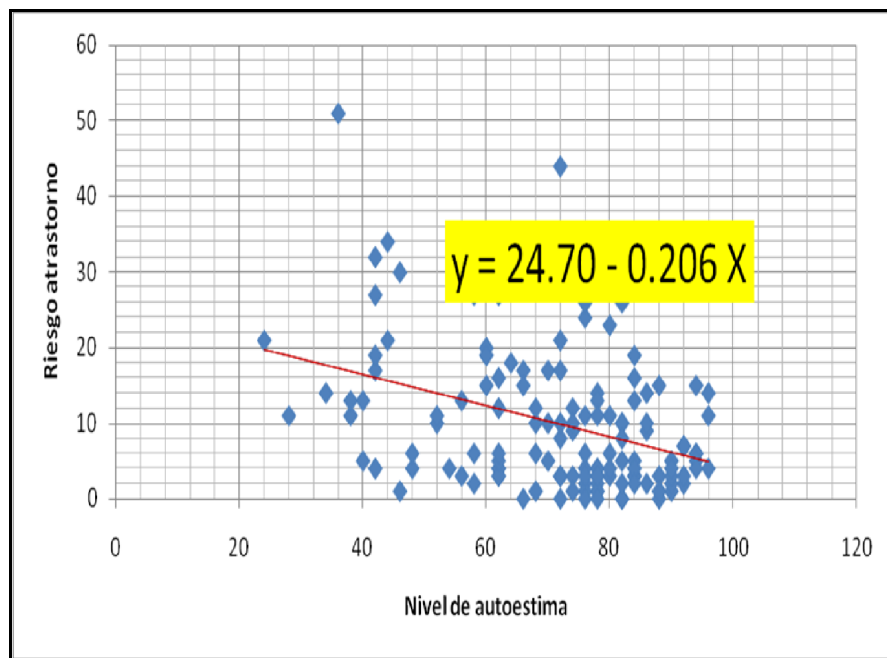
Modelo de Regresión	Significancia
Riesgo=24.70 - 0.206 Autoestima	$p=0.00<0.05$

Fuente: Análisis estadístico

En la Tabla 5 del análisis de regresión lineal se observa que hay un efecto altamente significativo del nivel de autoestima en el riesgo a trastorno de conducta alimentaria ($p=0.00<0.05$).

GRAFICO 5

PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN AL NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” TRUJILLO 2008.



Fuente: Análisis estadístico

TABLA 6

CORRELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y EL RIESGO A TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.

Coeficiente de correlación (r)	Significancia
$r = 0.755$	$p=0.00<0.05$

Fuente: Análisis estadístico

En la Tabla 6 se muestra la relación entre la Percepción de la Imagen Corporal y el Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, haciendo uso de la correlación de Pearson ($r = 0.755$), indica que existe una correlación directa altamente significativa ($p = 0.00 < 0.05$) entre ambas variables.

TABLA 7

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL RIESGO A TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.

Coeficiente de correlación (r)	Significancia
r = -0.361	p=0.00<0.05

Fuente: Análisis estadístico

En la Tabla 7 se muestra la relación entre el Nivel de Autoestima y el Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, haciendo uso de la correlación de Pearson ($r = -0.361$), indica que existe una correlación indirecta y altamente significativa ($p = 0.00 < 0.05$) entre ambas variables.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La cultura de la delgadez en la que actualmente nos vemos inmersos establece un estereotipo corporal excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y comportamientos relacionados con el peso y la figura corporal, comportamientos que, con toda probabilidad, conducirán al desarrollo de un problema o trastorno de conducta alimentaria.

La presión social hacia la delgadez a la que las adolescentes, se ven sometidas hace que este grupo de riesgo sobrevalore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecha con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decida someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de reducir su peso y volumen corporal.

En la **Tabla 1** se observa que el mayor porcentaje 66.7 por ciento (n = 88) de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” están satisfechas con su imagen corporal, el 18.2 por ciento (n = 24) están levemente insatisfechas, así mismo se encontró que las adolescentes con moderada y extrema insatisfacción corporal suman el 15.2 por ciento, 7.6 por ciento (n = 10) para cada categoría. Aunque la satisfacción corporal se encontró en mayor

proporción se confirma también la influencia de la cultura de la delgadez sobre las adolescentes.

Los resultados encontrados son concordantes con los de Ballester (2002), en su estudio sobre Conductas Alimentarias y Satisfacción Corporal en adolescentes españoles, encontró que un 44 por ciento no manifestaba insatisfacción con su imagen corporal, un 34 por ciento manifestaba una insatisfacción leve, un 13.1 por ciento una insatisfacción moderada y un 9 por ciento insatisfacción extrema por su imagen. Baile (1999), en su estudio Autoimagen referente al Peso en Adolescentes navarras, encontró que el 54 por ciento están satisfechas con su imagen corporal, el 36 por ciento están insatisfechas y el 10 por ciento de las adolescentes están muy insatisfechas con su imagen. Cruz y Maganto (2002), en su estudio Alteración de la Imagen Corporal y de la Conducta Alimentaria en adolescentes españoles, encontraron que el 33 por ciento de las adolescentes están satisfechas con su imagen corporal y el 67 por ciento están insatisfechas del cual el 60 por ciento de la insatisfacción se deriva del deseo de estar más delgada y el 7 por ciento se debe al deseo de estar más gordas.

Por el contrario Hartley (1999), en su estudio Trastornos alimentarios en 261 mujeres adolescentes escolares, de la ciudad de Lima, encontró que la mayor parte de ellas estaba insatisfecha con su imagen corporal,

no sólo las chicas con sobrepeso se preocupaban por sus rollitos, sino que también el 89 por ciento de las que tenían el peso adecuado a su talla se veían "gorditas", y el 76 por ciento de las que tenían bajo peso también decían estar con kilos demás y, por increíble que parezca, el 45,2 por ciento, de las que sufrían de bajo peso severo dijeron tener sobrepeso, por lo que ansiaban ponerse a dieta.

Garner et al, (1982); Thompson (1990), conciben el constructo de imagen corporal por tres componentes: *El componente perceptual* hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (la percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). Los factores que influyen en la percepción son la presión sociocultural a la esbeltez, junto con la estigmatización de la obesidad, un ambiente familiar que valoren estos modelos y la adopción del mito de la mujer perfecta. *El componente subjetivo o afectivo* incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones negativas que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. *El componente conductual* se refiere a las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados

provocan (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo).

Las adolescentes experimentan un aumento del IMC y porcentaje de grasa según aumenta la edad. Este cambio de estatus corporal en el sexo femenino, parece relacionarse con el descenso en la satisfacción corporal. Del Índice de masa corporal de las adolescentes en estudio se obtuvo que el 56.8 por ciento (n = 75) tienen un estado nutricional normal, un 22.0 por ciento (n = 29) tienen bajo peso, un 18.2 por ciento (n = 24) presentan sobrepeso y un 3.0 por ciento (n = 4) son obesas (Anexo 8). Es considerable el porcentaje de adolescentes con bajo peso, resultado que no concuerda con la realidad ya que las adolescentes en estudio pertenecen a un nivel socioeconómico medio a alto, lo que podría estar asociado a un mayor acceso al consumo de alimentos de calidad y cantidad suficiente a sus requerimientos corporales.

Por otro lado, de un total de 88 adolescentes satisfechas con su imagen corporal el 59.1 por ciento (n = 52) presentan peso normal, el 31.8 por ciento (n = 28) presentan bajo peso, un 8.0 por ciento (n = 7) tienen sobrepeso y el 1.1 por ciento (n = 1) presenta obesidad; de 24 adolescentes con leve insatisfacción el 50.0 por ciento (n = 12) presentan peso normal y el 37.5 por ciento (n = 9) presentan sobrepeso; de las moderadamente insatisfechas el 60.0 por ciento (n = 6) están dentro del

peso normal, y de aquellas con extrema insatisfacción corporal el 50.0 por ciento (n = 5) tienen peso normal y el otro 50.0 por ciento (n = 5) presentan sobrepeso ($X^2= 33.617$, $p < 0.05$) (Anexo 9).

Los resultados obtenidos se ajusta a la teoría de las distorsiones cognitivas de Beck en Slade (1996), según la cual, las adolescentes interpretan o procesan mal la información que les rodea referente a su peso e imagen pues de las moderadamente insatisfechas el 60 por ciento están dentro del peso normal como también el 50 por ciento de las adolescentes extremadamente insatisfechas tienen peso normal . Estos resultados corresponderían, a la utilización del mecanismo "atención selectiva", pues las chicas al parecer sólo se fijan en las chicas que les rodean que son más delgadas que ellas y por tanto "no ven " que la mayoría son como ellas, también se utiliza otra distorsión cognitiva la de la "generalización excesiva", por el cual una adolescente puede sentirse gorda porque una parte de su cuerpo no sea delgada Por lo tanto, ser delgada no garantizaría la satisfacción corporal .

La obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal son variables asociadas a los trastornos de conductas alimentarias en adolescentes, debido a que ambas variables están vinculadas al modelo estético corporal vigente. De las adolescentes en estudio, los valores mas elevados del Cuestionario sobre Percepción de la Imagen Corporal

se encontraron en las puntuaciones medias de la subescala preocupación por el peso, incluso en las adolescentes que están satisfechas con su imagen corporal lo que se manifiesta en el deseo de mantener la delgadez, el deseo de perder peso y el miedo a engordar; excepto en las adolescentes extremadamente insatisfechas que tienen mayor puntuación media en la subescala insatisfacción corporal la cual se manifiesta por el desagrado con el cuerpo en general o alguna parte de éste (Anexo 5). Las adolescentes tienen tendencia a creer que pesan más kilos de los que realmente tienen, o en otras palabras, a desear perder algunos kilos porque su peso y apariencia ideales aún no se acomodan a sus aspiraciones (Perpiñá, 1989). Los porcentajes de insatisfacción concuerdan con los reportados a nivel internacional, a pesar que Perú es un país en vías de desarrollo, la globalización ha permitido un mayor acceso a los medios de comunicación como: televisión, Internet, revistas de moda entre otros, que difunden mensajes negativos y sirven para promover la idea del cuerpo ideal, que realmente no se puede obtener.

En la **Tabla 2** se aprecia que el 50.76 por ciento ($n = 67$) de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” tienen autoestima alta, el 48.48 por ciento ($n = 64$) de las adolescentes tienen autoestima media y autoestima baja solo un 0,76 por ciento ($n = 1$). Esto se justifica con la definición de autoestima, que es la evaluación que una persona hace y mantiene de sí mismo, es una

expresión de aprobación o desaprobación que indica si la persona se considera competente, exitosa y significativa (Coopersmith, 1981).

En numerosos estudios se observa que las adolescentes tienen un inferior nivel de autoestima, debido a el conflicto originado entre los cambios corporales que produce la pubertad en las chicas y la imagen que los medios de comunicación transmiten de la mujer ideal, en los que la delgadez extrema queda fuertemente asociada no solo a la belleza, sino también al éxito y a la eficacia. En nuestra investigación, de un total de 88 adolescentes satisfechas con su imagen corporal el 62.5 por ciento (n = 55) tienen autoestima alta y el 37.5 por ciento (n = 33) presentan autoestima media; de 24 adolescentes levemente insatisfechas el 66.7 por ciento (n = 16) tiene autoestima media y el 33.3 por ciento (n = 8) presentan autoestima alta; de 10 adolescentes moderadamente insatisfechas el 60 por ciento (n = 6) presentan autoestima media y el 40 por ciento (n = 4) tienen autoestima alta; de 10 adolescentes extremadamente insatisfechas con su cuerpo el 90 por ciento (n = 9) presentan autoestima media y solo el 10.0 por ciento (n = 1) presenta autoestima baja ($X^2= 28.985$, $p < 0.05$) (Anexo 10). Lo que nos indica que a mayor nivel de autoestima mayor será el grado de satisfacción corporal en las adolescentes.

Los resultados difieren de la bibliografía debido a que mayor proporción de las adolescentes en nuestro estudio presentan autoestima alta y satisfacción con su imagen corporal, resultado que se justifica por el especial énfasis que los docentes tutores y coordinadores de OBE del centro educativo ponen en el desarrollo de una buena autoestima, a través de la conserjería permanente a sus estudiantes. Además el pertenecer a una institución de educación mixta genera actitudes positivas respecto al rol sexual y favorece la autoestima mediante la formación de la personalidad; por otra parte un hecho cierto es que la formación de los hijos empieza con la formación de los padres, es decir lo que construyan los padres día a día, darán a sus hijos una recta autovaloración, suficiente autoestima; su actitud frente a la realidad y al mundo que los rodea.

En relación a la Autoestima de las adolescentes según dimensiones, se obtuvo puntuaciones medias más elevadas en la dimensión yo – físico, es decir al hecho de sentirse atractiva físicamente; seguida de la dimensión social que incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales. Coopersmith (1981), integra la autoestima en cuatro dimensiones, *yo físico, yo social, hogar padres y escolar*, de las cuales la dimensión hogar padres y la dimensión escolar conforman la autoestima de protección en el adolescente, mientras que la dimensión física y social forman la autoestima de riesgo y dependen en mayor medida de los feedbacks percibidos de otras personas significativas

ajenas al contexto familiar, fundamentalmente los iguales; pero que por otro lado una autoestima elevada en determinadas dimensiones (física y social) indica un mayor riesgo en el desarrollo de problemas en el adolescente como drogas, depresión, embarazo en adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria entre otros (A nexos 6).

En la **Tabla 3** se aprecia que el 86.36 por ciento (n = 114) de las adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” presentan bajo riesgo a Trastornos de Conducta Alimentaria y el 13.64 por ciento (n = 18) presentan alto riesgo, es decir puntuaciones superiores al punto de corte del EAT $26 > 20$. Este resultado concuerda con los estándares internacionales que varían entre un 5 por ciento y un 22 por ciento encontrados en estudios de prevalencia de TCA realizados en mujeres adolescentes Europeas y Norteamericanas .

Un porcentaje similar fue el encontrado por Pérez-Gaspar et al. (2000) en un estudio realizado en Navarra con mujeres adolescentes. Estos autores hallaron que el 11.1 por ciento de las participantes presentaban una puntuación superior a 30 en el EAT-40, por lo que podían considerarse en situación de riesgo de padecer un TCA. Merino et al. (2001) en un estudio realizado en La Coruña con una muestra de mujeres adolescentes encontraron que un 17.8 por ciento de ellas presentaban un riesgo alto de TCA. Otros autores como Behar et al.

(2007) en su estudio Detección de Actitudes y/o Conductas predisponentes a Trastornos Alimentarios en adolescentes de ambos sexos de Chile, encontraron que el 12 por ciento tenía riesgo a desarrollar algún trastorno alimentario, un 23 por ciento para las mujeres y 2 por ciento para varones.

Si bien Perú es un país en vías de desarrollo, el fenómeno de la globalización, especialmente en las comunicaciones, ha introducido patrones de belleza occidentales que exigen una delgadez extrema y por otra parte inducen a cambios en los hábitos alimentarios, con la masiva introducción de comidas de otras culturas, de fácil elaboración y alta densidad calórica (Fast Food y/o comida chatarra). Además los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez.

Estas contradicciones son asimiladas con mucha facilidad por los jóvenes, influyendo en su conducta alimentaria. Esto se evidencia en el estudio de Palpan y Jiménez (2007), Trastornos de alimentación en adolescentes de ambos sexos de Lima metropolitana, demuestran que un 22.2 por ciento de las mujeres tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20.5 por ciento y un 25.1 por ciento se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente.

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones psicosomáticas que conllevan a graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; de ellos se distinguen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), pero también se incluyen un tercer grupo denominado "No Especificado" (TCANE). Suelen caracterizarse por: gran preocupación por el peso corporal y la figura, percepción alterada de la imagen corporal, dietas extremas o ayunos, combinación de ayunos prolongados y sobreingesta y sentimientos de falta de control sobre la ingesta (en atracones) (Garner, 1997; Manual de Diagnóstico y Estadística de Salud Mental - DSM IV, 2002).

El riesgo a trastorno alimentario es la probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado) este se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o actitudes incontrolables hacia la comida (Loreto, 2006).

En la presente investigación, se analizó el Riesgo a trastorno de conducta alimentaria según sus factores dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, se obtuvo las medias más elevadas en el factor dieta, es decir conductas de evitación de alimentos altos en calorías y

azúcar, tanto para las adolescentes con alto riesgo como para las de bajo riesgo (Anexo 7). Tanto la insatisfacción corporal como el fuerte deseo de adelgazar, acompañados de la decisión voluntaria de someterse a una dieta son conductas informadas, con bastante frecuencia entre la población adolescente. Se someten a dietas restrictivas con el principal objetivo de perder peso, para, de este modo, adaptarse o parecerse al modelo corporal esbelto vigente en las sociedades desarrolladas (Toro et al, 1989).

En la **Tabla 4** se observa que hay un efecto altamente significativo de la Percepción de la Imagen Corporal en el Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” según el análisis de regresión lineal ($p=0.00<0.05$). Lo que nos indica que un mayor grado de insatisfacción corporal en las adolescentes predice un mayor riesgo a trastorno de conducta alimentaria ($y= -6.495 + 0.215x$). Así también se obtuvo la relación entre ambas variables encontrándose una alta significancia estadística $p=0.00<0.05$ (Tabla 6).

Las influencias socioculturales han estimulado que los valores positivos de las personas estén asociados cada vez más a la imagen de delgadez, especialmente en las mujeres, quienes se ven presionadas para alcanzar una figura delgada, esbelta y atlética. Striegel-Moore et al,

(1986) sostienen que las mujeres con riesgo a trastorno de conducta alimentaria son aquellas que han internalizado más profundamente los cánones socioculturales acerca de lo que es atractivo y la delgadez.

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal (Salaberria et al., 2006).

Las adolescentes son las víctimas principales de esta problemática, pues, se muestran extremadamente preocupadas por las impresiones que otros tengan de ellas mismas, evaluándose a través de los ojos de los demás. Por ello es importante favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la autoimagen y la aceptación del propio cuerpo, reconociendo sus distintas posibilidades, no solo las estéticas, adaptándose a los cambios corporales propios de la adolescencia, respetando las diferencias individuales, y evitando metas estéticas inalcanzables.

La educación es uno de los recursos fundamentales en la prevención de los TCA. La adquisición de una buena percepción corporal por parte del adolescente, considerando su cuerpo hermoso por el simple hecho de

estar vivo, por ser fuente de recursos, por medio de los que se puede expresar, acariciar y sentir, y porque las distorsiones desde las que podemos contemplar nuestros cuerpos afectan no sólo a nuestra salud física, sino a nuestras relaciones sociales y a nuestra manera de ver el mundo (Zagalaz, 2000).

En la **Tabla 5** se observa que hay un efecto altamente significativo del Nivel de Autoestima en el Riesgo a Trastorno de Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” según el análisis de regresión lineal ($p=0.00<0.05$). Lo que indica que un mayor nivel de autoestima predice un menor riesgo a trastorno de conducta alimentaria ($y=24.70 - 0.206x$). Así también se obtuvo la relación entre dichas variables encontrándose alta significancia estadística $p=0.00<0.05$ (Tabla 7).

La autoestima es la clave que nos ayuda a comprender nuestros logros y fracasos. La imagen corporal influye de manera directa en el nivel de aceptación de nosotros mismos y en la construcción de un buen nivel de autoestima. En ocasiones la imagen que tenemos de nuestro cuerpo o algunas de sus partes como la nariz, orejas, rostro en general, estatura, proporciones del busto, etc., no nos complace, y la rechazamos en función de que no se corresponden con el “ideal de belleza” que predomina en el grupo o entorno social.

Los estudios advierten que los comentarios acerca del peso en la familia podían actuar como detonadores para la instalación de los trastornos alimentarios, ya que podían afectar la autoestima y vincular la delgadez con la condición de "ser amadas" y "tener éxito en la vida". Ese fue el resultado de un estudio aplicado en 1996 por la Revista Británica de Psicología Clínica a niñas entre 11 y 12 años de edad. Reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces más propensas a desarrollar trastornos alimentarios y otros problemas a la edad de 15 o 16 (Montaño, 2001). De allí la importancia de elevar la autoestima como medida preventiva para el desarrollo de los trastornos alimentarios .

Si bien una presencia física agradable, bella, atractiva, puede influir positivamente en la autoestima de las personas, en sus sentimientos de seguridad y también en sus relaciones y éxitos sociales, la educación debe propiciar que las adolescentes en particular no busquen de manera desenfrenada e irreflexiva la imitación de estos modelos ideales que imponen los medios, ya que en muchos casos puede conducir a la distorsión del esquema corporal, el autorrechazo, a problemas emocionales y trastornos de la conducta alimentaria (Zaldívar, 2006).

Se trata sencillamente de que los adolescentes busquen de manera racional la belleza y el atractivo personal , es aquí donde el personal de salud, en especial la enfermera puede intervenir fomentando la adopción

de hábitos correctos de aseo personal; realización de ejercicios físicos de manera racional; una dieta adecuada; el orden que implica la compostura al andar, hablar, sentarse, gesticular; el cultivo del buen gusto en el vestir (que no significa necesariamente hacerlo con ropas costosas), así como también mediante el cultivo de la armonía y la tranquilidad interior. Es importante también desarrollar con el grupo multidisciplinario las otras dimensiones de la autoestima (familiar y escolar) que conforman la autoestima de protección en los adolescentes .

V. CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados de cada una de las variables estudiadas y de la relación entre ellas, se llega a las siguientes conclusiones:

1. El 66.7 por ciento de las mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” están satisfechas con su imagen corporal y el 33.4 por ciento tienen algún grado de insatisfacción, de las cuales la mayoría poseía un estado nutricional normal que podría ser un factor encubridor de un potencial trastorno alimentario.
2. El 50.8 por ciento de las mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” tienen autoestima alta y el 48.5 por ciento autoestima media, resultado que se fundamenta en el énfasis de los docentes tutores en el desarrollo de una buena autoestima, las actitudes positivas frente a su rol sexual y formación de la personalidad que le da el pertenecer a una institución de educación mixta y la formación que reciben de sus padres.
3. El 86.4 por ciento de las mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”

tienen bajo riesgo a trastornos de la conducta alimentaria y un 13.64 por ciento presentan alto riesgo, resultado que concuerda con los valores internacionales que varían entre 5 por ciento y 22 por ciento encontrados en estudios a mujeres adolescentes Europeas y Norteamericanas.

4. Un mayor grado de insatisfacción corporal en las adolescentes predice un mayor riesgo a trastorno de conducta alimentaria ($y = -6.495 + 0.215x$) en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”.
5. Un mayor nivel de autoestima predice un menor riesgo a trastorno de conducta alimentaria ($y = 24.70 - 0.206x$) en mujeres adolescentes del Centro Educativo Particular “Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”.

VI. RECOMENDACIONES

En base a los resultados y conclusiones de la presente investigación se recomienda:

1. Dar a conocer los resultados al profesional y estudiante de enfermería, de tal manera que aprecien los hallazgos y elaboren programas educativos orientados a promover el desarrollo de los factores protectores, como la autoestima y autoaceptación en niños y adolescentes asegurando una atención integral al individuo, familia y comunidad.
2. Motivar a las instituciones de salud y educativas a la creación de modelos de intervención dirigidos al adolescente en general y en riesgo a trastorno de conducta alimentaria, con abordaje multidisciplinario.
3. Realizar estudios similares en otras instituciones educativas de Trujillo, incluyendo a los adolescentes varones.
4. Realizar estudios de tipo Cualitativo que aborden las mismas variables y permitan identificar los sentimientos, pensamientos y valoraciones de las adolescentes.

5. Realizar estudios longitudinales que permitan un seguimiento de la población de riesgo y que incluyan otras variables que pueden ser críticas, como las influencias de los mensajes verbales, influencia de la publicidad y de los modelos o situaciones sociales.

VII. REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS DSM IV. (2004) 4th edition, Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Accesible en: [<http://www.apa.org>], 26 de Enero, 2008.

BAILE, J. (1999). Autoimagen referente al peso en Adolescentes. España. Accesible en: [http://www.universia.es/ertml_estatero/portada/actualidad], 04 de Enero, 2008

BAILE, J., RAICH, R., GARRIDO, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. España. Accesible en: [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16719202.pdf>], 07 de Febrero, 2008.

BALLESTER, D., DE GRACIA, M., PATIÑO, J. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. España. Accesible en: [http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf], 04 de Enero, 2008.

BARRIGUETE, J. y GARCÍA, M. (2007). ¿Es una dieta o un trastorno de la alimentación? ¡Cuando la Comida se vuelve Obsesión! México. Accesible en: [<http://www.mediks.com/clinicaangeles/padres/padres03.php>], 04 de Enero, 2008.

BEHAR, A., ALVIÑA, M., GONZÁLEZ, T. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria de tres colegios particulares de Viña del Mar. Rev. Méd. Chile. Vol. 34, núm. 03.

COLE, T. (2000). Establishing a Standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. Br. Med.

COOPER, P., TAYLOR, M., COOPER, Z., (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Internacional Journal of Eating Disorders. Accesible en:

[<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112413046/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>], 07 de Febrero, 2008.

COOPER, P., GOODYER, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*. Accesible en: [<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/171/6/542>], 16 de Enero, 2008.

COOPERSMITH, S. (1981). *Self-Esteem inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

CRISPO, R., FIGUEROA, E., GUELAR, D. (1997). *Anorexia, Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Ed. Gedisa. España.

CRUZ, S., MAGANTO, C. (2002). *Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescente: un estudio empírico*. España.

CHINCHILLA, A. (2003). *Anorexia y bulimia nerviosas: Sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso*. Ed. Masson. España.

DAROCA, C. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija*. Accesible en: [[http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.1/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20en%20adolescentes%20de%20las%20Ciudades%20de%20La%20Paz%20\(Articulo%20Completo\).htm](http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.1/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20en%20adolescentes%20de%20las%20Ciudades%20de%20La%20Paz%20(Articulo%20Completo).htm)], 06 de Febrero, 2008.

FACCHINI, M. (2006). *La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?* Argentina. Accesible en: [<http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch064/v104n4a12.pdf>], 26 de Enero, 2008.

FORNÉS, J. (2005). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados*. Ed. Médica Panamericana, S.A. España. Accesible en: [<http://www.agapea.com/Enfermeria-de-salud-mental-y-psiquiatrica-plan-de-cuidados-n578842i.htm>], 06 de Febrero, 2008.

FREYRE, E. (2002). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. XXII Congreso Peruano de Pediatría, Soc. Per. Pediatría; Arequipa - Perú.

GARNER, D. (1997). Psychoeducational principles in treatment . Psicoeducativa principios en el tratamiento. In: DM Garner & PE Garfinkel (Eds.). Handbook of Treatment for Eating Disorders, New York: Guilford Press. Manual de Tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. Guilford Press. Nueva York.

GARNER, D., GARFINKEL, P., OLMSTED, M. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. Accesible en: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6961471>], 16 de Enero, 2008.

GARFINKEL, P., GARNER, D., SCHWARTZ, D. (1990). Cultural expectations of thinness in woman. Psychology reports.

HARTLEY, J. (1999). "Trastornos Alimentarios en Mujeres Adolescentes Escolares". Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.

HURLOCK, E. (1994). Psicología de la adolescencia. 2da ed. Ed. Paidós. Argentina.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA – INEI. (2002). Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario según Departamentos, Provincias y distritos, 1990 – 2005. Lima – Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2002). Estudio Metropolitano en Salud Mental. Anales de Salud Mental. Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2003). Estudio epidemiológico en salud mental en la Sierra peruana 2003 (Informe General). Anales de Salud Mental. Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2005). Estudio epidemiológico de salud mental en la Selva peruana 2004 (Informe General). Anales de Salud Mental. Perú.

JOHNSON, J., COHEN, P., KOTLER, L. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. J Consult Clin Psychology. Accesible en: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12362962>], 21 de Febrero, 2008.

KAIL, R., CAVANAUGH, J. (2006). Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital. 3era ed. Thompson Editores, S.A. México

LENGUA, K. (2005). Anorexia y bulimia en los adolescentes. Monografía. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Perú. Accesible en: [<http://www.apa.org/international/pi/factores1.pdf>], 07 de Mayo, 2008.

LORETO, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región Metropolitana. Chile. Accesible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000200005&script=sci_arttext], 07 de Mayo, 2008.

MANUAL DIAGNÓSTICO y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES IV - DSM. (2002). American Psychiatric Association. Ed. Mason. España.

MERINO, H., POMBO, M., GODÁS A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes . Psicothema. Accesible en: [http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf], 04 de Enero, 2008.

MOGOLLON, I. (2003). Trastorno de Conducta Alimentaria y Niveles de Autoestima en Adolescentes. Ecuador. Accesible en: [http://www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id_noticia=89085&id_seccion=8], 26 de Mayo, 2008.

MONTAÑO, C. (2001). El mundo de la imagen. Washington - Estados Unidos. Accesible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n25/emcphail.html>, 04 de Diciembre, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades – CIE 10. Ed. Meditor. España.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1997). Meeting of Heads of the Who Collaborating Centres for the Classification of Diseases. Dinamarca: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1995). La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: Escribiendo el Futuro. E d. O.P.S. Washington. D.C.

PALPAN, J., JIMÉNEZ, C. (2007). Trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology International*, Vol. 18 N° 4. Accesible en: [<http://www.apa.org/international/pi/factores1.pdf>], 17 de Junio, 2008.

PÉREZ-GASPAR, M., GUAL, P., DE IRALA-ESTÉVEZ, J. (2000). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras. España. Accesible en: [http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf], 04 de Enero, 2008.

PERPIÑÁ, C., (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. Ponencia presentada en Jornadas sobre trastornos del comportamiento alimentario. Barcelona.

POLIT, D., HUNGLER, B. (1997). Investigación científica en ciencias de la salud. 5ta ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México.

RAICH, R., MORA, M., SOLER, A. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de insatisfacción corporal. *Clínica y salud*. Vol. 1 N° 7. Accesible en: [<http://www.cafyd.com/REVISTA/art1n3a06.pdf>], 26 de Enero, 2008.

RAICH, R. (2000). Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. 1era edición. Ediciones Pirámide. España. Accesible en: [<http://www.agapea.com/Imagen-corporal-Conocer-y-valorar-el-propio-cuerpo-n15530i.htm>], 26 de Mayo, 2008.

RAUSCH, C., BAY, L. (1997). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. 4ª. Reimpresión. Ed. Paidós. Argentina. Accesible en: [<http://www.google.com.pe/search?lr=&q=Anorexia%20nerviosa%20y%20bulimia%20RAUSCH%20Herscovici%2C%20Luisa%20Bay%201997&sa=N&tab=pw>], 12 de Enero, 2008

RIVAROLA, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*. Vol 4. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. Accesible en: [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/184/18400808.pdf>], 10 de Noviembre, 2007.

ROJO, L., LIVIANOS, L. (2003). Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population

Aged 12-18 Years. International Journal of Eating Disorders. Accessible en: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949920>], 21 de Febrero, 2008.

RUIZ, P., VELILLA, J. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil Año 98 N° 3. España. Accesible en : [<http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/general/prevencion/1844/>], 26 de Enero, 2008.

SALABERRIA, K., RODRÍGUEZ, S., CRUZ, S. (2006). Percepción de la imagen corporal. Accesible en: [http://hedatuz.euskomedia.org/_4564/1/08171183.pdf], 04 de Diciembre, 2008.

SCHILDER, P. (1950). The image and appearance of the human body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche Book. N. York, International Universities Press. Accesible en: [<http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=77317234>], 26 de Mayo, 2008.

SLADE, P. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. En: Buendía J. Psicopatología en niños y adolescentes. Ed. Pirámide. Madrid

STRIEGEL-MOORE RH, SILBERSTEIN LR Y RODIN J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist .

THOMPSON, J. (1990). Body image disturbance: Assesment and treatment. Elmosford, New York: Pergamon Pres.

THOMPSON, J., HEINBERG, L., ALTABE, M. (1999). E xacting Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance. Washington, D.C., American Psychological Association.

TORO, J., CASTRO, J., GARCIA, M. (1989). Eating Attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence . British Journal Medical Psychology.

VANDEREYCKEN, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness. Implications for eating disorders and obesity. Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention.

WHITAKER, R., WRIGHT, J. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*.

ZAGALAZ, M. (2000) Incidencia social de la anorexia nerviosa. Intervención del profesorado de educación física en la prevención del programa. *Aula de encuentro*.

ZALDÍVAR, D. (2006). Autoestima e imagen corporal. Accesible en: [<http://64.233.169.104/search?q=cache:SKWhtMxHA0gJ:www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php%3Fidv%3D12738+autoestima+e+imagen+corporal&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=pe>], 26 de Enero, 2008.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1
DISEÑO MUESTRAL

1º. POBLACION OBJETIVO

ESTRATOS	Población Total Nh	Ponderaciones Wh	Proporción Ph	1-Ph Qh	Wh*Ph*Qh
3º	61	0.31	0.5	0.5	0.07625
4º	63	0.32	0.5	0.5	0.07875
5º	76	0.38	0.5	0.5	0.095
Total	200	1.00	1.5	1.5	0.25

**2º. MUESTRA
FORMULA**

$$n = \frac{(\sum W_h P_h Q_h)}{\left[\frac{E}{Z}\right]^2}$$

PARAMETROS

Proporción	P	0.5	
Nivel de Error	E	5%	0.05
Nivel de confianza	Z	95%	1.96
Varianza	V	0.000650771	

MUESTRA

Muestra inicial	384.16	384
Fracción muestreo	192%	Ajustar la muestra
Muestra final	131.5068493	132

3º. AFIJACION DE LA MUESTRA:

ESTRATOS	Población Total Nh	Ponderaciones Wh	Muestra nh
3º	61	0.305	40
4º	63	0.315	42
5º	76	0.38	50
Total	200	1	132

TAMAÑO DE MUESTRA - ALUMNOS

3°	40
----	----

SECCIONES	Nh	Wh	nh
A	15	0.245902	10
B	14	0.229508	9
C	15	0.245902	10
D	17	0.278689	11
E		0	0
TOTAL	61	1	40

4°	42
----	----

SECCIONES	Nh	Wh	nh
A	14	0.229508	9
B	16	0.262295	11
C	17	0.278689	11
D	16	0.262295	11
E		0	0
TOTAL	63	1.032787	42

5°	50
----	----

SECCIONES	Nh	Wh	nh
A	13	0.213115	9
B	11	0.180328	7
C	13	0.213115	9
D	23	0.377049	15
E	16	0.262295	11
TOTAL	76	1.245902	50

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (*Body Shape Questionnaire - BSQ*) (Cooper, Tylor, y Fairburn, 1987)

Adaptado por Raich 1996

EDAD: GRADO DE INSTRUCCIÓN: SECCIÓN:
 PESO: TALLA: IMC:

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y marca la respuesta que consideres más adecuada. Contesta todas las preguntas. El cuestionario es totalmente anónimo.

N: Nunca
AM: A menudo

RV: Raras veces
M AM: Muy a menudo

AV: A veces
S: Siempre

		N	RV	AV	AM	MAM	S
1	¿Me siento molesta al examinar mi aspecto físico ?	1	2	3	4	5	6
2	¿Me preocupa tanto mi figura que pienso que tengo que ponerme a dieta?	1	2	3	4	5	6
3	¿Pienso que tengo los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado gordas en relación con el resto de mi cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4	¿Tengo miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5	¿Me preocupa que mi piel no sea lo suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6	¿Sentirme llena (después de una comida abundante), me hace sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
7	¿Me siento tan mal con mi figura que he llegado a llorar o gritar?	1	2	3	4	5	6
8	¿Evito correr para que mis rollitos no se muevan?	1	2	3	4	5	6
9	¿Estar con chicas delgadas, ¿Me hace fijar en mi figura?	1	2	3	4	5	6
10	¿Me preocupa que mis muslos o cintura se ensanchen cuando me siento?	1	2	3	4	5	6
11	¿El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida, me hace sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
12	Al fijarme en la figura de otras chicas, ¿las he comparado con la mía desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13	Pensar en mi figura, ¿ha dificultado mi capacidad de concentración (cuando miro televisión, leo, etc)?	1	2	3	4	5	6
14	Estar desnuda, ¿Me ha hecho sentir gorda o pasada de peso?	1	2	3	4	5	6
15	¿Evito usar ropa que marque mi figura?	1	2	3	4	5	6
16	¿Me imagino modificando algunas partes de mi cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿Me ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6

		N	RV	AV	AM	MAM	S
18	¿Evito ir a reuniones sociales (por ejemplo, una fiesta) porque me siento mal con mi figura?	1	2	3	4	5	6
19	¿Me siento excesivamente gorda o redondeada?	1	2	3	4	5	6
20	¿Me siento avergonzada por mi cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21	Preocuparme por mi figura, ¿Me ha hecho poner a dieta?	1	2	3	4	5	6
22	¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago esta vacío (por ejemplo, por la mañana?)	1	2	3	4	5	6
23	¿Pienso que la figura que tengo es debida a que no soy capaz de controlarme a la hora de comer?	1	2	3	4	5	6
24	¿Me preocupo que otra gente vea "rollitos" alrededor de mi cintura y estómago?	1	2	3	4	5	6
25	¿Pienso que no es justo que otras chicas sean más delgadas que yo?	1	2	3	4	5	6
26	¿He vomitado con la intención de sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
27	Cuando estoy con otras personas, ¿me preocupa ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándome en un sofá o en el autobús)?	1	2	3	4	5	6
28	¿Me preocupa que mi carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	1	2	3	4	5	6
29	Verme reflejada en un espejo, ¿me hace sentir mal por mi figura?	1	2	3	4	5	6
30	¿Me pellizco zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa tengo?	1	2	3	4	5	6
31	¿Evito situaciones en donde la gente pudiese ver mi cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes, piscinas o playas)?	1	2	3	4	5	6
32	¿Tomo laxantes para sentirme más delgada?	1	2	3	4	5	6
33	¿Me fijo más en mi figura estando en compañía de otras personas?	1	2	3	4	5	6
34	La preocupación por mi figura, ¿me hace pensar que debería hacer ejercicio físico?	1	2	3	4	5	6

GRACIAS

PUNTAJE TOTAL:

Satisfacción corporal : <81 puntos
Leve insatisfacción corporal : 81-110 puntos
Moderada insatisfacción corporal : 111-140 puntos
Extrema insatisfacción corporal : >140 puntos

ANEXO 3

INVENTARIO DE AUTOESTIMA FORMA ESCOLAR (Coopersmith 1981)

EDAD: GRADO DE INSTRUCCIÓN: SECCIÓN:

En estas páginas hay una lista de frases acerca de sentimientos. Si una frase describe “generalmente” te sientes, marque con un aspa (X) en la columna de verdadero, si la frase no te describe como generalmente te sientes marca con un aspa (X) en la columna de falso. Contesta todas las preguntas. El cuestionario es totalmente anónimo.

		Verdadero	Falso
1	Los problemas que tengo me afectan muy poco.	X	
2	Me es difícil hablar en público.		X
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.		X
4	Puedo tomar una decisión fácilmente.	X	
5	Soy una persona simpática.	X	
6	En mi casa me enojo fácilmente.		X
7	Me es difícil acostumbrarme a algo nuevo.		X
8	Soy conocido entre las personas de mi edad.	X	
9	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.	X	
10	Me doy por vencido fácilmente.		X
11	Mis padres esperan demasiado de mí.		X
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		X
13	Mi vida es complicada.		X
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	X	
15	Tengo mala opinión de mi mismo (a)		X
16	Muchas veces me gustaría irme de casa.		X
17	Con frecuencia me siento a disgusto en mi grupo		X
18	Soy menos guapo (a) o bonita que la mayoría de la gente.		X
19	Si tengo algo que decir generalmente lo digo.	X	
20	Mi familia me comprende.	X	
21	Los demás son mejor aceptados que yo.		X
22	Generalmente siento como si mi familia me estuviera presionando.		X
23	Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo.		X
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.		X
25	Se puede confiar muy poco en mí.		X
26	Nunca me preocupo por nada.	X	
27	Estoy seguro de mi mismo.	X	

28	Me aceptan fácilmente.	X	
29	Mi familia y yo la pasamos bien juntos.	X	
30	Paso bastante tiempo soñando despierta (o).		X
31	Desearía tener menos edad.		X
32	Siempre hago lo correcto.	X	
33	Estoy orgullosa (o) de mi rendimiento en la escuela.	X	
34	Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer.		X
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.		X
36	Nunca estoy contento (a).	X	
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo.	X	
38	Generalmente puedo cuidarme sola.	X	
39	Soy bastante feliz.	X	
40	Preferiría estar con niños menores que yo.		X
41	Me gustan todas las personas que conozco.	X	
42	Me gusta cuando me invitan a la pizarra.	X	
43	Me entiendo a mi mismo.	X	
44	Nadie me presta mucha atención en casa.		X
45	Nunca me reprenden.	X	
46	No me esta yendo tan bien en los estudios como yo quisiera.		X
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla.	X	
48	Realmente no me gusta ser una adolescente.		X
49	No me gusta reunirme con otras personas.		X
50	Nunca soy tímido (a).	X	
51	Generalmente me avergüenzo de mi mismo.		X
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo.		X
53	Siempre digo la verdad.	X	
54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.		X
55	No me importa lo que pase.		X
56	Soy un fracasado (a).		X
57	Me fastidio fácilmente cuando me reprenden.		X
58	Siempre se lo que debo decir a las personas	X	

GRACIAS

PUNTAJE TOTAL:

Autoestima Alta : 75 – 100 puntos
Autoestima Baja : 0 – 24 puntos
Autoestima Media : 25 –74 puntos

ANEXO 4

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (*Eating Attitude Test – EAT 26*) (Garner y Garfinkel, 1982)

Adaptado por Castro 1991

EDAD: GRADO DE INSTRUCCIÓN: SECCIÓN:

Por favor, contesta cuidadosamente cada pregunta, intentando ser lo más sincera posible. Recuerda que los datos que solicitamos se tratarán de forma totalmente anónima, sin utilizar tus datos personales.

N: Nunca
BV: Bastantes veces

CN: Casi nunca
CS: Casi siempre

AV: Algunas veces
S: Siempre

		N	CNAV	BV	CS	S
1	Me angustia la idea de estar demasiado gorda	3	2	1	0	0
2	Procuro no comer cuando tengo hambre	3	2	1	0	0
3	La comida es para mí una preocupación habitual	3	2	1	0	0
4	He sufrido crisis de hambre en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	3	2	1	0	0
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños	3	2	1	0	0
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	3	2	1	0	0
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	3	2	1	0	0
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	3	2	1	0	0
9	Vomito después de comer	3	2	1	0	0
10	Me siento muy culpable después de comer	3	2	1	0	0
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgada	3	2	1	0	0
12	Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías	3	2	1	0	0
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgada	3	2	1	0	0
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	3	2	1	0	0
15	Tardo más tiempo que los demás en comer	3	2	1	0	0
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	3	2	1	0	0
17	Tomo alimentos dietéticos	3	2	1	0	0
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	3	2	1	0	0
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	3	2	1	0	0
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	3	2	1	0	0
21	Paso demasiado tiempo pensando en la comida	3	2	1	0	0
22	No me siento bien después de haber tomado dulces	3	2	1	0	0
23	Estoy haciendo dieta	3	2	1	0	0
24	Me gusta tener el estómago vacío	3	2	1	0	0
25	Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías	0	0	0	1	2
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	3	2	1	0	0

GRACIAS

PUNTAJE TOTAL:

Alto riesgo: Mayor o igual a 20.

Bajo riesgo: Menor a 20.

ANEXO 5

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGUN
INSATISFACCION CORPORAL Y PREOCUPACION POR EL
PESO EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO
EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL
PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.**

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Insatisfacción corporal	Preocupación por el peso
	Media	Media
Satisfacción corporal	29	30
Leve insatisfacción corporal	46	48
Moderada insatisfacción corporal	60	63
Extrema insatisfacción corporal	86	69

Fuente: Cuestionario sobre percepción de la imagen corporal

ANEXO 6

**NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN DIMENSIONES EN MUJERES
ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR
“NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO” , TRUJILLO
2008.**

AUTOESTIMA	Yo / Físico	Familiar	Escolar	Social
	Media	Media	Media	Media
Autoestima Baja	6	1	4	1
Autoestima Media	15	4	4	6
Autoestima Alta	23	6	6	8

Fuente: Inventario de Autoestima

ANEXO 7

**RIESGO A TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN
FACTORES DIETAS, BULIMIA Y PREOCUPACION POR LA
COMIDA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO
EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO
SOCORRO”, TRUJILLO 2008.**

ACTITUDES ALIMENTARIAS	Dieta	Bulimia	Control oral
	Media	Media	Media
Bajo riesgo	4	1	2
Alto riesgo	22	3	3

Fuente: Test de Actitudes Alimentarias

ANEXO 8

INDICE DE MASA CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.

ESTADO NUTRICIONAL	Frec	%
Bajo peso	29	22.0
Peso Normal	75	56.8
Sobrepeso	24	18.2
Obesidad	4	3.0
Total	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

ANEXO 9

RELACION ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL E INDICE DE MASA CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL		INDICE DE MASA				Total
		Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Satisfacción corporal	Frec	28	52	7	1	88
	%	31.8%	59.1%	8.0%	1.1%	100.0%
Leve Insatisfacción	Frec	1	12	9	2	24
	%	4.2%	50.0%	37.5%	8.3%	100.0%
Moderada insatisfacción corporal	Frec	0	6	3	1	10
	%	.0%	60.0%	30.0%	10.0%	100.0%
Extrema insatisfacción corporal	Frec	0	5	5	0	10
	%	.0%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
Total	Frec	29	75	24	4	132
	%	22.0%	56.8%	18.2%	3.0%	100.0%

Fuente: Encuesta Aplicada

$$X^2 = 33.617$$

$$p < 0.05$$

ANEXO 10

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR “NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO”, TRUJILLO 2008.

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	AUTOESTIMA					
	Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Satisfacción corporal	0	.0%	33	37.5%	55	62.5%
Leve insatisfacción corporal	0	.0%	16	66.7%	8	33.3%
Moderada insatisfacción corporal	0	.0%	6	60.0%	4	40.0%
Extrema insatisfacción corporal	1	10.0%	9	90.0%	0	.0%

Fuente: Encuesta Aplicada

$$X^2=28.985$$

$$p < 0.05$$

ANEXO 11

DATOS DE LA PERCEPCIÓN Y EL RIESGO EN LAS ALUMNAS

Nº	Percepción	Riesgo	Nº	Percepción	Riesgo	Nº	Percepción	Riesgo
1	118	21	45	130	26	89	76	1
2	56	10	46	167	27	90	60	3
3	53	1	47	45	1	91	88	13
4	67	13	48	87	4	92	92	15
5	80	10	49	165	34	93	119	23
6	76	7	50	166	32	94	52	5
7	106	44	51	77	13	95	108	32
8	93	18	52	42	4	96	40	0
9	85	15	53	127	24	97	50	11
10	87	17	54	52	4	98	91	6
11	85	17	55	87	11	99	52	3
12	81	10	56	67	3	100	86	8
13	78	5	57	47	0	101	105	12
14	44	4	58	150	21	102	68	5
15	76	10	59	65	1	103	49	4
16	60	17	60	61	3	104	55	14
17	76	3	61	55	5	105	63	8
18	70	19	62	48	0	106	63	10
19	109	11	63	102	16	107	56	1
20	108	21	64	43	0	108	78	3
21	153	17	65	83	13	109	94	5
22	79	7	66	48	3	110	75	3
23	77	6	67	50	4	111	91	5
24	54	11	68	160	51	112	81	11
25	144	15	69	45	9	113	56	10
26	138	20	70	61	1	114	82	26
27	59	2	71	47	1	115	148	30
28	72	19	72	54	4	116	53	3
29	76	6	73	41	0	117	59	16
30	114	15	74	41	3	118	121	27
31	48	6	75	41	5	119	75	6
32	76	12	76	76	11	120	46	3
33	144	12	77	131	19	121	86	14
34	120	27	78	60	9	122	60	2
35	37	2	79	67	6	123	60	4
36	38	3	80	43	2	124	44	4
37	158	31	81	68	4	125	65	4
38	120	11	82	44	6	126	91	1
39	71	2	83	0	0	127	72	10
40	42	4	84	52	3	128	71	3
41	34	6	85	73	4	129	49	14
42	37	0	86	36	3	130	94	13
43	52	2	87	41	14	131	100	3
44	63	2	88	67	2	132	81	10

ANEXO 12

RESULTADOS DE CORRELACIÓN Y REGRESIÓN

Resumen

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de correlación múltiple	0.75494446
Coeficiente de determinación R ²	0.56994114
R ² ajustado	0.56663299
Error típico	6.21470588
Observaciones	132

ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	1	6654.05844	6654.05844	172.2842	1.3902E-25
Residuos	130	5020.93399	38.6225691		
Total	131	11674.9924			

ANALISIS DE REGRESION	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>
Intercepción	-6.49519873	1.36870905	-4.74549264	5.3996E-06	-9.20302587	-3.7873716
Variable X 1	0.21501986	0.01638158	13.1257076	1.3902E-25	0.18261086	0.24742886

ANEXO 13

DATOS DE LA AUTOESTIMA Y EL RIESGO EN LAS ALUMNAS

Nº	Autoestima	Riesgo	Nº	Autoestima	Riesgo	Nº	Autoestima	Riesgo
1	72	21	45	82	26	89	68	1
2	82	10	46	62	27	90	72	3
3	78	1	47	78	1	91	78	13
4	84	13	48	42	4	92	60	15
5	82	10	49	44	34	93	80	23
6	92	7	50	42	32	94	84	5
7	72	44	51	56	13	95	78	32
8	64	18	52	48	4	96	88	0
9	88	15	53	76	24	97	96	11
10	70	17	54	78	4	98	76	6
11	72	17	55	38	11	99	90	3
12	70	10	56	84	3	100	72	8
13	70	5	57	82	0	101	74	12
14	62	4	58	24	21	102	90	5
15	52	10	59	76	1	103	84	4
16	66	17	60	62	3	104	96	14
17	80	3	61	82	5	105	82	8
18	84	19	62	76	0	106	74	10
19	80	11	63	84	16	107	74	1
20	44	21	64	72	0	108	78	3
21	42	17	65	40	13	109	40	5
22	92	7	66	72	3	110	62	3
23	94	6	67	76	4	111	62	5
24	76	11	68	36	51	112	78	11
25	66	15	69	74	9	113	68	10
26	60	20	70	90	1	114	76	26
27	76	2	71	46	1	115	46	30
28	60	19	72	62	4	116	92	3
29	68	6	73	78	0	117	62	16
30	94	15	74	74	3	118	58	27
31	94	6	75	94	5	119	62	6
32	62	12	76	52	11	120	78	3
33	68	12	77	42	19	121	34	14
34	42	27	78	86	9	122	84	2
35	58	2	79	48	6	123	80	4
36	84	3	80	90	2	124	90	4
37	72	31	81	78	4	125	94	4
38	28	11	82	58	6	126	88	1
39	92	2	83	82	0	127	72	10
40	96	4	84	88	3	128	76	3
41	80	6	85	54	4	129	86	14
42	66	0	86	72	3	130	38	13
43	86	2	87	78	14	131	56	3
44	78	2	88	82	2	132	86	10

ANEXO 14

RESULTADOS DE CORRELACIÓN Y REGRESIÓN:

Resumen

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de correlación múltiple	0.36087462
Coeficiente de determinación R ²	0.13023049
R ² ajustado	0.12353995
Error típico	8.83809606
Observaciones	132

ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	1	1520.43998	1520.43998	19.4648851	2.1296E-05
Residuos	130	10154.5524	78.1119419		
Total	131	11674.9924			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>
Intercepción	24.7082733	3.41969888	7.22527748	3.7816E-11	17.9428081	31.4737385
Autoestima	-0.20643533	0.04679054	-4.41190266	2.1296E-05	-0.29900482	-0.11386583

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe Profesora auxiliar de tiempo completo del Departamento Académico de la mujer y el niño de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

Hace constar:

Que Abanto Cueva Katya Malena y Adrianzén Loayza Marietta Lizbeth. Bachilleres de la Escuela de Enfermería, con N° de Matricula 070900303 y 010900702 respectivamente, vienen elaborando bajo mi asesoría la tesis titulada:

“PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN LA PREDICCIÓN DEL RIESGO A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. TRUJILLO – 2008”

Se expide el presente documento a solicitud de las partes interesadas, para los fines que estime conveniente.

Trujillo, 6 de Agosto del 2008

Ms. VICTORIA SOLEDAD GARCÍA CASÒS
CODIGO N° 4736