

INTRODUCCIÓN

La dismorfia corporal, entendida como un trastorno mental caracterizado por una preocupación obsesiva con defectos percibidos en la apariencia física, que generalmente no son observables o son considerados menores por los demás, es un desorden psicológico que causa gran preocupación en la actualidad debido a su alta prevalencia y a los evidentes efectos negativos que tiene en el equilibrio psicológico de los adolescentes (Phillips, 2005)

En la ciudad de Tarija, como en muchas otras partes del mundo, los jóvenes se encuentran particularmente sensibles a las presiones sociales producto de las normas estrictas sobre la apariencia física difundidas por las redes sociales, lo que incrementa su riesgo de desarrollar preocupaciones excesivas e irracionales sobre defectos percibidos en su cuerpo. Este malestar relacionado con la imagen corporal no solo contribuye a una disminución de la autoestima, sino que también suele llevar a conductas perjudiciales como el aislamiento social y el desarrollo de trastornos alimentarios. Al analizar los factores asociados a la dismorfia corporal en los adolescentes, esta investigación busca identificar las principales variables asociadas a este fenómeno.

La relación entre la imagen corporal y la dismorfia corporal es evidente, ya que la manera en que una persona percibe y valora su propio cuerpo suele ser un factor determinante en el desarrollo de este trastorno. La imagen corporal, entendida como un concepto que abarca la percepción de nuestro cuerpo en su totalidad, así como de sus partes individuales, incluye también cómo percibimos su movimiento y sus límites. Esta percepción está entrelazada con nuestra experiencia subjetiva, que incorpora actitudes, pensamientos y sentimientos sobre nuestra apariencia, lo que a su vez influye en nuestro comportamiento. Cuando hay una insatisfacción importante con la imagen corporal, estos sentimientos negativos pueden dar lugar a preocupaciones obsesivas, creando las condiciones para la dismorfia corporal. Los adolescentes, al ser particularmente susceptibles a las influencias externas y cambios en su apariencia, pueden caer fácilmente en un ciclo de autocrítica e inseguridad que produce el desarrollo de este trastorno (Cooper et al, 1987)

La autoestima y la dismorfia corporal están muy conectadas, ya que una percepción negativa de uno mismo puede ser una causa para el desarrollo de este trastorno. La autoestima es esencialmente nuestra autoevaluación, una combinación de percepciones, pensamientos, sentimientos y tendencias de comportamiento hacia nuestra propia identidad, manera de ser, y nuestras características físicas y de personalidad. Cuando una persona tiene baja autoestima, es más probable que experimente inseguridad, a menudo enfocándose en lo que ven como defectos en su apariencia física (Coopersmith, 1990)

Esta focalización en características negativas puede aumentar las preocupaciones sobre la imagen corporal, conduciendo al desarrollo de la dismorfia corporal. En los adolescentes, que están en una etapa crítica de formación de la identidad, una baja autoestima puede tener efectos muy negativos, haciendo que las percepciones distorsionadas y los sentimientos de subvaloración se traduzcan en conductas relacionadas con la dismorfia.

La ansiedad social y la dismorfia corporal están estrechamente vinculadas, ya que el temor intenso y persistente que caracteriza a la ansiedad social puede aumentar las preocupaciones sobre la apariencia física. La ansiedad social se manifiesta como un miedo abrumador relacionado con situaciones en las que una persona debe interactuar socialmente o actuar ante otros. Este miedo puede llevar a evitar dichas interacciones por temor al juicio o la crítica. Cuando una persona experimenta este tipo de ansiedad, puede volverse hipersensible a cómo creen que los demás perciben sus supuestos defectos físicos, lo que intensifica las preocupaciones obsesivas típicas de la dismorfia corporal (Jeri-Yabar, 2021)

Esta evitación social ligada a la preocupación por la apariencia crea un ciclo donde la persona se aísla más, reforzando la preocupación por las imperfecciones percibidas y dificultando aún más el desarrollo de una autoimagen sana. Los adolescentes, en particular, son propensos a estos problemas, ya que están en una fase de vida donde la opinión de sus pares es especialmente importante, volviéndolos muy sensibles (Liebowitz, 2012, citado por Jimenez & Pérez 2018).

La importancia de estudiar la dismorfia corporal en los adolescentes de Tarija es relevante, ya que, debido al contexto actual, donde las redes sociales juegan un papel dominante en la difusión

de estándares de belleza poco realistas. Los adolescentes, al estar en una etapa de desarrollo crítico de su identidad personal y social, son particularmente vulnerables a las influencias externas y la presión por cumplir con ideales estéticos irreales promovidos en plataformas digitales (Calle, 2019)

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL
PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dismorfia corporal, también conocida como trastorno dismórfico corporal, es una condición psicológica en la que una persona se obsesiona extremadamente con defectos percibidos en su apariencia física, que pueden ser reales u obra de la mente, experiencias negativas como burlas en la infancia, negligencia o abuso, ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo, presión social o expectativas de belleza. Esta preocupación excesiva puede llevar a comportamientos repetitivos generando una angustia significativa, afectando la calidad de vida de los jóvenes: entre uno de los factores que están relacionados con la dismorfia es la autoestima que se caracteriza por una preocupación excesiva de la apariencia, lo que puede generar sufrimiento y dificultad en el desenvolvimiento social, laboral y personal, otro factor importante es la ansiedad social, que se caracteriza por un miedo intenso y persistente a las situaciones en las que otros pueden estar analizándolos, evaluándolos ya sea en su apariencia o juzgándolos.

Asimismo, existe otro factor importante, la imagen corporal, el defecto imaginado o exagerado se convierte en una fuente de angustia significativa manifiestan comportamientos compulsivos, como revisarse constantemente en el espejo, compararse con los demás, esto puede afectar seriamente la vida diaria de la persona que la padece (Cooper y Taylor et al, 1987).

Las causas exactas por la cual la dismorfia corporal se genera se desconocen, ya que puede surgir de diferentes maneras, así mismo diferentes factores genéticos, ambientales y psicológicos juegan un papel importante en la forma de auto percibirse de la persona. (Kirszman y Salgueiro, 2002)

El objetivo central de esta investigación consiste en determinar cuáles son los factores psicológicos, los elementos psicológicos son: *“son elementos de la personalidad que pueden limitar o potenciar la forma de pensar y actuar de una persona, criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida del individuo y que se representan en el estado de ánimo ya sea: Ansiedad, Depresión, Estrés, Desesperanza, Mala gestión de las emociones, etc.”* (Urzúa, A., & Caqueo - Urizar, A, 2012)

Katharine A. Phillips (2005 pág.77), define el **Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)** *''como una afección mental en la cual una persona se preocupa excesivamente por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, los cuales suelen ser imperceptibles o parecen menores para otros, está relacionado con varios factores la autoimagen física y corporal, ansiedad social, baja autoestima, sensibilidad a la crítica, experiencias traumáticas, entre otros. Dentro de los factores psicológicos se ha visto que individuos ansiosos, perfeccionistas y tristes son más susceptibles de desarrollar este trastorno. Los defectos que son objeto de preocupación son distintos, dependiendo del país y cultura; esto, porque los factores socioculturales juegan un rol importante en el desarrollo del TDC. Los medios de comunicación promueven el ideal de cuerpo perfecto y la satisfacción por la imagen corporal, lo que se ha transformado en un objetivo en la sociedad actual; esto en conjunto puede desencadenar que esta preocupación se convierta en patológica cuando alcanza límites irracionales''*.

Se debe tener en cuenta que, dentro del tema de dismorfia corporal, la autoestima es un factor primordial dentro de la investigación, ya que va a consistir al desarrollo de la misma durante la niñez que es fundamental para definir bases sólidas de la autoestima durante el resto de la vida de la persona. Esto quiere decir que la autoestima se va construyendo, desarrollando y cambiando durante toda la vida, no es estática. Coopersmith (1967:14), define la **autoestima** *“como la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo. Con éxito y merecedor”*.

La imagen corporal es la percepción subjetiva y la valoración que una persona hace de su aspecto físico. Muchas personas desean cambiar su cuerpo, se obsesionan con aquello que no les gusta de su apariencia y esto termina afectando a su autoestima. Sin embargo, esto sucede con mayor frecuencia en adolescentes. Cabe destacar que gran parte de la influencia que tiene la imagen corporal en la adolescencia proviene de los estereotipos, los mensajes de los medios de comunicación y también, la opinión de otros jóvenes y familiares. Por ello, muchas veces intentan ajustarse a estos ideales y fórmulas socialmente aceptadas, sin que esto suponga una satisfacción verdadera sino una gran presión. Para Cooper (1987, pág. 58). *La imagen corporal*

es un constructo complejo, que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

La ansiedad social en el contexto de la dismorfia corporal en adolescentes es delicada, debido a la influencia significativa que las percepciones y comentarios de los demás pueden tener en la autoimagen de una persona (CAPIA, 2024). Para comprender mejor la fobia social o ansiedad social, definida por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), como *“un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad), que pueda ser humillante o embarazosa”* (Liebowitz: 2002, pág. 56)

A nivel internacional sobre la temática hay numerosos estudios a destacar:

En Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México. Se realizó una investigación titulada *“Dismorfia Corporal... el trastorno silencioso” Una red digital de apoyo desde la psicología de la salud.*”, investigación realizada por Verónica Medellin Belloc en el año 2023. El trabajo fue abordado desde dos métodos de investigación: cualitativo y cuantitativo siendo un estudio de tipo mixto, siendo una muestra intencional no probabilística. Entre las principales conclusiones se destaca que *“En relación con el reconocimiento de los síntomas, un estudio en línea con individuos que tienen Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), señaló que la vergüenza y el temor al estigma representan las barreras más significativas para buscar tratamiento especializado (Marqués et al., 2011). En la presente investigación, se corroboró esta conclusión, ya que las participantes compartieron experiencias relacionadas con estos aspectos emocionales”* (Medellin, 2023: 37)

En otra investigación realizada por Brenda María Salas Orellana en Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México el año 2021, titulado *“Trastorno Dismórfico Corporal”*, su objetivo principal es aportar elementos básicos sobre el trastorno dismórfico corporal, y trata de una patología mental poco conocida por algunos profesionales de la salud, esto a

pesar de que su incidencia es mayor que otras enfermedades con mayor difusión en la cultura popular como lo son la esquizofrenia y la anorexia nerviosa. El tipo de investigación corresponde al tipo de análisis documental por lo que se siguieron los lineamientos planteados por la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), por lo que en la investigación se define la siguiente conclusión: *“El TDC se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero generalmente inicia desde la adolescencia, las zonas del cuerpo que suelen ser foco de atención varían de acuerdo al género, pero se ha reportado con mayor frecuencia cinco zonas corporales: piel, cabello, nariz (también es común la preocupación por la cara como un todo), abdomen (relacionado con el peso) y dientes. (...). Cognitivamente los pacientes con TDC se caracterizan por presentar una fuerte obsesión por su apariencia física por lo que es común que tengan pensamientos repetitivos y catastrofistas, conductualmente son personas que emplean demasiado tiempo en analizarse frente a un espejo para intentar camuflarse a través de la vestimenta o maquillaje, y en extremos más severos recurren al aislamiento total para no ser vistos por las demás personas. Los rasgos de personalidad más característicos son: introversión, hostilidad, perfeccionismo, hipersensibilidad a la crítica y/o al rechazo, ansiedad entre otros”* (Salas, 2023: 54 - 55).

En la **Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas**, Jerí Yabar, et al (2019), realizaron una investigación titulada “Asociación entre el trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos en la clínica San Pablo, Surco, Lima – Perú 2017-2018” que fue de tipo transversal analítico, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Al respecto, concluye lo siguiente: *“La frecuencia de TDC (52,03%), y TAS (18,84%), en pacientes dermatológicos es elevada. La presencia de TDC incrementa el riesgo de padecer TAS en pacientes dermatológicos de una consulta privada en Lima, donde posiblemente TDC preceda al TAS”* (Yabar, 2019: pág. 87).

A **nivel nacional**, en Cochabamba, se realizó un artículo sobre la Dismorfia Corporal por la Dra. María Teresa Zambrana Rojas, quien realizó una investigación en el “Hospital San Vicente de Paul” titulada “Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) En Pacientes De Cirugía Estética.” En el resumen del trabajo y, en el análisis de los datos, encontramos las siguientes recomendaciones: *“Se recomienda el contacto cercano con especialistas psiquiatras*

calificados, de forma que, en estos casos, sea posible tratar a los pacientes con TDC de forma multidisciplinaria. La literatura señala la importancia de detectar a los pacientes con TDC, radica en ser considerada una enfermedad severa que tiende a la cronicidad, y en la mayoría de los casos no recibe tratamiento, lo cual convierte a este padecimiento en un problema, pese a que existe tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptura de serotonina, no todos los pacientes con trastorno dismórfico corporal (TDC) responden al tratamiento o reciben la atención psiquiátrica adecuada, por lo que muchos pacientes optan por tratamientos no psiquiátricos como lo es la cirugía plástica, que no resolverá el trastorno, corriendo el riesgo de afrontar los conflictos de estos pacientes, afrontar quejas y demandas infundadas e innecesarias”(Zambrana; 2014, pág. 55).

Otro estudio sobre Trastorno dismórfico corporal en Bolivia, un estudio reciente realizado por Merlo (2020), en la Universidad Mayor de San Andrés, titulado “Prevalencia de pacientes con trastorno dismórfico corporal en Hospital Otorrino – Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud en el cuarto bimestre del año 2019, La Paz – Bolivia”, menciona que: *“a partir de este estudio se pudo encontrar como resultados que el “9% cumplían la puntuación de calificación siendo positivos para TDC, siendo una prevalencia alta a la esperada ya que según la bibliografía se espera una frecuencia de 1 al 2 %”* (Merlo, 2020, pág. 63).

También se realizó otro estudio en La Paz – Bolivia en el año 2014, con el nombre de “Imagen corporal, autoconcepto y depresión en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la fundación pro-centro del quemado (Fund Acción)” por Raúl Ernesto Arancibia Benavides, donde se obtiene una de las conclusiones que dice: *“Por su parte, las valoraciones percibidas se retroalimentan con las propias percepciones de la secuela de quemadura y participan en la construcción de la imagen corporal, incluso en la autovaloración personal. Se observan diferentes modos de asumir estas valoraciones sociales, por ejemplo: percibir prejuicios y valoraciones negativas en el entorno social sobre el origen de la lesión, dejan vislumbrar, en ciertos casos, sentimientos de culpa sobre el accidente; preocupaciones excesivas sobre la valoración social negativa que contrastan con interacciones favorables en el entorno social, dejan entrever cierta insatisfacción con la propia apariencia física.”* (Arancibia, 2014: pág. 90)

A nivel regional, a pesar de la relevancia y actualidad del tema Dismorfia Corporal, una revisión exhaustiva de la literatura existente revela la notable falta de investigaciones realizadas en el medio tarijeño. Esta brecha en el conocimiento es sorprendente, considerando la importancia de la Dismorfia Corporal en el contexto local.

Esta investigación busca llenar este vacío y contribuir al entendimiento y análisis en la región, proporcionando una base para futuras investigaciones y políticas públicas efectivas.

Según Cecilia Vargas (2024), licenciada en psiconutrición comenta que: *''En la ciudad de Tarija no existe un buen conocimiento sobre lo que es la dismorfia corporal, no existe un buen apoyo sobre este tema de la dismorfia''*, lo que en sí nos comenta la profesional, es que muchos jóvenes que sufren este trastorno dismórfico se basan directamente en tener problemas alimenticios, ya sea anorexia, bulimia o trastorno por atracón, no dicen en sí tener dismorfia, que es lo que ocasiona que existe un trastorno dismórfico corporal.

Así también, Natalia Ponce (2024), licenciada en nutrición comenta que: *''en la ciudad de Tarija no conocen el término Dismorfia, pero sí hay bastantes adolescentes que sufren de dismorfia en especial las mujeres de 12 a 23 años, existe mucha comparación con el tema de los cuerpos, y sería muy importante que aquí en la ciudad de Tarija la gente esté bien informada o al menos sepa lo que es la palabra Dismorfia''*. Lo que en sí nos comenta Natalia, es que vivimos en una sociedad donde hay mucha discriminación con nuestros cuerpos, o está de moda tener un cuerpo delgado, y no tener ningún conocimiento sobre el tema Dismorfia.

La dismorfia corporal es un trastorno mental que se caracteriza por una preocupación obsesiva con defectos percibidos en la apariencia física, los cuales suelen ser imperceptibles o triviales para los demás. Esta condición puede llevar a una angustia significativa y puede interferir gravemente en la vida diaria de quienes la padecen; Además, se deben considerar los impactos de la dismorfia corporal en la autoestima y el bienestar emocional, así como las implicaciones sociales y las posibles patologías concurrentes, como la depresión y la ansiedad. De acuerdo a todo lo mencionado y abordado en esta sección, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicológicos asociados con la dismorfia corporal en adolescentes de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La importancia del **aporte científico**, ante el surgimiento de complejos y sobre todo en la etapa de la adolescencia, tiene que ver con que los jóvenes de hoy buscan la necesidad de sentirse aceptados por sí mismos sobre su imagen corporal, este trastorno está caracterizado por una preocupación excesiva y obsesiva por defectos percibidos en la apariencia física, los cuales pueden ser mínimos o inexistentes.

Las personas con trastorno dismórfico corporal (TDC) a menudo experimentan ansiedad severa, angustia y comportamientos repetitivos en un intento de corregir o disimular los defectos percibidos, es decir que los jóvenes buscan la salida en cirugías plásticas, evitando una alimentación correcta, es decir que no buscan subir de peso ya que desean mantener su figura, siendo que este pensamiento conlleva a consecuencias y peligros por generar trastornos psicológicos graves donde se juega la salud mental y física. Estudios de neuroimagen han mostrado que algunas personas con TDC pueden tener anomalías en áreas del cerebro relacionadas con el procesamiento de la información visual y emocional, este estudio busca aportar al conocimiento científico sobre esta población y ayudar a comprender las respuestas emocionales y cognitivas que desarrollan las personas que enfrentan esta situación. (Phillips, 2005).

La investigación tiene como **aporte social** el abordaje sobre la problemática que ayudará a los jóvenes y a todo aquel que sufre trastorno dismórfico corporal (TDC), ya que esto genera problemas en la forma de comunicarse y relacionarse en diferentes aspectos, generando impacto en su salud mental y física como trastornos de la imagen corporal, aumentando la conciencia y conocimiento sobre la dismorfia corporal, las redes sociales. La sociedad se preocupa por el bienestar de sus miembros, pues la dismorfia corporal puede tener efectos devastadores en la vida de quienes la padecen.

El trastorno dismórfico corporal, por lo general, comienza en la adolescencia, cuando los adolescentes pueden ser particularmente vulnerables a las influencias sociales. Los medios de comunicación, las redes sociales y los cambios físico presentan un aluvión constante de perfección, y la capacidad de "arreglar" los defectos con filtros en línea, y otras tecnologías centra aún más la atención en la eliminación de los defectos percibidos. Las personas con trastorno dismórfico corporal pueden evitar situaciones sociales o incluso estar completamente aisladas y confinadas en casa. A menudo buscan tratamientos cosméticos, como tratamientos de la piel o cirugía, para tratar de mejorar su apariencia (Phillips 2019).

Las personas que se perciben a sí mismas como diferentes o "defectuosas" debido a la dismorfia corporal pueden enfrentar discriminación o estigmatización social. Esta marginalización puede llevar a dificultades para formar relaciones, conseguir empleo o tener una vida social activa. La presión social afecta a muchas personas, en particular a jóvenes y adolescentes, que son más vulnerables a desarrollar inseguridades sobre su cuerpo.

El presente estudio representa un **aporte teórico**, pues a través de esta investigación se describe los factores asociados con la dismorfia corporal, que ha producido la influencia errónea sobre estereotipos de belleza no realistas, brindando conocimiento sobre la salud mental estable y la correcta alimentación para poder obtener un cuerpo saludable y así mismo la seguridad necesaria que sobre todo los jóvenes buscan para evitar la ansiedad social en sus relaciones personales.

El estudio sobre la **dismorfia**, concientizará a que los estudiantes comprendan el peligro que corren al dejarse influir de informaciones que afecten a su percepción de su verdadera imagen y definición de belleza en sí mismos, es decir que se estén dejando vulnerables en el sentido de su apariencia física, tanto alimentaria como física, es decir su concepto de imagen física.

Así también, la **autoestima** cumple un papel importante en los jóvenes, es decir que a donde quiera que ellos vayan, sean capaces de cumplir sus objetivos e ideales de vida sin tener que sentir inseguridades sobre su apariencia, tener que reconocer y construir un autoconcepto, tomando el control de ellos mismos al conducir un autoconcepto sano en todo lo que conlleva

la salud corporal y mental. Es importante conocer cómo la autoestima influye en la confianza de los jóvenes ante su manera de verse ante la sociedad.

Por otra parte, este estudio informará a los jóvenes sobre la **ansiedad social**, para que estos puedan evadir los comentarios de la gente acerca de su cuerpo, dando a entender que ellos son los dueños sobre su forma de expresarse, es decir, en vestimenta y figura corporal, aportando seguridad y confianza en cualquier grupo de actividades sociales que involucre el desarrollo de los jóvenes y más que todo en su desarrollo académico que implica enfrentar todos los días la mentalidad de personas que no tienen comprendido lo que traen consigo, herir emocionalmente con comentarios o expresiones faciales sobre uno mismo.

Finalmente, el estudio aporta que la **imagen corporal** conlleva el cómo la persona experimenta emociones fuertes y sentimientos que atraviesa cuando ésta no es capaz de aceptar lo que ve al espejo, dejando así a la generación de trastornos mentales obsesivos sobre su imagen corporal errónea, dando paso a la depresión ante la falta de entendimiento del por qué tienen lo que tienen, buscando un sin fin de complejos y comparaciones, provocando el aislamiento social de todo evento, así también de su formación académica.

En cuanto al **aporte práctico**, los resultados de la presente investigación pueden proporcionar evidencia empírica directa y específica para el ámbito educativo y de salud pública respecto al Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en la población de secundaria. Los hallazgos servirán como referencia obligatoria para las instituciones educativas (orientadores, psicólogos escolares y personal directivo) al identificar la prevalencia y los factores de riesgo específicos asociados al TDC, permitiendo así el diseño de programas de prevención psicoeducativos enfocados en la promoción de una imagen corporal saludable y la construcción de un autoconcepto positivo. Asimismo, la investigación proveerá a los profesionales de la salud y a los servicios de salud escolar de indicadores de riesgo concretos, lo cual facilitará la detección temprana de síntomas de TDC y la correcta derivación de estudiantes con necesidad de intervención especializada, contribuyendo directamente a mitigar el malestar psicológico, evitar la cronificación del trastorno y mejorar el bienestar emocional de los jóvenes.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los principales factores psicológicos asociados a la dismorfia corporal de los estudiantes del colegio La Salle nivel secundario de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores psicológicos asociados a la dismorfia corporal de los estudiantes del colegio La Salle nivel secundario de la ciudad de Tarija.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de dismorfia corporal en los estudiantes del colegio La Salle.
2. Determinar el nivel de satisfacción con la imagen corporal en los estudiantes del colegio La Salle.
3. Evaluar el nivel de autoestima de los adolescentes es baja
4. Medir el nivel de ansiedad social en los estudiantes del colegio La Salle.

2.4. HIPÓTESIS

1. El nivel de TDC que presentan los estudiantes del colegio La Salle expresa un nivel de alta presencia.
2. El nivel de insatisfacción con la imagen corporal en los estudiantes presenta un nivel de extrema preocupación.
3. El nivel autoestima de los adolescentes es baja .
4. El nivel de ansiedad social en los estudiantes se encuentra en un nivel grave.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Dismorfia Corporal <i>Katharine A. Phillips define el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)</i> <i>Esta preocupación genera malestar significativo y puede afectar la capacidad de la persona para funcionar en su vida diaria. Las personas con TDC pueden realizar actos repetitivos, como mirarse en el espejo, arreglarse excesivamente o buscar constantemente la opinión de los demás, tratando de aliviar su angustia respecto a su apariencia. (Phillips KA, 2005: 65)</i>	Insatisfacción con la forma corporal.	Ítems: 1 – 3 – 7 – 8 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 17 – 18 – 19 – 20 – 25 – 26 – 27 – 29 – 31 – 32.	TDC Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal - Cirugía Estética (BDDQ-AS, por sus siglas en inglés - Body Dysmorphic Disorder Questionnaire- Aesthetic Surgery) <i>Katharine A. Phillips 2017.</i>
	Insatisfacción con el peso corporal.	Ítems: 2 – 4 – 5 – 6 – 9 – 16 – 21 – 22 – 23 – 24 – 28 – 30 – 33 – 34.	Escala de la variable • Baja presencia de TDC 0-7 puntos. • Moderada presencia de TDC 8-14 puntos. • Alta presencia de TDC 15-18 puntos. Muy alta presencia de TDC 19-21 Puntos.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Imagen Corporal: <i>La imagen corporal es un constructor complejo, que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Cooper Taylor; 1997pag 8)</i>	Preocupación por la imagen corporal y el peso.	Ítems 2 – 3 – 4 – 6 – 14 – 17 – 21 – 22 – 23 – 24 – 34.	Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ) diseñado en 1987 por Cooper, Taylor. Escala Por Ítems: A: Nunca B: Raramente C: Algunas veces D: A menudo E: Muy a menudo F: Siempre
	Insatisfacción corporal producida por el propio cuerpo.	Ítems 12 – 19 – 20 – 25 – 27 – 28 – 29 – 30 – 31 – 33.	Escala de los Ítems: - Totalmente en desacuerdo: 0 puntos - Parcialmente en desacuerdo: 1 puntos - Parcialmente de acuerdo: 2 puntos - Totalmente de acuerdo: 3 puntos. Escala de la variable: < 80 sin preocupación por la imagen corporal 80-110 = Leve preocupación. 111 - 140 = Moderada preocupación. > 140 = Extrema Preocupación.
	Auto desvalorización por la apariencia física.	Ítems 8 – 9 – 10 - 11 – 15- 18.	
	Cogniciones y comportamientos inadecuados para controlar el peso.	Ítems 7 – 16 – 26 – 32.	
	Percepción corporal negativa.	Ítems 1 – 5 – 13.	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Autoestima <i>“Es un conjunto de percepción o pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencia de comportamiento dirigidos hacia nosotros mismos o a nuestra manera de ser y de comportarnos y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter”. (Coopersmith, 1998: pag7)”</i>	Autoestima General (Sí Mismo)	Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas	Test de autoestima de Coopersmith, adultos (16 años en adelante) Versión de 1990. ❖ Escala por Ítems:
	Autoestima Social	Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares	- Verdadero - Falso ❖ Escala De La Variable: De 0 a 24 - Autoestima baja
	Autoestima Hogar y Familiar	Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus familiares directos	De 25 a 49 - Autoestima medio baja De 50 a 74 - Autoestima medio alta De 75 a 100 - Autoestima alta

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Ansiedad Social: <i>La ansiedad social se caracteriza por un miedo muy fuerte y recurrente ante situaciones o experiencias por vivir que están involucradas con el ámbito social o el desenvolverse delante de otros espectadores, por ende, surge la evitación.</i> <i>(Baldos,2002; pag40 cita a Liebowitz)</i>	Ansiedad en situaciones sociales	Esta dimensión evalúa el grado de ansiedad que una persona experimenta en diferentes contextos sociales y de desempeño. Incluye ítems que miden cómo se siente el individuo cuando interactúa socialmente o actúa frente a otros.	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz:2002) Escala por Variable: Miedo o Ansiedad - 0 = “Nada de miedo o ansiedad” - 1 = “Un poco de miedo o ansiedad” - 2 = “Bastante miedo o ansiedad” - 3 = “Mucho miedo o ansiedad” Escala por ítem: - 0 = Nunca lo evito - 1 = En ocasiones lo evito - 2 = Frecuentemente lo evito - 3 = Habitualmente lo evito ❖ Escala General - 0-51 “Leve ansiedad social.” - 52-81 “Moderada Ansiedad social”. - 82 – mayor a 82 “Grave Ansiedad Social”.
	Evitación de situaciones sociales	Esta dimensión mide la tendencia a evitar situaciones sociales debido a la ansiedad que éstas generan. Los ítems en esta sub escala evalúan la frecuencia con la que una persona evita participar en diversas actividades sociales y de desempeño.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo reúne el sustento teórico que da soporte a la investigación. En su primera parte, se realiza una aproximación al tema de estudio, abordando los factores psicológicos asociados a la dismorfia corporal de los estudiantes del colegio La Salle de la ciudad de Tarija. De este modo, se desarrollan las dimensiones planteadas en los objetivos específicos: dismorfia, ansiedad social, imagen corporal y autoestima.

Asimismo, este capítulo se fundamenta en información teórica que constituye el respaldo conceptual y académico del trabajo. En este apartado se presentan los principales conceptos, teorías y enfoques que permiten comprender la problemática investigada, junto con los antecedentes más relevantes que fortalecen y orientan el desarrollo de la investigación.

3.1. DISMORFIA

La palabra "dismorfia" tiene su origen en el griego "dys", que significa "mal" o "difícil", y "morphē", que significa "forma" o "estructura". Así que, literalmente, "dismorfia" se puede traducir como "forma anormal" o "deformidad". Se trata de un cuadro psicopatológico descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término dismorfofobia en 1886 (Morselli, E, 1886)

Katharine Phillips, una destacada experta en el campo de la psiquiatría, define la **dismorfia corporal** (también conocida como Trastorno Dismórfico Corporal o BDD por sus siglas en inglés), como un trastorno mental en el que una persona se obsesiona con defectos percibidos en su apariencia física. Estos defectos suelen ser mínimos o incluso inexistentes para los demás, pero para la persona afectada, pueden causar un gran malestar y afectar su vida diaria (Phillips, K. A, 2005)

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) fue reconocido por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense en 1987 y registrado oficialmente como trastorno psiquiátrico en el **DSM-III-R** (la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Es importante resaltar que los defectos percibidos por quienes padecen este trastorno no

necesitan ser reales o significativos; a menudo, son inexistentes o muy leves y apenas perceptibles para los demás (American Psychiatric Association, 1987)

La dismorfofobia aparece por primera vez en la literatura médica en 1891, cuando el psiquiatra italiano Enrico Morselli (1891), describe la dismorfia como la aparición repentina y persistente de una idea de deformidad corporal. Este autor describió criterios que permitían hacer un diagnóstico diferencial entre la dismorfofobia, la hipocondría y la melancolía. Consideró que, en la dismorfofobia, a diferencia de los otros cuadros clínicos, el paciente presenta conciencia de enfermedad, pudiendo esta desvanecerse a lo largo del tiempo para dar lugar a una paranoia verdadera o a una auténtica melancolía.

La dismorfofobia, o trastorno dismórfico corporal, puede alcanzar una gravedad importante y originar severas complicaciones, como aislamiento social, automutilaciones, intentos de suicidio, baja autoestima e incluso suicidio consumado. La tendencia actual de muchos autores es incluirla dentro de los trastornos del llamado espectro obsesivo-compulsivo. En la dismorfofobia se distinguen una variante psicótica y una no psicótica, aunque actualmente se tiende a considerar que ambas formas constituyen un mismo trastorno caracterizado por un espectro de insight en el que los pacientes afectados por la forma delirante muestran mayor gravedad.

Se presenta un caso de dismorfofobia con síntomas psicóticos que requirió un ingreso psiquiátrico debido a las graves complicaciones derivadas de este trastorno. Discutimos la presencia de sensaciones táctiles y propioceptivas presentes en algunos pacientes con dismorfofobia y la contribución de éstas al aumento de su malestar. Por último, discutimos la tendencia de los pacientes a ocultar sus síntomas, que hace recomendable interrogar explícitamente acerca de ellos, en especial en grupos de alto riesgo. (Carbone y Piazze, 2009: 02)

El nombre de la dismorfia corporal cambió de nombre, de “dismorfofobia” a “trastorno dismórfico corporal”. Esta raíz etimológica se refleja en términos médicos y psicológicos, como

el trastorno dismórfico corporal, donde la percepción de la forma del propio cuerpo está distorsionada.

Según el American Psychiatric Association (2013, p251), *define el trastorno dismórfico corporal como un trastorno somatomorfo marcada por una preocupación por un defecto imaginado (o real) en la apariencia física, que causa un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras importantes áreas de la actividad del individuo, como los estudios o las relaciones íntimas. A veces incluye el evitar aparecer en público e incluso ir a trabajar, comportamiento como salir de casa solo de noche para no ser vistos o no salir en absoluto, llegando al aislamiento social.*

3.1.1. Dismorfia Corporal

Para comprender este trastorno, en primer lugar, hay que entender que las personas que padecen Dismorfia Corporal viven con una tenaz e insistente obsesión, perciben en su cuerpo claros defectos, carencias o deformidades.

Lo fundamental es que para estas personas lo que perciben y la realidad, son lo mismo. No ponen en cuestión su percepción (por definición subjetiva), sino que la consideran una verdad objetiva e incuestionable. Tanto es así que, aunque el entorno opine lo contrario o consideren que están exagerando en la valoración que hacen de sus defectos, ellas y ellos se mantienen firmes en su creencia, considerando que los demás les dicen aquello para consolarles o directamente engañarles.

Las personas que padecen Dismorfofobia viven en un estado de gran ansiedad y angustia. A partir de la percepción distorsionada de su cuerpo, se genera una forma incorrecta e irracional de pensamiento y una rumiación constante, y en consecuencia aparecen comportamientos que crean conflictos en la pareja, la familia o en el trabajo, y que también producen conductas de elevado riesgo, como acudir a una cirugía, en ocasiones muy radical y agresiva, reiteradas veces, para resolver un defecto que sólo está en su percepción, en su procesamiento cognitivo (Vidal, 2016)

3.1.1.1. Definición de Dismorfia Corporal

Para comprender mejor la definición de dismorfia corporal, Katharine A. Phillips (2022: p80), experta reconocida en el estudio del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), lo define como *''una preocupación intensa y persistente por defectos percibidos en la apariencia física, los cuales suelen ser inexistentes o apenas notables para otros. Este trastorno puede llevar a angustia significativa y a comportamientos compulsivos relacionados con la imagen corporal, como el uso excesivo de espejos, la búsqueda de cirugía estética, o la evitación social''*. Phillips ha contribuido extensamente al campo mediante investigaciones y publicaciones, como el libro "The Broken Mirror", que explora en profundidad este trastorno y sus implicaciones psicológicas y sociales.

La dismorfia corporal, o trastorno dismórfico corporal (TDC), según Joaquín Mateu-Mollá (2019), abarca diferentes tipos que se manifiestan en preocupaciones obsesivas por aspectos específicos de la apariencia física. A continuación, se describen los principales tipos y áreas de preocupación en la dismorfia corporal:

- **Dismorfia Facial:** Este tipo de dismorfia es una de las manifestaciones más comunes y se centra en la percepción distorsionada de los rasgos faciales. Los individuos pueden obsesionarse con características como la forma de la nariz, el tamaño de los labios, la piel (marcas, acné, arrugas), la mandíbula, o los ojos. A menudo, las personas sienten que estas características son notablemente “anormales” o desproporcionadas, lo cual puede llevar a comportamientos evitativos y a consultas frecuentes con cirujanos plásticos o dermatólogos.
- **Dismorfia Muscular (o Vigorexia):** La dismorfia muscular, también conocida como vigorexia, se caracteriza por una obsesión con el tamaño y la forma de los músculos. Afecta principalmente a hombres jóvenes, quienes perciben sus músculos como insuficientes o poco desarrollados, incluso si son atléticos o musculosos. Esta preocupación los lleva a rutinas intensas de ejercicio y al uso de suplementos o incluso esteroides para aumentar la masa muscular. La vigorexia puede afectar la salud física y mental, así como la vida social y personal del individuo.

- **Dismorfia por Peso o Grasa Corporal:** Aunque a menudo se asocia con trastornos de la alimentación, este tipo de dismorfia puede centrarse en la percepción de grasa corporal en partes específicas del cuerpo, como el abdomen, los muslos o los brazos. Las personas con este tipo de dismorfia creen que son “demasiado gordas” o “voluminosas” en ciertas áreas, independientemente de su peso real. Esto puede llevar a comportamientos como el uso excesivo de ropa para ocultarse, dietas extremas, y una distorsión generalizada de la imagen corporal.
- **Dismorfia de la Piel:** En este tipo, la preocupación principal es la piel. Las personas suelen obsesionarse con imperfecciones reales o imaginarias, como el acné, cicatrices, manchas, arrugas o poros dilatados. Esta preocupación puede llevar a comportamientos compulsivos, como rascarse la piel, examinarse en el espejo constantemente o utilizar maquillaje excesivo. También pueden acudir a tratamientos dermatológicos de manera compulsiva o sentir una necesidad intensa de ocultar su piel de los demás.
- **Dismorfia del Cabello:** La dismorfia relacionada con el cabello implica una preocupación obsesiva con aspectos como la densidad, el grosor, la caída del cabello o el crecimiento de vello en zonas no deseadas. Esto puede incluir la percepción de tener “demasiado poco” o “demasiado” cabello, lo que lleva a comportamientos como revisarse el cabello constantemente, comparar su apariencia con la de otros, o evitar situaciones sociales. Este tipo puede incluir la tricotilomanía, que es el acto compulsivo de arrancarse el cabello debido a la ansiedad por su apariencia.
- **Dismorfia de los Genitales:** Este tipo se relaciona con una preocupación intensa y ansiedad sobre el tamaño, la forma o la apariencia de los genitales, que suele observarse en adolescentes y adultos jóvenes. La percepción distorsionada de los genitales puede afectar la autoestima y generar ansiedad en situaciones de intimidad. Este tipo de dismorfia también puede llevar a una evitación de relaciones íntimas, preocupación constante y, en algunos casos, búsqueda de cirugías para alterar los genitales.

- **Dismorfia de las Extremidades o del Cuerpo en General:** En este tipo, las personas se obsesionan con el tamaño, forma o proporción de sus brazos, piernas o cuerpo en general. Pueden percibir que sus extremidades son “demasiado grandes” o “desproporcionadas” en comparación con el resto del cuerpo. Este tipo de dismorfia también puede incluir preocupaciones sobre la postura o la simetría corporal, lo que lleva a las personas a adoptar posturas o vestimentas para disimular estos “defectos” percibidos.
- **Dismorfia de Simetría o Proporción Corporal:** La obsesión en este tipo de dismorfia se centra en la simetría y proporción del cuerpo o del rostro. Las personas sienten que algunas partes de su cuerpo o cara son desiguales o desproporcionadas en relación con el resto. Esta preocupación puede llevar a comportamientos compulsivos de comparación, así como a tratamientos estéticos o intentos de corregir la “asimetría” mediante posturas o técnicas específicas de maquillaje (Joaquín Mateu-Mollá, 2019)

3.1.1.2. Dismorfia Corporal en Relación con el Trastorno Alimentario

García (2021), comenta que la dismorfia corporal, también conocida como trastorno dismórfico corporal, está estrechamente relacionada con los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia. Ambos comparten una preocupación excesiva y distorsionada por la apariencia física, lo que genera conductas que pueden poner en riesgo la salud mental y física.

La relación entre la dismorfia corporal y los TCA es intrincada y bidireccional. La dismorfia corporal puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, ya que las personas que perciben defectos imaginarios en su apariencia pueden sentir la necesidad de controlar su peso y forma corporal de manera extrema. Esta obsesión puede llevar a la restricción alimentaria y a conductas purgativas para alcanzar la imagen idealizada que creen que deberían tener (García, 2021)

Por otro lado, el autor comenta que, los TCA también pueden desencadenar o intensificar la dismorfia corporal. Las personas que padecen TCA a menudo experimentan cambios en la percepción de su cuerpo debido a la alteración de sus hábitos alimentarios y a las fluctuaciones

de peso. Esto puede sacar de quicio la preocupación por la apariencia y aumentar la percepción de defectos corporales, incluso cuando no existen en realidad.

En el caso de los trastornos alimenticios, las personas suelen desarrollar patrones extremos como restricción alimenticia, atracones o purgas, impulsados por el deseo de alcanzar estándares irreales de belleza. De manera similar, quienes padecen dismorfia corporal suelen enfocarse en defectos percibidos (a menudo inexistentes), lo que lleva a comportamientos obsesivos, como mirarse constantemente al espejo o evitar situaciones sociales (García, 2021)

3.1.1.3. Preocupación por la Apariencia

Continuando con García (2021), hablando sobre la preocupación por la apariencia, en el extremo patológico de la preocupación por la apariencia, encontramos el *trastorno dismórfico corporal*. Las personas que presentan esta psicopatología sienten preocupación por una o varias partes de su cuerpo. Sin embargo, a los ojos de los demás estos “defectos” son imperceptibles o a penas apreciables, pues la percepción que estos individuos tienen de estas áreas de su cuerpo está distorsionada.

Esta preocupación con respecto a determinados aspectos de su apariencia física lleva a estas personas a manifestar comportamientos o actos mentales excesivos y repetitivos, como por ejemplo, comparar su propia apariencia de manera constante con la de los demás, mirar de forma repetitiva esas partes de su cuerpo que le desagradan en superficies reflectantes, dedicar un tiempo y esfuerzo considerables a tratar de disimular esos aspectos de su físico por los que siente rechazo o inconformismo, etc. Estas preocupaciones y conductas son molestas, les consumen mucho tiempo y son difíciles de resistir o controlar (García, 2021)

El impacto social se relaciona con el TDC ya que influye en varios aspectos de la vida de una persona. La influencia social de la dismorfia corporal radica en la perpetuación de estándares de belleza irreales y la presión constante de las redes sociales, que pueden intensificar la percepción negativa de la propia apariencia, llevando a problemas de salud mental como ansiedad, depresión y aislamiento social. La necesidad de encajar en estos estándares puede afectar tanto

las relaciones personales como la autoestima, y resulta en un ciclo perpetuo de insatisfacción y autocrítica (Mayo Clinic, 2022)

Este concepto destaca cómo la sociedad y los medios de comunicación pueden exacerbar las percepciones distorsionadas de la apariencia física, impactando profundamente la vida diaria de las personas afectadas por la dismorfia corporal. Impacto en el rendimiento académico y laboral, puede influir negativamente tanto en el rendimiento académico como en el laboral, La preocupación constante por la apariencia puede distraer a los estudiantes, impidiéndoles concentrarse en sus estudios, La ansiedad generada por la dismorfia puede afectar la capacidad de un estudiante para rendir en exámenes y tareas, y puede llevar a evitar situaciones sociales y académicas. La obsesión con los defectos percibidos puede llevar a una reducción de la productividad, ya que la mente del empleado está enfocada en su apariencia en lugar de en su trabajo (Adrián Fuertes, 2024)

3.1.1.4. Impacto social

Katharine Phillips (1995), menciona que, el impacto social del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) puede ser profundo y debilitante. Las personas con TDC a menudo experimentan una gran ansiedad y vergüenza en situaciones sociales debido a su preocupación excesiva por defectos percibidos en su apariencia. Esto puede llevar a una evitación significativa de eventos sociales, dificultando la formación y el mantenimiento de relaciones personales. Además, la intensidad de estas preocupaciones puede interferir con el rendimiento académico y laboral, reduciendo las oportunidades de interacción social y profesional. En muchos casos, el aislamiento resultante exacerba la sensación de soledad y puede contribuir al desarrollo de otros trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad.

3.1.1.5. Impacto en el rendimiento académico y laboral

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) puede tener un impacto significativo en el rendimiento académico y laboral de las personas afectadas. Las preocupaciones obsesivas por defectos percibidos en la apariencia física pueden consumir gran parte del tiempo y la energía mental de una persona, dificultando su capacidad para concentrarse y realizar tareas efectivamente. Esta constante distracción y ansiedad pueden llevar a una disminución del rendimiento en la escuela

y el trabajo, así como a ausencias frecuentes y una baja productividad. Además, el miedo al juicio y la evitación de interacciones sociales pueden limitar las oportunidades de desarrollo profesional y académico, creando un ciclo de aislamiento y estrés que exagera los síntomas del TDC (Phillips, 1995)

3.2. IMAGEN CORPORAL

3.2.1. Definición de Imagen Corporal

El BSQ (Body Shape Questionnaire) fue diseñado por *Cooper, Taylor* en 1987 define: “*La imagen corporal es un constructo complejo, que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos*”. Es un cuestionario que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros.

3.2.2. Relación que existe entre la Imagen Corporal y Dismorfia Corporal

La imagen corporal y la dismorfia corporal están estrechamente relacionadas, ya que ambas se centran en la percepción que una persona tiene de su propio cuerpo, pero con algunas diferencias importantes, por otro lado, es una condición clínica más severa en la que una persona está obsesionada con defectos percibidos en su apariencia que a menudo son imaginarios o mínimos. Esta preocupación excesiva puede llevar a comportamientos compulsivos, como mirarse constantemente en el espejo, evitar situaciones sociales y buscar repetidamente tratamientos estéticos.

La relación entre ambos conceptos se encuentra en la percepción distorsionada de la apariencia física. Mientras que una imagen corporal negativa puede ser una visión crítica pero más general de uno mismo, la dismorfia corporal es una manifestación extrema de esta percepción negativa, caracterizada por una fijación y angustia que interfieren con la funcionalidad diaria (Mas Delblanch, 2020)

Este cuestionario se ha utilizado en investigaciones para comprender mejor cómo las personas perciben su cuerpo y para identificar posibles trastornos relacionados con la imagen corporal. Es una herramienta valiosa tanto en el ámbito clínico como en la investigación para evaluar la insatisfacción corporal y su impacto en la salud mental.

3.2.3. La imagen corporal según Cooper Taylor

La teoría de que la imagen corporal es una construcción cognitiva que refleja cómo una persona percibe y se siente acerca de su cuerpo. Esta percepción se ve influenciada por factores socioculturales, personales y emocionales. El BSQ evalúa específicamente la insatisfacción con la imagen corporal, midiendo el grado en que una persona se preocupa por su forma y peso corporal y cómo estas preocupaciones afectan su vida diaria. La teoría subyacente es que la insatisfacción con la imagen corporal puede llevar a comportamientos disfuncionales y a una disminución en la calidad de vida, siendo crucial abordar estos aspectos para mejorar el bienestar psicológico (Cooper y Taylor et al, 1987)

Así también el autor menciona que, la **imagen corporal** se refiere a la percepción interna que una persona tiene de la forma, tamaño y apariencia de su propio cuerpo. Este concepto no solo abarca la manera en que una persona se ve a sí misma físicamente, sino también cómo cree que los demás la perciben. La imagen corporal puede estar influenciada por factores socioculturales, experiencias personales y emociones. Una imagen corporal negativa puede llevar a insatisfacción con uno mismo, lo que a menudo se asocia con comportamientos como dietas estrictas, ejercicio compulsivo y, en casos extremos, trastornos de la alimentación y dismorfia corporal. Cooper y Taylor et al (1987), destacan la importancia de abordar estas percepciones para promover una relación más saludable y equilibrada con el propio cuerpo.

3.2.4. Preocupación por la imagen corporal y el peso

Esta dimensión se refiere a la intensidad con la que los individuos se preocupan por su apariencia física y su peso, a menudo percibiéndose a sí mismos como más gordos de lo que realmente son. Esta preocupación puede manifestarse en una constante ansiedad por mantener una figura delgada, evitar situaciones donde el cuerpo puede ser expuesto y sentimientos de vergüenza y malestar al ver su reflejo en el espejo. La intensidad de estas preocupaciones varía entre los

individuos y está estrechamente relacionada con trastornos alimentarios como la bulimia nervosa y la anorexia nervosa. Cooper et al (1987), destacan que estas preocupaciones pueden tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar general de la persona.

3.2.5. Insatisfacción corporal producida por el propio cuerpo

La dimensión insatisfacción corporal producida por el propio cuerpo, hace referencia a la percepción negativa que una persona tiene de su propio cuerpo, lo que puede llevar a sentimientos de vergüenza, inseguridad y malestar. Esta insatisfacción puede estar relacionada con la forma, el tamaño o el peso del cuerpo, y a menudo se manifiesta en una preocupación constante por mejorar la apariencia física. Así también, se destaca que esta insatisfacción puede tener un impacto significativo en la autoestima y el bienestar emocional, y puede estar asociada con comportamientos de evitación y trastornos alimentarios (Cooper, 1987)

Haciendo referencia ahora en los adolescentes, esta insatisfacción puede ser especialmente problemática debido a la etapa crítica de desarrollo de su identidad y autoestima. La auto desvalorización por la apariencia física puede llevar a una atención obsesiva sobre defectos percibidos, los cuales son a menudo menores o incluso inexistentes. Este enfoque negativo intensifica la percepción de inadecuación y puede desencadenar en la dismorfia corporal, caracterizada por una preocupación extrema y desproporcionada por la apariencia. Además, la presión social y los estándares de belleza irrealistas amplifican estos sentimientos, lo que contribuye a un ciclo de ansiedad, aislamiento y conductas compensatorias perjudiciales para la salud mental y física del adolescente.

3.2.6. Auto desvalorización por la apariencia física

Esta dimensión hace referencia a la tendencia de los individuos a evaluar negativamente su propio cuerpo, lo que resulta en sentimientos de insatisfacción, vergüenza y malestar con su imagen corporal. Esta auto desvalorización puede llevar a comportamientos de evitación y a una preocupación constante por el peso y la forma del cuerpo, afectando significativamente la autoestima y el bienestar emocional. Cooper et al (1987), destacan que esta auto desvalorización es un componente clave en la evaluación de la imagen corporal y puede estar asociada con trastornos alimentarios y otros problemas de salud mental.

La auto desvalorización, caracterizada por una insatisfacción persistente y una evaluación negativa de la apariencia física, puede contribuir al desarrollo de la dismorfia corporal, donde los adolescentes se obsesionan con defectos percibidos en su apariencia, a menudo menores o imaginarios.

3.2.7. Cogniciones y comportamientos inadecuados para controlar el peso

En esta dimensión el autor refiere a pensamientos y acciones disfuncionales que las personas adoptan en un esfuerzo por gestionar su peso corporal. Las cogniciones incluyen creencias irracionales, como la percepción de que ciertos alimentos son absolutamente perjudiciales o que un pequeño desliz en la dieta anula todos los esfuerzos previos. Estas creencias pueden llevar a prácticas extremas y poco saludables, como saltarse comidas, utilizar laxantes o diuréticos de manera excesiva, inducir el vómito o seguir dietas altamente restrictivas que no proporcionan una nutrición equilibrada. Tales comportamientos no solo son ineficaces a largo plazo, sino que también pueden tener consecuencias graves para la salud física y mental, promoviendo un ciclo de conducta alimentaria desordenada y una relación negativa con la comida y el propio cuerpo (Cooper, 1987)

3.2.8. Percepción corporal negativa

La percepción corporal negativa como dimensión, es influenciada por factores internos como la baja autoestima y la ansiedad, así como por presiones externas de la sociedad y los medios de comunicación que promueven ideales de belleza poco realistas. Cooper (1987), señala que las personas con una percepción corporal negativa tienden a exagerar defectos menores o incluso inexistentes en su apariencia, lo que puede llevar a comportamientos perjudiciales como la evitación de situaciones sociales, el uso excesivo de dietas restrictivas y otras prácticas extremas para controlar el peso. Esta distorsión de la imagen corporal no solo afecta la salud física, sino que también tiene un impacto significativo en el bienestar emocional y mental, contribuyendo al desarrollo de trastornos alimentarios y otras condiciones psicológicas. Reconocer y abordar esta percepción distorsionada es crucial para promover una imagen corporal más positiva y una mejor calidad de vida (Cooper, 1987)

3.3. AUTOESTIMA

3.3.1. Definición de Autoestima

Según Stanley Coopersmith, la **autoestima** se define como la evaluación que una persona hace y mantiene habitualmente acerca de su propio valor o capacidad. Esta autovaloración se basa en las experiencias personales y en la percepción de cómo uno es visto y valorado por los demás. Coopersmith resalta que la autoestima es un componente crucial del bienestar emocional y psicológico, ya que influye en cómo una persona se relaciona con el mundo, enfrenta desafíos y persigue sus objetivos. La autoestima puede ser alta, reflejando una autopercepción positiva y una sensación de competencia y valía, o baja, indicando dudas sobre la propia capacidad y valía personal (Coopersmith, 1967)

La forma en que una persona se valora está influenciada en muchas ocasiones por los agentes externos o el contexto en el que se encuentra, por ello puede variar a lo largo del tiempo. En este sentido, la autoestima puede aumentar o disminuir a partir de situaciones emocionales, familiares, sociales o laborales, incluso, por nuestra autocrítica positiva o negativa.

3.3.2. La autoestima y relación con la dismorfia corporal

Continuando con el autor Sánchez Martín, P (2018), la baja autoestima puede desempeñar un papel significativo en el desarrollo y mantenimiento de la dismorfofobia. Cuando una persona tiene una autoestima baja, es más probable que se enfoque en sus imperfecciones percibidas y que exagere su importancia. Este enfoque obsesivo en los defectos corporales puede llevar a comportamientos compulsivos, como la evitación de situaciones sociales, el uso excesivo de maquillaje para ocultar los supuestos defectos o incluso procedimientos cosméticos innecesarios.

Coopersmith (1967), indica que la autoestima es la evaluación que el individuo realiza y cotidianamente mantiene respecto de sí mismo que se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en el que el individuo cree ser capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima no es otra cosa que la estimación de ser digno de ser amado por sí mismo y por ese motivo por los demás.

La insatisfacción corporal y la baja autoestima dificultan que se pueda ser capaz de apreciar cualidades, destrezas o inteligencia separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en el caso de las mujeres que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo (Sánchez, 2018)

3.3.3. La autoestima según Coopersmith (1967)

La teoría de la autoestima según Stanley Coopersmith (1967), se centra en cómo los individuos evalúan y mantienen una percepción consistente de su propio valor y capacidad. Coopersmith define la autoestima como la apreciación que una persona tiene de sí misma basada en sus experiencias de éxito y fracaso, así como en la retroalimentación que recibe de los demás. Según su teoría, la autoestima se desarrolla a través de cuatro áreas clave:

1. **Significación:** Sentirse aceptado y valorado por los demás, lo que contribuye a un sentido de pertenencia.
2. **Competencia:** La percepción de ser eficaz en la realización de tareas y la capacidad de alcanzar metas.
3. **Virtud:** La percepción de actuar de acuerdo con los valores y principios personales.
4. **Poder:** Sentirse capaz de influir en el entorno y en los eventos que afectan la vida personal.

Coopersmith (1967), subraya que una autoestima saludable se basa en un equilibrio positivo entre estas áreas, lo que permite a las personas enfrentar desafíos con confianza y mantener una visión positiva de sí mismas.

3.3.4. Autoestima General

La autoestima general es la evaluación global que una persona hace de su propio valor y competencia, influenciada por sus experiencias y la retroalimentación social. Coopersmith destaca que esta autopercepción abarca diversas áreas de la vida, incluyendo la aceptación social, el rendimiento académico y profesional, y las relaciones familiares. Una autoestima general positiva implica una autovaloración equilibrada y una percepción de competencia y

valía personal en múltiples contextos. Por el contrario, una baja autoestima general se manifiesta en dudas sobre las propias capacidades y un sentimiento persistente de inadecuación, lo que puede afectar negativamente la motivación, la confianza y el bienestar emocional (Coopersmith, 1967)

Es así que la autoestima general y la dismorfia corporal en adolescentes están estrechamente relacionadas porque ambos conceptos giran en torno a la percepción de uno mismo. Los adolescentes con baja autoestima suelen ser más susceptibles a desarrollar trastornos como la dismorfia corporal, ya que tienen una valoración negativa de su propia imagen y valor personal.

Esta percepción crítica de sí mismos puede llevarlos a obsesionarse con defectos percibidos en su apariencia, lo cual es característico de la dismorfia corporal. A su vez, la preocupación excesiva por estos defectos puede erosionar aún más su autoestima, creando un ciclo negativo que afecta su bienestar emocional y psicológico. Por lo tanto, la intervención para mejorar la autoestima puede ser importante en la prevención y tratamiento de la dismorfia corporal en adolescentes.

3.3.5. Autoestima Social

La autoestima social se refiere a la percepción de una persona sobre su valor y aceptación dentro de su grupo social. Esta dimensión de la autoestima está profundamente influenciada por las interacciones y la retroalimentación de los pares, amigos y la comunidad en general. Coopersmith sostiene que sentirse aceptado y valorado por los demás es crucial para el desarrollo de una autoestima positiva, ya que refuerza el sentido de pertenencia y el respeto propio. La autoestima social puede determinar la confianza con la que una persona participa en actividades sociales y se relaciona con otros, afectando su bienestar emocional y su capacidad para formar y mantener relaciones interpersonales saludables (Coopersmith, 1967)

La autoestima social y la dismorfia corporal en adolescentes están interrelacionadas porque la forma en que los adolescentes se perciben a sí mismos dentro de su grupo social puede influir directamente en su imagen corporal. Adolescentes con baja autoestima social pueden sentirse más inseguros y preocupados por su apariencia, buscando la validación externa y el reconocimiento de sus pares.

Esta necesidad de aceptación y el miedo al rechazo pueden intensificar la obsesión por defectos percibidos en su cuerpo, característica de la dismorfia corporal. Es así que, cuando los adolescentes no se sienten aceptados o valorados socialmente, es más probable que desarrollen percepciones negativas sobre su cuerpo, lo que puede afectar gravemente su salud mental y emocional.

3.3.6. Autoestima Hogar y Padres

Esta dimensión hace referencia a cómo un niño percibe su valía y aceptación dentro del entorno familiar. Esta dimensión de la autoestima se construye a partir de las interacciones y el apoyo recibido de los padres y otros miembros de la familia. Coopersmith (1967), argumenta que un ambiente familiar positivo y de apoyo, donde el niño se siente valorado y comprendido, fomenta un sentido saludable de autoestima. Los padres que muestran afecto reconocen los logros de sus hijos y proporcionan una retroalimentación constructiva, contribuyen significativamente al desarrollo de una autoestima sólida. Por otro lado, una falta de apoyo o críticas constantes pueden erosionar la autoestima, afectando negativamente el bienestar emocional y el desarrollo social del niño.

Relacionando esta dimensión con la dismorfia corporal en adolescentes, es importante mencionar que existe una conexión importante dentro del entorno familiar, porque hace participe el apoyo parental y es que se juega un papel fundamental en el desarrollo de la autopercepción. Cuando los adolescentes reciben un apoyo positivo, afecto y validación de sus padres, es más probable que desarrollen una autoestima saludable y una imagen corporal positiva. En cambio, la falta de apoyo, críticas constantes o la presión por cumplir con ciertos estándares de apariencia pueden llevar a una percepción distorsionada del propio cuerpo y aumentar la susceptibilidad a la dismorfia corporal. En esencia, un entorno familiar saludable y de apoyo es de gran importancia para prevenir las preocupaciones excesivas sobre la apariencia física y promover el bienestar emocional de los adolescentes.

3.4. ANSIEDAD SOCIAL

3.4.1. Definición de la Ansiedad Social

Según Michael Liebowitz, la ansiedad social se define como un temor intenso y persistente ante situaciones sociales o de desempeño en las que el individuo se expone a la evaluación de otras personas. Esta ansiedad se manifiesta en un miedo desproporcionado al juicio negativo, la crítica o el rechazo por parte de los demás, lo que puede llevar a la evitación de dichas situaciones. Liebowitz desarrolló la Escala de Ansiedad Social (LSAS) para medir esta ansiedad y su impacto en la vida cotidiana, destacando que este trastorno puede interferir significativamente con el funcionamiento social y profesional de quienes lo padecen, causando síntomas físicos y emocionales que afectan su calidad de vida (Liebowitz, 1987: 30)

3.4.2. Relación de la Ansiedad Social con la Dismorfia Corporal

La relación entre la ansiedad social y la dismorfia corporal es compleja y bidireccional, implicando interacciones entre percepciones negativas del propio cuerpo y el temor intenso a la evaluación negativa por parte de los demás. La dismorfia corporal se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente con defectos percibidos en la apariencia física, que a menudo no son observables o son triviales para otros. Esta preocupación puede llevar a una evitación de situaciones sociales debido al miedo a ser juzgado o ridiculizado por estos defectos, lo que intensifica la ansiedad social. Por su parte, la ansiedad social, definida por un temor irracional y persistente a situaciones en las que uno puede ser evaluado por los demás, puede exacerbar la percepción negativa del propio cuerpo, aumentando así la severidad de la dismorfia corporal.

Ambos trastornos comparten características cognitivas disfuncionales, como la tendencia a interpretar la información social de manera negativa y la exageración de defectos físicos percibidos. Además, la evitación de situaciones sociales como mecanismo de defensa frente al miedo a la evaluación negativa refuerza el ciclo de ansiedad y aislamiento, empeorando la percepción de la imagen corporal y la ansiedad asociada.

Estudios han demostrado que la dismorfia corporal frecuentemente coexiste con la ansiedad social, sugiriendo una interacción significativa entre estos trastornos. La intervención terapéutica que aborda tanto la percepción corporal distorsionada como las preocupaciones sociales puede ser crucial para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los individuos afectados (Jeri-Yabar, 2021)

3.4.3. La Ansiedad Social según Liebowitz

La **ansiedad social**, según Michael Liebowitz, es un miedo intenso y persistente a situaciones sociales en las que una persona puede ser evaluada negativamente por los demás. Este miedo puede llevar a la evitación de situaciones sociales y a una significativa angustia emocional. Liebowitz desarrolló la **Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)**, un cuestionario de autoevaluación que mide tanto la ansiedad por actuación (temor a realizar tareas en público) como la ansiedad social (temor a interactuar con otros). La LSAS se utiliza ampliamente en la evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social (Liebowitz, 1987)

3.4.4. Ansiedad en situaciones sociales

Según Liebowitz (1987), la **ansiedad en situaciones escolares** es una manifestación específica de la ansiedad social que se presenta en contextos educativos. Esta ansiedad se caracteriza por un temor intenso y persistente a ser evaluado negativamente por compañeros, maestros u otras figuras de autoridad en el entorno escolar. Los estudiantes que experimentan esta forma de ansiedad pueden temer hablar en clase, realizar presentaciones, participar en discusiones grupales o incluso interactuar socialmente con sus compañeros. La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) evalúa esta ansiedad midiendo el grado de miedo y evitación que los individuos sienten en diferentes situaciones sociales, incluyendo aquellas relacionadas con el ámbito académico. La ansiedad en situaciones escolares puede afectar significativamente el rendimiento académico y el bienestar emocional de los estudiantes, llevándolos a evitar actividades escolares y disminuyendo su participación y desempeño en el aula (Liebowitz, 1987)

3.4.5. Evitación de situaciones sociales

En esta dimensión, la evitación de situaciones sociales es un comportamiento característico de las personas que experimentan ansiedad social. Esta evitación se manifiesta como un esfuerzo consciente por evitar situaciones en las que se teme ser evaluado negativamente por los demás, como eventos sociales, reuniones, presentaciones en público o incluso interacciones cotidianas. Esta conducta se basa en el miedo intenso a ser juzgado, ridiculizado o rechazado, lo que puede llevar a un aislamiento social significativo y a una disminución de la calidad de vida. Las personas que evitan estas situaciones suelen experimentar una gran angustia y pueden desarrollar estrategias complejas para evitar ser el centro de atención o para minimizar el contacto social, lo que perpetúa y exacerba los síntomas de ansiedad (Liebowitz, 1987)

3.5. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA DISMORFIA CORPORAL EN ADOLESCENTES

En la presente sección se incorporan aquellas investigaciones más pertinentes al tema de estudio abordado en esta tesis. En uno de los objetivos específicos se considera la dismorfia corporal en adolescentes, siendo esto un problema significativo debido a su impacto profundo en la salud mental y emocional durante una etapa crucial de desarrollo.

Los adolescentes que padecen este trastorno experimentan una preocupación obsesiva por defectos percibidos en su apariencia, lo que puede llevar a una baja autoestima, ansiedad, depresión y aislamiento social. Además, la presión social y los ideales de belleza promovidos por los medios de comunicación y las redes sociales amplifican estos sentimientos de insuficiencia y distorsión corporal. Esta obsesión por la apariencia puede interferir con el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la participación en actividades cotidianas, impidiendo un desarrollo saludable y equilibrado. En la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, la Lic. Claudia Lucía Aguirre Arana, realizó una investigación titulada *“Proceso Psicoterapéutico con Enfoque Psicoanalítico para el Trastorno Dismórfico Corporal”*. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“La etiología de la Dismorfia Corporal está asociada a las fallas de la mirada no empática por parte de los padres que se presentan por conductas violentas, de rechazo, de indiferencia, comparación con otros y de exposición devaluatoria del infante con los demás, también presentan contradicciones en el decir y el hacer y expresiones verbales de crítica, juicio y devaluación, teniendo como efecto un deterioro en la autoestima, sensación de desvalorización y de rechazo. Por lo anterior, existe en quien padece este trastorno dificultades para buscar ayuda, por lo que se sugiere abrir espacios para la atención de esta problemática y alternadamente difundir información que ayude a identificar los síntomas de quien lo padece y alertar a los padres de los efectos que pueden tener el trato hacia sus hijos.

Con esta investigación se logró identificar la etiología y la dinámica desde la Teoría del Self en el que se identifica la dificultad de internalizar los objetos del mismo ubicándose por tanto en Trastornos Límitrofes. Es prudente retomar a Klein y Lacan para enriquecer el desarrollo psicodinámico del trastorno desde otras posturas.

Se requiere de una terapia basada en la empatía y el sentido común debido al tipo de personalidades que se están tratando. Por ello es necesario que el terapeuta desarrolle empatía a través de su propio análisis, incluyendo el de la imagen corporal, esto quiere decir, que el terapeuta realice un trabajo de pensar en aquello que hasta el momento no ha pensado sobre su cuerpo y perciba cada una de las emociones, sensaciones y sentimientos que eso le genera y solo a partir de ello podrá entender este padecimiento y a su paciente.

La terapia psicoanalítica es favorable para el tratamiento de este trastorno aplicando las técnicas de confirmación, clarificación, sugerencia, indagación, recapitulación, señalamiento, interpretación y meta – intervenciones, evitando el uso de la confrontación. De igual forma es de utilidad realizar un análisis e interpretación oportuna de las resistencias, transferencia y contratransferencia.” (Arana, 2018)

En otra investigación de una tesis doctoral titulada “Imagen Corporal, Satisfacción Corporal, Autoeficacias Específicas y Conductas de Salud y Riesgo para la Mejora de la Imagen Corporal” elaborado por María José Ramírez Molina de la Universidad de Granada, hace referencia a la

presentación de los distintos términos que engloba el concepto de Imagen Corporal y conocer cuál es la percepción del cuerpo y la satisfacción con la misma de individuos en su juventud y primera adultez.

La satisfacción con la imagen corporal es un aspecto crítico de la salud mental y emocional, especialmente en el contexto de la dismorfia corporal. Las personas que no están satisfechas con su apariencia a menudo experimentan una profunda angustia y ansiedad, lo que puede llevar a una obsesión por defectos percibidos que en realidad pueden ser mínimos o inexistentes. Esta insatisfacción puede desencadenar comportamientos perjudiciales, como dietas extremas, ejercicio compulsivo, y en casos severos, intervenciones quirúrgicas innecesarias. La baja autoestima resultante puede afectar negativamente las relaciones interpersonales, el rendimiento académico o profesional, y la calidad de vida en general. En resumen, la dismorfia corporal y la insatisfacción con la imagen corporal representan problemas significativos que pueden limitar la capacidad de una persona para disfrutar de una vida plena y satisfactoria, es así que esta investigación destaca sus siguientes conclusiones:

“(...) - Existen diferencias en función de la edad, al menos en el rango de edad explorado. Los participantes mayores mostraron percepciones corporales más positivas y mayor satisfacción corporal que los de menor edad.

- Conforme aumenta el peso y el IMC, las personas tienen peores percepciones corporales y menor satisfacción con las mismas, así como mayores discrepancias entre su ideal corporal y su cuerpo actual.

- El sexo modera la relación entre IMC y las percepciones corporales ideales y los indicadores de satisfacción corporal, pero no la relación entre IMC y las percepciones corporales actuales y sociales, que es la misma para hombres y mujeres.

- Las personas con peores percepciones corporales y una menor satisfacción con su cuerpo, así como las mujeres y los adultos de mayor edad, hacen un mayor uso de estrategias de riesgo para el manejo de su apariencia.

- Mientras que las mujeres hacen un uso moderadamente alto de estrategias saludables para manejar su cuerpo, los hombres con percepciones corporales más pobres y menor satisfacción con el cuerpo hacen un menor uso de este tipo de estrategias
- Los hombres con percepciones corporales ideales más exigentes y las mujeres, independientemente de su imagen corporal ideal, hacen un mayor uso de estrategias de riesgo para el control de su apariencia. - Las personas que refieren tener hábitos saludables tienen mejores percepciones corporales y mayor satisfacción corporal.

Nuestros hallazgos y las conclusiones enumeradas destacan la importancia de intervenciones destinadas al control del peso y la composición corporal para prevenir alteraciones relacionadas con las percepciones corporales y otro tipo de trastornos asociados, como los relacionados con la conducta alimentaria y física, así como, más importante, para favorecer percepciones corporales más positivas y mayor satisfacción subjetiva con el cuerpo y la apariencia (...) Aunque las intervenciones sobre las percepciones corporales negativas y los trastornos asociados han demostrado ser eficaces, quizás es el momento de pensar en nuevas oportunidades de acción en la línea de la promoción de la salud, más allá exclusivamente de la prevención y tratamiento de la enfermedad, donde la promoción de una alimentación saludable y de una conducta física activa puede, sin duda, contribuir al desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal y satisfacción corporal positivas” (Molina, 2017)

En Colombia, Tuluá, se realizó una investigación que titula “Caracterización de las consecuencias emocionales durante el proceso de realización de cirugías estéticas con relación a la dismorfia corporal en mujeres entre los 18 y 45 años de edad de la ciudad de Tuluá- Valle del Cauca” en donde aborda las experiencias personales de las mujeres a través de un análisis cualitativo, donde se requiere identificar patrones por medio de datos para comprender los factores psicológicos y emocionales inmersos en esta población. Al brindar una dimensión sobre las razones por las cuales, estas mujeres decidieron realizarse dicho procedimiento y las consecuencias emocionales que se pueden presentar a raíz de las mismas, esta investigación busca contribuir a la comprensión de la complejidad del fenómeno de la dismorfia corporal y su relación con dichos procedimientos (Silva, 2023)

La autoestima está profundamente entrelazada con la percepción que una persona tiene de su imagen corporal. En el contexto de la dismorfia corporal, esta relación se vuelve especialmente problemática, ya que la preocupación excesiva y a menudo irracional por defectos percibidos en la apariencia física puede llevar a una autoestima significativamente baja. Las personas con dismorfia corporal a menudo se ven atrapadas en un ciclo de autocrítica e insatisfacción continua, lo que socava su confianza y bienestar emocional. Esta baja autoestima no solo afecta su capacidad para desarrollar relaciones interpersonales saludables, sino que también puede limitar su rendimiento académico o profesional y su calidad de vida en general. La constante preocupación por la apariencia puede aislar a los individuos y hacer que se enfoquen de manera desproporcionada en aspectos superficiales, desviando la atención de sus talentos y fortalezas reales.

La investigación de Silva (2023), menciona la existencia de la autoestima con referencia a su tema de cirugías estéticas, manteniendo la dismorfia corporal en toda la investigación, ella menciona que: “...frente a la presión social que se ejerce en las mujeres por su aspecto físico, se tiene la creencia, que se genera de acuerdo al contexto en el que se desarrolla. Asimismo, las mujeres a la edad de 18 años se encuentran en una etapa de relaciones interpersonales, donde la mayoría de estas se ven reflejadas por su apariencia física, por ende, es importante resaltar que el autoestima y las ideas con las que crecieron están directamente relacionadas con la percepción de sí mismas, es decir, si hay una insatisfacción corporal y de creencias irracionales, pueden surgir algún tipo de psicopatología, entre las cuales se identifica la dismorfia corporal, los trastornos alimenticios, la depresión y la ansiedad, entre otras (Bula, et al, 2017, p. 4)

Ahora bien, las mujeres en su edad adulta atraviesan por esta serie de cambios debido al miedo por envejecer, el deseo de mantener un atractivo sexual, la belleza eterna obtenida a través de esta práctica es lo que impulsa la toma de decisiones de dicha población (Calderón, 2014, p. 6). (...) El poder satisfacer las necesidades que la persona posea o reestructurar sus ideas y creencias, es uno de los trabajos que tendrá el profesional al momento de intervenir durante el proceso de una cirugía estética en mujeres que puedan poseer problemas con su imagen o con su contexto social, adicionalmente los problemas de autoestima, problemas alimenticios, dismorfia corporal, son temas delicados que deben ser resueltos con dichas intervenciones,

para generar una satisfacción en la población y no recaer en una adicción por realizarse infinidad de cirugías estéticas, brindándoles bases firmes con las cuales se desenvuelva con satisfacción y comodidad en su día a día.” (Silva, 2023)

Otra variable estudiada en la presente tesis es la ansiedad social en adolescentes. La ansiedad social es un problema significativo relacionado con la dismorfia corporal debido a la intensa preocupación que las personas con este trastorno tienen sobre cómo son percibidas por los demás. La obsesión por defectos percibidos en su apariencia puede llevar a un miedo constante a ser juzgados, ridiculizados o rechazados en situaciones sociales. Esta ansiedad puede resultar en un aislamiento social voluntario, evitando interacciones y actividades que podrían exponerlos a críticas. Además, el estrés constante y la autoevaluación negativa desgastan la confianza y el bienestar emocional, agravando aún más la dismorfia corporal. La ansiedad social vinculada a la dismorfia corporal crea un ciclo perjudicial que impacta negativamente la calidad de vida y el funcionamiento social de los individuos afectados.

Investigaciones muestran la ansiedad social desde diferentes panoramas, pero desde el punto de vista con la dismorfia corporal, se pudo encontrar una investigación realizada por Jerí Yabar Antoine y Marín Leiva Javiera Andrea en donde mencionan que el objetivo de su tesis es determinar la asociación entre el trastorno dismórfico corporal (TDC) y trastorno de ansiedad social (TAS) en pacientes que acudieron a consulta dermatológica en una clínica privada de Lima entre enero y mayo del 2018. Algunos de sus resultados expresados en conclusiones fueron:

“La presencia de TAS y TDC fue mayor en mujeres, (...) probablemente se deba a que la belleza es un componente central en el estereotipo femenino, por ende son más propensas a preocuparse más por su apariencia que los hombres (...) las personas con TDC presentan una preocupación excesiva por su imagen física y se pueden imaginar o agrandar un defecto mínimo o imaginario (...) Conforme el TDC va agravándose, podría causar al final TAS, y esta persona generaría una fobia ante situaciones sociales simples tal como llamar por teléfono, rechazar algo de un vendedor o ser el centro de atención (...) es importante tener en cuenta la asociación entre TDC y TAS, como también la alta prevalencia de TDC en pacientes dermatológicos. Este estudio podría alentar el tamiz de estos dos trastornos en los consultorios de dermatología, y así poder mejorar el cuidado de los pacientes, recurriendo, por ejemplo, a interconsultas

psiquiátricas en pacientes en riesgo. Consideramos, en dicho sentido, que la consulta dermatológica podría ser una oportunidad para la prevención de problemas de salud mental como los descritos en el presente estudio. Es por ello que se recomienda que se realice un tamiz de estos trastornos en la población dermatológica previa a consulta para evitar grados mayores de la enfermedad y sus posibles consecuencias (...) Como conclusión: La presencia de TDC incrementa el riesgo de padecer TAS en pacientes dermatológicos de una consulta privada en Lima, donde posiblemente TDC preceda al TAS” (Jerí & Marín, 2019)

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ÁREA A LA CUAL PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación propuesto en este documento pertenece a la psicología clínica, puesto que la unidad de estudio se basa en el individuo y la salud mental del mismo.

Esta área se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano, por lo tanto, esta investigación pretende determinar factores psicológicos asociados a la dismorfia corporal de los estudiantes del colegio La Salle nivel secundario de la ciudad de Tarija.

La psicología clínica es una subdisciplina dentro de la psicología que estudia todos los elementos implicados en los trastornos mentales y, de forma más genérica, la salud mental.

“La psicología clínica lleva a cabo todas las tareas de evaluación, diagnóstico, prevención e intervención terapéutica en personas con algún tipo de afectación mental o de conducta desadaptativa, con el fin de restaurar el equilibrio psicológico y eliminar todo el sufrimiento”
(Regader, 2016: p56)

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación, de acuerdo con sus diferentes características y finalidad, se tipifica de la siguiente manera:

La presente investigación se tipifica como **teórica**, ya que su fin es aportar con información nueva o corroborar datos nuevos, generar información y absolver dudas científicas. Específicamente, se pretende conocer factores psicológicos asociados con la dismorfia corporal en adolescentes, ansiedad social, autoestima, imagen corporal, así mismo ayudándonos de este modo a comprender la problemática planteada.

Según la profundidad: Es un estudio **exploratorio** ya que, sobre el tema, hay muy pocas investigaciones en el medio tarijeño, que aborda el tema de los factores psicológicos asociados a la dismorfia corporal en adolescentes del colegio La Salle de la ciudad de Tarija.

También podemos decir que la investigación proyectada es de tipo **exploratoria**, debido a que pretende realizar un abordaje aproximativo al fenómeno de estudio y no agotar todos los recursos metodológicos llegando a resultados explicativos. Además, porque la muestra conformada no se basa en criterios estadísticos rigurosos, es decir, no alcanza al 10% de la población.

Según el resultado: Este estudio se clasifica como **descriptivo** porque inicialmente se enfoca en identificar y detallar las propiedades y características de cada una de las variables analizadas. Es decir, se pretende ofrecer una descripción minuciosa y detallada de los aspectos particulares que componen las variables de interés: dismorfia, imagen corporal, autoestima y ansiedad social.

Según el método de investigación: El estudio se considera **cuantitativo** debido a los instrumentos y procedimientos utilizados para recopilar y analizar los datos. Todos los instrumentos aplicados son de carácter numérico y han sido validados mediante técnicas de estadística inferencial. Además, se utilizarán preguntas cerradas, y los baremos están contruidos con base en las medias poblacionales. Los resultados del estudio se presentarán utilizando estadística descriptiva, y la aceptación o rechazo de las hipótesis dependerá de criterios proporcionales.

Según el tiempo de estudio: El estudio es de tipo **transversal** porque se llevará a cabo en un grupo diverso de sujetos en un momento específico, sin realizar un seguimiento a lo largo del tiempo. Esto significa que se recogerán datos en un solo punto temporal de una muestra variada de participantes, en lugar de seguir a los mismos sujetos durante un período prolongado. Este enfoque permite obtener una visión instantánea de las variables de interés, facilitando la comparación y el análisis de las diferencias entre distintos individuos en un tiempo determinado.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” de la ciudad de Tarija que presentan TDC. El número de personas con dismorfia corporal en la ciudad de Tarija es desconocido.

Las variables de inclusión de los integrantes de la población son las siguientes:

1. Variables de inclusión.

- a) Estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle”, que sufran de dismorfia corporal según el TDC Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal.
- b) Personas que vivan en la ciudad de Tarija.
- c) Estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” que tengan edades de 12 a 18 años.

2. Variables de exclusión.

- a) Estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” que sufran el TDC.
- b) Personas que vivan en la ciudad de Tarija.
- c) Personas mayores de 12 años.

3. Variables socio demográficas.

- a) Sexo: hombres y mujeres.
- b) Edad 12 a 18 años
- c) Curso o grado de secundaria

4.3.2. MUESTRA

La muestra evaluada estuvo compuesta por 280 estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” de la ciudad de Tarija, entre 12 a 18 años.

Para determinar el número de la muestra no se empleó fórmulas estadísticas, ya que, mediante la dirección de la unidad educativa, la asignación de la muestra fue llevado a cabo por criterios del fenómeno de estudio y por características propias de las materias de actividad de profesionalización; la dirección de la unidad educativa asignó un paralelo por curso para el recojo de los datos.

Se aplicó el Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal y se seleccionó a las personas que tengan un nivel moderado a muy alto en el cuestionario.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS; PROCEDIMIENTO Y CRONOGRAMA

4.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.5.1. MÉTODOS

Los métodos utilizados para la realización de la presente investigación son los siguientes:

a) Según el grado de integración o desintegración del fenómeno de estudio:

Método analítico: Los objetivos de la investigación tienen una naturaleza analítica, ya que pretenden identificar las principales características de la psicología de los adolescentes que presentan dismorfia corporal de la ciudad de Tarija. Así mismo, para conocer los elementos fundamentales y las relaciones que existen entre variables, se debe hacer una descomposición de los resultados y revisión bibliográfica, puesto que se tiene una gran rama de información, pero la misma debe ser analizada y especificada según lo que se requiere en el trabajo de investigación, así también, en la interpretación de datos.

Método de Síntesis: Al tener la integración de las partes analizadas, se obtiene una síntesis global del objeto de estudio, tomando en cuenta los aspectos más importantes desarrollados sobre la dismorfia corporal, ansiedad social, autoestima, imagen corporal, en los adolescentes.

b) Según el tipo de razonamiento empleado para sacar las conclusiones:

Método inductivo. Mediante el método inductivo, se partió de la observación de conductas particulares y recurrentes en los adolescentes, tales como la validación externa a través de dispositivos móviles y la comparación constante con estereotipos digitales. Al identificar un patrón donde el uso intensivo de redes sociales coincidía sistemáticamente con expresiones de insatisfacción física, se pudo inducir y generalizar que la exposición a estándares de belleza irreales en plataformas digitales actúa como un factor psicológico asociado significativamente al desarrollo de la dismorfia corporal en esta población.

4.5.2. TÉCNICAS

Al interior del método de los test estandarizados que se emplearon, se pudo identificar una técnica particular:

Técnica de los test psicométricos: Todos los test estandarizados son de naturaleza psicométrica, es decir, se basan en escalas estructuradas, objetivas y los resultados se obtuvieron de manera estadística. No existe ningún test proyectivo ni de naturaleza cualitativa empleados en esta investigación.

- ❖ **Escala:** Se empleó la técnica de la escala, pues algunos de los instrumentos seleccionados, clasifican los datos en base a una dimensión jerárquica, con criterios ordinales. Dentro de esta técnica está el test: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.
- ❖ **Inventario:** También se empleó la técnica de los “inventarios”, pues ciertos instrumentos utilizados, pretenden enlistar o inventariar características de los sujetos evaluados, sin ordenar las respuestas de manera jerárquica o sin que dichas respuestas manifiesten cierta capacidad. Las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems. Aquí se aplicó el inventario de autoestima de Coopersmith.
- ❖ **Cuestionario:** Son herramientas de evaluación diseñadas para medir diversas características psicológicas, como actitudes, comportamientos, rasgos de personalidad, habilidades y estados emocionales. Estos cuestionarios consisten en una serie de preguntas estructuradas que los individuos responden, generalmente en un formato de autoevaluación. Las respuestas son luego analizadas para obtener puntuaciones que

reflejan las características psicológicas de interés. En esta técnica están los cuestionarios: Cuestionario de trastorno dismórfico corporal y Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)

4.5.3. INSTRUMENTOS

Los diferentes instrumentos que se emplearon en este estudio diseñado, se los presenta a continuación dentro de una tabla resumen, en función de las variables, métodos y técnicas a los que corresponden.

Cuadro resumen de los métodos, técnicas e instrumentos:

VARIABLES	MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Dismorfia Corporal	Test Psicológico Estandarizado	Test Psicométricos (Cuestionario)	Cuestionario de trastorno dismórfico corporal
Ansiedad social	Test Psicológico Estandarizado	Test Psicométricos (Escala)	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz
Autoestima	Test Psicológico Estandarizado	Test Psicométricos (Inventario)	Inventario de autoestima de Coopersmith
Imagen corporal	Test Psicológico Estandarizado	Test Psicométricos (Cuestionario)	Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)

Para obtener un conocimiento claro de cada uno de los instrumentos utilizados, se detallan las siguientes fichas técnicas:

4.5.3.1. CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Autores: Phillips, Atala, y Pope, 1995

Autor: Katharine A. Phillips

Objetivo del test:

Técnica: Test psicométrico (Cuestionario).

Historia de creación y baremación: El cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDD-Q; Phillips 1995), se diseñó para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) tomando como base los criterios del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Puede ser completado como un auto informe o como entrevista clínica. En este estudio se utilizó en formato auto informe compuesto por 21 ítems con formatos de respuesta si/no. Existen también preguntas de desarrollo que deben ser respondidas por el entrevistado y el terapeuta que contribuyen a discriminar si se trata de un TDC o una reacción espontánea a una característica física objetiva.

Confiabilidad y Validez

- **Validez de Constructo:** Esta herramienta ha demostrado una buena validez de constructo, lo que significa que mide adecuadamente el constructo teórico de la dismorfia corporal.
- **Confiabilidad Interna:** El cuestionario ha mostrado alta consistencia interna, lo que significa que los ítems dentro del instrumento son coherentes entre sí y miden el mismo constructo. Se considera que las 4 preguntas evaluadas en escala Likert planteadas tienen una consistencia interna excelente (0.89) para estimar el TDC. Al hacer el análisis eliminando preguntas se obtiene que los cambios observados en el alfa de Cronbach son pequeños, tan solo varían entre 0.07 y 0.01 puntos con respecto al valor general, pero se mantienen dentro del rango de clasificación buena. Por lo tanto, se considera que las 4 preguntas se deben tener en cuenta.

Procedimiento de Aplicación y Calificación

Se brinda un cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal en forma de hojas y se solicita que elija una de las dos opciones sí o no, para cada respuesta "SÍ", asigna 1 punto. Para cada respuesta "NO", asigna 0 puntos. Suma el total de puntos obtenidos para calcular el puntaje final del cuestionario.

Descripción de los materiales.

El Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal, consta de 21 ítems, que exploran el grado de insatisfacción que tienen los adolescentes, y hasta qué punto puede llegar para cambiarla.

Escala Interpretativa:

ESCALA	RANGO	DESCRIPCIÓN
Baja presencia de TDC	0-7 Puntos	Poca o ninguna interferencia por preocupaciones sobre la apariencia.
Moderada presencia de TDC	8-14 Puntos	Algo de interferencia en la vida diaria debido a preocupaciones sobre la apariencia.
Alta presencia de TDC	15-18 Puntos	Interferencia considerable que afecta la vida social y laboral.
Muy alta presencia de TDC	19-21 Puntos	Interferencia severa que afecta múltiples áreas de la vida.

Ítems agrupados por dimensiones:

Dimensión 1: Preocupación por la apariencia (Ítems 1-7). Hace referencia al grado de pensamiento y preocupación que un individuo tiene respecto a su aspecto físico. Se centra en la frecuencia y la intensidad de las comparaciones con otras personas, el miedo a ser juzgado negativamente, las acciones para ocultar o aspectos disimulados de la apariencia, y el efecto de estas preocupaciones en la vida cotidiana, como evitar ciertas situaciones o sentirse incómodo ante cumplidos.

Dimensión 2: Impacto social (Ítems 8-14). Mide cómo las preocupaciones sobre la apariencia afectan la interacción social del individuo. Examina la influencia de estas preocupaciones en las relaciones interpersonales, la participación en actividades sociales, el miedo al escrutinio social, y el potencial de sentirse excluido o discriminado debido a la apariencia, así como la incomodidad asociada con ser fotografiado o etiquetado en redes sociales.

Dimensión 3: Impacto en el rendimiento académico y laboral (Ítems 15-21). Analiza cómo las preocupaciones estéticas interfieren con el desempeño en el área académica y laboral. Evalúa

si las preocupaciones generan problemas en la concentración, tensiones, evitación de oportunidades o roles activos, preferencia por actividades solitarias, y si conducen a comportamientos como faltar a responsabilidades o postergar tareas debido a la ansiedad relacionada con la apariencia.

4.5.3.2. INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Autor: Stanley Coopersmith

Objetivo del test: Es medir las actitudes que una persona tiene hacia sí misma en las áreas personal, familiar y social.

Técnica: Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967

HISTORIA DE CREACIÓN Y BAREMACIÓN

El **Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI)**, fue desarrollado por Stanley Coopersmith en la década de 1960. Su objetivo principal era medir las actitudes valorativas hacia uno mismo en diferentes áreas de la vida, como el ámbito personal, familiar y social. Coopersmith creía que la autoestima era un factor crucial en el desarrollo emocional y académico de los individuos, especialmente en los adolescentes.

El inventario se compone de 25 ítems que los participantes responden en un formato de verdadero o falso. Estos ítems están diseñados para evaluar cómo los individuos se perciben a sí mismos y cómo valoran sus propias características físicas y psicológicas. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de los ítems, y se pueden obtener puntuaciones separadas para cada una de las tres áreas mencionadas.

En cuanto a la **baremación**, el SEI utiliza un sistema de puntuación simple donde cada respuesta correcta (verdadero) suma un punto al total. El puntaje máximo es de 50 puntos.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, de acuerdo al análisis del inventario en referencia, a diferencia de la versión Escolar (original), toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes al de las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” (06 reactivos), y unifica las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que denomina “Área Social” (07 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, éstos son similares a los que se mencionan en el inventario original. Está compuesto por 25 Ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras.

La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en Tres áreas:

I. Si Mismo General: El cual refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

II. Social: Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

III. Familiar: Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Confiabilidad

Consistencia Interna: Medida por el coeficiente de Alfa de Cronbach, ha sido alta en diversas poblaciones, lo que indica que las preguntas del inventario miden de manera coherente el constructor de autoestima. Además, la **validez test-retest** ha mostrado resultados estables a lo largo del tiempo, lo que sugiere que el inventario produce resultados consistentes en diferentes momentos.

Validez

La validez del Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI), se refiere a su capacidad para medir con precisión el constructor de la autoestima que pretende evaluar. Diversas investigaciones han demostrado que el SEI posee una buena **validez de constructo**, es decir, el inventario refleja adecuadamente los aspectos teóricos de la autoestima. Esta validación ha sido respaldada por análisis factoriales, que muestran que las dimensiones evaluadas (autoestima personal, social, familiar), corresponden a la estructura teórica propuesta por Coopersmith.

Además, el SEI ha mostrado **validez concurrente**, ya que sus resultados se correlacionan de manera significativa con otras medidas de autoestima y con indicadores de bienestar emocional y psicológico. Esto significa que el inventario no solo mide la autoestima de manera precisa,

sino que también sus puntuaciones son coherentes con otras evaluaciones similares, lo que refuerza su utilidad y relevancia en diversos contextos.

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4.

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas, se procede a la calificación (se adjunta plantilla y protocolo para ser utilizado en la calificación individual o grupal). El puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por cuatro.

Cada sub escala permite un puntaje parcial para obtener así la puntuación total de 25; que multiplicado por 4, se da el puntaje máximo de 100.

Obtenido el puntaje parcial de las Sub Escalas y el total, se seguirá con la interpretación cualitativa.

Descripción de materiales

La prueba está constituida por 25 afirmaciones, con respuestas dicotómicas, ítem verdadero - falso que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de tres sub escalas.

Su aplicación es sencilla y rápida y el tiempo que el sujeto demora en responder a la prueba es de 15 a 20 minutos aproximadamente.

Baremación de la escala de Autoestima

Escala General	
Nivel de Autoestima Alto	75 – 100
Nivel de Autoestima Medio Alto	50 – 74
Nivel de Autoestima Medio Bajo	25 – 49
Nivel de Autoestima Bajo	0 – 24

Sub escalas	Ítems	Puntaje máximo
Si mismo general (SM)	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.	13
Social (SP)	2, 5, 8, 14, 17, 21.	6
Hogar y padres (H)	6, 9, 11, 16, 20, 22.	6
TOTAL		25 x 4
Puntaje Máximo	-----	100

4.5.3.3. CUESTIONARIO DE LA IMAGEN CORPORAL (BSQ)

Autor: Cooper, Taylor, Cooper, Cooper y Fairbun

Objetivo del test: Es medir la preocupación en torno a la imagen y el peso corporal, la insatisfacción hacia el propio cuerpo, el temor a engordar, la desvalorización de la apariencia física, el deseo de disminuir el peso, la evitación a situaciones que supongan la exposición de la imagen corporal. Mide la insatisfacción corporal y es capaz de discriminar la población clínica de la población normal.

Técnica: Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la forma corporal) (Castrillon

Moreno et al., 2007)

Historia de creación y baremación: Desde mediados del siglo XX, la investigación focalizada en la imagen corporal ha adquirido particular relevancia, no sólo desde el punto de vista del cuerpo subjetivo, vivido o fenoménico, a partir de la visión del propio individuo, sino que también desde la repercusión profunda y holística que implica en su salud, pues se trata de una construcción que recibe aportes de lo fisiológico, lo psicológico, lo espiritual, lo social, lo cultural, lo político, lo religioso y lo histórico.

Al escoger un instrumento de evaluación de variables abstractas, como es la imagen corporal, es menester considerar las limitaciones en el intento de operacionalizar dicho constructo. Por ende, el desarrollo del concepto, que aún en la actualidad carece de consenso teórico, clínico y empírico, representando ello una dificultad al momento de analizar sus diferentes alternativas de medición, tales como las medidas de siluetas corporales.

Sin embargo, existe cierta coincidencia entre los modelos comprensivos de la imagen corporal, al identificar tres componentes de ella: el perceptual, el cognitivo y el actitudinal/afectivo.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Confiabilidad: La confiabilidad se midió a través de la consistencia interna utilizando el alfa de Cronbach. La consistencia interna fue alta: $\alpha = 0,96$, IC 95% (0,961-0,966). El factor 1 tuvo un $\alpha = 0,95$, IC = 95% (0,94-0,95). El factor 2 tuvo un $\alpha = 0,92$, IC 95% (0,92-0,93).

La confiabilidad del Body Shape Questionnaire se calculó usando el alfa de Cronbach con coeficiente de calificación intraclase. Los resultados confirman la estabilidad y coherencia de los presupuestos teóricos pues su α general fue de 0,96 con un intervalo de confianza del 95% y que tuvo un límite inferior de 0,961 y un límite superior de 0,966. El factor que evalúa la insatisfacción corporal tuvo un α de 0,95 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,94 junto a un límite superior de 0,95. El factor 2, que mide preocupación por el peso, tuvo un α de 0,92 con un intervalo de confianza del 95% y un límite inferior de 0,92 en conjunto con un límite superior de 0,93.

Validez: El BSQ resultó ser la versión con mejores evidencias respecto a su consistencia interna y validez en una muestra de mujeres. Se confirmó la unidimensionalidad del instrumento, se demostró validez convergente y se obtuvo una consistencia interna adecuada ($\alpha = .89$, $\omega = .89$).

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN Y APLICACIÓN

Es un instrumento cuantitativo que está conformado por 46 ítems, con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert: 1 = No estoy de acuerdo, 2= desacuerdo moderado, 3= acuerdo moderado, 4= Totalmente de acuerdo. Las ideas irracionales que se incluyen en 8 factores son: Necesidad de aprobación por parte de los demás, Altas auto expectativas, Culpabilización, Control emocional, Evitación de problemas, Dependencia, Indefensión ante el cambio, y finalmente, Perfeccionismo.

Descripción de la escala

Es un instrumento cuantitativo que está conformado por 34 preguntas con opción de respuesta de tipo Likert de 6 grados, donde: 1= nunca hasta 6 =siempre. La puntuación oscila de entre 34 a 204 puntos. De acuerdo con la adaptación española, las dimensiones del test se ubican de acuerdo a la agrupación de los ítems en cinco factores. Preocupación por el peso con relación a la ingesta (ítems 6,23,17, 21, 2,14,19); en el segundo factor acerca de la preocupación por los

aspectos antiestéticos hacia la obesidad constan los ítems: 28, 30, 5, 16; el tercer factor sobre insatisfacción y preocupación general, abarca los ítems: 7, 18, 13; el cuarto factor sobre la insatisfacción corporal sobre la parte inferior del cuerpo (muslo, nalgas y cadera) ítems: 3, 10 ; y el quinto factor en base a los vómitos y laxantes a causa de la insatisfacción corporal, cuentan con los ítems: 26 y 32.

Baremo General

Niveles Generales	
Insatisfacción corporal baja	Menor a 80
Insatisfacción corporal moderada	80 – 110
Insatisfacción corporal alta	111 – 140
Insatisfacción corporal muy alta	Mayor a 140

4.5.3.4. ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE, LSAS)

Autor: Michael Liebowitz

Objetivo del test: Evaluar el grado de ansiedad y evitación en situaciones sociales y de actuación.

Técnica: Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

Historia: La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS, por sus siglas en inglés), es un cuestionario corto desarrollado en 1987 por Michael Liebowitz, psiquiatra e investigador de la Universidad de Columbia y del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Su propósito es evaluar el rango de interacciones y actuaciones sociales temidas por un paciente para ayudar al diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Comúnmente se utiliza para estudiar resultados en ensayos clínicos y, más recientemente, para evaluar la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales. La escala presenta 24 ítems, divididos en dos subescalas: 13 relacionados con ansiedad por actuación y 11 concernientes a situaciones sociales.

Fue originalmente conceptualizada para ser aplicada por médicos, pero, sin embargo, ha sido validada como una escala auto evaluable. Según Fresco *et al.* (2001), la LSAS demostró tener una “fuerte consistencia interna” y una “validez convergente” significativa y una fuerte correlación con otras escalas, como la Escala de Fobia Social y la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social. Sin embargo, Zubeidat, Fernández Parra y Sierra (2006), señalan que la escala tiene dos inconvenientes: «Es posible que no constituya un buen instrumento de diagnóstico» y «se resalta el hecho de que no contenga ningún ítem que indagase sobre síntomas fisiológicos», usualmente manifestados en el trastorno.

La técnica que se empleará será la de la encuesta y el instrumento para recolectar los datos será la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), desarrollado por Liebowitz quien dentro del instrumento puede diferenciar la ansiedad social de una timidez, es por ello que en la ficha técnica está especificado que la escala consta de 24 ítems en una escala de tipo Likert, con puntuaciones semejantes para ambas variables, “ansiedad”, 0 (Nada), 1(Un poco), 2(Bastante) y 3 (Mucho); por otro lado “evitación”, 0 (Nunca), 1 (En ocasiones), 2 (Frecuentemente) y 3

(Habitualmente), esta fue elaborada y diseñada para poder ser aplicada en una población juvenil y adultos, con edades entre 17 a 65 años, su tipo de aplicación puede ser individual o grupal, por otro lado conlleva dos dimensiones designadas como Ansiedad y Evitación.

Confiabilidad y validez

La **Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)**, ha demostrado ser una herramienta confiable para medir la ansiedad social y la evitación en situaciones sociales. La confiabilidad de la escala se ha evaluado mediante el **coeficiente Alfa de Cronbach**, que ha mostrado valores altos, indicando una consistencia interna robusta. En estudios recientes, el coeficiente Alfa de Cronbach para la escala de ansiedad fue **0.935** y para la escala de evitación fue **0.917**. Esto sugiere que los ítems del LSAS miden de manera coherente el constructo de ansiedad social.

Para poder determinar la consistencia interna de la Escala de Ansiedad de Liebowitz, se pudo tomar otras sub-escalas en cuenta, las cuales son SDI y SADS. Luego de poder analizar y examinar las sub-escalas, se pudo obtener una alta correlación de ($r=,70$). Luego de poder analizar y evaluar las sub escalas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, con otras escalas para evaluar la problemática mencionada, se alcanzó una consistencia mayor al mencionado ($r=,72$), indicando una relación satisfactoria entre todos los instrumentos mencionados. Por otro lado, en España se hizo una correlación entre la escala de Ansiedad Social del Liebowitz y la escala “Social Anxiety and Distres Scale” (SADS), de la cual se pudo obtener un coeficiente de correlación de Pearson superior al promedio en todas sus sub-escalas ($r>0.70$).

Evaluación

La escala está compuesta por 24 ítems divididos en dos sub escalas, 13 concernientes a ansiedad por actuación y 11 pertenecientes a situaciones sociales. Los ítems se evalúan dos veces, primero en una escala Likert del 0 al 3 con base en el miedo o ansiedad experimentada durante las situaciones y una segunda ocasión con relación a la evitación de la situación.

Procedimiento de calificación y aplicación

Cada ítem se puntúa en una escala de Likert de 4 niveles para la ansiedad

- 0 = ansiedad nula
- 1 = ansiedad leve
- 2 = ansiedad moderada
- 3 = ansiedad severa
- Para la evitación (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2 = frecuentemente, 3 = usualmente)

Escala

Normas de interpretación de la escala de ansiedad social de Liebowitz validado por Bobes

Suma Total de la Escala de Ansiedad y Evitación	Diagnóstico
Menor a 51	Leve ansiedad social
52-81	Moderada ansiedad social
Mayor a 82	Grave ansiedad social

4.6. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2024					GESTIÓN 2025										
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X											
Prueba Piloto						X										
Selección de los instrumentos		X	X													
Selección de la Muestra			X	X												
Recojo de la información							X	X								
Procesamiento de la Información									X	X	X	X				
Redacción del informe final												X	X			
Defensa															X	

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo, se enseña toda la información recogida mediante los cuatro instrumentos aplicados. Luego de su respectiva tabulación y procesamiento estadístico a través del programa SPSS, se obtuvieron los datos de los factores psicológicos asociados con la dismorfia corporal en adolescentes de la ciudad de Tarija.

La información recabada se presenta siguiendo el orden de los objetivos específicos propuestos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

CUADRO 1

SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	156	55.7 %
Femenino	124	44.3 %
Total	280	100.0 %

Los resultados del cuadro 1, representan la distribución entre sexo femenino y masculino, siendo el sexo masculino (55,7%) y el sexo femenino (44,3%).

CUADRO 2

EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12-13	45	16.1 %
14-15	130	46.4 %
16-18	105	37.5 %
Total	280	100.0 %

De acuerdo con los resultados obtenidos del cuadro 3, el grupo de edad de (12-13) tiene como porcentaje 16,1% con 45 estudiantes de la muestra. Seguidamente con el grupo de edad (14-15)

consta del 46,4% por lo que 130 jóvenes conforman este grupo de edad. Por último, el grupo de (16-18) tiene como porcentaje de 37,5% y la gente que conforma este grupo de edad son de 105 sujetos de la muestra.

CUADRO 3

CURSO

Curso	Frecuencia	Porcentaje
1ro Sec	46	16.4 %
2do Sec	47	16.8 %
3ro Sec	48	17.1 %
4to Sec	47	16.8 %
5to Sec	44	15.7 %
6to Sec	48	17.1 %
Total	280	100.0 %

De acuerdo con los resultados del cuadro 3 el curso de 1ro de secundaria tiene como porcentaje (16,4%) con 46 estudiantes, seguidamente el curso de 2do de secundaria con el (16,8%) con 47 alumnos, consecutivamente tenemos al 3ro de secundaria con un porcentaje de (17,1%) con 48 alumnos, seguidamente está el 4to de secundaria con el (16,8%) con 47 estudiantes, luego tenemos el curso 5to de secundaria con el (15,7%) con 44 alumnos y finalmente tenemos el 6to de secundaria con el (17,1%) con 48 estudiantes.

DATOS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO 1: IDENTIFICAR EL NIVEL DE DISMORFIA CORPORAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LA SALLE”

CUADRO 4

DISMORFIA CORPORAL

Dismorfia Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Baja presencia del TDC	39	13.9%
Moderada presencia del TDC	69	24.6%
Alta presencia del TDC	97	34.6%
Muy alta presencia del TDC	75	26.8%
Total	280	100.0%

Para dar respuesta al primer objetivo se empleó el Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal de Katharine A. Phillips (1995)

El hallazgo de que el 34,6% de los adolescentes de la muestra presenta una alta presencia de TDC, refleja la interacción de múltiples factores propios de esta etapa del desarrollo; la adolescencia constituye un período crítico en la construcción de la identidad y la autoimagen, donde los cambios físicos derivados de la pubertad como el crecimiento, el acné o las variaciones en el peso pueden ser percibidos como defectos significativos.

CUADRO 5

DISMORFIA CORPORAL POR DIMENSIONES

Dimensiones	Preocupación por la apariencia		Impacto Social		Impacto en el rendimiento académico y laboral	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nivel bajo	21	7.5%	45	16.1%	71	25.4%
Nivel moderado	56	20.0%	78	27.9%	46	16.4%
Nivel alto	103	36.8%	71	25.4%	69	24.6%
Nivel muy alto	100	35.7%	86	30.7%	94	33.6%
Total	280	100.0%	280	100.0%	280	100.0%

El hecho de que el 36,8% de los adolescentes presente un nivel alto de TDC vinculado a la preocupación por la apariencia, se explica por la combinación de factores propios de la adolescencia y del contexto social actual, a esto se suma la presión cultural y mediática, los modelos de belleza difundidos en redes sociales, televisión y publicidad suelen ser irreales y difíciles de alcanzar. La exposición constante a imágenes editadas o filtradas genera una discrepancia entre la apariencia real y los ideales estéticos, intensificando la insatisfacción corporal.

La dimensión impacto social muestra que tiene un 30,7% con un nivel muy alto de TDC que presentan los adolescentes, esto refleja cómo la percepción del propio cuerpo está profundamente ligada a la interacción con los demás y a la aceptación social durante esta etapa de la vida, la adolescencia es un período en el que la identidad personal y social se está formando y la apariencia física se convierte en un elemento clave para la integración en los grupos de pares. Cuando un adolescente percibe defectos en su cuerpo, aunque sean mínimos o inexistentes, puede experimentar sentimientos de vergüenza, rechazo o exclusión.

El 33,6% de los adolescentes presenta un nivel muy alto de TDC en relación con el impacto en el rendimiento académico y laboral refleja cómo las preocupaciones excesivas por la apariencia

física trascienden en el ámbito personal y social, afectando directamente la capacidad de concentración, desempeño y proyección futura de los jóvenes.

CUADRO 6

RELACIÓN DE LA DISMORFIA CON EL SEXO

Indicadores		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dismorfia Corporal	Baja presencia del TDC	28	17,9%	11	8,9%	39	13,9%
	Moderada presencia del TDC	49	31,4%	20	16,1%	69	24,6%
	Alta presencia del TDC	56	35,9%	41	33,1%	97	34,6%
	Muy alta presencia del TDC	23	14,7%	52	41,9%	75	26,8%
Total		156	100,0%	124	100,0%	280	100,0%

El hecho de que el 35,9% de los hombres adolescentes presente un nivel alto de TDC refleja cómo las preocupaciones por la apariencia física no son exclusivas de las mujeres, sino que también afectan de manera significativa a los varones en esta etapa de la vida.

La adolescencia es un período de cambios físicos intensos de crecimiento, desarrollo muscular, voz, acné que pueden generar inseguridad. En los hombres, la presión suele estar vinculada a alcanzar un cuerpo atlético, musculoso y “masculino”, lo que los lleva a compararse constantemente con modelos de fuerza y estética difundidos en los medios y redes sociales.

El hallazgo de que el 41,9% de las mujeres adolescentes manifieste un nivel muy alto de TDC durante la adolescencia, hace que las jóvenes atraviesen cambios físicos y hormonales que pueden generar inseguridad respecto a su apariencia. En este contexto, la presión social por cumplir con estándares de belleza rígidos y poco realistas se vuelve especialmente intensa para las mujeres, quienes suelen ser más expuestas a juicios y comparaciones sobre su cuerpo.

CUADRO 7

RELACIÓN DE LA DISMORFIA CON LA EDAD

Indicadores		Edad						Total	
		12-13		14-15		16-18			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dismorfia Corporal	Baja presencia del TDC	12	26,7,0%	11	8,5%	16	15,2%	39	13,9%
	Moderada presencia del TDC	9	20,0%	33	25,4%	27	25,7%	69	24,6%
	Alta presencia del TDC	13	28,9%	52	40,0%	32	30,5%	97	34,6%
	Muy alta presencia del TDC	11	24,4%	34	26,2%	30	28,6%	75	26,8%
Total		45	100,0%	130	100,0%	105	100,0%	280	100,0%

Los adolescentes que presentan una alta presencia del TDC con el 28,9% especialmente entre los 12 a 13 años, es una etapa crítica en el desarrollo físico, emocional y social. En este período, los jóvenes experimentan cambios corporales rápidos y crecimiento acelerado, aparición de acné, cambios en la voz, desarrollo de características sexuales secundarias y variaciones en el peso y la estatura. Estos cambios, aunque naturales, suelen generar inseguridad y una percepción distorsionada de la propia imagen.

El hallazgo de que el 40,0% de los adolescentes en este rango de edad de 14 a 15 años presentan un nivel muy alto de TDC, ya que han iniciado la construcción de su identidad personal y social, y su imagen adquiere un papel central en la búsqueda de aceptación dentro de los grupos de pares. La comparación constante con otros compañeros y con modelos de belleza difundidos en redes sociales intensifica la percepción de defectos físicos, aunque sean mínimos o inexistentes. El 30,5% de los jóvenes presentan un nivel de alta presencia de TDC, en edades de 16 a 18 años porque ya han consolidado gran parte de sus cambios físicos, pero la presión por cumplir con estándares de belleza y la necesidad de aceptación social continúan influyendo de manera

significativa. Además, la cercanía a la vida universitaria o laboral intensifica la importancia de la imagen como carta de presentación en nuevos entornos.

CUADRO 8

RELACIÓN DE LA DISMORFIA CORPORAL CON EL CURSO

Indicadores		Curso												Total	
		1ro Sec		2do Sec		3ro Sec		4to Sec		5to Sec		6to Sec			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dismorfia Corporal	Baja presencia del TDC	12	26,1 %	1	2,1%	8	16,7 %	5	10,6 %	5	11,4 %	8	16,7 %	39	13,9 %
	Moderada presencia del TDC	9	19,6 %	14	29,8 %	9	18,8 %	13	27,7 %	8	18,2 %	16	33,3 %	69	24,6 %
	Alta presencia del TDC	14	30,4 %	20	42,6 %	14	29,2 %	20	42,6 %	15	34,1 %	14	29,2 %	97	34,6 %
	Muy alta presencia del TDC	11	23,9 %	12	25,5 %	17	35,4 %	9	19,1 %	16	36,4 %	10	20,8 %	75	26,8 %
Total		46	100,0 %	47	100,0 %	48	100,0 %	47	100,0 %	44	100,0 %	48	100,0 %	280	100,0 %

El 30,4% de los estudiantes de 1ro de secundaria manifiesta un nivel alto de TDC, edad en la que se inicia la pubertad y se producen transformaciones corporales rápidas y visibles, como el crecimiento acelerado, el acné, los cambios en la voz y las variaciones en el peso. Estos cambios generan inseguridad y una percepción distorsionada de la propia imagen.

El 42,6% de los estudiantes de 2do de secundaria presenta un nivel alto de TDC refleja cómo la preocupación por la apariencia física se intensifica en esta etapa escolar, marcada por la transición hacia la adolescencia tardía y la preparación para la vida adulta, En este nivel educativo, los jóvenes suelen tener cambios físicos, pero la presión social y académica se vuelve

más fuerte. Su imagen adquiere gran relevancia porque se vincula con la aceptación en los grupos de pares, la autoestima y la confianza para enfrentar nuevos retos académicos y sociales.

El hecho de que el 35,4% de los estudiantes de 3ro de secundaria manifiesten un nivel muy alto de trastorno dismórfico corporal refleja la vulnerabilidad de los adolescentes en esta etapa escolar, los adolescentes ya han iniciado la consolidación de su identidad personal, social y la imagen corporal se convierte en un elemento central para sentirse aceptados dentro de los grupos de pares.

Esto convierte a este grupo en uno de los más propensos a presentar síntomas de TDC, con consecuencias en su bienestar psicológico, social y académico.

El 42,6% de los estudiantes de 4to de secundaria manifieste un nivel alto de TDC, En esta etapa de la adolescencia, los jóvenes están formando quiénes son y cómo quieren ser vistos por los demás. Para lograr aceptación dentro de sus grupos de amigos, la apariencia física se vuelve muy importante, esa comparación hace que muchas veces perciban su cuerpo de manera equivocada, lo que aumenta la insatisfacción con su aspecto y la preocupación exagerada por detalles que en realidad no son defectos o apenas se notan.

Los adolescentes que cursan el 5to de secundaria presentan el 36,4% de la muestra nos dice que los adolescentes están dejando atrás la niñez y acercándose a la adultez. Durante este proceso, la forma en que se ven físicamente se vuelve muy importante en cómo se sienten consigo mismos y para ser aceptados por los demás, lo que aumenta la inconformidad con su aspecto y la preocupación exagerada por detalles que en realidad no son defectos o apenas se notan.

Por último, los jóvenes que cursan de 6to de secundaria, el último año del colegio sienten la necesidad imperiosa de controlar su aspecto una y otra vez. Por ejemplo, se miran a menudo al espejo, les preguntan a los demás cómo se ven o "corrigen" o "arreglan" lo que le disgusta muchas veces al día.

OBJETIVO 2. DETERMINAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA SALLE

CUADRO 9

IMAGEN CORPORAL

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción Corporal Baja	74	26,4%
Insatisfacción Corporal Moderada	33	11,8%
Insatisfacción Corporal Alta	59	21,1%
Insatisfacción Corporal Muy Alta	114	40,7%
Total	280	100.0 %

Para dar respuesta al segundo objetivo se empleó la escala de El BSQ (Body Shape Questionnaire) fue diseñado por Cooper, Taylor en (1987)

La insatisfacción corporal es muy con alta en el 40,7% de los adolescentes, lo que explica principalmente que los adolescentes crecen en un entorno donde la delgadez y ciertos estándares estéticos se presentan como ideales de belleza. Esto genera comparaciones constantes y sentimientos de inadecuación, la insatisfacción corporal es más frecuentes en mujeres, quienes suelen experimentar mayor presión social respecto al peso y la imagen corporal. La adolescencia es la etapa crítica en la que estos problemas suelen comenzar.

CUADRO 10

IMAGEN CORPORAL POR DIMENSIONES

Dimensiones	Preocupación por el peso con relación a la ingesta		Preocupación por los aspectos antiestéticos hacia la obesidad		Insatisfacción y preocupación general		Insatisfacción corporal sobre la parte inferior del cuerpo		Vómitos y laxantes a causa de la insatisfacción corporal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nivel Bajo	29	10,4%	49	17,5%	97	34,6%	103	36,8%	124	44,3%
Nivel Moderado	32	11,4%	49	17,5%	66	23,6%	65	23,2%	45	16,1%
Nivel Alto	48	17,1%	99	35,4%	68	24,3%	75	26,8%	79	28,2%
Nivel Muy Alto	171	61,1%	83	29,6%	49	17,5%	37	13,2%	32	11,4%
TOTAL	280	100,0%	280	100,0%	280	100,0%	280	100,0%	280	100,0%

El 61,7% de los adolescentes presentan una preocupación muy alta por el peso en relación con la ingesta porque viven bajo una fuerte presión social y cultural que asocia la delgadez con éxito, aceptación y belleza, lo que los lleva a vigilar de manera excesiva lo que comen; por último, la salud emocional juega un papel clave. La ansiedad y la depresión, frecuentes en esta etapa, actúan como factores de riesgo, muchos adolescentes utilizan el control de la ingesta como un mecanismo para lidiar con sus inseguridades y emociones negativas.

Dentro de la dimensión de los aspectos antiestéticos de la obesidad, tienen como porcentaje el 35,4% un nivel muy alto, esta visión genera rechazo hacia su propio cuerpo o el de otros, afectando la estabilidad emocional y fomentando actitudes discriminatorias. Además, el miedo a ser juzgados o excluidos por no cumplir con estos estándares estéticos puede provocar ansiedad, aislamiento y conductas poco saludables.

Los resultados de la dimensión insatisfacción y preocupación general, indican que el nivel de imagen corporal es alto con un 24,3% de la muestra, están viviendo una etapa marcada por

muchas presiones externas e internas, es común que estas personas se enfrenten a decisiones importantes sobre su futuro, cambios físicos, búsqueda de identidad y necesidad de aceptación social.

La dimensión insatisfacción corporal sobre la parte inferior del cuerpo, presenta un nivel moderado con el 26,8%, para estas personas, las piernas, glúteos o caderas, suelen incomodarles, los cambios hormonales provocan un aumento de grasa corporal en zonas específicas, especialmente en la parte inferior del cuerpo en mujeres. Este cambio natural suele ser interpretado como un “problema estético” en lugar de un proceso biológico normal, incrementando la insatisfacción.

Por último, la dimensión vómitos y laxantes a causa de la insatisfacción corporal, se encuentra en el nivel de imagen corporal con el 28,2% , lo que indica que estas conductas extremas si son comunes en la mayoría, muchos jóvenes pueden sentir presión por cumplir con ciertos estándares físicos, por esta razón la mayoría de los jóvenes escogen tomar pastillas para bajar de peso, o en caso contrario, provocarse vómitos para tener una reacción más “eficiente y rápida”.

CUADRO 11

RELACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON EL SEXO

Indicadores		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Imagen	Insatisfacción Corporal Baja	36	23,1%	38	30,6%	74	26,4%
Corporal	Insatisfacción Corporal Moderada	25	16,0%	8	6,5%	33	11,8%
	Insatisfacción Corporal Alta	32	20,5%	27	21,8%	59	21,1%
	Insatisfacción Corporal Muy Alta	63	40,4%	51	41,1%	114	40,7%
Total		156	100,0%	124	100,0%	280	100,0%

La insatisfacción corporal en adolescentes varones es un fenómeno cada vez más visible y preocupante. El hecho del 40,4% de ellos presente un nivel muy alto de insatisfacción se explica por la combinación de factores sociales, culturales y psicológicos que influyen en la percepción de su cuerpo. En primer lugar, los ideales de belleza masculinos han cambiado en las últimas décadas. Mientras antes se valoraba simplemente la delgadez, hoy se promueve un cuerpo musculoso, definido y atlético como sinónimo de éxito y atractivo. Los adolescentes varones, al compararse con estos modelos, suelen sentirse insuficientes si no logran alcanzar ese estándar. El hecho de que un 41,1% de las mujeres manifieste un nivel muy alto de insatisfacción refleja cómo la construcción de la identidad femenina está fuertemente influenciada por la apariencia física. La delgadez extrema, la piel perfecta y las proporciones “ideales” se presentan como requisitos para ser aceptadas y valoradas. Las adolescentes, en pleno proceso de búsqueda de identidad y pertenencia, interiorizan estos modelos y se sienten insuficientes cuando su cuerpo no coincide con ellos.

CUADRO 12

RELACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON LA EDAD

Indicadores		Edad						Total	
		12-13		14-15		16-18			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Imagen Corporal	Insatisfacción Corporal Baja	14	31,1%	35	26,9%	25	23,8%	74	26,4%
	Insatisfacción Corporal Moderada	6	13,3%	15	11,5%	12	11,4%	33	11,8%
	Insatisfacción Corporal Alta	11	24,4%	23	17,7%	25	23,8%	59	21,1%
	Insatisfacción Corporal Muy Alta	14	31,1%	57	43,8%	43	41,0%	114	40,7%
Total		45	100,0%	130	100,0%	105	100,0%	280	100,0%

La adolescencia temprana, entre los 12 a 13 años, es una etapa crítica en el desarrollo físico y emocional. El hecho de que el 31,1% de los adolescentes en este rango de edad manifieste una insatisfacción corporal muy alta se debe a los cambios físicos propios de la pubertad que generan inseguridad. A esta edad, el cuerpo comienza a transformarse rápidamente: aumento de peso, desarrollo de caderas en las mujeres, crecimiento muscular en los varones, aparición de vello y cambios en la piel. Estos procesos naturales suelen ser percibidos como “defectos” porque no coinciden con los ideales de belleza difundidos socialmente,.

La adolescencia media, entre los 14 a 15 años, es una etapa especialmente sensible en la construcción de la identidad y la autoestima. El hecho de que un 43,8% de los adolescentes en este rango de edad manifieste una insatisfacción corporal muy alta, se debe, a que la autoestima depende en gran medida de la aprobación externa. Comentarios negativos sobre el aspecto físico, burlas o bullying pueden tener un impacto profundo, intensificando la insatisfacción corporal.

La adolescencia tardía, entre los 16 a 18 años, es una etapa en la que los jóvenes se encuentran en plena transición hacia la adultez. En este periodo, la imagen corporal adquiere un papel central en la construcción de la identidad, la presión social y cultural. A los 16 y 18 años, los adolescentes buscan mayor independencia y aceptación en círculos sociales más amplios, la apariencia física se convierte en un factor clave de integración y éxito, lo que aumenta la preocupación por la imagen corporal.

CUADRO 13

RELACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON EL CURSO

Indicadores		Curso												Total	
		1ro Sec		2do Sec		3ro Sec		4to Sec		5to Sec		6to Sec			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Imagen Corporal	Insatisfacción Corporal Baja	15	32,6 %	7	14,9%	18	37,5%	12	25,5%	10	22,7%	12	25,0%	74	26,4%
	Insatisfacción Corporal Moderada	6	13,0 %	7	14,9%	7	14,6%	4	8,5%	4	9,1%	5	10,4%	33	11,8%
	Insatisfacción Corporal Alta	11	23,9 %	12	25,5%	5	10,4%	10	21,3%	8	18,2%	13	27,1%	59	21,1%
	Insatisfacción Corporal Muy Alta	14	30,4 %	21	44,7%	18	37,5%	21	44,7%	22	50,0%	18	37,5%	114	40,7%
Total		46	100,0 %	47	100,0 %	48	100,0 %	47	100,0 %	44	100,0 %	48	100,0 %	280	100,0%

El hecho de que un 30,4% de los adolescentes en este nivel educativo manifieste una insatisfacción corporal muy alta se explica que, a esta edad, los adolescentes buscan mayor aceptación en grupos más amplios y la apariencia física se convierte en un factor clave de integración. Los comentarios, burlas o críticas sobre el aspecto corporal pueden tener un impacto profundo en la autoestima.

El 44,7% de los adolescentes que cursan el segundo de secundaria presentan un nivel muy alto de insatisfacción corporal, ya que la presión de los compañeros y la necesidad de aceptación dentro del grupo escolar intensifican la preocupación por la apariencia. Comentarios, burlas o críticas sobre el cuerpo refuerzan la percepción negativa de sí mismos. Asimismo, el entorno familiar puede influir cuando se otorga un valor excesivo a la apariencia física, transmitiendo expectativas poco realistas.

El resultado de que el 37,5% de los adolescentes que cursan el 3ro de secundaria presentan un nivel muy alto de insatisfacción corporal, refleja que la insatisfacción corporal no es un fenómeno aislado, sino una tendencia que se mantiene en distintos niveles de la secundaria. En el caso específico del 3ro de secundaria, se observa que los adolescentes ya han internalizado muchos de los estereotipos de belleza y que la comparación social se vuelve más intensa, lo que explica la persistencia de un nivel elevado de insatisfacción.

El 44,7% de los adolescentes que cursan el 4to de secundaria presentan un nivel muy alto de insatisfacción corporal, ya que los jóvenes se encuentran en una etapa de transición hacia la juventud, donde la necesidad de aceptación y validación externa sigue siendo muy fuerte, lo que explica la persistencia de un nivel alto de insatisfacción corporal.

El resultado de que el 50,0% de los adolescentes que cursan el 5to de secundaria presenta un nivel muy alto de insatisfacción corporal, evidencia que puede mantenerse o incluso aumentar debido a la acumulación de experiencias de comparación social y a la presión cultural que se intensifica en la adolescencia tardía. El 5to de secundaria, se enfrenta además a expectativas sobre su futuro académico y social, lo que puede incrementar la ansiedad y hacer que la apariencia física se perciba como un factor determinante para la aceptación y el éxito.

Por último, el hecho de que el 37,5% de los adolescentes que cursan el último año de secundaria presenten un nivel muy alto de insatisfacción corporal, la presión social sigue siendo intensa, esto explica la acumulación de experiencias de comparación social, la persistencia de estereotipos culturales y la presión por cumplir expectativas externas en un momento de

transición vital, la internalización de estos estereotipos genera frustración y malestar con la propia imagen, especialmente cuando sienten que no cumplen con dichos estándares.

OBJETIVO 3: EVALUAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA SALLE

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de autoestima bajo	38	13.6 %
Nivel de autoestima medio bajo	104	37.1 %
Nivel de autoestima medio alto	106	37.9 %
Nivel de autoestima alto	32	11.4 %
Total	280	100.0 %

Los adolescentes que presentan un nivel de autoestima medio bajo con el 37,5% pasan un período crítico para la formación de su identidad y la autoimagen, viven en un entorno saturado de estándares de belleza poco realistas e inalcanzables, amplificados por las redes sociales y los medios de comunicación. La exposición constante a imágenes idealizadas fomenta la comparación social, lo que a menudo lleva a los adolescentes a percibir su propio cuerpo como insuficiente o defectuoso, un factor central en la dismorfia corporal.

CUADRO 15. AUTOESTIMA POR DIMENSIONES

Dimensiones	Si Mismo		Social		Hogar	
Indicadores	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nivel Bajo	117	41,8%	73	26,1%	130	46,4%
Nivel Medio Bajo	151	53,9%	117	41,8%	111	39,6%
Nivel Medio Alto	12	4,3%	68	24,3%	34	12,1%
Nivel Alto	280	100,0%	22	7,9%	5	1,8%
TOTAL	117	41,8%	280	100,0%	280	100,0%

El 51,0% de los adolescentes presenta un nivel medio bajo de autoestima en la dimensión "Si mismo", siendo esta una cifra considerable, ya que se habla de la mitad de la muestra, lo que puede interpretarse como una señal de conflicto interno relacionado con la percepción corporal.

El 42,0% de los adolescentes presenta un nivel medio bajo en la dimensión "Social" de la autoestima, y que un preocupante 35% se ubica en un nivel bajo, revelando una clara afectación en sus relaciones interpersonales vinculada a la dismorfia corporal. Esta dimensión evalúa cómo se perciben los adolescentes en sus vínculos con los demás, y una baja puntuación sugiere sentimientos de inseguridad, rechazo o aislamiento social. La dismorfia corporal puede generar vergüenza, miedo al juicio externo y una tendencia al retraimiento, lo que limita la capacidad de establecer conexiones saludables y refuerza la percepción de no ser aceptado. Esta situación no solo afecta su autoestima, sino que también puede derivar en dificultades emocionales más profundas, como ansiedad social o depresión, si no se aborda adecuadamente.

CUADRO 16

RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON EL SEXO

Indicadores		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Autoestima	Nivel de autoestima bajo	27	17,3%	11	8,9%	38	13,6%
	Nivel de autoestima medio bajo	70	44,9%	34	27,4%	104	37,1%
	Nivel de autoestima medio alto	49	31,4%	57	46,0%	106	37,9%
	Nivel de autoestima alto	10	6,4%	22	17,7%	32	11,4%
Total		156	100,0%	124	100,0%	280	100,0%

El 44,9% de los hombres presentan baja autoestima relacionada con la dismorfia corporal porque este trastorno implica una percepción distorsionada del propio cuerpo, la creencia de que su físico no es lo suficientemente grande, fuerte o definido. Esta visión alterada genera una insatisfacción constante con la apariencia personal y afecta directamente la autoestima; cuanto más se perciben defectos inexistentes o exagerados, más disminuye la valoración personal.

El hecho de que el 27,4% de las mujeres tengan un nivel de autoestima bajo en relación con la dismorfia corporal, la autoestima se ve afectada porque muchas mujeres terminan asociando su

valor personal únicamente con su apariencia física. Esto provoca un círculo vicioso: cuanto más se perciben defectos, más disminuye la confianza en sí mismas, y esa baja autoestima refuerza la obsesión con la imagen corporal. Además, la dismorfia corporal puede derivar en conductas compulsivas como dietas extremas, exceso de ejercicio o uso de productos estéticos, que no logran resolver la insatisfacción y, en cambio, profundizan la inseguridad.

CUADRO 17

RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LA EDAD

Indicadores		Edad						Total	
		12-13		14-15		16-18			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Autoestima	Nivel de autoestima bajo	3	6,7%	20	15,4%	15	14,3%	38	13,6%
	Nivel de autoestima medio bajo	13	28,9%	47	36,2%	44	41,9%	104	37,1%
	Nivel de autoestima medio alto	16	35,6%	52	40,0%	38	36,2%	106	37,9%
	Nivel de autoestima alto	13	28,9%	11	8,5%	8	7,6%	32	11,4%
Total		13	28,9%	11	8,5%	8	7,6%	32	11,4%

El hecho de que los jóvenes presentan un 28,9% con un nivel de autoestima medio bajo, es porque los adolescentes de estas edades tienen baja autoestima vinculada a la dismorfia corporal, lo que explica el por qué la percepción distorsionada del cuerpo se intensifica en una etapa en la que aún no se ha consolidado la seguridad personal ni la aceptación de los cambios físicos. La dismorfia corporal lleva a que los adolescentes se centren en supuestos defectos como el peso, la altura, el acné o la forma del cuerpo y los conviertan en el eje de su autovaloración.

El hecho de que el 36,2% de los adolescentes de estas edades tengan baja autoestima en relación con la dismorfia corporal, la adolescencia media, entre los 14 y 15 años, es una etapa marcada

por profundos cambios físicos, emocionales y sociales. En este periodo, los jóvenes fortalecen su identidad y comienzan a ceder mayor importancia a la aceptación social y a la imagen corporal. Sin embargo, la dismorfia corporal, una percepción distorsionada y negativa del propio cuerpo, se convierte en un factor que afecta directamente la autoestima.

Por último, el hecho de que los adolescentes presenten un nivel de autoestima medio bajo en edades de 16 a 18 años, con un 41,9% en este periodo, significa que buscan consolidar su autonomía, definir su personalidad y proyectar una imagen que les permita ser aceptados por los demás, la autoestima se ve debilitada porque los adolescentes tienden a asociar su valor personal con la aprobación externa.

CUADRO 18

RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON EL CURSO

Indicadores		Curso												Total	
		1ro Sec		2do Sec		3ro Sec		4to Sec		5to Sec		6to Sec			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Autoestima	Nivel de autoestima baja	3	6,5%	3	6,4%	6	12,5%	11	23,4%	8	18,2%	7	14,6%	38	13,6%
	Nivel de autoestima media baja	14	30,4%	15	31,9%	20	41,7%	17	36,2%	19	43,2%	19	39,6%	104	37,1%
	Nivel de autoestima media alta	16	34,8%	23	48,9%	19	39,6%	17	36,2%	15	34,1%	16	33,3%	106	37,9%
	Nivel de autoestima alta	13	28,3%	6	12,8%	3	6,3%	2	4,3%	2	4,5%	6	12,5%	32	11,4%
Total		46	100,0%	47	100,0%	48	100,0%	47	100,0%	44	100,0%	48	100,0%	280	100,0%

Durante la adolescencia, especialmente en el nivel secundario (1ro de secundaria a 6to de secundaria), los jóvenes atraviesan un proceso de transformación física y psicológica que los hace particularmente vulnerables a la dismorfia corporal. Este trastorno se caracteriza por una preocupación excesiva hacia defectos percibidos en la apariencia física, los cuales suelen ser mínimos o incluso inexistentes para los demás; el crecimiento acelerado, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, variaciones en peso y estatura generan inseguridad y comparación constante con los pares, a percepción negativa del propio cuerpo que alimenta un círculo de inseguridad y autocrítica, que se refleja en un nivel de autoestima medio bajo.

OBJETIVO 4. MEDIR EL NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LA SALLE

CUADRO 19

ANSIEDAD SOCIAL

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Leve ansiedad social	80	28,6%
Moderada ansiedad social	98	35,0%
Grave ansiedad social	102	36,4%
Total	280	100.0 %

El hecho de que el 36,4% de los adolescentes presenten una grave ansiedad social, el temor a ser juzgados, criticados o rechazados por su aspecto físico, genera inseguridad en situaciones sociales como hablar en público, participar en actividades escolares o relacionarse con sus pares. La exposición continua a imágenes de “cuerpos perfectos”, intensifica la comparación social y la percepción de no estar a la altura, lo que incrementa la ansiedad. Además, la presión familiar y escolar puede contribuir cuando se enfatiza la apariencia como un factor determinante de éxito o aceptación.

CUADRO 20

ANSIEDAD SOCIAL POR DIMENSIONES

Dimensiones	Evitación		Temor o ansiedad	
Indicadores	Fr	%	Fr	%
Leve evitación	73	26,1%	71	25,4%
Moderada evitación	150	53,6%	150	53,6%
Grave evitación	57	20,4%	59	21,1%
Total	280	100,0%	280	100,0%

El 57% de los adolescentes presentan un nivel moderado en la dimensión de "Evitación", esto puede interpretarse como una respuesta defensiva frente a la inseguridad que genera la dismorfia corporal. Esta condición, caracterizada por una percepción distorsionada y negativa del propio cuerpo, puede llevar a los jóvenes a evitar situaciones sociales por temor al juicio, la crítica o la exposición de su apariencia. La evitación se convierte en una estrategia para protegerse del malestar emocional, pero también limita el desarrollo de habilidades sociales y refuerza el aislamiento. Este nivel moderado indica que, aunque no todos los adolescentes se retraen completamente, sí existe una tendencia significativa a esquivar interacciones que podrían confrontarlos con su imagen corporal, afectando su autoestima y bienestar psicológico.

Ahora, el porcentaje del 54% de los adolescentes presentan un nivel moderado en la dimensión de "Temor o Ansiedad", siendo de igual manera que el anterior porcentaje, cuenta con la mitad de la muestra. Esto refleja una inquietud constante ante situaciones que implican exposición o interacción social, especialmente cuando la dismorfia corporal está presente. Esta condición, que distorsiona la percepción del propio cuerpo, puede generar una intensa preocupación por cómo los demás los ven, lo que alimenta el temor al rechazo, la crítica o la humillación. El nivel moderado indica que, sí existe una carga emocional significativa que afecta su seguridad al relacionarse. Este temor puede manifestarse en contextos cotidianos como hablar en público, asistir a reuniones sociales o simplemente ser observado, lo que limita su desarrollo personal y refuerza sentimientos de insuficiencia y vulnerabilidad.

CUADRO 21

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD SOCIAL CON EL SEXO

Indicadores		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ansiedad Social	Leve ansiedad social	26	16,7%	45	36,3%	71	25,4%
	Moderada ansiedad social	87	55,8%	63	50,8%	150	53,6%
	Grave ansiedad social	43	27,6%	16	12,9%	59	21,1%
Total		156	100,0%	124	100,0%	280	100,0%

El hecho de que el 55,8% de los hombres presenten una grave ansiedad social con respecto a la dismorfia corporal pone de manifiesto la creciente preocupación masculina por la apariencia física y la presión social que enfrentan en la adolescencia y juventud. Tradicionalmente, la insatisfacción corporal se ha asociado más con las mujeres, sin embargo, en los últimos años se observa un aumento significativo en los varones, motivado por la difusión de modelos corporales idealizados que privilegian la musculatura, la estatura y la proporción física.

En el sexo femenino, el 50,8,0% sufre un nivel moderado de ansiedad social suele surgir del miedo a ser juzgadas negativamente, especialmente en espacios públicos, académicos o laborales, donde se espera que cumplan con ciertos estándares sociales o estéticos, además, el uso frecuente de redes sociales puede intensificar esta preocupación, ya que la exposición a comentarios, comparaciones y expectativas irreales afecta su seguridad personal. Aunque muchas continúan participando en actividades sociales, lo hacen con incomodidad, preocupación constante por su imagen y una tendencia a evitar ciertos espacios donde se sienten expuestas. Esta ansiedad moderada indica que la dismorfia corporal influye de forma relevante en su autoestima y relaciones, sin llegar aún a niveles clínicamente graves.

CUADRO 22

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD SOCIAL CON LA EDAD

Indicadores		Edad						Total	
		12-17		18-23		24-25			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ansiedad Social	Leve ansiedad social	14	31,1%	25	19,2%	32	30,5%	71	25,4%
	Moderada ansiedad social	14	31,1%	75	57,7%	61	58,1%	150	53,6%
	Grave ansiedad social	17	37,8%	30	23,1%	12	11,4%	59	21,1%
Total		45	100,0%	130	100,0%	105	100,0%	280	100,0%

El hecho de que el 37,8% de los adolescentes de 12 a 13 años presenten una grave ansiedad social con respecto a la dismorfia corporal se entiende a partir de las características propias de la adolescencia temprana, este temor se intensifica en situaciones cotidianas como hablar en público, participar en actividades escolares o relacionarse con compañeros, generando inseguridad y malestar.

Los jóvenes entre 14 a 15 años, presentan una moderada ansiedad social con el 58,3%, ya que esta etapa de la vida está marcada por profundos cambios físicos, emocionales y sociales que pueden generar inseguridad, el miedo a ser rechazados, ridiculizados o no encajar en grupos sociales puede provocarles nerviosismo en situaciones cotidianas como hablar en público, participar en clase o interactuar con personas nuevas.

Por último, los jóvenes en edades de 16 a 18 años presentan una moderada ansiedad social con el 58,1% señalando que la ansiedad social moderada se explica porque, aunque muchos adolescentes han desarrollado mayor madurez emocional y recursos para enfrentar la presión

externa, todavía persiste el temor a ser juzgados o rechazados por su aspecto físico, además, en este rango de edad, los adolescentes se enfrentan a expectativas sociales más amplias, deben proyectar una imagen segura y competente en un momento de transición hacia la adultez. Esta presión incrementa la preocupación por la apariencia, pero también favorece que algunos logren equilibrar sus percepciones corporales con otros aspectos de su identidad, lo que explica que la ansiedad se mantenga en un nivel moderado y no extremo.

CUADRO 23

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD SOCIAL CON LA OCUPACIÓN

Indicadores		Curso												Total	
		1ro Sec		2do Sec		3ro Sec		4to Sec		5to Sec		6to Sec			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ansiedad Social	Leve ansiedad social	14	30,4 %	13	27,7 %	2	4,2%	12	25,5 %	13	29,5 %	17	35,4 %	71	25,4 %
	Moderada ansiedad social	15	32,6 %	28	59,6 %	27	56,3 %	27	57,4 %	28	63,6 %	25	52,1 %	150	53,6 %
	Grave ansiedad social	17	37,0 %	6	12,8 %	19	39,6 %	8	17,0 %	3	6,8%	6	12,5 %	59	21,1 %
Total		46	100,0%	47	100,0%	48	100,0%	47	100,0%	44	100,0%	48	100,0%	280	100,0%

Los jóvenes que cursan el 1ro de secundaria presentan una grave ansiedad social con el 37,0% debido a que, esta combinación de dismorfia corporal y ansiedad social puede llevar a los adolescentes a evitar eventos sociales, clases o incluso a aislarse por completo, lo que agrava la situación y aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental como depresión y, en casos graves, ideación suicida.

El hecho de que el 59,6% de los estudiantes que cursan el 2do de secundaria presenta un nivel de moderada ansiedad social, los jóvenes son particularmente sensibles a la opinión de los demás, las interacciones sociales se vuelven más complejas, y la presión por encajar en grupos de pares, tener citas y navegar dinámicas sociales es intensa, experiencias como el acoso, las burlas o el rechazo pueden aumentar significativamente la probabilidad de desarrollar ansiedad social.

Seguidamente, los jóvenes que cursan el 3ro, 4to, 5to y 6to de secundaria, presentan un nivel de moderada ansiedad social, ya que los cambios hormonales y el desarrollo cerebral hacen que los adolescentes sean más propensos a experimentar estrés y ansiedad, la exposición constante a estándares de vida y apariencia poco realistas en las redes sociales puede magnificar los sentimientos de inseguridad y la comparación social, contribuyendo a la ansiedad.

5.1. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Primera Hipótesis: El nivel de dismorfia corporal que presentan los estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle”, expresa un nivel de alta presencia de TDC.

La hipótesis se **acepta**, ya que el Trastorno de Dismorfia Corporal es “alta”, se presenta con el 34,6% de personas que muestran TDC.

Segunda hipótesis: La insatisfacción con la imagen corporal en los estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle”, presenta un nivel de extrema preocupación.

La hipótesis de que la Imagen Corporal en adolescentes es de "Insatisfacción Corporal Muy Alta" se **acepta** con el 40.7%, indicando niveles muy altos en sentido a la Imagen Corporal con relación a la Dismorfia Corporal, siendo esto patológico porque llega a convertirse en obsesión y desatando el posible diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal.

Tercera hipótesis: Los estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” tienen una baja autoestima.

La hipótesis de que el nivel de autoestima en adolescentes es "media baja" se **rechaza** ya que el 37,1% de los adolescentes, manifiestan un **nivel medio bajo de autoestima**, llevando a que estas personas están próximas a experimentar una baja autoestima que puede conducir a una posible depresión a causa de la apariencia.

Cuarta Hipótesis: El nivel de ansiedad social en los estudiantes del nivel secundario de la unidad educativa “La Salle” se encuentra en un nivel grave.

La hipótesis de que Ansiedad Social se encuentra en un nivel “grave” se **acepta** ya que el 36,4% de las personas presentan Ansiedad Social en un nivel “grave”.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En el presente capítulo, se expresan las conclusiones a las cuales se arribó luego de analizar los datos recogidos en esta tesis. Dichas conclusiones se las expone siguiendo el orden de los objetivos específicos planteados en el capítulo del diseño teórico:

Objetivo específico 1: Identificar el nivel de dismorfia corporal en los estudiantes de la unidad educativa “La Salle”.

La dismorfia corporal en los estudiantes de la unidad educativa “La Salle” marcó un nivel alto debido, en gran parte, al desconocimiento general sobre lo que realmente implica este trastorno y cómo se manifiestan sus síntomas. El sufrimiento relacionado con la apariencia física está presente en muchos adolescentes, pero frecuentemente pasa desapercibido al considerarse una característica habitual del entorno juvenil. Al no distinguirse entre una preocupación normativa y una patológica, la sintomatología se perpetúa y se valida socialmente, lo que obstaculiza la intervención temprana frente a conductas evitativas y autocríticas severas.

La carencia de información precisa y de espacios de diálogo sobre la imagen corporal ha provocado que los adolescentes naturalicen su malestar, asumiendo erróneamente que estas preocupaciones obsesivas son propias del crecimiento. Esta falta de conciencia no minimiza el problema, sino que lo invisibiliza, contribuyendo a que la dismorfia corporal alcance niveles elevados de prevalencia. Al no ser identificada ni abordada clínicamente, la sintomatología se intensifica, comprometiendo severamente la autoestima, las relaciones interpersonales y el desarrollo psicológico integral del adolescente.

Objetivo específico 2: Determinar el nivel de satisfacción con la imagen corporal en los estudiantes del colegio La Salle.

La imagen corporal en adolescentes marcó un nivel muy alto debido a la creciente obsesión por observarse constantemente en el espejo y detectar supuestos defectos físicos que, aunque imperceptibles para los demás, resultan evidentes y perturbadores para ellos mismos. Esta autoevaluación exagerada, típica de la dismorfia corporal, genera una percepción distorsionada

del cuerpo (ya sea por sentirse demasiado delgados o demasiado gordos) que puede derivar en trastornos alimenticios, síntomas depresivos y aislamiento social.

En este contexto, la imagen corporal se convierte en un foco de malestar psicológico, afectando profundamente la autoestima y el equilibrio emocional del adolescente. La falta de información sobre este factor y la normalización de conductas obsesivas frente al espejo contribuyen a que el problema se intensifique sin ser identificado ni tratado a tiempo, siendo también la influencia de las redes sociales sobre una belleza muy estereotipada por la sociedad tarijeña, teniendo el concepto erróneo de la belleza corporal.

Objetivo específico 3: Evaluar el nivel de autoestima de los estudiantes del colegio La Salle.

La autoestima medio baja en adolescentes refleja el impacto profundo que tienen las presiones sociales, ya sean familiares, escolares, etc, sobre la percepción que los jóvenes tienen de sí mismos. En la navegación por redes sociales, los adolescentes se ven constantemente expuestos a modelos de belleza estereotipada que los lleva a compararse y a sentirse insuficientes, ignorando la diversidad y la belleza natural.

En el ámbito familiar, los comentarios externos al núcleo —aunque parezcan insignificantes— pueden generar inseguridad y dudas sobre el propio cuerpo, afectando la autovaloración. En el entorno escolar, el deseo de pertenecer a un grupo de amigos impulsa a muchos adolescentes a esforzarse por agradar y ser aceptados, pero el temor a ser rechazados por su apariencia física intensifica la ansiedad y el malestar emocional. En la sociedad tarijeña, donde existen grupos que etiquetan a las personas según cómo lucen, esta dinámica se vuelve aún más dañina, reforzando pensamientos negativos sobre la imagen corporal y favoreciendo el desarrollo de síntomas propios del trastorno dismórfico corporal.

Objetivo específico 4: Medir el nivel de ansiedad social en los estudiantes del colegio La Salle.

La ansiedad social moderada en adolescentes refleja una afectación significativa en su forma de relacionarse con el entorno, especialmente cuando la dismorfia corporal está presente como factor psicológico. Estos jóvenes viven con una alta susceptibilidad ante la mirada y los

comentarios de los demás, lo que convierte actividades cotidianas como reuniones, disertaciones o simplemente estar en espacios públicos en experiencias cargadas de temor y evitación.

El miedo a ser juzgados por su apariencia física los lleva a sobre pensar constantemente cómo deben verse, hablar o comportarse para evitar críticas, lo que genera una tensión emocional que les impide disfrutar el momento. Esta vigilancia interna permanente, cercana a la paranoia, los hace vulnerables en contextos sociales, reforzando la ansiedad y debilitando su autoestima.

Así, la dismorfia corporal no solo distorsiona la percepción del cuerpo, sino que también condiciona profundamente la forma en que los adolescentes se vinculan con el mundo que los rodea, siendo la principal elección la evitación por temor a lo que viven y piensan por su apariencia.

6.2. RECOMENDACIONES

La importancia de seguir investigando y estudiando la dismorfia corporal en adolescentes, radica en la necesidad de mejorar la comprensión y el tratamiento de este trastorno que puede tener graves consecuencias en la salud mental y emocional de los jóvenes. Al convertir este problema en una necesidad de ayudar a los demás, podemos desarrollar estrategias efectivas para prevenir y tratar la dismorfia corporal, promoviendo el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes.

❖ A INVESTIGADORES DEL ÁREA

Se sugiere a los investigadores del área mantener y diversificar los estudios sobre la Dismorfia Corporal en estudiantes adolescentes. Dada su creciente prevalencia y el impacto significativo en la salud mental, la autoestima y el funcionamiento social, es imperativo desarrollar investigaciones rigurosas que respondan a la complejidad de estas experiencias psicológicas.

Considerando que la adolescencia es una etapa crítica para la construcción de la identidad y la autovaloración, se recomienda superar la escasez de investigaciones locales. Es necesario abordar este trastorno, aún poco comprendido en nuestro medio, para posibilitar el diseño de estrategias de prevención e intervención que sean verdaderamente efectivas y culturalmente pertinentes.

Es fundamental generar datos actualizados y adaptados específicamente al contexto sociocultural de Tarija. Las futuras investigaciones deben visibilizar los síntomas, causas y consecuencias de la dismorfia, así como su relación con la ansiedad social, la depresión y los trastornos alimenticios. Esto contribuirá al avance científico y a la creación de entornos educativos y comunitarios más empáticos y protectores.

Se insta a la exploración mediante metodologías mixtas que integren enfoques cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión holística del trastorno. Este abordaje permitirá que profesionales de diversas áreas esclarezcan la naturaleza de la dismorfia corporal y su impacto en la estabilidad emocional de los adolescentes, fortaleciendo la visión científica del problema.

❖ PARA LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

Se recomienda a la carrera de Psicología fortalecer la formación académica y práctica en torno al estudio de la *dismorfia corporal en adolescentes*, reconociendo su creciente relevancia como fenómeno clínico y social. Este trastorno, vinculado estrechamente con la autoestima, la imagen corporal, la ansiedad social y los trastornos alimenticios, se manifiesta con particular intensidad durante la adolescencia, etapa en la que la construcción de la identidad y la imagen corporal son especialmente vulnerables a las influencias externas.

Por ello, es fundamental que los planes de estudio incluyan contenidos actualizados sobre la detección, evaluación y abordaje terapéutico de la dismorfia corporal, así como su relación con factores socioculturales, familiares y escolares. Además, se sugiere fomentar líneas de investigación que respondan al contexto local, como el caso de Tarija, donde los estereotipos de belleza y la presión social pueden agravar el malestar psicológico en jóvenes. Formar profesionales capacitados en esta área permitirá una intervención más temprana, empática y efectiva, contribuyendo al bienestar emocional de la población adolescente y al desarrollo de una psicología comprometida con las problemáticas actuales, promoviendo espacios y actividades donde se fomente y enseñe el verdadero valor de la belleza y junto a ello la inteligencia emocional.

❖ PARA LA SOCIEDAD EN GENERAL

Se recomienda a la sociedad tarijeña en general, fomentar espacios de diálogo, reflexión y educación sobre la dismorfia corporal en adolescentes, reconociendo que este trastorno va más allá de simples inseguridades físicas y puede afectar profundamente la salud emocional, la autoestima y el bienestar social de los jóvenes. En una cultura donde los estereotipos de belleza y la presión por “encajar” son frecuentes, es primordial promover una visión más inclusiva y empática sobre la diversidad corporal.

La población tarijeña, desde sus familias, instituciones educativas, medios de comunicación y comunidades, puede contribuir activamente a visibilizar esta problemática, evitando comentarios que refuercen juicios estéticos y apoyando a los adolescentes en su proceso de aceptación personal. Sensibilizarse sobre los síntomas, causas y consecuencias de la dismorfia corporal permitirá prevenir trastornos más graves como la ansiedad social, la depresión o los trastornos alimenticios, y construir entornos más seguros, respetuosos y emocionalmente saludables para las nuevas generaciones.