

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la imagen corporal se ha convertido en un componente fundamental del bienestar emocional y social de los adolescentes. La percepción, entendida como la presentación mental que una persona tiene sobre su propio cuerpo, influye de manera directa en la autoestima, las relaciones interpersonales y la conducta alimentaria. En el nivel de secundaria, etapa en la que se consolidan procesos de identidad y autoconcepto, los jóvenes se enfrentan a fuertes presiones sociales, estéticas y culturales que pueden distorsionar su percepción corporal, derivando en actitudes negativas hacia su cuerpo y en casos más graves, el desarrollo de trastorno de conducta alimentaria (TCA) como la anorexia nerviosa, la bulimia o el trastorno por atracón.

En los últimos años, la imagen corporal se ha posicionado como un eje central en la construcción de la identidad adolescente. Durante la etapa de secundaria, los jóvenes atraviesan procesos intensos de autodefinición, donde el cuerpo se convierte en un símbolo de pertenencia, aceptación y valor personal.

En el siglo XXI, la salud mental se ha transformado en un campo de estudio y atención prioritario a nivel mundial. Entre los trastornos que preocupan a la comunidad científica y a los profesionales de la salud mental, están los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Los trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la alimentación selectiva entre otros, han experimentado un aumento significativo en su prevalencia que afecta a personas de todas las edades y géneros. La relevancia de los TCA se manifiesta no solo en sus graves implicaciones para la salud física y psicológica de quienes lo padecen, sino también de su impacto en la calidad de vida, la productividad y la carga económica para los sistemas de atención médica (Peláez, et al., 2010).

Desde el punto de vista de la actualidad del tema, diversos estudios internacionales y regionales alertan sobre el aumento de conductas de riesgo alimentario en edades cada vez más tempranas. Asimismo, los enfoques interseccionales han demostrado que la insatisfacción corporal puede verse intensificada por factores como el género, la clase social,

el entorno digital y las características físicas particulares (como el peso o el tono de piel) lo que refuerza la necesidad de abordar el problema desde una mirada integral e inclusiva.

En el contexto educativo, especialmente en los niveles de 1° a 6° año de secundaria, se evidencia una creciente preocupación por los cambios en los patrones de alimentación, la distorsión de la imagen corporal y la adopción de conductas alimentarias de riesgo por parte de los estudiantes, las conductas, muchas veces normalizadas o invisibilizadas, pueden estar profundamente influenciadas por factores individuales y sociales, como el entorno familiar, los mensajes transmitidos por los medios de comunicación, la presión de los pares, y las experiencias de vida personales.

El trabajo se basa en la necesidad de promover una contemplación crítica y humanizada sobre los cuerpos, la salud mental en las instituciones educativas, entendiendo que la promoción de una imagen corporal positiva y el acompañamiento afectivo es fundamental para el desarrollo pleno de los adolescentes.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO
Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, los Trastornos Alimenticios representan una preocupación creciente en el ámbito de la salud pública, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. Las alteraciones en la conducta alimentaria, como la anorexia, la bulimia o el trastorno por atracón, no solo afectan el estado físico de quienes padecen, sino también su salud mental, su calidad de vida, a pesar de los esfuerzos por concienciar sobre su gravedad, persisten factores sociales, culturales, psicológicos que contribuyen a su aparición y dificultad su detección temprana, el trabajo de investigación surge ante la necesidad de analizar con profundidad la problemática, identificar sus principales causas, consecuencias, y explorar posibles estrategias de prevención y abordaje eficaz.

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante un largo tiempo se ha hablado sobre los trastornos alimentarios, específicamente de la anorexia y bulimia nerviosa. En el siglo XXI estas patologías se han vuelto más comunes en los jóvenes adolescentes de todo el mundo, para muchos ha pasado a naturalizarse, considerándose un trastorno con más alta tasa de mortalidad.

Para algunos los trastornos de la conducta alimentaria son considerados eventos infrecuentes, es difícil establecer la prevalencia e incidencia en la población general, además, muchos estudios se centran sólo en una única muestra seleccionada, presentan los resultados de datos originarios de los servicios de salud, que aumenta los problemas metodológicos de los estudios de incidencia. Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) están bien definidos, ampliamente utilizados, no son plenamente aplicables a niños y adolescentes, lo que aumenta la dificultad de establecer las tasas de ocurrencia de TCA en esta población, sin embargo, para la presente investigación es importante basarse en información básica por autores e instituciones reconocidas a nivel mundial.

Una conducta alimentaria inusual se considera un trastorno, el comportamiento debe prolongarse durante un periodo de tiempo y causar un daño significativo a la salud o la capacidad física de la persona para funcionar con normalidad en la escuela o en el trabajo,

así como afectar negativamente a las interacciones de la persona que lo padece con las demás personas. (Attia y Timothy, 2022).

Si bien los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, toman en cuenta la pica, trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones, en la presente investigación únicamente se hará énfasis en que es la anorexia y la bulimia nerviosa.

Para conocer la importancia de la temática y la urgente necesidad de generar acciones para identificar, hacer frente la problemática, que en ocasiones son escondidas y no percibidas por su entorno a pesar de que las mismas causan mucho sufrimiento a las personas que lo padecen, es importante hacer mención a diferentes investigaciones que se han encontrado en los diferentes contextos a nivel internacional, nacional y regional.

A nivel internacional se tienen numerosos estudios, entre los cuales destacamos los siguientes:

En Lima-Perú, se realizó una investigación sobre la influencia de las estrategias publicitarias en el trastorno alimenticio y percepción de adolescentes de una Institución Educativa en La Victoria. Se tuvo como objetivo principal, identificar las estrategias publicitarias que influyen en el trastorno alimenticio en la percepción de adolescentes de la Institución Educativa Rosa Pérez Liendo ubicado en el distrito de La Victoria 2023. Para alcanzar dicho objetivo, se hizo uso de un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, con nivel descriptivo – transversal, acompañados de métodos inductivos y deductivos. La población estuvo conformada por 80 adolescentes mujeres del 4º y 5º de Secundaria de la Institución Educativa Rosa Pérez Liendo ubicado en el distrito de La Victoria de Lima Metropolitana. Al aplicar la fórmula de la muestra compuesta por 36 adolescentes entre 4º y 5º de secundaria, con el cual se trabajó como instrumento el cuestionario, usando la técnica de la encuesta. Para analizar los datos recogidos, se hizo uso del sistema informático SPSS donde se procesaron y se obtuvieron resultados textuales y gráficos. Los resultados obtenidos concluyeron que existe una correlación regular entre las variables independiente y dependiente. Evidenciando que las estrategias publicitarias influyen en el trastorno

alimenticio en adolescentes en la institución educativa Rosa Pérez Liendo del distrito de La Victoria (Malo, 2023).

De igual manera, en Perú se realizó otra investigación titulada “Imagen corporal y trastornos alimenticios en adolescentes de la escuela de enfermería de la Universidad Señor de Sipan Chiclayo 2018”, que tuvo por objetivo determinar la relación que existe entre la imagen corporal y trastornos alimenticios en adolescentes. El estudio fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo-correlacional; se recopiló el cuestionario de imagen corporal adaptado por Baile et. al (2008), y el inventario sobre trastornos alimenticios de Joan Harley; aplicados a una muestra de 75 adolescentes del I y II ciclo de la escuela de enfermería de la mencionada universidad; los datos fueron procesados por software SPSS-20. Resultados: Según las dimensiones de los trastornos alimenticios se halló que el 10,67% y 2,67% de las adolescentes presentaron una alta y muy alta percepción exacerbada por la comida, peso y el cuerpo; un 8% de ellas mostraron una tendencia alta a los métodos de eliminación de ingesta; el 13,33% y el 4% manifestaron tener episodios de atracones alimenticios; y el 2,67% y el 5,33% tuvieron una tendencia alta y muy alta al uso de los métodos socialmente aceptados en el control de su peso. En cuanto a las dimensiones de su imagen corporal; el 13,33% y el 24% de las adolescentes presentaron una alta preocupación a su insatisfacción corporal, el 1,33% y el 28% tuvieron alta y moderada preocupación del malestar de su imagen corporal; y solo el 16% de las adolescentes manifestaron una moderada preocupación por la devaluación de su figura. En conclusión, el coeficiente de correlación de Pearson indica la existencia de una correlación lineal alta al 95% de confiabilidad (Vallejos,2020).

Continuando en el mismo país de Perú se realizó otra investigación titulada “Autoestima e imagen corporal en estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Secundaria Emblemática Glorioso San Carlos, Puno 2018”. El estudio fue de tipo descriptivo con diseño correlacional. La muestra estuvo constituida por 129 estudiantes, de una población de 194 estudiantes; la técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos fueron uno que mide el nivel de autoestima que es la escala de Rosenberg y el otro Cuestionario del Complejo de Adonis para medir la imagen corporal a través de la preocupación. Los resultados obtenidos revelan que los estudiantes presentan autoestima elevada en un 47%, medio con un 33% y baja con el 19 %; en cuanto a la imagen corporal, el 46.5 % de los estudiantes

presentaron una leve preocupación por su imagen corporal, seguido del 41.9% no presentaron preocupación, el 10.1% moderada y 1.6% extrema preocupación. (Mamani, 2020).

En Colombia se realizó un estudio descriptivo-transversal, llevado a cabo con 150 mujeres de la Universidad del Atlántico, aplicando el Body Shape Questionnaire (BSQ), con el fin de conocer su percepción de imagen corporal, teniendo en cuenta dos criterios: la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. Se evidencia una tendencia de las mujeres hacia la preocupación extrema por la imagen corporal (64,7%), lo que indica insatisfacción corporal y preocupación por el peso en las universitarias estudiadas. Esto representa un factor de riesgo para el padecimiento de trastornos emocionales como depresión, ansiedad y conducta asocial; no obstante, estos resultados representan un punto de partida para la creación de campañas de sensibilización y el fomento de estilos de vida saludables, disuadiendo acciones desesperadas que puedan atentar contra su salud física y mental (Ortiz y Mendoza, 2020).

Otra de las investigaciones encontradas fue la que se realizó en *Ecuador* en un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto de la ciudad de Cuenca, con el objetivo de conocer la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años y correlacionar las conductas alimentarias con los datos sociodemográficos. Para la recolección de datos, se aplicaron los cuestionarios EAT-40 y EDI-II y se evidenció que el 16,7% del total de la población presenta estos desórdenes, además, que las mujeres tienen una incidencia de 2,2 veces mayor que los hombres y no existen diferencias significativas de prevalencia según la institución educativa. Por otro lado, se encontró que existen más conductas patológicas en el sexo femenino y en el colegio particular. Finalmente, las conductas asociadas al perfeccionismo y el miedo a madurar no permiten distinguir entre las personas con y sin trastorno. (Loja.2020).

Como se pudo ver en los párrafos anteriores, a nivel internacional y en contextos cercanos a nuestro país se han desarrollado bastantes investigaciones respecto a las variables que se toman en cuenta en esta investigación como lo son los trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal. Asimismo, presentar algunas investigaciones realizadas en Bolivia es de suma importancia, por ello a continuación se muestran algunas de ellas.

A nivel Nacional, se realizó una investigación titulada “Cambiano el concepto de belleza”: una propuesta de prevención piloto de los trastornos alimentarios de la ciudad de Sucre. La investigación se realizó en una muestra de 40 adolescentes, entre 15 y 16 años de edad, con el objetivo de identificar si era una población que corre riesgo de sufrir un Trastorno Alimentario y a partir de ello elaborar un programa de prevención teniendo en cuenta las necesidades particulares del grupo. Para realizar la investigación se utilizó el “Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT – 40) y el “Cuestionario de la forma corporal” (BSQ), que son instrumentos que evalúan el riesgo de padecer un trastorno alimentario y la valoración de la imagen corporal.

Los resultados de la investigación mostraron que las jóvenes tienen un alto riesgo de sufrir un Trastorno Alimentario, ya que más del 50% de las evaluadas obtuvo puntajes superiores al punto de corte recomendado por los desarrolladores de las escalas aplicadas. (Yañez,2017).

La siguiente investigación examina la construcción psicosocial del cuerpo femenino en mujeres modelos y jóvenes de 18 a 24 años en La Paz, Bolivia. Se analizan las implicaciones psicosociales en la imagen corporal de las mujeres y las normas de género que afectan a la feminidad. Utilizando un enfoque cualitativo con un marco interpretativo, se llevaron a cabo 3 grupos focales con mujeres, 3 grupos focales con hombres y 6 entrevistas en profundidad con mujeres modelos para recopilar datos. Los resultados revelan una insatisfacción con relación a la imagen corporal, en comparación con los ideales estéticos y la mirada masculina. La forma en que se utiliza el cuerpo para comunicar y cómo esta comunicación es juzgada y valorada, ya sea de forma positiva o negativa por los demás, indica una necesidad de aprobación social y económica, especialmente para las modelos. Además, se observa que las nociones estéticas del "cuerpo ideal" y la internalización de los estándares de belleza se reflejan en el uso que las mujeres participantes hacen de sus cuerpos y en sus concepciones sobre ellos. Estas construcciones estéticas influyen incluso en los aspectos más sutiles de la interacción de las mujeres con sus propios cuerpos. (Sanchez,2024).

Durante la pandemia del COVID 19 se realizaron diversos estudios relacionados con los TCA debido al aumento de la vida sedentaria. En la ciudad de Cochabamba se realizó una investigación titulada "Trastornos alimentarios, un problema silencioso que recrudece en pandemia". En dicho estudio se indica que durante y después de la cuarentena de 2020, los casos de TCA aumentaron en un 70% en Cochabamba. La anorexia y bulimia afectan, sobre todo, a mujeres; sin embargo, cada vez se suman más varones. Desde que el coronavirus COVID-19 llegó al país, se agudizaron ciertos problemas, entre ellos los trastornos alimentarios. Así lo explica el psicólogo Santiago Balda, director clínico del Centro de Anorexia y Bulimia Bolivia (ABB). "La pandemia fue el detonante para que muchos comenzaran a manifestar o agravaran sus trastornos alimentarios y mentales. La pandemia no solo aportó daños en tema de salud física, sino a nivel emocional. Antes, el tiempo que se pasaba en casa era menor, lo que facilitaba que los jóvenes puedan esconder mejor sus problemas o sus acciones en el momento de comer. Después del confinamiento obligatorio los casos aumentaron en casi un 70% con respecto al año 2019. Tenemos entre tres y cinco nuevos pacientes a la semana, eso es altísimo. Antes recibíamos entre uno y dos, señala. Generalmente, todo parte de una insatisfacción con el cuerpo y con el peso. Pero, no solo es un tema relacionado con la comida, aunque sea uno de los principales síntomas. En realidad, son problemas psicológicos y psiquiátricos. De cada 10 pacientes, 9 son mujeres y 1 es varón"(Vargas, 2021).

En el entorno nacional se pudo ver que no existen muchas investigaciones respecto a esta temática, pero las que existen sirven de base para poder desarrollar el presente trabajo de investigación. Es por ello, que también es importante conocer algunos estudios encontrados en el contexto local.

A nivel regional, en la universidad Autónoma Juan Misael Saracho existen varias tesis de grado que abordan el problema de los TCA, particularmente centrándose en la cuestión de la obesidad. Por ejemplo, se tiene el estudio denominado "Autoestima depresión, satisfacción sexual e interacción conyugal en mujeres que padecen obesidad". Este estudio concluye que existe una estrecha relación entre la obesidad en mujeres y un mayor riesgo de desarrollar depresión. La obesidad puede llevar a problemas de imagen corporal, baja autoestima y discriminación social, lo que a su vez puede desencadenar síntomas depresivos.

Además, la obesidad suele influir negativamente en la función sexual de mujeres, causando dificultades relacionadas con la libido, la satisfacción sexual y la autoimagen corporal. Las mujeres con obesidad pueden experimentar inseguridad en su desempeño sexual y enfrentar obstáculos físicos que afectan su intimidad, lo que puede contribuir a la depresión (Quiroga, 2009).

En otro estudio realizado en la misma Universidad, denominado "Caracterización psicológica de personas obesas entre 25-50 años de edad de la ciudad de Tarija", la autora resalta ciertos rasgos sobresalientes entre las personas obesas adultas. Por lo general se sienten insatisfechas con su apariencia física debido a las normas de belleza prevalentes en la sociedad y la discriminación que a veces experimentan. Esto puede afectar negativamente la percepción de sí mismas. En la investigación se ha demostrado que un gran porcentaje de las personas obesas desarrollan síntomas depresivos debido a la estigmatización y las dificultades asociadas con la obesidad. A su vez, la depresión puede llevar a comportamientos alimentarios poco saludables y al aumento de peso. Muchas de las personas obesas acuden a la comida como una forma de manejar el estrés o las emociones negativas, lo que puede contribuir a un ciclo de aumento de peso (Choque, 2009).

Así mismo Mercado (2022) realizó una investigación titulada "Factores psicológicos asociados a trastornos de conducta alimentaria en mujeres de la ciudad de Tarija" determinando que las mujeres participantes del estudio presentan primordialmente estilos de apego adulto inseguro- evitativo, mismo que está caracterizado por la baja disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, representación de una afirmación de independencia de los vínculos afectivos, por lo que mantienen sus conductas de apego en un bajo nivel, activando constantemente sus defensas y en consecuencia tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía o cariño e intimidad de las relaciones personales. Por su parte, las jóvenes con TCA han demostrado un nivel de supresión emocional alta, que se representa en la represión de la expresión emocional; y un nivel de reevaluación cognitiva baja, lo que quiere decir que estas personas no tienen el control cognitivo para modificar emociones negativas, dando lugar a un comportamiento impulsivo caracterizado por la exacerbación de las emociones. De manera conjunta, la alexitimia está presente en la mayoría de los casos, esto quiere decir que, las mujeres que fueron participantes de la investigación tienen dificultades para describir sus

sentimientos y distinguirlos de sensaciones corporales con alta dificultad para identificar, expresar las emociones tanto propias como ajenas, una cognición que se orienta más hacia lo externo que hacia el interior de la persona.

Según la presidenta del colegio de nutricionistas y dietistas de Tarija, Marcela Iporre, esas enfermedades son un trastorno psicopático, que no solo afectan al paciente que las padece, sino también al entorno familiar que generalmente no habla de esos temas.

A partir de la revisión exhaustiva de investigación a nivel internacional, nacional y regional surge la pregunta de trabajo que orientara esta investigación:

¿Cuál es la Imagen Corporal y actitud frente a Trastornos de Conducta alimentaria e Historias de vida en estudiantes de nivel secundaria?

(Unidades Educativas Esteban Migliacci, José Manuel Belgrano turno mañana y tarde ciudad Tarija 2024).

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son un tema de interés creciente a nivel global, con una considerable cantidad de investigación sobre sus factores de riesgo en diversas poblaciones. Es importante destacar que, a nivel nacional y local, en Bolivia y específicamente en la ciudad de Tarija, este tema ha sido abordado de manera limitada en comparación con la magnitud del problema que representa. La escasez de investigaciones locales y regionales enfocadas en los factores psicológicos de riesgo de los TCA en jóvenes tarijeños representa emprender un estudio que se introduzca en esta área de vital importancia para la salud mental de la población joven en la región. La presente investigación busca llenar este vacío de conocimiento al identificar y comprender los factores psicológicos de riesgo que podrían estar contribuyendo a la aparición de TCA en la ciudad de Tarija.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa trascendental en el desarrollo de la identidad y la percepción de uno mismo, especialmente en lo que respecta a la imagen corporal. En contexto, la ciudad de Tarija no es una excepción, y es fundamental abordar cómo los estudiantes de 1° a 6° de secundaria, de las Unidades Educativas fiscales perciben su cuerpo desarrollando actitudes hacia su alimentación y su salud.

Los trastornos de la conducta alimenticia, como la anorexia, bulimia y el trastorno por atracón, tienen una incidencia preocupante entre adolescentes, así mismo identificar la prevalencia de los trastornos en Tarija puede ayudar a diseñar estrategias de intervención y prevención efectivas.

La insatisfacción con la imagen corporal y los trastornos alimenticios pueden afectar negativamente el rendimiento académico, la autoestima y la salud mental de los estudiantes. Un análisis detallado permitirá comprender la magnitud de estos problemas y su impacto en la vida estudiantil.

El estudio no solo beneficiará a los estudiantes y sus familias, sino que también proporcionará datos valiosos a los educadores, psicólogos, profesionales de la salud integral en Tarija. La identificación temprana, la intervención adecuada pueden prevenir el desarrollo de trastornos alimenticios y mejorar el bienestar general de los adolescentes.

1.2.1. Justificación científica

El presente estudio representa un aporte científico significativo al campo de la educación, la Psicología como también la salud adolescente, al abordar de manera integral la relación entre la imagen corporal, la actitud frente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las historias de vida de estudiantes de nivel secundario, desde una perspectiva interdisciplinaria y contextualizada.

1.2.2. Justificación social

La presente investigación posee una profunda relevancia social y educativa, dado que aborda una problemática que afecta de manera silenciosa pero significativa a un amplio sector de la población adolescente: la percepción distorsionada del propio cuerpo y las actitudes frente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los factores inciden directamente en la salud mental, el rendimiento académico, la integración social y la calidad de vida de los estudiantes.

En un contexto donde los ideales de belleza impuestos por los medios de comunicación, las redes sociales ejercen una presión constante sobre los jóvenes, resulta urgente generar conocimiento crítico, propositivo que permita visibilizar las consecuencias psicosociales de esta realidad, así como promover acciones concretas de prevención y contención. La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable, en la que la búsqueda de aceptación y la conformación de la identidad pueden llevar a la adopción de conductas nocivas si no se cuenta con el acompañamiento adecuado.

1.2.3. Justificación teórica

Por lo tanto, la investigación pretende brindar un aporte teórico significativo, ya que no lo valida y extiende teorías existentes, sino que también puede desarrollar nuevos modelos conceptuales adaptados al contexto de Tarija. El enfoque teórico integral no solo enriquece el conocimiento académico, sino que también tiene importantes implicaciones prácticas para la prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes.

1.2.4. Justificación metodológica

El trabajo de investigación cuenta con aporte metodológico puesto que se aplicó el instrumento Escala EAT-26, que es un instrumento diseñado para percibir la actitud y la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. De igual manera se aplicará el instrumento de Body Shape Questionnaire (BSQ), que es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la satisfacción o insatisfacción por la imagen corporal que tienen las

personas de sí mismas, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes. El BSQ permite identificar niveles de insatisfacción, preocupación por la forma, el tamaño del cuerpo, el cual puede estar asociado con trastornos de la conducta alimentaria u otros problemas psicológicos, si bien es cierto, que estos dos instrumentos son ampliamente utilizados en investigaciones a nivel nacional e internacional, sin embargo, en nuestro medio han sido aplicados en otras poblaciones y generalmente de tipo femenino. En nuestro caso se aplicó tanto a hombres como mujeres de todos los cursos de nivel secundario, en este sentido, al aplicarlo en nuestro contexto permitirá adaptarlos a nuestro contexto y corroborar de esa manera la confiabilidad de las mismas. Por otro lado, también se realizó el aporte de una guía de entrevista clínica semiestructurada y un cuestionario sociodemográfico, que permitió recabar además de resultados cuantitativos importantes, información cualitativa muy valiosa que coadyuvará a enriquecer y complementar la investigación.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la imagen corporal y actitud frente a trastornos de conducta alimentaria e historias de vida en estudiantes de nivel secundaria en las Unidades Educativas Esteban Migliacci, José Manuel Belgrano turno mañana y tarde ciudad Tarija 2024?

2.2. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la imagen corporal y actitud frente a trastornos de conducta alimentaria e historias de vida en estudiantes de nivel secundaria de las Unidades Educativas Esteban Migliacci, José Manuel Belgrano turno mañana y tarde ciudad Tarija 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la insatisfacción de la imagen corporal que tienen los estudiantes de sí mismos.
- Determinar la actitud que tienen los estudiantes frente a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Describir la historia de vida de los estudiantes que puntuaron en el nivel de caso clínico frente a los trastornos de la conducta alimentaria

HIPÓTESIS

- Los estudiantes de 1° a 6° de secundaria tienen una moderada insatisfacción corporal.
- Los estudiantes presentan una actitud de riesgo respecto a los trastornos de la conducta alimentaria.
- La historia de vida de las personas que han sido identificados como casos clínicos frente a los trastornos de la conducta alimentaria, se caracteriza por tener una familia disfuncional, antecedentes familiares con TCA, haber sido o es víctima de Bullying e inadecuadas relaciones interpersonales.

OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Imagen corporal	Constituye una problemática de gran implicancia para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, se alimenta del estereotipo de belleza actual, que es promovido por medios de comunicación masivos y redes sociales. (Rives, 2024).	Insatisfacción corporal	Sentimientos de malestar por el cuerpo, figura, ropa, comida entre otros	"Cuestionario de imagen corporal Body Shape Questionnaire (B.S.Q. Coper y Fairburn (1987).
		Malestar con la imagen corporal	Preocupación e inconformidad que presentan las personas hacia un rasgo de la apariencia física tal como la piel, el estómago, es decir, por el cuerpo en general.	-No hay insatisfacción de la imagen corporal (menor a 80). -Leve insatisfacción de la imagen corporal (81-110). -Moderada insatisfacción de la imagen corporal (11-140) -Extrema insatisfacción de la imagen corporal (mayor a 140).
Actitud frente a los trastornos de conducta alimentaria	Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son manifestaciones similares a los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, se presentan con menor frecuencia e intensidad y generalmente se desarrollan durante la adolescencia. (Ramirez.2021).	Dieta y preocupación por la comida	Conductas relacionadas con la ingesta de comida	Test de actitudes alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979). -Normal (19 puntos o menos). -Riesgo (de 20 a 30 puntos). -Caso clínico (31 puntos o mas).
		Presión social percibida y malestar con la alimentación	Conductas relacionadas con lo que digan las demás personas	
		Trastornos psicobiológicos	Conductas como vómito, estreñimiento o ingesta de laxantes	

Historia de vida	Conforman una perspectiva fenomenológica, la cual visualiza la conducta humana, lo que las personas dicen y hacen, como el producto de la definición de su mundo.(Chárriez,2012).	Desarrollo evolutivo (físico, cognitivo y psicosocial)	Concepción, etapa prenatal, nacimiento primeros 3 años, infancia, adolescencia.	Entrevista clínica semi estructurada (guía de entrevista-elaboración propia).
		Familia original	Conformación, datos personales, miembros de la familia, relación intrafamiliar	
		Relaciones interpersonales	Compañeros, Unidad Educativa, maestros, amigos, vecinos, pareja, personas significativas (positivas o negativas)	
		Situaciones de los trastornos de la conducta alimentaria	Tipo de TCA, inicio, como inicia, su familia tiene conocimiento, hospitalización, nivel de gravedad, antecedentes familiares con TCA, bullying, estrategias de afrontamiento, apoyo, familia, profesionales, amigos, pareja u otros	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se expone toda la información recabada en relación al tema de investigación. En el mismo se presentan las definiciones de las variables de estudio, las teorías que servirán de respaldo para la correcta comprensión de los conceptos abordados y las investigaciones que permitirá la interpretación de los datos recogidos.

3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son enfermedades multicausales del ámbito psiquiátrico, las cuales se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la ingesta de comida, así como la imagen corporal; y muchas veces llevan a quienes las padecen a afectar su salud debido a la intensa búsqueda por bajar de peso. (Hernández, 2020).

Los TCA se pueden presentar cuando una persona no ingiere en los alimentos la suficiente cantidad de calorías que su organismo requiere para funcionar adecuadamente de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida. Es durante la adolescencia donde mayormente se encuentran los TCA y pueden deberse a la insatisfacción corporal, así como la influencia del contexto social; a su vez los TCA comúnmente son más en las mujeres.

3.1.1. Tipos de trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones psicológicas graves que implican alteraciones persistentes en los hábitos alimentarios y en la percepción del cuerpo. Estas alteraciones afectan significativamente la salud física y mental de quienes los padecen, los trastornos más comunes incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Cada uno de estos trastornos se manifiesta de forma distinta, pero todos comparten una relación conflictiva con la comida, el cuerpo y el control. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para una recuperación efectiva.

Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por una búsqueda incesante de la delgadez, un miedo patológico a la obesidad, una imagen corporal distorsionada y la ingesta restringida conforme a las exigencias, lo cual provoca una pérdida de peso significativa. El diagnóstico

es clínico, la mayoría de los tratamientos se realizan con alguna forma de terapia psicológica y conductual. (Attia,2022).

La anorexia nerviosa tiene como característica principal el rechazo a mantener un peso corporal superior o igual al valor mínimo normal, en función de la edad, sexo y talla. Este rechazo al peso corporal se expresa con la restricción de ingesta de alimentos, lo que provoca pérdidas de peso mayores al 15% del peso inicial, lo que supone pesos corporales muy bajos en personas afectadas (Trujillo,2024, p7).

Así también Trujillo la caracteriza por perder peso siguiendo una dieta extrema, ayunando o realizando actividad física de forma excesiva. La anorexia nerviosa de tipo atracones y purgas, se define por sucesos recurrentes de atracones o purgas, mediante vómito provocado por el propio sujeto o uso inadecuado de diuréticos y/o laxantes.

Existen múltiples factores que influyen en el desarrollo de anorexia nerviosa, como son factores biológicos (neuroquímicos y genéticos), psicológicos (perfeccionismo, baja autoestima), familiares (padres preocupados por el éxito, inestabilidad) y sociales (valoración excesiva de la delgadez). Todos estos factores actúan de forma separada o conjunta en la misma o en diferentes etapas. Es muy importante tenerlos en consideración para, en la medida de lo posible, prevenir el desarrollo de anorexia nerviosa (Marín et al., 2016).

La fisiopatología de la anorexia nerviosa está regulada, principalmente, por los efectos biológicos que provocan el ayuno y la desnutrición. Dichos efectos pueden ser la pérdida real del apetito, hipotermia, alteraciones del sueño, debilidad, cansancio o depresión. También existe un desequilibrio a nivel de neurotransmisores, sobre todo de dopamina y serotonina, lo que sirve para explicar la relación de este trastorno con otras problemáticas psiquiátricas, como ansiedad, depresión o trastorno obsesivo compulsivo (Morales y López, 2019).

Síntomas y signos

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan una amplia gama de síntomas físicos, emocionales y conductuales. A continuación, se detallan los principales TCA y sus características más comunes:

Trujillo, (2024), indica que la decisión de bajar el peso corporal puede deberse a algún evento previo, que no siempre es reconocido. Las primeras manifestaciones de este trastorno son los cambios en sus hábitos de alimentación, por ejemplo, dejan de comer en familia, esconden los alimentos y los clasifican como alimentos permitidos (frutas, verduras) o no permitidos (dulces, pastas), además del comienzo de rutinas excesivas de ejercicio físico. Cuando la familia detecta la disminución de peso, tienden a estar pendientes de lo que come la persona afectada y eso provoca discusiones familiares. Se suman también conductas de cambios frecuentes en el humor, insomnio y tendencia a aislarse.

Los signos clínicos más característicos de la anorexia nerviosa son: amenorrea, disfunción hipotalámica, desnutrición, depósitos bajos en grasas, arritmia, insuficiencia cardíaca, trastornos electrolíticos, bradicardia, desgaste del músculo cardíaco relacionado con arritmias, muerte súbita, desnutrición, uñas quebradizas, hiperqueratosis por falta de vitaminas, minerales, hipotensión, hipotermia por disfunción termorreguladora y falta de tejido graso, lanugo (finos pelos blancos por el cuerpo, en respuesta a la falta de grasa y la hipotermia), pérdida de peso intensa y osteoporosis a una edad temprana.

Aspectos neuropsicológicos

El trastorno se asocia con rasgos de la personalidad como la hiperresponsabilidad, tendencia al perfeccionismo, necesidad de aceptación y ausencia de respuestas a las necesidades internas.

Estas personas no suelen ser conscientes de que están enfermas ni de lo arriesgado que puede ser mantener estas conductas (Pinto et al., 2019).

Aspectos endocrinos

Se encuentra en estado de extrema desnutrición (caquexia), el paciente pierde resistencia y fuerza, sus movimientos se enlentecen y el rendimiento deportivo disminuye, siendo habitual que se produzcan fracturas por estrés y lesiones por sobreuso; además, las heridas sanan peor que las de una persona con una nutrición óptima. Otros síntomas de este trastorno son la bradicardia, las palpitaciones y la hipotensión ortostática, que pueden derivar en arritmias muy graves. También son comunes la sensación de hinchazón y el dolor epigástrico. Pueden sufrir prolapso rectal y hemorroides debidos al uso abusivo de laxantes. La falta de glúcidos en sangre o hipoglucemia puede generar convulsiones. Los síntomas endocrinos, entre otros, son la hipotermia, el inicio tardío de la menstruación, la amenorrea secundaria o la osteopenia que puede convertirse en osteoporosis (Trujillo,2024, p.11).

En cuanto al sistema endocrino, las personas con anorexia nerviosa presentan alteración de tiroides, baja tolerancia al frío, pérdida de peso, pérdida de cabello, baja temperatura corporal y un aumento del vello corporal como respuesta a la falta de materia grasa (Hamdan et al., 2017).

La anorexia nerviosa puede provocar fallo renal a través de mecanismos relacionados con la hipovolemia, mecanismos purgativos, ingesta disminuida de sodio en la dieta y reducción del volumen de eyección sistólica. Esto puede generar necrosis tubular aguda, debida a la disminución de la perfusión renal y la rabdomiólisis. Si este trastorno persiste y provoca insuficiencia renal crónica, las consecuencias principales están asociadas específicamente a la inflamación de los túbulos renales o nefritis túbulo intersticial. (Trujillo,2024, p.13).

Aspectos cardiovasculares

Algunos aspectos cardiovasculares que pueden presentarse en pacientes con anorexia nerviosa son: pulso irregular y débil, hipotensión y mareos, síncope, lipotimia, falta de aliento, anginas, desequilibrios electrolíticos (debidos a vómitos y falta de ingesta) e hipocalemia. Estos aspectos pueden terminar provocando arritmias o un paro cardíaco que podría ser mortal (Hamdan et al., 2017).

Existen varios factores que pueden influir a la hora de desarrollar la enfermedad:

Factores familiares: la familia puede contribuir en el desarrollo de patologías como los trastornos alimentarios como ser frialdad emocional, disfunción familiar, preocupación por el peso y la figura en el entorno familiar, conflictos familiares frecuentes, vínculos afectivos inseguros, perfeccionismo y rigidez, dificultades en la comunicación entre los miembros de la familia, sobreprotección, evasión de conflictos para mantener un equilibrio familiar aparente, experiencias traumáticas, como la muerte de un familiar, la separación de los padres, cambios de domicilio o problemas de salud, abuso sexual, entorno familiar pendiente de dietas o que realiza dietas de manera recurrente.

Factores culturales: la presión ejercida por los estándares de belleza y los prototipos físicos existe. Por ejemplo, los medios de comunicación promueven la delgadez y generan la idea de que está asociada al éxito social o personal, los jóvenes comparan sus cuerpos con los estereotipos, lo que puede producir sentimientos de aversión, vergüenza y rechazo.

Factores psicológicos: otro de los factores que puede originar este tipo de trastornos es padecer inestabilidad emocional, ya que los pacientes son más vulnerables ante el entorno social. La escasez de mecanismos de defensa que poseen para afrontar conflictos también puede ser determinantes. (Rodríguez,2023).

Bulimia Nerviosa:

La bulimia nerviosa consiste en episodios recurrentes de atracones de comida seguidos por alguna forma de conducta compensatoria inapropiada como la purga (vómitos autoinducidos y abuso de laxantes y diuréticos),

La prevalencia de la bulimia nerviosa durante toda la vida es de alrededor del 0,5% en las mujeres y de 0,1% en los hombres. Los afectados tienen una preocupación persistente y excesiva sobre la forma de su cuerpo y su peso. A diferencia de los pacientes que tienen anorexia nerviosa, tienen un peso normal o por encima de lo normal. (Attia, 2022).

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que suele manifestarse entre la

adolescencia y la adultez temprana, con una edad media de inicio de 12 años, se caracteriza por episodios de ingesta excesiva de alimentos, seguidos de conductas compensatorias inusuales para controlar el aumento de peso. Aproximadamente el 94% de las personas con bulimia nerviosa nunca buscan tratamiento o lo retrasan. Si bien existen tratamientos disponibles, algunas poblaciones no tienen acceso a ellos. Si no se trata, la bulimia nerviosa puede agravarse y provocar otras comorbilidades graves. Este estudio es una revisión de ensayos controlados aleatorizados para explorar los tratamientos disponibles y las disparidades relacionadas. (Selby, 2024).

Como sucede en los casos de anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa tienen pensamientos disfuncionales relacionados con la figura corporal y el peso, siendo estos pensamientos la base de su autoevaluación. Los estados emocionales que suelen presentar estos pacientes son estados emocionales negativos, como por ejemplo depresión, ansiedad e ira. Tanto en el trastorno de anorexia nerviosa como en el de bulimia nerviosa, la regulación de los mecanismos de hambre/saciedad se ve alterada, perdiéndose la sensación de hambre en anorexia nerviosa y descontrolando la ingesta en bulimia nerviosa (Pinto et al., 2019).

Síntomas y signos

La primordial característica de la bulimia nerviosa es la combinación de periodos de alimentación restrictiva con periodos de “atracones” o ingestión voraz, continuando con vómitos auto – inducidos y el uso de diuréticos, laxantes u otros medicamentos. En muchos casos, primero comienzan una dieta para adelgazar (Trujillo,2024, p.20).

Los pacientes con bulimia nerviosa sufren alteraciones a nivel cognitivo, emocional, conductual y fisiológico, se podría describir como personas que se valoran principalmente por la figura que ven reflejada en el espejo que se muestran ansiosas, descontroladas y débiles ante su desorden en la alimentación, que se sienten atrapadas por las calorías, cuya vida social queda mermada por los continuos rechazos o situaciones relacionadas con la comida o la figura, cuyo estado físico se va deteriorando conforme avanza el trastorno. (Martínez, 2007).

Aspectos neuropsicológicos.

Asociados a los casos de la bulimia nerviosa se recogen en el apartado “Aspectos neuropsicológicos” del capítulo “Anorexia nerviosa”, ya que en dicho apartado se describen los aspectos neuropsicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria de forma general, donde se incluye la bulimia nerviosa (Trujillo, 2024).

Aspectos endocrinos. La intensidad de los vómitos determina la gravedad de cada caso de bulimia nerviosa y el uso de fármacos. En los casos más leves los síntomas suelen ser pesadez postprandial y estreñimiento. En pacientes que presentan vómitos con gran frecuencia son habituales la inflamación de las glándulas parótidas y la erosión del esmalte dental, debido al contacto con el ácido y las enzimas del estómago durante la emesis.

La bulimia nerviosa ocurre sobre todo en mujeres, siendo la edad de comienzo mayor que en los casos de anorexia nerviosa, por lo general. Habitualmente existe un retraso importante en el diagnóstico, ya que la gran mayoría de los casos con bulimia no presenta ningún signo clínico. Es habitual que la paciente con bulimia pida ayuda médica cuando es consciente de su problema, a diferencia de la paciente con anorexia nerviosa, que suele verse presionada por sus familiares, (Trujillo, 2024, p.26).

Durante mucho tiempo este trastorno alimenticio pasa desapercibido para el entorno más cercano a la persona afectada, ya que suelen presentar un peso normal o incluso superior. La autoestima de estos pacientes suele ser baja, tendiendo a ocultar su cuerpo, con complicaciones en las redes sociales debidas a sus cambios de humor y anímicos, llevando a estados graves de depresión que pueden confluir en el consumo de alcohol y drogas. (Trujillo, 2024).

Existen varios factores que pueden influir a la hora de desarrollar la enfermedad:

Factores biológicos: ser mujer y ser joven, predisposición genética, haber padecido o padecer sobrepeso durante la infancia y/o la adolescencia.

Factores personales: poseer niveles bajos de autoestima, problemas de autonomía, personalidad introvertida o insegura o tendencia a la introversión, afán de perfeccionismo, haber padecido o padecer anorexia nerviosa, situaciones de estrés como cambios de colegio, trabajo o rupturas sentimentales.

Factores familiares: vivir en un entorno familiar preocupado excesivamente por la figura o el peso o en el que se siguen dietas restrictivas sin control ni seguimiento médico, familias sobreprotectoras o desestructuradas, obesidad de algún miembro de la familia, clima tenso o poco afectuoso.

Factores socioculturales: principalmente entre los más jóvenes, fomenta la bulimia la actual cultura de la delgadez, que la asocia con el éxito personal, social y laboral, así como la presión que ejerce la sociedad por estar delgado y esbelto, junto a la coacción de los medios de comunicación de masas y la publicidad (especialmente algunas industrias que fabrican y comercializan productos light); la práctica de determinados deportes como danza, gimnasia rítmica, debido al trato de la imagen que, en ocasiones, se hace en estos deportes, o en los que se compite por categorías de peso; pertenecer a determinadas profesiones relacionadas con el mundo de la moda, el espectáculo, televisión o cine, por la presión que en ocasiones existe en estos medios acerca de la imagen; existencia de páginas web que hacen apología tanto de la bulimia como la anorexia, considerándolas como “formas de vida” en lugar de enfermedades graves.

Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta, también existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias que son características de la bulimia nerviosa (Palacios, 2014, p.70).

El trastorno de atracones implica un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios. Este trastorno presenta

comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor medida, con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Es importante señalar que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad (Palacios, 2014, p.72).

Factores de riesgo: El primer estudio sobre factores de riesgo para el desarrollo de TA fue realizado en 1998 comparando a personas con TA, con controles sanos y con personas con otros trastornos mentales. Respecto a los sujetos sanos se observó que los factores de riesgo identificados para TA fueron la existencia de una autoevaluación negativa, autoagresiones, depresión de los padres, experiencias infantiles adversas, tales como maltrato físico o sexual; y la exposición repetida a comentarios negativos por parte de la familia sobre la silueta, el peso y la ingesta (Nagel, 2020).

Además de los elementos centrales en TCA, en muchos casos interfieren uno o más de los siguientes factores, los que interactúan con los aspectos antes señalados:

Perfeccionismo clínico: Se refiere a la sobrevaloración del logro y el seguimiento de normas personales estrictas

Autoestima global negativa: Si bien, en general, las personas con TCA son autocríticas, existe un grupo de pacientes que poseen una visión negativa de sí mismos global y que no es solo el resultado de las dificultades que manifiestan para controlar el peso, la silueta y la ingesta.

Intolerancia a los estados de ánimo: Alude a la dificultad para afrontar determinados estados emocionales que en general son negativos, pero que en algunos casos también son positivos. Se desarrollan conductas moduladoras disfuncionales, como los atracones, para afrontar estos estados.

Insatisfacción corporal: Se refiere a pensamientos negativos sobre el propio cuerpo y a creer que ciertas partes corporales son excesivamente grandes. Esto no solo es un factor de riesgo para TCA sino que también se ha asociado a ganancia de peso.

Comprobación corporal: Es una supervisión constante del cuerpo o de una parte de este que exacerba la percepción de imperfecciones sobre la figura o el peso, lo que genera la mantención de sentimiento de vergüenza.

Alimentación emocional: Se refiere a comer como estrategia de afrontamiento a eventos estresantes o de desregulación emocional.

Dificultades interpersonales: En algunos casos de TCA existen marcadas dificultades interpersonales, las que a su vez afectan negativamente la autoestima.

Los inconvenientes interpersonales parecen jugar un rol importante en la salud mental de las personas con TA, de modo que los problemas sociales y de comunicación pueden favorecer el desarrollo de atracones, debido a la incapacidad para lidiar apropiadamente con estas dificultades, de este modo los atracones actuarían como una estrategia para hacer frente a la angustia interpersonal o para evitar emociones rigurosas. (Nagel, 2020).

Consecuencias del Trastorno por Atracón

El funcionamiento neuropsicológico de las personas con trastorno por atracón, se evidencian principalmente dos alteraciones cerebrales reversibles, rigidez cognitiva relacionada a la dificultad de cambios de criterio, restricción nutricional y el perfeccionismo clínico e impulsividad relacionada en la ingesta descontrolada de comida y la sensación de pérdida de control. (Escandón y Garrido, 2020).

En cuanto al funcionamiento neuropsicológico de las personas con TA, se evidencian principalmente dos alteraciones cerebrales reversibles, rigidez cognitiva relacionada con la dificultad de cambios de criterio, restricción nutricional, el perfeccionismo clínico, e impulsividad relacionada en la ingesta descontrolada de comida, sensación de pérdida de control (Maldonado et al., 2020).

3.1.2. Causas de los trastornos de la conducta alimentaria

Existen múltiples causas de los TCA; estas patologías surgen de la interacción de factores psicológicos, físicos, sociales y culturales que impactan el comportamiento del

individuo. En los TCA, además de que se toman en cuenta los diferentes factores causales, también se debe considerar la etapa de la adolescencia como un factor disposicional que se caracteriza por cambios biológicos, sociales y psicológicos. (Portela, 2012).

Biológicos: Las personas que tienen un familiar de primer grado que haya padecido un trastorno de la conducta alimentaria o TCA, tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de desarrollar este problema. Sin embargo, el que en la familia se den otros casos de trastorno alimentarios no supone necesariamente que la explicación sea exclusivamente orgánica, ya que esto también puede indicar que puede haber un patrón alimentario familiar inadecuado y no se pueden descartar los factores de aprendizaje. En todo caso, tener una predisposición genética no significa una sentencia y tampoco implica que no puedas superar el trastorno.

Psicológicos: Determinados rasgos de personalidad pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar un desorden alimenticio. Por ejemplo, las personas con rasgos obsesivos son más propensas a padecer anorexia, mientras que quienes padecen un trastorno de ansiedad son más proclives a la bulimia.

Tener una autoestima baja y la tendencia a perder el control también harán que tengas más propensión a recurrir a la comida para “compensar” tus problemas en otras áreas de la vida. Por eso, el estrés, la baja tolerancia a la frustración y la inestabilidad emocional suelen actuar como detonantes de estos trastornos.

Sociales: Los mensajes que transmite la sociedad influyen en tu autoimagen. Si no cumples con los cánones de belleza y tienes una baja autoestima, es probable que comiences a sentirte disconforme con tu cuerpo y recurras a peligrosas dietas restrictivas, te obsesiones con la cantidad de calorías, te purgues o mantengas un ritmo de ejercicio insostenible que terminará minando tu salud física y emocional. (Linares, 2013).

3.1.3. Consecuencias de los Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios provocan daños en el plano físico y psicológico. Los problemas gastroesofágicos son los primeros en aparecer, pero también es probable que

experimentos una pérdida de energía y te fatigues con facilidad. A lo largo del tiempo suelen aparecer otras complicaciones, como la desnutrición, arritmia cardíaca, hipotensión, trastornos endocrinos, problemas óseos y aumenta el riesgo de sufrir un infarto.

De acuerdo con Soler et al. (2024), el presente estudio ha permitido comprobar que, en la muestra de estudiantes analizada, las mujeres son las que presentan un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Además, también en el género femenino, se observó que niveles más elevados de AF correlacionan con un mayor riesgo de TCA. Por otro lado, tras el análisis de las entrevistas al profesorado se puede concluir que a pesar de que algunos profesores están preparados para enfrentarse a esta problemática, hay una carencia generalizada de formación específica sobre el tema. Así, se destaca la necesidad de programas de formación completos que preparen a los docentes para detectar, manejar y formar a los estudiantes para la prevención de estos trastornos.

Según el estudio “Apoyo social en población con trastornos alimenticios” realizado por Camacho et al. (2021), la adolescencia se convierte en un periodo crítico en el que existe un mayor riesgo para desarrollar problemas mentales, por lo que es necesario establecer medidas y políticas que los ubiquen en la visión pública, como la Ley 1098 de 2006 (código de infancia y adolescencia), que establece normas para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes y así contribuir las problemáticas propias de esta etapa.

Los trastornos alimentarios se convierten para ellas en una serie de experiencias y problemas personales que les impide desarrollarse plenamente, en el que sus vivencias las asumen como luchas internas, que son dolorosas, que les generan gran cantidad de conflictos, convirtiéndose casi en una adicción. Los casos de trastornos alimentarios pasan desapercibidos en la sociedad, pues existe poca información sobre el tema que los reduce a la apariencia física, donde el peso se convierte en el principal criterio diagnóstico, por lo que, cada vez se hace más difícil detectarlos, lo que produce que se detecten en etapas más avanzadas, acompañados de otros trastornos, estados de inanición, entre otros

3.2. Imagen Corporal

En la actualidad existen unos estándares de belleza basados en modelos prodelgadez, suponiendo la internalización de estos ideales un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. (Vaquero et al., 2013).

De igual manera, la relación multidisciplinar de la imagen corporal puede establecerse desde el punto de vista sociológico, el cual concibe el cuerpo como un medio de comunicación entre el individuo y el mundo; en cuanto al aspecto psicológico y su relación con el autoconcepto existe una correlación positiva con el bienestar psicológico y negativa con el malestar psicológico. El aspecto educativo es de gran importancia para la formación del yo como identidad personal del educando, en el que intervienen valores, ideales, cosmovisión y cultura, entre otros. La disciplina de la educación física define la imagen corporal como una entidad psicosomática en la que interviene la relación entre mente y cuerpo. Por tanto, multidimensionalmente el constructo comprende desde las emociones y creencias sobre el propio cuerpo, hasta las autorrepresentaciones, efectos y actividades referentes al mismo (Castro, 2017).

3.2.1. Insatisfacción con imagen corporal

La insatisfacción corporal puede definirse como la percepción negativa sobre su cuerpo y puede estar asociada con una baja eficacia, ya que los individuos manifiestan intranquilidad respecto a su aspecto físico y a su evaluación social (Gómez et al., 2017).

3.2.2. Evolución de la imagen corporal con la edad

Durante la niñez se va conformando de forma natural y a través del juego las figuras ideales al respecto de la imagen corporal, en la preadolescencia o en la adolescencia, intentarán poner en práctica.

En un estudio realizado en México sobre 213 niñas y 166 niños de 9 años de edad se halló que el deseo de tener un cuerpo más delgado, así como la motivación para seguir una dieta restrictiva, se daba en ambos sexos en todos los niveles de peso, siendo el porcentaje de niñas deseosas de adelgazar del 41%. Estos resultados han sido corroborados por otros estudios. En una muestra de 200 preadolescentes mexicanos se encontró que un porcentaje potencialmente elevado (50%) estaba insatisfecho con su imagen corporal, impactando los estereotipos de extrema delgadez más en las niñas, lo que provoca que presenten peor autoestima general y corporal y muestren un mayor deseo de estar más delgadas en el futuro (Vaquero et al., 2013).

Por lo tanto, se encuentra que en la adolescencia los problemas de distorsión de la imagen corporal son preocupantes, debido a su gran incidencia y a que se mantienen durante largos periodos de tiempo. Especialmente relevante en las mujeres, ya que ellas están más influenciadas por los modelos estéticos corporales.

Jóvenes muestran un elevado deseo por estar delgados, especialmente las mujeres, son ellas las que tienen más insatisfacción con su peso e imagen corporal, lo que los lleva a tener altos niveles de ansiedad. Este hecho puede estar relacionado con la asociación actual entre la delgadez y la belleza, en el género femenino. (Gonzales, 2013).

3.2.3. Componentes de la Imagen Corporal

Existen diversos componentes para estudiar la imagen corporal los cuales son los siguientes:

La percepción del cuerpo. Se refiere a la parte física, la estimulación del tamaño y la forma del mismo.

Los aspectos cognitivos y emocionales. Tales como creencias y preocupaciones (su intensidad, frecuencia y duración), el malestar que estos originan y el grado de convicción sobre ellos, el esfuerzo para controlar el pensamiento.

Aspectos conductuales. Evaluar si existe la evitación hacia su propia imagen, el camuflaje o rituales.

Otros problemas psicológicos. Si la persona presenta un episodio de depresión trastornos de alimentación, ansiedad social.

Dimensiones de personalidad. Niveles de adaptación global que posee la persona, su autoestima y habilidades sociales (Andrés, 2022).

3.3. Adolescencia

En las sociedades más modernas, el paso de la niñez a la adultez no se distingue por un único suceso, si no por un largo periodo conocido como adolescencia, una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos.

Tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años. Según la definición que se presenta en el libro Desarrollo Humano, la adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre 11 y 19 o 20 años.

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10- 14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) (Gómez, 2017).

Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.

Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.

Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad

3.3.1. Aspectos alimentarios en Adolescentes

La adolescencia es la etapa de la vida que tiene lugar desde los 12 o 14 años hasta los 18 años. Suele subdividirse en periodo preadolescente (10-13 años) y periodo adolescente (14-18 años). Es una época con importantes cambios hormonales, físicos, emocionales y sociales. Es una etapa de gran riesgo nutricional, ya que en este periodo de vida existen características nutricionales especiales. (Trujillo, 2020, p.34).

La pubertad sucede de forma muy variable según la persona. En las mujeres el brote de crecimiento puberal comienza entre los 10 y 14 años y finaliza alrededor de los 15 años, en los hombres el brote de crecimiento puberal comienza entre los 12 y los 17 años y finaliza alrededor de los 18 años, el periodo de crecimiento puberal en cada persona puede ser muy diferente, tanto en su edad de inicio como en su duración. (Trujillo, 2020).

3.3.2. Etapas de la Adolescencia

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la adultez. Incluye algunos cambios grandes, tanto en el cuerpo como en la forma en la que un joven se relaciona con el mundo.

La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden causar expectativas y ansiedad tanto a los niños como a sus familias, entender que se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez. (Allen, 2019).

Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años)

Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media, la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando, a algunos les sale acné, es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares.

Muchos adolescentes en esta edad están interesados en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la averigüen, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus padres, de la familia o de la comunidad, otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la autoestimulación, también llamada masturbación.

Muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos, les preocupa mucho su aspecto y la presión de los padres, (compañeros) puede alcanzar el máximo lugar en esta etapa.

El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Gran parte se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar; el desarrollo no está completo hasta que la persona tiene veintitantos años, los lóbulos frontales desempeñan un papel importante en la coordinación de las tomas de decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el "panorama general", pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento.

3.4. HISTORIAS DE VIDA

Las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación, es decir que se interesa por el entendimiento del fenómeno social (Chárriez, 2012, p. 51).

Al mismo tiempo, las historias de vida conforman una perspectiva fenomenológica, la cual visualiza la conducta humana, lo que las personas dicen como también hacen, como el producto de la definición de su mundo.

Respecto a sus características, las historias de vida representan una modalidad de investigación cualitativa que provee de información acerca de los eventos y costumbres para demostrar cómo es la persona, revela las acciones de un individuo como actor humano y participante en la vida social mediante la reconstrucción de los acontecimientos que vivió y la transmisión de su experiencia vital, incluye información acumulada sobre la vida de la persona: escolaridad salud, familia, entre otros realizada por el investigador, quien actúa como narrador, transcriptor y relator. (Chárriez, 2012, p. 53).

Así mismo es importante destacar que existen cuatro dimensiones vinculadas a las historias de vida:

La dimensión constructivista: es una construcción producida por la actividad del sujeto y que la realidad no existe independientemente del investigador.

La dimensión clínica: supone la comprensión profunda de un individuo singular en una relación interpersonal que considera este marco de intersubjetividad.

La dimensión interdisciplinaria: representa una mirada al interior de las ciencias humanas que interactúan entre ellas buscando una comprensión mas totalizadora del ser humano.

3.4.1. Aspectos metodológicos

Los objetivos de la historia de vida, como método de investigación, son los siguientes:

Captar la totalidad de una experiencia biográfica, totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente, desde yo íntimo a todos entran en relación significativa con la vida de una persona, incluye las necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones de amistad, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante.

Captar la ambigüedad y el cambio, lejos de una visión estática e inmóvil de las personas y de un proceso vital lógico y racional, la historia de vida intenta descubrir todos y cada uno de los cambios a lo largo de su vida de la persona.

Captar la visión subjetiva con la que uno se ve a sí mismo y al mundo, como interpreta su conducta y la de los demás, como atribuye méritos e impugna responsabilidades a sí mismo y a los otros.

Descubrir las claves de interpretación de fenómenos sociales de ámbito general e histórico que solo encuentran explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos (Chárriez, 2012, p. 55).

3.4.2. Aspectos éticos

Individualmente uno de los aspectos básicos al realizar una investigación cualitativa es que debe adoptar dos dimensiones éticas fundamentales:

Ética procedural, implica la búsqueda de la aprobación por parte de un comité de expertos autorizados (comité de ética) para el desarrollo de la investigación

Ética en la práctica, alude a los desafíos que día a día impone la misma investigación, un aspecto con frecuencia representa una parte decisiva en la toma de decisiones frente a dilemas prácticos. (Chárriez, 2012, p. 59).

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

Aquí se aborda el diseño metodológico, el cual se basa en un enfoque mixto, combinado elementos cualitativos y cuantitativos con el objetivo de obtener una visión más completa del fenómeno de los trastornos alimenticios. Se utilizó una metodología descriptiva y exploratoria, que permitió identificar patrones de comportamiento alimentario, así como comprender las experiencias personales de los afectados. Para la parte cuantitativa se aplicó cuestionarios estructurados a una muestra seleccionada, mientras que en la parte cualitativa se llevó a cabo entrevistas. La combinación metodológica permitirá analizar tanto datos estadísticos como narrativas individuales, aportando un enfoque más amplio al estudio

4.1. ÁREA A LA CUAL PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación pertenece al área de la *Psicología Clínica*. Sánchez (2008), en la Psicología Clínica se trabaja la promoción de la salud mental, en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales, físicos. La siguiente rama de la Psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el termino surge de la etimología griega klinós que significa cama.

Continuando con el mismo autor, la orientación clínica se dirige a quien tiene problemas, trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad, la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar.

Por lo expuesto, es importante mencionar que el trabajo de investigación pretendió en primer lugar analizar la imagen corporal, la actitud que tienen los estudiantes frente a los trastornos de la conducta alimentaria en Unidades Educativas fiscales en la ciudad de Tijuana y, en segundo lugar, con la información que se obtuvo se identificó a las personas que están en riesgo de sufrir este trastorno y realizar la descripción de su historia de vida a través de la entrevista clínica semi estructurada.

Se considera fundamental contar con información estadística sobre los posibles casos que existen, sin embargo, se pretendió profundizar la investigación en la vida de las personas

que han recaído en un nivel de caso clínico de acuerdo al instrumento EAT, mismo que indica una predisposición alta de padecer algunos de los trastornos de la conducta alimentaria en el futuro.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Según la profundidad que tiene el presente trabajo de investigación tomando en cuenta los objetivos que se quiso lograr, es un *estudio exploratorio*, de acuerdo a Hernández et al., (2014), “estos estudios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (p.91), es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, es cierto que hoy en día la problemática de los trastornos de la conducta alimenticia está percibiendo mucha preocupación en el ámbito de la salud física más que la salud mental; también es cierto que se tiene conocimiento de algunas investigaciones sobre la temática, mismas que han sido desarrolladas en otros países a nivel internacional, tomando en cuenta otras variables y otra población objetivo, sin embargo, de acuerdo a la revisión bibliográfica no se ha podido encontrar en nuestro país y mucho menos en nuestro departamento, ninguna información científica, específicamente la actitud frente a los trastornos de la conducta alimenticia, que tienen los adolescentes que asisten a las Unidades Educativas fiscales de nivel secundario.

Por otro lado, continuando con el alcance de la investigación, también es *descriptiva*, misma que se caracteriza por describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas, Hernández et al., 2014 (p.92).

En este sentido, es importante mencionar que en la investigación se pretende describir aspectos importantes relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes del nivel secundario de las diferentes Unidades Educativas fiscales, como por

ejemplo, describir sobre la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal; la actitud frente a estos trastornos, la prevalencia de esta problemática en los estudiantes adolescentes y describir las historias de vida de aquellas personas que hayan sido identificadas como casos clínicos, de acuerdo a los instrumentos aplicados.

Según el **método de investigación, método mixto**, se utilizó lo cuantitativo y cualitativo. Los métodos mixtos, representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández et al., 2014, p.534).

Tomando en cuenta estas definiciones sobre los métodos mixtos, en la presente investigación se utilizó el **método cuantitativo** considerando que algunos de los objetivos fueron cumplidos a través de la utilización de instrumentos estandarizados y el manejo de los resultados será estadísticamente, asimismo, otros de los objetivos fueron cumplidos con el **método cualitativo**, ya que se hizo uso de la entrevista clínica semi estructurada, que nos permitió profundizar la información de manera cualitativa. Se pretende tener una perspectiva más amplia, profunda de la problemática, se obtuvo datos más variados, ya que se indagó con mayor profundidad de manera más dinámica.

Por otro lado, tomando en cuenta el **diseño de investigación**, en este trabajo se optó por utilizar el **diseño de investigación no experimental**, que se caracteriza por ser estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en lo que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. Hernández et al., 2014 (p,51). En el caso de la investigación no se pretende manipular ninguna de las variables tomadas en cuenta, sino solo nos remitiremos a observar, describir y analizar las mismas en su contexto natural, es decir todo lo que respecta a la imagen corporal y actitud frente a los trastornos de la conducta alimentaria de los estudiantes de nivel secundario en las Unidades Educativas fiscales de la ciudad de Tarija.

Dentro de la investigación no experimental es importante tomar en cuenta que dentro de su clasificación se tiene los **transversales o longitudinales**. En el caso del presente trabajo de investigación, este fue de tipo transversal ya que se encarga de recolectar en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede. En este sentido, en la investigación se aplicará, se describirá y analizará toda la información respecto a las variables de la imagen corporal, actitud frente a los trastornos de la conducta alimentaria, prevalencia de estos trastornos y la historia de vida de los estudiantes en un solo momento de tiempo determinado.

Según el **método explicativo**, busca no solo describir lo que ocurre, sino explicar por qué ocurre, aportando interpretaciones fundamentales que permitan comprender el fenómeno de manera más profunda. En el contexto de la presente investigación, el método explicativo serviría para analizar cómo y por qué determinados factores, como la percepción de la imagen corporal, las actitudes hacia los trastornos de la conducta alimentaria o las historias de vida, influyen en la presencia y prevalencia de estas problemáticas en los adolescentes. (Hernández et al., 2014, p. 94).

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población:

La población en una investigación se lo considera como un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones para Hernández et al., (2014). En este sentido, manifiestan que en algunos trabajos de investigación una debilidad que presentan es que no se describe lo suficiente las características de la población o consideran que la muestra la representa de manera automática. Entonces se considera de suma importancia, establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales (Hernández, p.174).

De acuerdo con los fundamentos teóricos mencionados, la población para el presente trabajo de investigación fue conformada por las unidades educativas fiscales ubicadas dentro de la mancha urbana de la ciudad de Tarija, en la provincia Cercado, departamento de Tarija.

Dado que se trata de una población amplia, para la selección de la muestra se aplicó criterios específicos de inclusión y exclusión. Esto permitió delimitar adecuadamente la población con la que se trabajó y garantizó que la muestra seleccionada sea representativa, con el objetivo de posibilitar la generalización de los resultados obtenidos. Cabe destacar que el enfoque estuvo centrado específicamente en la población estudiantil que cumpla con los criterios establecidos.

4.3.2. Muestra:

Según Hernández et al., 2014 (p.173), la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse con precisión, además de que debe ser representativo de la población.

El investigador busca que los resultados obtenidos a partir de la muestra puedan ser generalizado a la población total. En este sentido, y considerando las definiciones propuestas por reconocidos expertos en investigación, se ha determinado que la muestra para el presente estudio estuvo conformada por tres unidades educativas fiscales del área urbana de la ciudad de Tarija: Esteban Migliacci (turno mañana), José Manuel Belgrano (turno mañana y tarde). La selección de las instituciones se realizó en función de los criterios de inclusión y exclusión que se detallan más adelante. En total, la muestra comprende a 1.392 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes a los niveles de primero a sexto de secundaria.

Tomando en cuenta que la presente investigación también considera el método cualitativo, donde se realizó la descripción de las historias de vida de las personas que sean identificadas como casos clínicos, quienes fueron personas con alto riesgo de padecer los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Para ello, se tomó en cuenta el 10% de las personas identificadas como casos clínicos.

Criterios de Inclusión

Estudiantes de 1° a 6° del nivel Secundaria Comunitaria Productiva.

Unidades Educativas fiscales del área urbana de la ciudad de Tarija.

Unidades Educativas que cuenten con los tres niveles de educación inicial, primaria y secundaria.

Tipo de muestreo

Dentro de la investigación, se tiene dos categorías de las muestras, las no probabilísticas y las probabilísticas. En este trabajo de investigación se utilizó las técnicas de **muestreo de tipo no probabilísticas**, que se caracteriza por la selección de los sujetos de estudio que dependerá de ciertas características, criterios, etc. Que él (los) investigador (es) considere (n) en ese momento; por lo que pueden ser poco válidos y confiables o reproducibles; sin embargo, es reconocido metodológicamente (Walpole & Myers, 1996; Ávila Baray; Arias-Gómez et al.) en Hernández et al., (2014 p.175).

A su vez, dentro de las técnicas de muestro no probabilísticos, se tiene: **Por conveniencia**, que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. En el caso de la presente investigación, se ha optado por utilizar esta técnica por conveniencia para la selección de la muestra, por diferentes criterios que se explican a continuación:

Es cierto que en diferentes investigaciones se suele trabajar con un porcentaje de personas que conforman la muestra, pero que en muchas ocasiones no suele ser tan representativa. En la investigación se pretendió conocer a la totalidad de los estudiantes que conforman una Unidad Educativa y para ello se notó necesario seleccionar tres, para aplicar los instrumentos a la totalidad de los estudiantes.

Al ser un tema delicado se observó durante el proceso de recojo de la información, ya que existen algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria y por ello varios directores de las Unidades Educativas no aceptaron el que se pueda realizar esta investigación, por lo tanto, ante la solicitud de la investigadora para realizar la investigación, las Unidades Educativas que aceptaron fueron: Esteban Migliacci, Gral. Manuel Belgrano turno mañana y Gral. Manuel Belgrano turno tarde.

Asimismo, para intentar comprender de manera general los resultados y que los mismos no sean afectados por otras variables, se han seleccionado tres Unidades Educativas que se encuentran en el área urbana, fiscales y que tengan casi las mismas condiciones socioeconómicas, culturales, zona geográfica, etc.

Asimismo, en la ciudad de Tarija, es cierto que se tiene Unidades Educativas que tienen los diferentes niveles: inicial, primaria y secundaria, sin embargo, la mayoría tiene una población reducida y muy diferenciada, revisando la información proporcionada por la Dirección Departamental, las Unidades Educativas José Manuel Belgrano TM tiene 403 estudiantes, José Manuel Belgrano TT tienen 420 estudiantes y Esteban Migliacci tiene 374 estudiantes, inscritos y que asisten regularmente. Es cierto que no tenían la misma cantidad, pero eran las que tenían casi la misma cantidad de población.

Sobre todo, el acceso a estas Unidades Educativas que nos brindaron sus Autoridades, fue uno de los principales factores que influyó para que se pueda realizar el trabajo de investigación en los mismos.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Métodos

En la presente investigación se empleó una combinación de métodos con el fin de obtener una visión integral del fenómeno estudiado:

Método exploratorio: permitió realizar un primer acercamiento a la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Unidades Educativas fiscales, debido a la escasez de estudios previos en el contexto local. Este método facilitó identificar las características generales del fenómeno, así como delimitar las variables de interés.

Método descriptivo: se utilizó para detallar las manifestaciones y particularidades de la problemática, describiendo aspectos como el grado de satisfacción con la imagen corporal, las actitudes frente a los trastornos de la conducta alimentaria y la prevalencia de estos en la población estudiada, sin establecer relaciones causales entre las variables.

Método explicativo: orientado a analizar las posibles causas y relaciones entre las variables investigadas, permitiendo comprender como factores como la percepción de la imagen corporal, las influencias socioculturales y las experiencias personales se vinculan con la aparición de desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Enfoque mixto: la investigación combinó métodos cuantitativos, que implicaron la recolección de datos mediante instrumentos estandarizados y su análisis estadístico, con métodos cualitativos, que incluyeron entrevistas clínicas semiestructuradas para explorar de forma más profunda las percepciones, vivencias y contextos de los participantes. Esta integración permitió obtener datos objetivos y, a la vez comprender la subjetividad de las experiencias.

4.4.2. Técnicas

Como técnicas de recolección de datos se emplearon cuestionarios, que están formados por una serie de ítems que no están necesariamente relacionados entre sí, no hay respuestas correctas o incorrectas y los factores pueden ser analizados y puntuados individualmente. (Narváez, 2023).

De la misma manera se realizó un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia.

4.4.3. Instrumentos

Entrevista a profundidad, la cual se caracteriza tras varios encuentros cara a cara del investigador y la persona estudiada con el objetivo de adentrarse en su intimidad, comprender la individualidad de cada uno; por ende, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación; por medio de ellas, se conoce a la gente lo suficiente para comprender qué quieren decir. (Robles, 2011). La misma se usará como base para una guía de entrevista de elaboración propia.

A continuación, se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearon en la presente investigación:

Test de trastornos alimenticios (EAT-26).

Autor: Dra. Marcia L. Garner y su equipo en el año 1982

Objetivo del test:

Detectar tempranamente actitudes y comportamientos alimentarios desordenados que podrían indicar un riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa o trastorno de la alimentación no especificados. No es una herramienta de diagnóstico, sino un instrumento de cribado que ayuda a identificar a las personas que podrían necesitar una evaluación más profunda por parte de un profesional de la salud.

Técnica:

Evaluación psicométrica

Historia de creación y baremación:

Se desarrolló a partir de la necesidad de contar con una herramienta confiable y rápida para detectar posibles casos de anorexia y bulimia en diferentes poblaciones.

Tras la validación del EAT-40 (1976), se observó que se podían obtener resultados similares con un número menor de ítems, lo que llevaría a la creación de una nueva versión más breve y eficiente: EAT-26 (1982).

En 1982, Garner y su equipo desarrollaron la versión abreviada con 26 ítems, que fue validada y ampliamente utilizada no solo para la anorexia, sino también para otros trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa.

La baremación se refiere a como se interpretan las puntuaciones en relación con la población general. La escala ha sido baremada para diferentes grupos de población con el fin

de establecer puntos de corte que indiquen el riesgo de trastornos alimentarios. A continuación, se describe cómo funciona el proceso.

Puntuación total:

La escala otorga puntos en función de las respuestas en una escala tipo Likert de 6 puntos, con valores que van desde 0 (nunca, casi nunca, a menudo, muy a menudo) hasta 3 (siempre).

Puntuación máxima: 78 puntos.

Punto de corte: se considera que una persona está en riesgo si obtiene una puntuación total de 20 puntos o más.

Poblaciones para la baremación:

La EAT-26 se ha baremado con diferentes grupos de población, tanto clínicas como no clínicas. En los estudios originales, la prueba se validó principalmente en mujeres jóvenes, ya que estas representan el grupo con mayor riesgo de desarrollar anorexia y bulimia.

Sin embargo, se ha utilizado con éxito en diferentes grupos de edad, géneros y culturas, aunque los puntos de corte y los resultados deben interpretarse en función de la población evaluada.

Procedimiento de aplicación y calificación:

La escala EAT-26 se puede aplicar en diversos contextos, como en clínicas, escuelas, universidades o incluso en línea. No requiere condiciones específicas, aunque es recomendable que se realice en un entorno tranquilo para garantizar que la persona responda de forma reflexiva.

Se le explica al participante que la EAT-26 es un cuestionario diseñado para evaluar actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación y el peso corporal.

Se le pide que responda cada una de las 26 preguntas de acuerdo como se ha sentido o comportado en los últimos seis meses. Las respuestas se realizan en una escala Likert, no existen respuestas correctas o incorrectas y se le recomienda al participante que sea lo más honesto posible en sus respuestas.

El tiempo estimado para completar el cuestionario es de 10 a 15 minutos, al ser una escala breve y sencilla, no requiere una gran cantidad de tiempo.

Confiabilidad y validez:

Se encuentra validado en Medellín, Colombia por Rodríguez, Constaín, Álvarez, Marín y Agudelo (2014).

Escala:

Prevalencia de conductas de riesgo de trastorno alimentario	Rango
“Nunca” y “casi nunca”	0 puntos
A menudo	1 punto
Muy a menudo	2 puntos
Siempre	3 puntos

El ítem 25 se puntúa a la inversa: columna 1 con 3 puntos, columna 2 con 2 puntos, columna 3 y 4 con 0 puntos.

Cuestionario de Imagen corporal Body Shape Questionnaire(B.S.Q)

Autor: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn

Objetivo del test:

Medir la preocupación acerca del peso y la imagen corporal, la insatisfacción de las personas evaluadas con respecto a su propio cuerpo, desvalorización debido a la apariencia física, miedo a subir de peso, deseo de ser más delgada y evitar situaciones en las que su apariencia física pueda llamar la atención de terceras personas.

Técnica:

Test Psicométrico

Historia de creación y baremación:

La creación de este test fue con el propósito de establecer en qué grado de inconformidad se encuentra un individuo y en qué forma está siendo afectado y tiene como finalidad evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal.

Procedimiento de aplicación y calificación:

El BSQ está compuesto de 34 reactivos. Cuenta con 6 opciones de respuesta y tiene como finalidad evaluar aspectos actitudinales de la imagen corporal.

Descripción de los materiales:

Consta de un cuadernillo con 34 preguntas, una hoja de evaluación para el entrevistador y otra para el entrevistado. La duración de su aplicación está estimada entre 15 y 30 minutos. Al sujeto se le pide al comienzo que describa aquella parte de su apariencia que le ha disgustado más en las últimas cuatro semanas. A continuación, se intenta establecer si el pensamiento es delirante o no y cuántas actividades se han llevado a cabo para remediar tal defecto. Los ítems restantes investigan sobre los diferentes síntomas que han estado presentes en las últimas cuatro semanas.

Escala:

El cuestionario consta de 34 ítems referentes a la autoimagen que se evalúan mediante una escala de frecuencia de seis puntos (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34-204.

Confiabilidad y validez:

Se encuentra validado en Colombia por Castrillón, Montaña, Avendaño. (2007).

La escala de calificación de test se divide en:

VARIABLE	MÉTODO	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Imagen corporal	Test psicométrico	Cuestionario	Cuestionario de imagen corporal Body Shape Questionnaire (B.S.Q.)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Test psicométrico	Cuestionario	Escala EAT-26 para evaluar el riesgo de trastornos de la alimentación
Historias de Vida	Guía de entrevista	Entrevistas	Realización propia

4.5. PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se siguió el siguiente procedimiento:

Revisión bibliográfica. Consiste en la exploración bibliográfica relacionada con la búsqueda y obtención de la información referida a la investigación, con el fin de recabar datos sobre las variables de investigación que nos ayudaron a fundamentar el trabajo.

Selección de instrumentos. Se procedió a la preparación de los instrumentos para su posterior aplicación. Al finalizar la prueba piloto no se realizaron modificaciones de ningún tipo, los instrumentos seleccionados fueron: el Test de actitudes alimentarias (EAT-26). Cuestionario de Imagen Corporal Body Questionnaire (B.S.Q).

Prueba piloto. Se hizo la aplicación de los instrumentos a una muestra piloto que tuvo por objetivo verificar que los mismos al aplicarlos sean entendibles. En ella se adquirieron resultados favorables que permitieron su aplicación en el mes de agosto. En cuanto a la prueba piloto, es importante mencionar que fue aplicada a 5 personas.

Selección de la muestra de estudio. En esta etapa del trabajo de investigación, se procedió a la selección de 3 Unidades Educativas nivel Secundario con la cantidad de 1197 estudiantes.

Recojo de información. Para el recojo de información se procedió a la aplicación de cada uno de los instrumentos seleccionados: el Test de actitudes alimentarias (EAT-26), Cuestionario de Imagen Corporal Body Shape Questionnaire (B.S.Q). Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal, por el lapso de una semana en cada Unidad Educativa.

Procesamiento de los datos. Una vez obtenidos los resultados, se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS, lo que ayudó a poder generar las tablas de salida de los resultados que posteriormente fueron interpretados en base a los objetivos trazados.

Redacción del informe general. Se procedió a la redacción y presentación del informe final.

4.6. CRONOGRAMA

A continuación, se presentará las diferentes fases del proceso de investigación:

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2024					GESTIÓN 2025				
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Revisión bibliografica	x									
Selección de los instrumentos	x									
Prueba piloto		x								
Selección de la muestra		x								
Recojo de la información				x						
Procesamiento de la información					x					
Redacción del informe final						x	x	x	x	x

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

En el siguiente capítulo se exponen todos los datos encontrados a través de la aplicación de los test seleccionados y expuestos en la metodología. Dichos resultados son presentados siguiendo el orden de los objetivos específicos. En primer lugar, se presentará las variables sociodemográficas del estudio, para posteriormente exponer los resultados relacionados con cada uno de los objetivos. Implica tablas generales, seguido de los respectivos cruzados de variables.

5.1. Datos sociodemográficos

Tabla 1
Unidades Educativas

U.E.	Frecuencia	Porcentaje
Jose Manuel Belgrano " T.M"	403	33,7
Jose Manuel Belgrano " T.T"	420	35,1
Esteban Miguiacci	374	31,2
Total	1197	100

Nota: Elaboración propia

En la tabla 1 la muestra se encuentra distribuida entre tres Unidades Educativas. La mayor proporción de estudiantes pertenece a la U.E. José Manuel Belgrano turno tarde (TT), con 420 participantes, que representa el 35,1% del total, le sigue la U.E. José Manuel Belgrano turno mañana (TM), con 403 estudiantes (33,7%), y finalmente la U.E. Esteban Migliacci con 374 alumnos, equivalentes al 31,2%. Esta distribución relativamente equilibrada garantiza una representación adecuada de cada institución en el estudio, que permite realizar comparaciones significativas entre los diferentes contextos escolares.

Tabla 2***Curso***

Curso	Frecuencia	Porcentaje
1° de secundaria	226	18,9
2° de secundaria	221	18,5
3° de secundaria	203	17
4° de secundaria	187	15,6
5° de secundaria	182	15,2
6° de secundaria	178	14,9
Total	1197	100

Nota: Elaboración propia

En la tabla 3 la distribución de los estudiantes según el grado escolar muestra una participación equilibrada a lo largo de los distintos niveles de secundaria. El mayor porcentaje corresponde a los alumnos de 1° de secundaria, con 226 estudiantes (18,9%), seguido por los de 2° de secundaria con un 18,5%, los porcentajes van disminuyendo progresivamente en los grados superiores, siendo 3°, 4°, 5° y 6° de secundaria representados por el 17,0%, 15,6%, 15,2% y 14,9% respectivamente.

Tabla 3***Género***

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	612	51,1
Femenino	585	48,9
Total	1197	100

Nota: Elaboración propia

La tabla 3 muestra que el porcentaje mayoritario de estudiantes en la muestra corresponde a hombres, quienes representan el 51% del total, por su parte, las mujeres constituyen el 49%, aunque ligeramente inferior, continúa siendo una proporción relevante que posibilita la comparación entre ambos sexos en relación con las variables analizadas.

Tabla 4***Edad***

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 10 a 12 años	150	12,5
De 13 a 15 años	606	50,6
De 16 a 18 años	441	36,8
Total	1197	100

Nota: Elaboración propia

En la tabla 4 los datos reflejan la distribución por edades de los participantes en la muestra, el grupo de edad más numeroso corresponde al intervalo de 13 a 15 años, con 606 estudiantes, lo que representa el 50,6% del total. Le sigue el grupo de 16 a 18 años con 441 individuos (36,8%), mientras que el grupo más joven, de 10 a 12 años, está conformado por 150 participantes, lo que equivale al 12,5% del total, esta distribución indica una mayor concentración de adolescentes de edad media en la muestra.

5.2. Primer objetivo específico

Para responder el primer objetivo específico, el cual refiere a “Establecer la insatisfacción de la imagen corporal que tiene los estudiantes de sí mismos” utilizando el cuestionario de imagen corporal (BSQ), se encontró los siguientes resultados.

Tabla 5***Imagen corporal***

B.S.Q.	Frecuencia	Porcentaje
No hay insatisfacción de la imagen corporal	740	61,8
Leve insatisfacción de la imagen corporal	177	14,8
Moderada insatisfacción de la imagen corporal	135	11,3
Extrema insatisfacción de la imagen corporal	145	12,1
Total	1197	100

Nota: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 según los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes (61,8%) no presenta insatisfacción con su imagen corporal, lo que representa un total de 740 estudiantes. Sin embargo, un porcentaje significativo muestra algún grado de insatisfacción: el 14,8% presenta una insatisfacción leve, el 11,3% una insatisfacción moderada y el 12,1% manifiesta una insatisfacción extrema. Estos datos indican que, aunque más de la mitad de los estudiantes se sienten conformes con su imagen corporal, existe un grupo considerable que experimenta distintos niveles de malestar, lo cual merece atención en el contexto educativo y de salud mental.

Los resultados muestran que un 61,8% de los resultados no presentan insatisfacción con su imagen corporal, el siguiente dato podría atribuirse a la influencia del entorno social y cultural, es posible que en el entorno en el que se llevó a cabo el estudio exista una mayor aceptación de la diversidad corporal, lo que favorece una imagen corporal más positiva, también puede estar influenciado por campañas o programas de concientización sobre la autoestima y el respeto por el cuerpo.

Gómez et al., (2017), nos dice que la insatisfacción corporal manifiesta intranquilidad respecto a su aspecto físico y a su evaluación social. Los cambios físicos propios de la adolescencia pueden provocar inseguridades relacionadas con los cambios corporales, lo que puede aumentar la autocrítica y el malestar.

Aunque el resultado predominante es positivo, la existencia de un grupo significativo de estudiantes con distintos niveles de insatisfacción corporal sugiere la necesidad de implementar estrategias de prevención y apoyo psicoeducativo.

Abordar esta problemática desde un enfoque integral puede ayudar a mejorar el bienestar emocional de todos los estudiantes, especialmente de aquellos que están en riesgo de desarrollar trastornos relacionados con la imagen corporal.

Tabla 6***Imagen corporal y sexo***

Imagen Corporal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No hay insatisfacción de la imagen corporal	515	84,2	225	38,5	740	61,8
Leve insatisfacción de la imagen corporal	55	9	122	20,9	177	14,8
Moderada insatisfacción de la imagen corporal	30	4,9	105	17,9	135	11,3
Extrema insatisfacción de la imagen corporal	12	2	133	22,7	145	12,1
Total	612	100	585	100	1197	100

Nota: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 al analizar la relación entre el sexo y la percepción de la imagen corporal, se observa una diferencia notable entre varones y mujeres. En el caso de los estudiantes masculinos, el 84,2% no presenta insatisfacción con su imagen corporal, mientras que solo el 38,5% de las estudiantes femeninas se sienten conformes con la suya. Por el contrario, los niveles de insatisfacción son más elevados entre las mujeres: el 22,7% experimenta una insatisfacción extrema, frente al 2,0% de los varones. Asimismo, el 17,9% de las chicas muestra insatisfacción moderada, frente al 4,9% de los chicos. Estos resultados evidencian una mayor vulnerabilidad entre las adolescentes en relación con la imagen corporal, lo que puede estar influenciado por factores socioculturales y de presión estética. Esta diferencia por sexo resalta la necesidad de diseñar intervenciones específicas y con enfoque de género en la prevención de trastornos alimenticios.

Gonzales (2013), nos indica que los jóvenes muestran un elevado deseo por estar delgados especialmente las mujeres, son ellas las que tienen más insatisfacción con su peso

e imagen corporal, este hecho puede estar relacionado con la asociación actual entre la delgadez y la belleza en el género femenino

La siguiente diferencia puede explicarse por el factor de la presión estética, las mujeres suelen estar mas expuestas y sujetas a normas sociales y culturales estrictas sobre la apariencia física. Desde temprana edad se enfrentan a expectativas poco realistas sobre la delgadez, belleza y perfección corporal, especialmente en redes sociales, publicidad y medios de entretenimiento donde la imagen femenina está altamente idealizada.

TABLA 7
Imagen corporal y edad

Imagen Corporal	Edad						Total	
	De 10 a 12 años		De 13 a 15 años		De 16 a 18 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No hay insatisfacción de la imagen corporal	92	61,3	381	62,9	67	60,5	740	61,8
Leve insatisfacción de la imagen corporal	27	18	79	13	71	16,1	177	14,8
Moderada insatisfacción de la imagen corporal	15	10	64	10,6	56	12,7	135	113
Extrema insatisfacción de la imagen corporal	16	10,7	82	13,5	47	10,7	145	12,1
Total	150	100	606	100	441	100	1197	100

Nota: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se puede observar la relación entre la edad y la insatisfacción con la imagen corporal, se aprecia que los niveles de satisfacción son relativamente constantes entre los grupos etarios, aunque con algunas variaciones significativas. El grupo de 13 a 15 años presenta el mayor porcentaje de estudiantes sin insatisfacción (62,9%), seguido de cerca por los de 16 a 18 años (60,5%) y los de 10 a 12 años (61,3%). En cuanto a la insatisfacción leve, el grupo más afectado es el de 16 a 18 años con un 16,1%. La insatisfacción moderada aumenta con la edad: del 10,0% en los más jóvenes al 12,7% en los mayores. Por su parte, la insatisfacción extrema es más alta en el grupo de 13 a 15 años (13,5%). Estos resultados indican que la preocupación por la imagen corporal está presente en todas las edades, pero se intensifica ligeramente durante la adolescencia media y tardía, lo cual puede estar relacionado con los cambios físicos y la influencia del entorno social durante estas etapas.

Los estudiantes de 13 a 15 años presentan el mayor porcentaje de insatisfacción extrema (13,5%), un dato especialmente relevante. Etapa conocida como adolescencia media, es crítica en términos de desarrollo físico y emocional, el inicio de la pubertad, los cambios corporales visibles y el deseo de encajar socialmente pueden generar un fuerte malestar con la imagen corporal.

En todas las edades se percibe que la preocupación por el cuerpo es un fenómeno transversal, pero se agudiza ligeramente conforme avanzan los años, la identidad corporal se vuelve mas vulnerable ante factores externos como la moda, las redes sociales, la presión por el atractivo físico.

Tabla 8
Imagen corporal y curso

Imagen Corporal	Curso												Total	
	1º de Sec		2º de Sec		3º de Sec		4º de Sec		5º de Sec		6º de Sec			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No hay insatisfacción de la imagen corporal	140	62,4	149	67,4	116	57,1	115	61,5	107	58,8	112	62,9	740	61,8
Leve insatisfacción de la imagen corporal	35	15,5	27	12,2	28	13,8	26	13,9	30	16,5	31	17,4	177	14,8
Moderada insatisfacción de la imagen corporal	24	10,6	21	9,5	24	11,8	19	10,2	25	13,7	22	12,4	135	11,3
Extrema insatisfacción de la imagen corporal	26	11,5	24	10,9	35	17,2	27	14,4	20	11	13	7,3	145	12,1
Total	226	100	221	100	203	100	187	100	182	100	178	100	119	100

Nota: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 el análisis por curso escolar muestra que, en términos generales, el mayor porcentaje de estudiantes sin insatisfacción con su imagen corporal se encuentra en 2° de secundaria (67,4%) y 6° de secundaria (62,9%), mientras que el menor porcentaje corresponde a 3° de secundaria (57,1%). En lo que respecta a la insatisfacción extrema, destaca 3° de secundaria con el valor más alto (17,2%), seguido de 4° de secundaria (14,4%), lo que podría estar relacionado con cambios propios de la adolescencia media. La insatisfacción leve se incrementa ligeramente en cursos superiores, alcanzando su punto más alto en 6° de secundaria (17,4%). La insatisfacción moderada se mantiene relativamente

estable entre los distintos niveles, aunque con un leve aumento en 5° de secundaria (13,7%). Estos resultados reflejan que la percepción de la imagen corporal puede fluctuar a lo largo de la etapa escolar, especialmente en cursos intermedios, lo que refuerza la importancia de promover la educación emocional y la autoestima desde los primeros años de la adolescencia.

En el caso de 2° de secundaria (67,4%) podría deberse a que muchos estudiantes se encuentran aún en la etapa inicial de la adolescencia, donde si bien comienzan los cambios físicos, aún no se intensifica del todo la presión social por la apariencia y en el caso de 6° de secundaria (62,9%), los estudiantes todavía están en la adolescencia tardía, pueden haber alcanzado una mayor madurez emocional y aceptación personas, lo que permite una visión más estable y realista de su cuerpo.

Mayor insatisfacción extrema en cursos intermedios 3° y 4° de secundaria coincide con la adolescencia media, etapa en la que los cambios corporales son más evidentes y la comparación social se intensifica, aumento de la vulnerabilidad emocional la necesidad de encajar y el surgimiento de inseguridades relacionadas con la imagen corporal, lo que explicaría el incremento de insatisfacción.

Tabla 9
Imagen corporal y colegio

Imagen Corporal	Colegios						Total	
	U.E. jose Manuel Belgrano "T.M."		U.E. jose Manuel Belgrano "T.T."		U.E. Esteban Miguiaacci			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No hay insatisfacción de la imagen corporal	254	63	251	59,8	235	62,8	740	61,8
Leve insatisfacción de la imagen corporal	57	14,1	63	15	57	15,2	177	14,8
Moderada insatisfacción de la imagen corporal	41	10,2	56	13,3	38	10,2	135	11,3
Extrema insatisfacción de la imagen corporal	51	12,7	50	11,9	44	11,8	145	12,1
Total	403	100	420	100	100	374	1197	100

Nota: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 al analizar la percepción de la imagen corporal según la unidad educativa, se observa que los tres centros presentan porcentajes similares en cuanto a satisfacción e insatisfacción. En la U.E. José Manuel Belgrano turno mañana TM, el 63,0% de los estudiantes no manifiesta insatisfacción con su imagen corporal, cifra ligeramente superior a la de la U.E. Esteban Migliacci (62,8%) y a la del turno tarde (TT) de la misma institución (59,8%). En cuanto a la insatisfacción extrema, los valores son bastante parejos: 12,7% en TM, 11,9% en TT y 11,8% en Esteban Migliacci. La insatisfacción leve y moderada también se distribuyen de forma similar entre los tres colegios.

Es probable que los estudiantes de estas tres unidades educativas pertenezcan a contextos socioeconómicos y familiares similares, por lo que enfrentan presiones familiares y sociales parecidas respecto al cuerpo, la alimentación o la comparación con otros.

Así también en Perú se realizó una investigación por Mamani (2020), titulada autoestima e imagen corporal en estudiantes de 5to año de la Institución Educativa Secundaria Emblemática Glorioso San Carlos, Puno 2018, presentan una leve preocupación por su imagen corporal seguido de 41,9% no presentaron preocupación, el 10,1% extrema preocupación.

5.3. Segundo objetivo específico

Para responder al segundo objetivo específico, el cual se refiere a “Determinar la actitud que tienen los estudiantes frente a los trastornos de la conducta alimentaria”, utilizando el test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), se pudieron encontrar los siguientes resultados:

Tabla 10
Actitudes alimentarias

Actitudes alimentarias	Frecuencia	Porcentaje
Normal	847	70,8
Riesgo	217	18,1
Caso clínico	133	11,1
Total	1197	100

Nota: Escala EAT-26

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los estudiantes se encuentran dentro del rango considerado como normal, representando el 70,8% de la muestra total (847 estudiantes). Sin embargo, un 18,1% de los participantes (217 estudiantes) se encuentra en situación de riesgo, lo que indica la presencia de señales de alerta que podrían evolucionar hacia un problema de salud si no se abordan a tiempo. Por otro lado, el 11,1% (133 estudiantes) se clasifica como caso clínico, lo que implica la existencia de indicadores más severos que podrían requerir atención profesional especializada. Estos datos reflejan la importancia de implementar estrategias de prevención e intervención temprana en el entorno escolar para reducir la progresión de los trastornos relacionados con la imagen corporal.

Predominio del grupo sin indicadores de riesgo (70,8%) refleja que una mayoría de estudiantes no manifiesta síntomas significativos, probablemente se beneficia de factores protectores como el apoyo familiar, una autoestima saludable o menos exposición a presiones estéticas intensas. La situación de riesgo (18,1%), se encuentra en un punto de intervención posible con acciones preventivas adecuadas, es factible evitar que desarrollen problemas más

graves como trastornos alimentarios o psicológicos. Casos clínicos (11,1%), los estudiantes probablemente ya experimenten síntomas más intensos como una percepción distorsionada de su cuerpo, conductas compensatorias, restricción alimentaria o baja autoestima.

Tabla 11
Actitudes alimentarias y sexo

Actitudes alimentarias	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	503	82,2	344	59	847	70,8
Riesgo	88	14,4	129	22	217	18,1
Caso clínico	21	3,4	112	19	133	11,1
Total	612	100	585	100	1197	100

Nota: Escala EAT-26

Fuente: Elaboración propia

Al analizar las actitudes alimentarias según el sexo, se evidencian diferencias relevantes entre varones y mujeres. En el grupo masculino, el 82,2% de los estudiantes presenta una actitud alimentaria normal, mientras que en el grupo femenino esta cifra descende al 58,8%. Por otro lado, el porcentaje de estudiantes en riesgo es mayor entre las chicas (22,1%) que entre los chicos (14,4%), lo que indica una mayor tendencia hacia conductas alimentarias potencialmente problemáticas en mujeres. Esta diferencia se acentúa en los casos clínicos, donde el 19,1% de las alumnas presenta síntomas significativos, frente a solo el 3,4% de los alumnos. Estos resultados reflejan una clara desigualdad entre ambos sexos en lo que respecta a la percepción y comportamiento hacia la alimentación, lo cual puede estar relacionado con factores socioculturales, presiones estéticas y roles de género. Por tanto, se sugiere implementar programas de intervención diferenciados que tengan en cuenta estas disparidades.

Loja (2020), realizó una investigación en Ecuador en un colegio particular mixto y un colegio fiscal mixto con el objetivo de conocer la prevalencia del Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 18 años y correlacionar las conductas alimentarias. Se aplicó los cuestionarios EAT-40 Y EDI.II y se evidenció que el 16,7% del total de la

población presentan estos desordenes, además que las mujeres una incidencia de 2,2 veces mayor que los hombres, por otro lado, se encontró que existen más conductas patológicas en el sexo femenino y en el colegio particular.

La cifra significativa más baja entre las mujeres sugiere una realidad preocupante, lo cual refleja un contexto en el que la relación con la comida esta mediada por ansiedad, culpa o intentos de controlar el cuerpo para ajustarse a ciertos ideales como ser presiones sociales que promueven la delgadez como sinónimo de éxito, belleza y aceptación.

La comparación social y redes sociales incrementan la comparación con figuras idealizadas, generando distorsiones cognitivas sobre el propio cuerpo y fomentando conductas alimentarias inadecuadas.

Tabla 12

Actitudes alimentarias y edad

Actitudes alimentarias	Edad						Total	
	De 10 a 12 años		De 13 a 15 años		De 16 a 18 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	99	66	431	71,1	317	71,9	847	70,8
Riesgo	31	20,7	106	17,5	80	18,1	217	18,1
Caso clínico	20	13,3	69	11,4	44	10	133	11,1
Total	150	100	606	100	441	100	1197	100

Nota: Escala EAT-26

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 los resultados muestran una distribución relativamente homogénea de las actitudes alimentarias entre los diferentes grupos de edad, aunque se observan algunas particularidades. El grupo de 10 a 12 años presenta un 66,0% de estudiantes con actitudes alimentarias normales, cifra ligeramente inferior a los grupos de 13 a 15 años (71,1%) y 16 a 18 años (71,9%). En cuanto al nivel de riesgo, se mantiene bastante equilibrado entre los tres grupos, con un leve aumento en los más pequeños (20,7%) frente a los adolescentes de 13 a 15 años (17,5%) y los mayores (18,1%). Por otro lado, el grupo de 10 a 12 años presenta el mayor porcentaje de casos clínicos (13,3%), lo que podría indicar una vulnerabilidad temprana que requiere especial atención. Estos datos resaltan la necesidad de estrategias

preventivas adaptadas a cada grupo etario, especialmente en las primeras etapas del desarrollo.

Selby (2024), nos menciona que la bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que suele manifestarse entre la adolescencia y la adultez temprana, con una edad media de inicio de 12 años, se caracteriza por episodios de ingesta excesiva de alimentos.

Yañez (2017) realizó una investigación “cambiando el concepto de belleza” en la ciudad de Sucre. Se tomo una muestra de 40 adolescentes, entre 15 y 16 años de edad con el objetivo de identificar si era una población que corre riesgo de sufrir un trastorno alimentario, los resultados mostraron que los jóvenes tienen un alto riesgo de sufrir un trastorno alimentario, ya que más del 50% de las evaluadas obtuvieron puntajes superiores.

Las conductas alimentarias saludables son predominantes, la etapa preadolescente ya muestra señales de vulnerabilidad, posiblemente por una mayor exposición temprana a modelos estéticos idealizados y por la falta de herramientas cognitivas y emocionales para enfrentarlos críticamente.

El dato más llamativo es el mayor porcentaje de casos clínicos en el grupo de 10 a 12 años (13,3%), frente al (11,4%) en el grupo de 13 a 15 años y (10%) en el 16 a 18 años, el inicio precoz de conflictos con la imagen corporal y la alimentación promovido por el consumo de redes sociales, programas de televisión o incluso comentarios del entorno adulto, mayor fragilidad emocional y psicológica en la niñez media donde la autoestima es especialmente sensible a la aprobación externa y la comparación social.

Tabla 13

Actitudes alimentarias y curso

Actitudes alimentarias	Curso												Total	
	1º de Sec		2º de Sec		3º de Sec		4º de Sec		5º de Sec		6º de Sec			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	154	68,1	156	70,6	143	70,4	129	69	131	72	134	75,3	847	70,8
Riesgo	46	20,4	42	19	32	15,8	36	19,3	33	18,1	28	15,7	217	18,1
Caso clínico	26	11,5	23	10,4	28	13,8	22	11,8	18	9,9	16	9	133	11,1
Total	226	100	221	100	203	100	187	100	182	100	178	100	119	100

Nota: Escala EAT-26

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13, el análisis de las actitudes alimentarias según el curso académico muestra una tendencia bastante estable en todos los niveles. La mayoría de los estudiantes presenta una actitud alimentaria normal, con porcentajes que oscilan entre el 68,1% en 1º de secundaria y el 75,3% en 6º de secundaria. Esto sugiere una ligera mejora progresiva en las actitudes alimentarias a medida que avanzan en los cursos. En cuanto al nivel de riesgo, se observa una mayor prevalencia en 1º y 2º de secundaria (20,4% y 19,0% respectivamente), con una disminución progresiva hasta llegar al 15,7% en 6º curso. Los casos clínicos muestran cierta variabilidad, siendo el valor más alto en 3º de secundaria (13,8%), lo que podría estar vinculado a factores propios de esa etapa de transición y cambios físicos y emocionales. Estos datos refuerzan la importancia de implementar programas educativos sobre hábitos saludables en los primeros años de secundaria, manteniendo también el seguimiento y apoyo en los niveles superiores.

En Lima-Perú se realizó una investigación por Malo (2023), sobre la influencia de las estrategias publicitarias en el trastorno alimenticio y percepción de adolescentes de una Institución Educativa en la Victoria, la población estuvo conformada por 80 adolescentes mujeres de 4to y 5to de secundaria, los resultados obtenidos concluyeron que existe una correlación regular entre las variables independiente y dependiente, evidenciando que las estrategias publicitarias influyen en el trastorno alimenticio en adolescentes.

Los niveles de riesgo son mas altos en 1º, 2º de secundaria, caracterizada por cambios corporales acelerados, inseguridades y una búsqueda intensa de aceptación social, 3º de secundaria corresponde a una etapa de transición entre la adolescencia temprana y media, en la que los cambios hormonales, la presión académica y social tienden a intensificarse. Además, es un momento en el que se consolidan patrones de conducta más estables, por lo que los síntomas que comenzaron como leves o de riesgo en los primeros años pueden transformarse en cuadros clínicos si no se abordan a tiempo.

Tabla 14
Actitudes alimentarias y colegio

Actitudes alimentarias	Colegio						Total	
	U.E. Jose Manuel Belgrano "T.M"		U.E. Jose Manuel Belgrano "T.T"		U.E Esteban Migliacci			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	295	73,2	294	70	258	69	847	70,8
Riesgo	59	14,6	83	19,8	75	20,1	217	18,1
Caso Clínico	49	12,2	43	10,2	41	11	133	11,1
Total	403	100	420	100	374	100	1197	100

Nota: elaboración propia

En la tabla 14, los datos sobre las actitudes alimentarias distribuidas por unidad educativa muestran resultados bastante homogéneos, aunque con algunas diferencias destacables. En los tres centros, la mayoría del alumnado presenta actitudes alimentarias normales, con porcentajes cercanos al 70%: 73,2% en la U.E. José Manuel Belgrano (turno mañana), 70,0% en el turno tarde y 69,0% en la U.E. Esteban Migliacci. En cuanto al riesgo, es ligeramente más alto en la U.E. Esteban Migliacci (20,1%) y en el turno tarde del Belgrano (19,8%), frente al turno mañana (14,6%). Los casos clínicos son similares entre los colegios, con un ligero predominio en el turno mañana (12,2%). Estos resultados sugieren que, si bien las actitudes saludables predominan, es fundamental mantener estrategias preventivas y de intervención en todos los centros, prestando especial atención a aquellos con mayores porcentajes de riesgo o casos clínicos.

Los niveles de riesgo son ligeramente más elevados en la U.E. Esteban Migliacci, se podría indicar que algunos factores contextuales como el clima institucional el tipo de acompañamiento pedagógico, la carga horaria o incluso la dinámica familiar, en algunos casos la U.E. puede coincidir con menor supervisión familiar en las rutinas diarias, lo que podría generar desequilibrios en hábitos alimentarios o mayor exposición a factores de riesgo (como uso de redes sociales sin supervisión o desorganización en las comidas).

Los factores culturales según Rodríguez (2023), llegan a afectar por la presión ejercida por los estándares de belleza y los prototipos físicos y generan la idea de que está asociada al éxito social.

5.4. Tercer objetivo específico

Para responder al tercer objetivo específico el cual se refiere a “Describir la historia de vida de los estudiantes que puntuaron en el nivel de caso clínico frente a los trastornos de la conducta alimentaria” realizando una entrevista semi estructurada (guía de entrevista elaboración propia).

CASO N°1

S.A.Z. nació el 25 de junio de 2012, en la ciudad de Tarija, Bolivia. A sus 11 años, cursa el primero “A” de secundaria en la unidad educativa José Manuel Belgrano turno mañana, la misma institución donde realizó sus estudios iniciales y donde se proyecta continuar con su formación secundaria. Se trata de una niña callada, sensible y observadora, que ha atravesado experiencias profundamente marcadas por el dolor, la adaptación y la búsqueda de identidad.

Desde antes de su nacimiento, la relación entre sus padres era estable y armoniosa. Su madre, una mujer originaria de San Lorenzo, se convirtió en su principal figura de apego. S. fue concebida en un contexto de cariño, y tanto el embarazo como el parto se desarrollaron con normalidad. Durante sus primeros años de vida, su desarrollo físico, cognitivo y emocional fue adecuado; recibió los cuidados y afectos necesarios para su crecimiento. Recuerda su infancia como una etapa hermosa, especialmente por los momentos compartidos con su madre, con quien estableció un vínculo estrecho y seguro.

No obstante, esa etapa luminosa terminó abruptamente cuando su madre enfermó de cáncer. Tras un largo proceso médico, su madre falleció, y con ello, el mundo de S. cambió para siempre. Tenía apenas unos 7 años cuando experimentó la pérdida más significativa de su vida. Desde entonces, quedó bajo el cuidado de su tía materna, quien asumió el rol de tutora legal.

La nueva familia con la que convive está conformada por su tía C. de 42 años, su tío A. de 45 años, y los dos hijos de ambos, uno de los cuales falleció recientemente debido a una discapacidad severa. Su tío trabaja en la empresa Coca-Cola, con extensas jornadas

laborales, y su tía se dedica a la costura desde casa. Ambos están legalmente casados. Aunque el ambiente familiar es funcional desde lo estructural, emocionalmente hay tensiones no resueltas.

Durante los primeros años bajo la tutela de su tía, Sofía no recibió mucha atención, ya que el hijo biológico de la tía requería cuidados constantes. Ella creció sintiéndose invisible dentro del hogar, poco escuchada, poco vista. Solo tras el fallecimiento del niño, su tía comenzó a dedicarle más atención, aunque esta atención vino cargada de sobreprotección y control. Desde entonces, la tía se volvió más estricta, observadora y crítica con S., especialmente con su alimentación y su cuerpo.

La relación con su tío es más distante, aunque cordial. Él cumple su rol proveedor, pero por su ausencia laboral, no tiene una conexión emocional profunda con S. En cambio, con su tía, la relación es ambigua: hay afecto, pero también desconfianza, críticas constantes, y una falta de validación emocional. S. ha aprendido a callar muchas cosas, a no compartir lo que siente, y a guardar silencio para evitar conflictos.

S. encuentra su refugio emocional en su prima, una adolescente que estudia en un curso superior del mismo colegio. Con ella comparte todo, pensamientos, dudas, emociones, experiencias del día a día. Su prima se ha convertido en su figura de contención, en alguien que la escucha sin juzgarla y con quien ha podido construir un vínculo de confianza y seguridad que no encuentra en su hogar.

En el colegio, S. mantiene buenas relaciones con sus compañeros y amigos. Se describe como sociable y querida. Nunca ha sido objeto de burlas por su cuerpo ni ha sufrido bullying. Con sus maestros, la relación es mixta. Si bien la mayoría la apoya, menciona que algunos profesores la etiquetan como "desobediente" por no prestar atención o no seguir el ritmo en clase, lo cual genera en ella sentimientos de frustración y autoexigencia.

El inicio de sus preocupaciones corporales comenzó a los 10 años. El comentario que encendió esa inseguridad vino de la persona que más cuidaba de ella: su tía. Le dijo que, si seguía comiendo así, se iba a ver más gorda. Aunque pudo parecer una advertencia inocente,

para S. fue devastadora. Desde entonces, comenzó a mirar su cuerpo con incomodidad, a compararse con sus compañeras, y a sentir que no encajaba.

Observaba a sus amigas delgadas y sentía envidia. No se sentía fea, pero sí inadecuada. De ahí nació una necesidad constante de cambio: quería "verse mejor", quería ser aceptada, quería gustarse a sí misma. Así, decidió restringir su alimentación y adoptar una dieta estricta que la hizo sentir, al inicio, feliz. Finalmente, veía que su cuerpo cambiaba, que bajaba de peso. Sin embargo, este aparente logro pronto trajo consecuencias.

Su rutina alimentaria era alarmante: por la mañana solo tomaba un vaso con agua y limón, sin desayunar; al mediodía almorzaba poco; a las tres de la tarde comía solo una fruta, y por la noche tomaba una taza de té. Con esa escasa ingesta calórica, sentía debilidad constante. A pesar de practicar deportes, su cuerpo no tenía energía suficiente. Se sentía agotada, sin fuerzas, y emocionalmente inestable.

Hoy en día, aunque ha retomado ciertos hábitos alimenticios, sigue viviendo una fuerte contradicción interna. Hay días en los que se ve bien, y otros en los que se percibe gorda, aunque su cuerpo no haya cambiado. Esta percepción cambiante es señal clara de una dismorfia corporal, un trastorno que le impide tener una imagen realista de su cuerpo y afecta directamente su autoestima y su relación consigo misma.

S. afirma sentirse "bien" con su cuerpo, pero aún carga con el peso emocional de lo que su tía le dijo. Esa frase sigue resonando en su mente. Desde entonces, no ha vuelto a confiar en ella. Evita contarle cosas, guarda silencio. No confía tampoco en su tío ni en su entorno cercano. Su mundo emocional gira en torno a la figura de su prima, la única persona en quien verdaderamente se siente segura.

La historia de vida de S. es un reflejo de cómo las palabras pueden marcar profundamente la vida de una niña. En ella se entrelazan el duelo, la adaptación familiar, la sobreprotección, la inseguridad corporal y la búsqueda desesperada por aprobación y afecto. A pesar de los desafíos, S. demuestra una gran capacidad de reflexión, sensibilidad y fortaleza interna. Su historia es una invitación a mirar con más atención el mundo emocional de los

niños y niñas, y a brindarles espacios seguros donde puedan crecer libres de juicios y llenos de apoyo genuino.

CASO N°2

S.V. R es una adolescente de 15 años, de Tarija, actualmente cursa el cuarto de secundaria en el Colegio José Manuel Belgrano turno mañana, institución a la que ha asistido desde el nivel inicial hasta la secundaria. Siempre en el turno mañana, su trayectoria educativa ha estado marcada por una constante presencia en este espacio, que se ha vuelto casi como una segunda casa para ella, llena de recuerdos, aprendizajes, alegrías y también heridas emocionales que han dejado marcas profundas.

S. vive con sus padres y su hermana menor, L. Su familia está conformada por su madre, de 52 años, y su padre, de 56, ambos docentes. Se trata de una familia funcional, unida en lo visible, pero con dinámicas internas complejas. La relación de S. con sus padres es buena. Con su padre mantiene una convivencia respetuosa y tranquila, aunque reconoce que no existe un vínculo de confianza emocional tan fuerte como el que sí ha construido con su madre. Con ella, puede hablar de algunos temas personales, pero incluso así, hay cosas que se guarda por miedo a decepcionarla o preocuparla. Ella siente que debe cargar sola con sus emociones para no generar conflictos ni dividir afectos.

El vínculo más complicado que tiene S. es con su hermana menor, a pesar de tener menos edad, ha sido siempre percibida como la más "perfecta": más delgada, más ágil, más aceptada. Desde muy pequeña, S. fue de contextura más ancha y eso bastó para que la comparación entre ambas se convirtiera en una constante. En su casa, en el colegio, en el ballet, en las actividades sociales: todo parece estar diseñado para favorecer a su hermana, mientras que S. va cargando con una sombra pesada y dolorosa. Ella siente que no tiene lugar propio, que todo lo que hace está opacado por el brillo de su hermana, y lo que más le duele es que incluso en su propia casa no puede encontrar un refugio donde sentirse valorada plenamente por quien es.

Estas comparaciones no son sutiles: muchas veces su hermana le ha dicho directamente que está gorda. Le lanza comentarios sarcásticos como “ya no comas eso” o

“no te va a quedar”, frases que la hacen sentir profundamente avergonzada de su cuerpo. En especial cuando van juntas a comprar ropa con su madre, S. vive un momento de angustia emocional. Mientras su hermana puede probarse cualquier prenda y le queda perfecta, ella tiene que buscar tallas más grandes, y en ocasiones, irse de la tienda sin llevar nada. Son experiencias que parecen simples desde fuera, pero para una adolescente que ya lucha con su imagen corporal, son momentos devastadores.

En su relato, S. menciona que muchas veces ha sentido que sus padres prefieren a su hermana. Aunque sabe que ambos la aman, no puede evitar percibir una diferencia en el trato, en los elogios, en los gestos. Siente que su hermana siempre tendrá ventaja por ser delgada, más bonita y más segura. Esto ha generado en S. una fuerte herida emocional: una mezcla de celos, tristeza, desvalorización y una necesidad constante de aprobación que nunca llega.

A nivel escolar, S. se describe como una estudiante dedicada, responsable, respetuosa con sus profesores y amada por sus compañeros. Es una joven carismática, con facilidad para hacer amigos, empática con quienes la rodean. A pesar de tener una buena integración social, ha vivido momentos difíciles desde la infancia. En el nivel primario, algunos compañeros llegaron a insultarla y a burlarse de su físico, llamándola “gorda” o comparándola con otras niñas. Aunque con el tiempo esas voces externas se fueron apagando, quedaron grabadas dentro de ella, y ahora es su propia voz interna la que repite aquellas frases cada vez que se mira al espejo.

Una de las mayores pasiones de S. es la música. Desde pequeña toca el violín, y en ese espacio ha encontrado una forma de expresar sus emociones, calmar su ansiedad y sentirse valiosa. El violín se ha convertido en su compañero más fiel, su lugar seguro. Ella dice que cuando se siente mal, frustrada o triste, prefiere tocar en lugar de hablar. Es ahí donde canaliza su dolor. También asiste a clases de ballet, como su hermana, pero allí las comparaciones no cesan. Siempre escogen a su hermana como protagonista de las presentaciones, y S., aunque lo intenta todo, se siente como un adorno más, alguien invisible. La danza que debería ser una fuente de alegría y expresión artística, termina convirtiéndose en una fuente más de frustración.

En el plano afectivo, S. tuvo una pareja, un joven con el que mantuvo una relación sana. Esta persona nunca la hizo sentir mal por su cuerpo, lo que marcó un antes y un después en su autoestima. Fue la primera vez que se sintió aceptada y querida por lo que es, no por cómo luce. Hoy en día está soltera, pero guarda con cariño ese recuerdo, porque le demostró que puede ser valorada desde el amor.

Respecto a su relación con otras personas, S. no mantiene muchos vínculos con sus vecinos. Prefiere centrarse en sus amistades más cercanas, especialmente sus compañeros del conservatorio de violín y algunas amistades del colegio. Ellos sí le brindan contención emocional y nunca la han juzgado por su físico. Con ellos puede ser ella misma sin temor al rechazo.

Su historia con los trastornos de la conducta alimentaria comenzó en silencio. Desde los 10 años empezó a sentirse incómoda con su cuerpo. Comenzó a restringirse comidas, a saltarse desayunos, a comer menos en los almuerzos, y a eliminar por completo las cenas. Luego introdujo rutinas de ejercicio intensas, incluso cuando estaba agotada. En una etapa, llegó a alimentarse solamente con agua, té y una fruta al día. Aunque bajó de peso, su energía disminuyó tanto que no podía concentrarse, ni disfrutar de las cosas que amaba. Su cuerpo adelgazaba, pero su alma se sentía cada vez más pesada.

Una vez, tras una pelea con su hermana, S. comió en exceso y sintió tanta culpa que intentó provocarse el vómito introduciendo los dedos en la garganta. Aunque no lo logró, ese momento le mostró cuán profundo era su malestar. No volvió a intentarlo, pero desde entonces ha tenido episodios de atracones seguidos por culpa y vergüenza. El alimento, que debería ser una fuente de nutrición y bienestar, se convirtió en una lucha constante.

Hoy en día, S. dice que hay días en los que se ve bien, pero muchos otros en los que no se tolera a sí misma. Sufre de dismorfia corporal. Aunque los demás la vean como una adolescente normal, ella se siente "gorda", "torpe", "menos", y vive con miedo de subir de peso con cualquier bocado. No confía en su hermana, ni siquiera en sus padres para hablar de esto. Su círculo de confianza se reduce a unos pocos amigos, y, sobre todo, a su violín.

A pesar de todo, S. sigue adelante. Con dolor, pero también con esperanza. Sabe que necesita ayuda, aunque le cuesta pedirla. Sabe que hay amor a su alrededor, aunque muchas veces no lo siente. Y aunque hoy su cuerpo es un campo de batalla, también es el hogar de una niña fuerte, sensible y creativa, que lucha cada día por reconocerse, aceptarse y amarse.

CASO N°3

K.J.C. una adolescente de 17 años, nacida en la ciudad de Tarija, Bolivia. Actualmente cursa quinto de secundaria en el Colegio José Manuel Belgrano turno mañana, vive con su madre, su abuela materna y su hermano menor, S., de 8 años. Su padre los abandonó cuando ella apenas tenía tres años. Desde entonces, no ha vuelto a tener contacto con él. Aunque en su infancia solía preguntar por su padre, con el tiempo aprendió a guardar silencio sobre ese tema, notando que era doloroso también para su madre.

Su madre, C., tiene 40 años y trabaja como enfermera en un hospital público. Debido a las largas jornadas laborales, K. ha pasado gran parte de su niñez al cuidado de su abuela, M, una mujer de carácter fuerte, muy devota, pero también muy exigente y crítica. La relación de K. con su madre es buena, basada en el cariño y el respeto, pero también con ciertas barreras: C. es cariñosa, pero suele estar agotada y emocionalmente distante, por lo que a veces no alcanza a notar los conflictos internos de su hija.

Desde pequeña, K. fue una niña tranquila, obediente y muy observadora. Le gustaba jugar sola y leer cuentos. En la escuela inicial y primaria mostró un desarrollo cognitivo adecuado, con un rendimiento sobresaliente, especialmente en lenguaje y arte. Sin embargo, desde los 9 años comenzó a desarrollar una percepción negativa sobre su cuerpo.

Todo comenzó con comentarios que parecían inofensivos, como “Tienes que cuidar tu figura” o “si sigues comiendo así vas a engordar”, provenientes principalmente de su abuela. También en la escuela empezó a sentir diferencias con otras niñas, más delgadas, más atléticas, más aceptadas. K. siempre fue más introvertida, y el hecho de no encajar en ciertos estándares físicos la hizo retraerse más.

A los 11 años, al comenzar la pubertad, su cuerpo empezó a cambiar rápidamente. Mientras sus compañeras aún conservaban una figura infantil, K. desarrolló caderas más anchas y comenzó a ganar peso. Fue entonces cuando comenzaron los apodos, las risas veladas, los comentarios como “¡ya pareces señora!” o “qué cachetona que estás”. A pesar de ser una excelente estudiante, esos comentarios empezaron a pesar más que sus calificaciones.

A los 12 años, K. comenzó a restringir su alimentación. Primero dejó de desayunar, luego eliminó las meriendas, y finalmente redujo sus almuerzos a porciones mínimas. Nadie notó el cambio, ya que ella disimulaba comiendo frente a los demás, pero escondía la comida o decía que ya había comido.

Al mismo tiempo, comenzó a hacer ejercicio en secreto: saltaba la cuerda en su habitación durante horas, hacía abdominales antes de dormir y seguía rutinas de YouTube dirigidas a la “quema de grasa”. En menos de seis meses, bajó 6 kilos, pero no estaba feliz. Cada vez que se miraba al espejo, seguía viendo un cuerpo que no le gustaba. La dismorfia corporal comenzaba a instalarse en su percepción.

En algunas ocasiones, después de comer, se sentía tan culpable que pensaba en provocarse el vómito. Una vez lo intentó, introduciendo sus dedos en la garganta, pero el miedo y la incomodidad física la hicieron detenerse. Desde entonces, recurre a castigos como ayunos prolongados o ejercicio excesivo cuando siente que ha comido “de más”.

K. es muy querida en el colegio. Es una alumna ejemplar, respetuosa, con una participación activa en clases y una gran sensibilidad artística, sin embargo, en su curso aún se siente insegura. Se compara constantemente con otras chicas que, según ella, tienen cuerpos “más bonitos”. Siente que, si no es delgada, no podrá ser aceptada, querida o vista como una joven “exitosa”. Ha confesado que en muchas actividades grupales evita ser fotografiada, se acomoda en el fondo o busca cubrir su cuerpo con los brazos.

Con sus maestros mantiene una buena relación. Algunos han notado su actitud reservada, pero como su rendimiento es alto, no sospechan que algo pueda estar mal. Solo su

profesora de música ha logrado acercarse un poco más, notando cambios en su expresión y en la forma en que se aísla después de los ensayos.

La relación de K. con su madre es de respeto, pero no de confianza. No se siente con la libertad de contarle lo que realmente piensa o siente por miedo a decepcionarla. Con su abuela, la relación es tensa; la quiere, pero también le guarda cierto resentimiento por los comentarios constantes sobre su cuerpo, el vínculo con su hermano menor es muy cercano. K. se convierte en una figura protectora para él, se ocupa de sus tareas, lo acompaña al colegio y le cuenta cuentos por las noches. S. es una de las pocas personas con las que K. se siente completamente segura.

Fuera del círculo familiar, su mejor amiga es C., una compañera de su curso, con ella sí puede hablar abiertamente sobre sus emociones, aunque no le ha contado en detalle todo lo que vive respecto a su alimentación.

K. alterna días de euforia con días de tristeza profunda. A veces se siente motivada y con ganas de mejorar, pero en otros momentos cae en pensamientos muy negativos sobre sí misma. Le cuesta mirar su cuerpo sin juzgarlo y tiene miedo constante de engordar, incluso cuando ya ha bajado peso.

K. es una adolescente en lucha constante con su imagen corporal y su valía personal. Su historia refleja cómo los comentarios aparentemente pequeños, los modelos estéticos impuestos y la falta de espacios seguros para expresar emociones pueden impactar gravemente en la salud mental de una joven.

CASO N° 4

A.A.G. una adolescente de 14 años nacida en la ciudad de Tarija, Bolivia. Actualmente cursa segundo de secundaria en el Colegio José Manuel Belgrano turno tarde. Su madre, M., tenía 23 años cuando quedó embarazada y aunque fue un embarazo planeado, la situación emocional y afectiva cambió bruscamente durante el segundo trimestre, cuando el padre de Camila decidió terminar la relación y se alejó completamente. Desde entonces,

María enfrentó el proceso sola, con el apoyo económico parcial de sus padres, pero emocionalmente devastada.

El embarazo transcurrió sin complicaciones médicas, pero estuvo cargado de ansiedad, llanto y noches sin dormir. M. temía no ser suficiente para criar sola a una hija. El parto fue normal y A. nació con un peso saludable, pero desde pequeña fue una bebé muy sensible, lloraba frecuentemente y se apegó con intensidad a su madre, como si desde el principio hubiera percibido la necesidad de estar ambas unidas.

A. ingresó a primaria en el mismo colegio donde actualmente estudia. Siempre fue una estudiante aplicada, reconocida por sus maestras como inteligente, madura y respetuosa. Pero su carácter introvertido se hizo más evidente con los años. No le gustaba hablar en público ni participar en actividades grupales, especialmente si implicaban presentarse físicamente. A los 8 años, un grupo de niños comenzó a hacerle comentarios sobre su peso. Le decían cosas como “camina como elefante”, o “no puede correr, se va a caer del peso”. Estos comentarios la marcaron profundamente. No lloraba frente a ellos, pero al llegar a casa se encerraba en su cuarto, a veces inventaba excusas para no ir al colegio. Su madre atribuía esto a “dramas de niña” y no le dio mayor importancia.

Desde entonces, A. comenzó a observarse en el espejo con frecuencia. Se medía los brazos, el abdomen, se comparaba con otras niñas del colegio. Empezó a usar ropa suelta y evitar actividades físicas por temor a ser observada. No hablaba de lo que sentía, pero su silencio ya era una forma de gritar.

A los 11 años, ya en el último curso de primaria, A. comenzó a restringir su alimentación. Primero dejó de comer pan en el desayuno, luego evitaba repetir en el almuerzo. Lentamente, empezó a disminuir las porciones y a comer en su cuarto para que nadie la vigilara. Decía que ya había comido o que no tenía hambre.

Cuando empezó secundaria, su cambio físico fue notorio. Había bajado varios kilos. Algunas profesoras y familiares la felicitaron por “verse más delgada”, sin saber que detrás había un enorme sufrimiento. Estos elogios reforzaron su comportamiento restrictivo. Ahora desayunaba solo agua con unas cucharadas de avena, almorzaba ensaladas pequeñas, y en la

noche tomaba té. También hacía ejercicios a escondidas en su cuarto, siguiendo videos de TikTok.

Pero, junto con la pérdida de peso, vino el agotamiento: dolores de cabeza, mareos, falta de energía, tristeza constante. A. lloraba en silencio antes de dormir. Empezaba a odiar su cuerpo incluso más que antes. Sentía que por más que bajara de peso, nunca se vería bien.

A. tiene solo dos amigas cercanas: J. y M. Con ellas comparte momentos agradables y es capaz de reír y jugar. Pero incluso en esos espacios se compara con sus cuerpos. Cuando salen a comprar ropa, siempre es la última en encontrar algo que le quede bien. Suele decir que prefiere no probarse nada, que no necesita más ropa. Sus amigas han notado ese rechazo silencioso hacia su cuerpo, pero no saben cómo ayudarla.

En el colegio, es querida por sus profesores, especialmente por el de literatura, quien valora su talento para escribir. Ha ganado concursos de redacción y poesía. Sus textos son intensos, melancólicos, muchas veces tratan de temas como la autoimagen, el dolor invisible, el miedo a no ser suficiente.

Nunca ha tenido pareja. Se ha sentido atraída por un compañero, pero no se atreve a decírselo. Piensa que nadie podría enamorarse de ella si no tiene “el cuerpo adecuado”. Evita sacarse selfis, no sube fotos a redes sociales, y borra cualquier imagen donde se vea “gorda”. A. sufre episodios frecuentes de dismorfia corporal. Algunos días siente que su cuerpo está “mejor”, y otros días se ve enorme frente al espejo. Su estado de ánimo depende completamente de cómo se ve ese día. Si siente que ha comido más de la cuenta, se encierra, llora, no quiere salir ni hablar. Ha intentado provocarse el vómito en dos ocasiones, pero no lo logró. Se sintió asustada y culpable. Desde entonces, cuando siente ansiedad, en lugar de vomitar.

CASO N° 5

D.P.R. una adolescente de 14 años nacida en Bermejo, actualmente cursa tercero de secundaria en el Colegio José Manuel Belgrano turno tarde, creció en un entorno mixto: vivía con sus padres, pero con una fuerte influencia de sus abuelos. Su madre I. de 42 años es una

mujer decidida, responsable y perfeccionista. Trabaja como contadora en una empresa privada y, desde que D. nació, ha llevado una vida llena de exigencias. Al haber sido madre joven, siente que tuvo que sacrificar muchos aspectos de su vida personal, y aunque nunca lo ha dicho abiertamente, D. percibe esa carga como un reproche silencioso. Retomó sus estudios universitarios un año después del parto, y su padre trabajaba en varios empleos para mantener el hogar. Esta dinámica generó un vínculo ambivalente con su madre, a quien siempre vio ocupada o estresada, y un apego especial con su abuela, quien solía repetir frases como: “Una niña bonita no debe comer mucho” “Tú tienes las piernas gruesas como tu papá” “Mira a tu prima, ella sí parece una señorita”.

D. tiene una relación ambigua con su madre: aunque la admira por ser una mujer fuerte y profesional, siente que nunca fue emocionalmente disponible. Su padre, en cambio, la trata con cariño, pero tiende a minimizar cualquier sufrimiento. Con su abuela mantiene una relación distante desde que, en una discusión, le dijo: “Así nadie te va a mirar nunca, hija”. Ese comentario fue el quiebre total. Desde entonces evita las visitas familiares.

En cuanto a amistades, tiene un pequeño grupo de dos amigas con las que se siente segura, pero no les ha confesado la magnitud de su conflicto corporal. Les dice que está a dieta “porque quiere verse bien en el viaje de promoción”, pero en realidad esconde su temor de no ser aceptada si sube de peso.

El conflicto con su cuerpo se intensificó al entrar a secundaria, donde estudia, el estándar de belleza es muy marcado: chicas delgadas, con ropa ajustada, cabello lacio y piel clara. D., que tenía una complexión más ancha y cabello rizado, se sentía completamente fuera de lugar.

Empezó a usar ropa más grande, a peinarse de forma que su cara no se viera redonda. Eliminó sus redes sociales por miedo a ser etiquetada en fotos. Un día, en una clase de educación física, escuchó a dos compañeras reírse diciendo que parecía “una señora”. Ese día no quiso volver a clases. Inventó estar enferma, pero en realidad se quedó llorando en el baño.

El colegio es uno de los espacios donde D. experimenta mayor presión estética. A pesar de tener un rendimiento académico adecuado y algunas amistades sinceras, el peso de la comparación constante y los comentarios sutiles sobre el cuerpo influyen directamente en su autoestima y su estado de ánimo. Ha desarrollado conductas de hipervigilancia corporal: se mira constantemente en los espejos, ajusta su ropa varias veces al día, evita comer delante de otros y, en días de mayor malestar, se aísla emocional y socialmente.

Sin embargo, también es dentro del colegio donde ha encontrado pequeños espacios de afirmación, como su relación con algunas amigas las cuales no hacen comentarios sobre su físico, pero aun así se siente mal y inconforme con ella misma.

A pesar de sus inseguridades, D. tiene un mundo interno muy rico. Le gusta escribir en un cuaderno que guarda bajo su almohada, donde plasma pensamientos, frases sueltas, pequeñas historias y poemas que nunca ha compartido con nadie. En ellos, habla de sus emociones, de cómo se siente al estar en su propio cuerpo, del miedo a no ser suficiente, pero también de la esperanza que tiene de algún día sentirse libre, le interesa el dibujo, especialmente los retratos de personas. En sus libretas, tiene bocetos de mujeres con todo tipo de cuerpos, aunque casi siempre dibuja a una chica con rasgos similares a los suyos, pero más delgada. Es su forma inconsciente de imaginarse a sí misma como le gustaría ser.

D. quiere dejar de sentirse juzgada por su cuerpo. Quiere mirarse al espejo y no sentir rechazo quiere que su familia, en especial su madre y su hermana, la vean y la valoren más allá de su aspecto físico. Anhela profundamente una aceptación incondicional, no basada en cómo luce, sino en quién es, desea libertad. Libertad de contar calorías, de sentirse culpable después de una comida, de vivir bajo la presión constante de engordar. Quiere volver a disfrutar de la comida como algo natural, sin ansiedad, sin remordimientos.

CASO N° 6

A.C.R. una adolescente de 14 años nacida en Tarija, actualmente cursa tercero de secundaria en el Colegio José Manuel Belgrano turno tarde, ella nos cuenta con lágrimas según le dijo por lo que tuvo que pasar en todo este tiempo, A. fue una bebé no planificada lo cual su madre le dijo. Ella tenía 17 años cuando quedó embarazada, y su padre, 21. Durante la etapa prenatal, su madre vivió episodios de ansiedad y depresión por el rechazo de sus propios padres, quienes consideraron el embarazo una "vergüenza familiar". A pesar de ello, A. nació a término, por parto natural, aunque con bajo peso.

La infancia de A. estuvo marcada por el abandono de su padre, quien se fue a Argentina cuando ella tenía 3 años y nunca volvió. Su madre, resentida, volcó toda su frustración en ella. La crió entre gritos, castigos severos y silencios largos. A. creció con la sensación constante de que era una carga, una molestia.

Vivía con su madre, su abuela materna y dos tíos adolescentes que nunca la tomaron en cuenta. Su madre, que trabajaba como empleada doméstica, la dejaba sola todo el día. La niña aprendió a cuidarse, a prepararse comida y a evitar hacer "ruido", porque sabía que cualquier cosa podía molestar a los adultos.

Nunca celebró un cumpleaños, nunca fue abrazada al salir bien en el colegio. A. creció con un vacío emocional profundo. No hay en su memoria una escena donde se haya sentido verdaderamente protegida, A. es inteligente, intuitiva, sensible, pero insegura. A pesar de sus habilidades, le cuesta confiar en sus decisiones. Siempre busca aprobación. En el colegio se destaca por su escritura y su capacidad de análisis, pero cuando habla, su voz tiembla.

Desde muy pequeña ha sufrido inseguridad corporal. Su madre solía decirle: “vos eres igualita a tu padre, gorda, vaga y fea” y con 9 años, ya se miraba con odio al espejo, A los 12 años, A. comenzó a restringir su comida. Decía que no tenía hambre. Se sentía grande, fea, y comenzó a buscar dietas en internet. Un día, escuchó a una compañera decir que "vomitando todo lo que comes puedes adelgazar en semanas". Desde entonces, comenzó a inducirse el vómito.

Pasaba días enteros sin comer, tomando agua con sal y café para "matar el hambre". Bajo casi 10 kilos en dos meses, su mamá hizo un comentario el cual ella odió "al fin estas empezando a parecer una señorita". Lo que nadie sabía era que A. lloraba todas las noches, que le temblaban las manos, que se le caía el cabello, que se desmayó dos veces en el colegio, y que tenía heridas en los nudillos por los vómitos inducidos, ella confiesa que eso era antes, en estos momentos ya no lo hace, ya que confiesa que no se sentía bien haciéndolo.

En el colegio, A. tiene pocos amigos. No porque no quieran hablarle, sino porque ella desconfía de todos. Piensa que todos la van a lastimar. Fue víctima de bullying por su peso en primaria. Le decían "chancha", "camión", "ballena". Incluso cuando adelgazó, comenzaron a burlarse por sus ojeras, por su silencio, por su ropa ancha y opaca.

Algunos profesores la aprecian porque entrega todo a tiempo, pero otros la llaman "distráida", "desconectada", sin comprender lo que carga sobre sus hombros. Nadie ha notado que siempre usa manga larga, incluso con calor. Nadie ha preguntado por qué no participa ni habla en clase.

A. no grita, no reclama, no hace escándalos. Pero su dolor es silencioso y constante. Su cuerpo lleva marcas invisibles: las de una infancia rota, las de palabras no dichas, las de abrazos nunca recibidos. Ella aprendió a fingir que todo está bien porque cada vez que intentó mostrar que no lo estaba, nadie la escuchó.

Lo más importante que A. quiere hoy no es curarse, sino sobrevivir un día más sin sentir que es un error. Y eso es algo que el mundo suele no entender.

CASO N° 7

A.B.R. una adolescente de 12 años nacida en Tarija, actualmente cursa primero de secundaria en el Colegio Esteban Migliacci. Su madre tenía solo 17 años cuando quedó embarazada, y el padre de A. desapareció poco tiempo después de saber la noticia. Su nacimiento fue por parto natural, pero su madre tuvo anemia severa y casi pierde la vida. Desde ese momento, A. fue criada por su madre y su abuela materna.

A. vive actualmente con su madre M. de 31 años que trabaja como ayudante de cocina en un mercado, su abuela R. de 65 años que vende hiervas medicinales y hace curaciones tradicionales, su hermano menor E. de 6 años cursa kínder.

A. tiene una relación estrecha con su abuela, quien representa una figura de contención. Ella la cuida cuando su madre está en el trabajo, le habla en quechua y le cuenta historias de cuando vivían en el campo. Su madre, aunque cariñosa, siempre está agotada y estresada. Hay días en los que no cruzan más de tres palabras, con su hermano pequeño tiene una relación de protección: le da de comer, lo ayuda con sus tareas y hasta lo lleva al centro de salud cuando se enferma. A veces siente que está repitiendo la historia de su mamá: ser madre antes de tiempo, sin haberlo elegido.

En el colegio, A. es una alumna cumplida pero silenciosa. Llega siempre a tiempo, con el cabello bien peinado, aunque con el uniforme desteñido. Sus compañeros a veces la miran con lástima. Otros la ignoran. Ha sido objeto de burlas por llevar el mismo abrigo viejo todos los inviernos. Sin embargo, tiene una amiga incondicional, W., que la acompaña en los recreos y con quien comparte risas en medio de tanta carga emocional. Sus profesores destacan su redacción y su sentido de responsabilidad. Una maestra de lengua le regaló un cuaderno bonito cuando notó que escribía en hojas recicladas.

A. ha comenzado a notar los cambios de su cuerpo con inseguridad. A veces se tapa con chompas grandes porque siente que sus pechos están creciendo. No le gusta hablar de su cuerpo, ya que en su entorno no hay espacio para eso. En su casa no hay espejos de cuerpo entero. Se siente incómoda cuando se compara con otras chicas del colegio que tienen ropa ajustada, perfumes caros y celulares nuevos.

Un día escuchó a unas compañeras decir: “Esa Jocelin parece empleada, no más”. Se sintió invisible. Desde entonces, camina más encorvada, como tratando de no llamar la atención. Después del colegio, A. limpia, cocina, cuida a su hermanito y a veces ayuda a su abuela con las hierbas. No tiene tiempo libre. No conoce el concepto de “vacaciones”. Cuando escucha a sus compañeras hablar de viajes o regalos de cumpleaños, baja la mirada. Su último cumpleaños lo pasó cocinando arroz con huevo.

Ha pensado en dejar el colegio para trabajar, pero su madre y su abuela insisten en que estudie, le repite su abuela con los ojos llenos de esperanza. A. no usa jeans porque dice que no le quedan bien. Le gustan los vestidos largos, no por gusto, sino porque le tapan las piernas. Evita levantar los brazos en clase porque siente que su blusa se sube y deja ver su barriga. Le tiene miedo a la hora del recreo. No por la comida, sino por las miradas.

Nunca ha ido a la piscina. Dice que no sabría qué ponerse. Ni siquiera se atreve a imaginarse en traje de baño. Una vez le preguntaron si quería aprender a nadar, y dijo que tenía miedo al agua. Pero en realidad, tiene miedo a que se rían de su cuerpo mojado.

A. come con culpa, con vergüenza. Muchas veces, se sirve menos de lo que necesita. Otras, come en secreto por ansiedad o tristeza. Sabe que no es saludable, pero no tiene con quién hablar de eso. A veces, después de comer mucho, se siente tan mal que no quiere hablar con nadie.

También ha intentado dejar de comer por varios días seguidos, solo tomando agua con limón o mate. Pero se ha sentido débil, mareada. Sabe que su cuerpo necesita alimento, pero su mente le dice que, si no baja de peso, no va a encajar. No va a ser querida. No va a valer. La única vez que se sintió linda fue cuando una profesora de música la escuchó cantar y le dijo que su voz era “hermosa, como de alguien con luz adentro”. Ese día, A. sintió que tal vez su valor no estaba en cómo se veía, sino en lo que podía expresar.

Es como si su valor como persona estuviera condicionado a un cuerpo que no le gusta, que no eligió, que la traiciona cada vez que se sube a una balanza o se prueba un pantalón que no le entra. Ella no quiere ser delgada para ser sana, quiere ser delgada para ser aceptada.

CASO N° 8

L.A.V. una adolescente de 14 años nacida en Tarija, actualmente cursa tercero de secundaria en el Colegio Esteban Migliacci vive actualmente con su madre y su hermanito menor de 6 años. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 10 años. Antes del divorcio, recuerda que vivían todos juntos en una pequeña casa de alquiler, y aunque no sobraba el dinero, había una sensación de estabilidad.

Después del divorcio, su padre se fue a vivir a otra ciudad y no volvió a buscarlas. La comunicación se redujo a llamadas, que cada vez fueron menos frecuentes. Actualmente, L. no tiene contacto con él desde hace más de un año. Esta ausencia la marcó profundamente.

Su madre trabaja en una tienda de ropa en el mercado, de lunes a sábado. Sale temprano y vuelve tarde, cansada, pero siempre con la intención de mantener a flote el hogar. El vínculo entre madre e hija se ha vuelto distante. L. no se siente comprendida. las veces que intenta hablar de cómo se siente, su madre le responde con frases como: “no tengo tiempo para esas cosas” o “hay gente que está peor”.

En la escuela, L. es una estudiante silenciosa, algo retraída. No tiene muchos amigos, pero se lleva bien con una o dos compañeras que la conocen un poco más. A veces siente que no encaja, especialmente desde que empezó a compararse físicamente con otras chicas de su edad.

Recuerda que antes del divorcio no le prestaba mucha atención a su cuerpo. Pero desde entonces, algo cambió. Comenzó a mirar su reflejo con más crítica, a sentirse “distinta”, “menos bonita”, “menos interesante”. Cree que, si su papá la quisiera más o hubiese querido quedarse, quizás ella sería distinta. En el colegio ha escuchado burlas indirectas hacia su cuerpo. No son ataques frontales, pero comentarios como “ella es más ancha” o “esa falda no le queda” han sido suficientes para dejar marcas profundas.

A los 12 años, L. comenzó a restringir su comida. Primero fue por curiosidad: vio en internet rutinas de chicas que hablaban sobre “comer limpio” y “cuidarse”. Luego, con el tiempo, se volvió obsesivo.

Desayunaba solo una taza de té. En el almuerzo, picaba algo pequeño y en la noche fingía ya haber comido. Si su madre le insistía, mentía. En su celular tiene guardadas rutinas de ejercicios extremas y apps que le controlan las calorías.

Ha tenido episodios donde, después de comer “más de lo debido”, va al baño con culpa, llora y se castiga con más restricción al día siguiente.

L. no se ve a sí misma como los demás la ven. Aunque ha bajado de peso, se sigue sintiendo “pesada”, “ancha”, “no lo suficientemente delgada”. A veces se toma fotos de su cuerpo en el espejo y las borra de inmediato, sintiéndose avergonzada, Valeria vive con una constante sensación de vacío, no sabe si es por la ausencia de su padre, por la presión escolar, por sentirse invisible en casa o por la mezcla de todo eso. Su autoestima es frágil, y su autocrítica, despiadada.

Últimamente ha tenido pensamientos muy oscuros sobre sí misma. Siente que, si desapareciera, “no haría mucha falta”. Le cuesta encontrar algo que le apasione o motive. Solo la música cuando pone sus audífonos es su refugio, aunque no lo dice en voz alta, L. quiere sentirse amada y no por su físico, no por sus notas, sino por lo que es. Quiere que su madre deje de verla como una carga y empiece a verla como una hija que necesita ayuda. Quiere que alguien se acerque sin juzgarla, sin decirle que “solo es una etapa”, Desea poder comer sin culpa, mirarse sin miedo, reír sin fingir. Y, aunque no lo dice, espera que algún día su padre la llame y le diga que la extraña.

CASO N° 9

N.I.S. una adolescente de 16 años nacida en Tarija, actualmente cursa quinto de secundaria en el Colegio Esteban Migliacci vive actualmente con su abuela materna en una zona alejada de la ciudad, en una pequeña casa construida de adobe. Sus padres se separaron cuando ella tenía solo 3 años. Su madre migró a Argentina en busca de trabajo y nunca más volvió a vivir con ella. Solo la llama una vez cada dos o tres meses, y le envía algo de dinero cuando puede. Su padre nunca fue parte activa de su vida. Se sabe que vive en Cochabamba con otra familia y no mantiene ningún tipo de relación con ella.

Su abuela, doña A., es la única figura adulta estable que ha tenido. Aunque la quiere, N. siente que no puede hablar con ella de muchas cosas. La abuela es rígida, conservadora y poco expresiva emocionalmente. A veces le dice que “las chicas calladitas y flaquitas son las que tienen buen futuro”, lo que la ha marcado profundamente.

Durante su niñez, N. fue una niña tímida y solitaria. Siempre le costó integrarse con otros niños. A menudo se sentía insegura, sobre todo cuando notaba que los demás niños

hacían comentarios sobre su ropa o su cuerpo. Su infancia estuvo marcada por el silencio emocional. Nunca hubo abrazos frecuentes, ni palabras de consuelo. Si lloraba, le decían “no seas débil”. Si se sentía mal, le pedían “aguantar”. Desde muy pequeña aprendió a tragarse sus emociones.

A los 12 años comenzó a preocuparse excesivamente por su apariencia física. En el colegio empezaron las comparaciones. La llamaban “anchita” o “gordita”, a veces incluso “chanchito”. Al principio se reía con los demás para evitar que notaran su dolor. Pero por dentro, cada palabra se quedaba grabada como una herida que no cicatrizaba.

En el colegio, N. tiene un rendimiento académico regular. Es responsable, pero la ansiedad y el bajo estado de ánimo muchas veces afectan su concentración. Tiene una sola amiga cercana, Ana, quien es también bastante callada. Con el resto de sus compañeros mantiene una relación distante. Prefiere no hablar mucho para evitar críticas o burlas.

Sus maestros la describen como una alumna respetuosa, pero poco participativa. Pocas veces levanta la mano o pregunta dudas. Siempre parece estar “en otro lugar”.

N. ha sido víctima de burlas silenciosas: miradas, risas apagadas, susurros mientras camina. Aunque no han sido ataques directos, siente que todos la observan y la juzgan. Ha llegado a odiar el uniforme escolar porque le hace sentir “expuesta”. A los 13 años, N. comenzó a reducir por su cuenta la cantidad de comida. Dejó de desayunar con la excusa de que “se le hacía tarde”, evitaba almorzar en la escuela y por las tardes solo comía frutas o tomaba té.

Descubrió videos en redes sociales de chicas que hablaban de “limpiar el cuerpo” o de “desintoxicarse”. Siguió dietas extremas sin supervisión, hizo ejercicios en secreto, y anotaba en un cuaderno todo lo que comía, sintiéndose culpable si pasaba las 500 calorías por día. Tuvo episodios de atracones, seguidos de vómitos autoinducidos. No lo hacía todos los días, pero sí en momentos de mucha angustia. A veces pasaba horas frente al espejo, pellizcando partes de su cuerpo que no le gustaban, llorando en silencio por no sentirse suficiente.

N. tiene una imagen muy distorsionada de su cuerpo. Aunque está visiblemente delgada, se sigue viendo “grande” o “pesada”. No se permite disfrutar la comida, no se toma fotos, y evita mirarse mucho en el espejo. Ha comenzado a usar ropa muy suelta para ocultarse. Dice que no quiere que la vean. Tiene una relación de odio con su reflejo. Ha llegado a escribir frases como “ojalá fuera otra” o “estoy cansada de ser yo” en su diario personal, vive en un estado constante de insatisfacción. Se siente sola, incomprendida y vacía. No tiene una figura adulta que escuche lo que realmente le pasa. A veces desea simplemente desaparecer. Siente que no importa para nadie.

Su mayor temor es seguir creciendo con este cuerpo que tanto detesta. Ha dejado de soñar con el futuro, y aunque sigue yendo a la escuela, lo hace por rutina, no por interés.

En el fondo, N. anhela ser abrazada, que alguien le diga que está bien como es, sueña con poder comer sin miedo, sin culpa, sueña con tener una familia que la escuche, con una mamá que vuelva, con un papá que algún día la busque. Desea poder sonreír con libertad, caminar por la calle sin esconderse, y sentir que tiene derecho a existir tal como es.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Los resultados muestran que, si bien la mayoría de los estudiantes no presenta insatisfacción con su imagen corporal, un porcentaje importante sí experimenta distintos niveles de malestar, incluyendo casos de insatisfacción leve, moderada y extrema. La situación es particularmente preocupante en las mujeres, quienes reportan mayores niveles de insatisfacción comparadas con sus pares hombres.

Asimismo, se observaron fluctuaciones según el curso académico, siendo los niveles intermedios (como 3° y 4° de secundaria) los más afectados, posiblemente por los cambios propios de la adolescencia media. Estas cifras evidencian la necesidad de fomentar desde el contexto educativo programas de educación emocional, autoestima, aceptación corporal, con enfoque de género, adaptados a la etapa evolutiva del alumnado. Los resultados muestran que, si bien la mayoría de los estudiantes no presenta insatisfacción con su imagen corporal, un porcentaje importante sí experimenta distintos niveles de malestar, incluyendo casos de insatisfacción leve, moderada y extrema.

Esta situación es particularmente preocupante en las mujeres, quienes reportan mayores niveles de insatisfacción comparadas con sus pares hombres. Asimismo, se observaron fluctuaciones según el curso académico, siendo los niveles intermedios (como 3° y 4° de secundaria) los más afectados, posiblemente por los cambios propios de la adolescencia media. Las cifras evidencian la necesidad de fomentar desde el contexto educativo programas de educación emocional, autoestima y aceptación corporal, con enfoque de género y adaptados a la etapa evolutiva del alumnado.

La mayoría de los estudiantes presenta una actitud alimentaria normal, el cual es alentador. Sin embargo, un porcentaje significativo se encuentra en niveles de riesgo o incluso en categoría de caso clínico, lo que indica la presencia de conductas alimentarias problemáticas que pueden escalar si no son abordadas a tiempo. Las actitudes alimentarias también presentan diferencias por sexo, con las mujeres registrando niveles más altos de riesgo y casos clínicos. Por edad y curso, se identificaron ciertos puntos críticos, como en los primeros años de secundaria y en el grupo de 10 a 12 años, donde se observa una mayor

vulnerabilidad. Las evidencias reflejan una desigualdad significativa influenciada por factores socioculturales, el que justifica la necesidad de implementar intervenciones preventivas diferenciadas, sensibles al género y contextualizadas al entorno escolar.

El análisis de los casos clínicos reveló experiencias marcadas por factores de vulnerabilidad psicosocial como baja autoestima, presión social o familiar respecto a la imagen corporal, exposición temprana a ideales estéticos poco realistas (a menudo a través de redes sociales), y en algunos casos, antecedentes de comentarios negativos o burlas relacionadas con el cuerpo.

Las historias reflejan que los trastornos de la conducta alimentaria no surgen de forma aislada, sino que son el resultado de múltiples factores acumulativos a lo largo de la vida del estudiante. Esto recalca la importancia de realizar un acompañamiento integral, que no se limite lo nutricional o físico, sino que también considere el entorno familiar, emocional y cultural del adolescente. Las intervenciones deben contemplar la escucha activa, el apoyo psicopedagógico, el fortalecimiento de redes de contención dentro y fuera del ámbito escolar.

A partir de la aplicación del cuestionario EAT (Eating Attitudes Test), se identificó que un porcentaje significativo de los adolescentes evaluados presenta indicios de riesgo en relación con trastornos de la conducta alimentaria. Se observó una alta prevalencia de insatisfacción corporal, especialmente en las mujeres, quienes mostraron mayor preocupación por el peso y la figura. Además, factores como la presión social, los estereotipos de belleza, los comentarios familiares y el uso de redes sociales tuvieron un peso importante en la construcción de la imagen corporal de los participantes.

También se evidenció que existe una relación entre la autoestima y la percepción del cuerpo, así como una falta de conocimiento sobre hábitos alimenticios saludables, algunos casos particulares reflejaron experiencias de bullying, conflictos familiares o antecedentes de trastornos alimenticios en la familia, lo que podría actuar como factor predisponente o desencadenante.

6.2. RECOMENDACIONES

Para la carrera de Psicología

Fortalecer la formación en prevención de trastornos alimentarios, incluir en el plan de estudios asignaturas o seminarios que aborden específicamente los trastornos de la conducta alimentaria, con un enfoque preventivo, educativo y clínico, adaptado al contexto escolar y adolescente.

Fomentar prácticas profesionales en entornos educativos para así potenciar junto a las prácticas profesionales en colegios e institutos donde los estudiantes de Psicología puedan aplicar sus conocimientos para detectar señales de riesgo, realizar intervenciones tempranas y promover el bienestar emocional en la población adolescente.

Desarrollar habilidades en intervención grupal y comunitaria capacitando al alumnado en el diseño y ejecución de programas psicoeducativos en grupos colegiales, familiares y comunitarios, lo cual es la clave para intervenir en problemáticas de salud mental como la insatisfacción corporal o la conducta alimentaria disfuncional.

Fomentar la investigación, formando al alumnado para colaborar con otros profesionales como nutricionista, médicos, trabajadores sociales y docentes, ya que el abordaje de los trastornos alimenticios requiere una intervención coordinada desde distintos ámbitos.

Para el ámbito educativo

Desarrollar programas de prevención en trastornos alimentarios diseñando actividades periódicas (talleres, campañas, charlas) que aborden de forma clara y cercana los riesgos de las conductas alimentarias inadecuadas y promuevan una relación sana con el cuerpo.

Incorporar la educación emocional y la salud corporal en el currículo escolar, es fundamental que los centros educativos integren contenidos relacionados con la autoestima,

la imagen corporal y la alimentación saludable desde los primeros años de la adolescencia, con un enfoque preventivo y formativo.

Capacitar al personal docente, administrativo, es importante que maestros, orientadores y tutores estén formados para identificar alarmas relacionadas con la insatisfacción corporal o alteraciones alimentarias, y que conozcan los protocolos de derivación a profesionales especializados.

Involucrar a las familias en la formación, prevención promoviendo la participación activa de los padres, madres mediante sesiones informativas y actividades conjuntas, para fortalecer el acompañamiento emocional desde casa reforzando los mensajes positivos sobre la salud y el cuerpo.

Para las autoridades

Diseñar políticas de prevención en salud mental escolar, recomendando a las autoridades del sector educativo y sanitario implementar políticas que aborden de manera integral la salud mental del alumnado, con especial atención a los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal.

Es necesario asignar psicólogos escolares y orientadores capacitados, así como materiales pedagógicos actualizados, que permitan realizar intervenciones eficaces en los colegios e institutos

A los lectores de la investigación

Reflexionar sobre la importancia de la salud mental en la adolescencia, tomar conciencia del impacto que la imagen corporal y las actitudes alimentarias tienen en el bienestar emocional de los jóvenes, entendiendo que no se trata únicamente de cuestiones físicas, sino de experiencias profundamente vinculadas a las identidad y autoestima.

Valorar la influencia del entorno social y cultural, la investigación pretende generar una aceptación a los modelos de belleza impuestos por los medios de comunicación y redes sociales, y cómo estos afectan especialmente a adolescentes, en particular a las mujeres.

Promover el diálogo y la empatía, recomendando generar espacios de conversación abierta con adolescentes sobre su imagen corporal, emociones y presiones sociales, favoreciendo así una comunicación que apoye su desarrollo personal y emocional

Para la sociedad en general

Promover una cultura de aceptación, respeto hacia la diversidad corporal, es necesario que como sociedad fomentemos una visión más realista e inclusiva del cuerpo, reconociendo que la belleza y la salud no responden a un solo modelo. Romper con los estereotipos físicos ayuda a prevenir el rechazo personal y social que muchas personas, especialmente adolescentes, experimentan.

Cuestionar los mensajes de los medios y redes sociales, la sociedad debe adoptar una actitud crítica ante los contenidos que refuerzan ideales estéticos poco realistas. Es importante visibilizar el impacto negativo que pueden tener sobre la autoestima y las conductas alimentarias, promoviendo un consumo consciente responsable.

Reducir la estigmatización confortando la empatía, siendo fundamental anular los prejuicios sociales hacia las personas con trastornos alimentarios o que no cumplen con los estándares físicos impuestos. Una sociedad más empática y menos superficial contribuye a reducir el malestar emocional que tantos jóvenes enfrentan hoy en día.