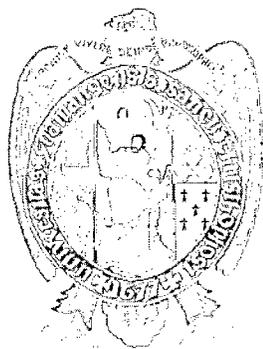


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**RIESGOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS CON LA
INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN
ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 Y 200 DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA. UNSCH, AYACUCHO, 2011.**

Tesis para obtener el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presentada por:

BARRIENTOS ESPINOZA, Kleber

GÓMEZ MUÑOZ, Héctor

AYACUCHO – PERÚ

2012

A nuestros padres:

Todo lo que somos o esperamos ser, se debe a su inmenso cariño, sacrificios y desvelos. Por tenernos paciencia y ayudarnos a salir adelante hasta conseguir nuestras metas.

Kleber

A Dios, por ser mi guía y protector:

Con inmenso cariño y respeto a mis padres, por estar siempre a mi lado pese a la distancia y por su amor incondicional y permanente.

Héctor

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Máter, por brindarnos la oportunidad de desarrollar nuestras habilidades, capacidades y competencias.

A la Facultad de Enfermería, por formar líderes en Enfermería con humanismo ético, investigadores y comprometidos con la problemática social Regional y Nacional.

A la asesora: Mg. Lidia González Paucarhuanca, por sus aportes, orientaciones y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

Al decanato de la Facultad de Enfermería, por las facilidades brindadas para acceder a la muestra en estudio.

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería, por su participación en la presente investigación.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
I. REVISIÓN DE LITERATURA	
1.1. Antecedentes referenciales	6
1.2. Base teórico científica	10
1.3. Hipótesis	20
1.4. Variables	21
1.5. Operacionalización de variables	21
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Enfoque de investigación	22
2.2. Tipo de estudio	22
2.3. Área de estudio	22
2.4. Diseño de investigación	22
2.5. Área de investigación	22
2.6. Población	23
2.7. Muestra	23
2.8. Técnica e instrumento de recolección de datos	23
2.9. Confiabilidad y validez	24
2.10. Procedimiento	24
2.11. Procesamiento y análisis de datos	24
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	

TÍTULO:

RIESGOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS CON LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 Y 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNSCH, AYACUCHO, 2011.

AUTORES:

**BARRIENTOS ESPINOZA, Kleber
GOMEZ MUÑOZ, Héctor**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar los riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 - 200 de la Facultad de Enfermería. UNSCH, Ayacucho, 2011. Para tal propósito se planteó una investigación cuantitativa, explicativa y de diseño transversal. La muestra probabilística sistemática fue de 112estudiantes.La técnica de recolección de datos fue la psicometría y entrevista; mientras que, los instrumentos, el test de valoración de la imagen corporal de Gardner, test de APGAR familiar y la guía de entrevista. En el análisis de los datos se utilizó la estadística inferencial mediante la aplicación de la oportunidad de riesgo (OR).

Los resultados de la investigación determinaron que, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 42,9% expresa insatisfacción de la imagen corporal. En conclusión, al 95% de confianza, según el estadígrafo Estándar “Z” se concluye que, la zona de residencia urbana, tipo de familia extensa, disfuncionalidad familiar, influencia negativa del grupo de pares y alto nivel de exposición a publicidad son riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería (OR >1).

Palabras clave: Riesgos socioculturales, insatisfacción, imagen corporal.

TITLE:

RISKS ASSOCIATED WITH THE CULTURAL IMAGE DISSATISFACTION STUDENT BODY SERIES 100 AND 200 OF THE SCHOOL OF NURSING. UNSCH, AYACUCHO, 2011.

AUTHORS:

**BARRIENTOS ESPINOZA, Kleber
GOMEZ MUÑOZ, Héctor**

ABSTRACT

This study aimed to determine the risks associated with sociocultural body image dissatisfaction among students of the series 100 to 200 of the School of Nursing. UNSCH, Ayacucho, 2011. For this purpose a quantitative research design and cross-explanatory. The systematic random sample was 112 students. The data collection technique was the psychometric and interview, while the instruments, the assessment test Gardner's body image, family APGAR test and interview guide. In the analysis of data inferential statistics were used by the application of the opportunity to risk (OR).

The results of the investigation determined that 100% of students from the series 100 to 200, 42.9% expressed dissatisfaction with body image. In conclusion, 95% confidence, according to the statistician Standard "Z" is concluded that the urban residence, type of extended family, family dysfunction, negative influence of peer groups and high risk exposure to advertising are sociocultural associated with body image dissatisfaction among students from the series 100 and 200 of the School of Nursing (OR > 1).

KEY WORDS: Sociocultural risk, dissatisfaction, body image.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, en la última década, se ha producido un incremento en el número de mujeres jóvenes que realizan dietas. Este dato es preocupante si se tiene en cuenta que la dieta es un importante factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, porque las jóvenes consideran que tienen exceso de peso. La consecuencia lógica de la preocupación por el peso es el establecimiento de métodos de control dentro de los que destaca el seguimiento de dietas (Fernández, 2007)

La juventud es una etapa de la vida en la que es muy importante la apariencia física y ésta viene determinada por los patrones estéticos actuales que promueve la sociedad a través de los medios de comunicación, exaltando el cuerpo esbelto (Stice y col., 2003; Taylor y col., 1998; Monteath y col., 1997). Éste es un factor determinante para las jóvenes, que actualmente muestran una preocupación excesiva por el peso y por su imagen corporal, relacionados con algún nivel de insatisfacción.

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede generar problemas emocionales importantes en las jóvenes. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión y ansiedad (Raich, 2000).

Por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), que pueden alterar el ciclo reproductivo de la mujer. Si una joven deja de ingerir alimentos suficientes para el desarrollo del aparato reproductor, la matriz no se desarrolla. Las hormonas femeninas (estrógenos), que tienen un papel importante en el desarrollo puberal, necesitan depositarse en la grasa corporal. Esta hormona es la que proporciona elasticidad al útero para que se expanda. En el caso de una anoréxica, al no tener grasa corporal suficiente, el útero no logra desarrollarse. Un nivel bajo de estrógenos puede llevar a problemas de esterilidad en dichas mujeres. La naturaleza sabiamente se ingenia para reducir el período fértil y evitar la fecundación en las mujeres que no están en óptimas condiciones de salud para albergar un nuevo ser (Martínez y Veiga, 2007).

Acerca de la magnitud de la insatisfacción de la imagen corporal, existen variaciones importantes según espacio geográfico. En España, Montero y cols. (2004) describen que el 41.1% de mujeres están insatisfechas con su imagen corporal, porque se auto-perciben más gordas lo que realmente son. En Cuba, según reportes de Trejo (2010), el

81.8% de adolescentes no está satisfecha con su imagen corporal, probablemente asociado a que la introyección de los ideales culturales de la delgadez son más marcados en las mujeres quienes son las mayores consumidoras de negocios lucrativos que hacen referencia a mejorar el aspecto físico.

En Perú, estudios efectuados por Caballero (2008), en Lima, hacen referencia que el 100% de adolescentes expresan preocupación por su imagen corporal y una actitud favorable hacia el cuerpo esbelto. En la Región Ayacucho, Acosta y Ccayanchira (2010) reportan que el 22.7% de adolescentes de una institución educativa pública expresa insatisfacción de la imagen corporal.

En las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se desconoce la magnitud de la insatisfacción de la imagen corporal así como los riesgos socioculturales asociados; sin embargo, al interactuar con las propias compañeras de aula se escuchan frases como: “desearía estar más delgada”, “no puedo bajar de peso”, “estoy gorda y me veo fea”, “te envidio porque eres delgada”, entre otras expresiones que darían cuenta el algún grado de insatisfacción con la imagen corporal. Asimismo, se ha podido observar que algunas de ellas se someten a dietas no supervisadas por un profesional nutricionista, siguiendo consejos de terceros, que podrían comprometer su salud.

Fueron estas razones que motivaron el interés de investigar:
**RIESGOS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS CON LA
INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE
LAS SERIES 100 Y 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNSCH,
AYACUCHO, 2011.**

El problema de investigación fue formulado en los siguientes términos: ¿Cuáles son los riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 - 200 de la Facultad De Enfermería. UNSCH, Ayacucho, 2011?

El objetivo general es: Determinar los riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 - 200 de la Facultad de Enfermería. UNSCH, Ayacucho, 2011; mientras que los específicos:

- a) Cuantificar el porcentaje de insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 – 200 de la Facultad de Enfermería.
- b) Identificar los riesgos sociales (zona de residencia urbana, tipo de familia extensa, disfuncionalidad familiar e influencia negativa del grupo de pares) asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 – 200 de la Facultad de Enfermería.-
- c) Establecer los riesgos culturales (filiación religiosa católica y alto nivel de exposición a publicidad) asociados con la insatisfacción de la

imagen corporal en estudiantes de las series 100 – 200 de la Facultad de Enfermería.

La hipótesis general es: La zona de residencia urbana, tipo de familia extensa, disfuncionalidad familiar e influencia negativa del grupo de pares; filiación religiosa católica y alto nivel de exposición a publicidad son riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería

La evaluación del nivel de satisfacción de la imagen corporal, es considerada una medida diagnóstica crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertos trastornos en la conducta alimentaria.

Por esta razón, la importancia de determinar el nivel de insatisfacción de la imagen corporal y los riesgos socioculturales asociados en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, en quienes se requiere un nivel de satisfacción consigo mismo para la atención eficaz de los usuarios.

El diseño de investigación se enmarcó en el enfoque cuantitativo, en el nivel explicativo y de diseño transversal. La muestra probabilística sistemática fue de 112 estudiantes. La técnica de recolección de datos fue la psicometría y entrevista; mientras que, los instrumentos, el test de valoración de la imagen corporal de Gardner, test de APGAR familiar y la

guía de entrevista. En el análisis de los datos se utilizó la estadística inferencial mediante la aplicación de la oportunidad de riesgo (OR).

Los resultados de la investigación determinaron que, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 42,9% expresa insatisfacción de la imagen corporal. En conclusión, al 95% de confianza, según el estadígrafo Estándar “Z” se concluye que, el lugar de residencia urbano, tipo de familia extensa, disfuncionalidad familiar, influencia negativa del grupo de pares y alto nivel de exposición a publicidad son riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería (OR >1).

Estos hallazgos permitirán a las autoridades de la Facultad de Enfermería la toma de decisiones para fomentar el nivel de autoestima y prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de estudiantes que con algún grado de insatisfacción.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Baile (2002) en el estudio explicativo multicausal “Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el BodyShapeQuestionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad”, en España, en una muestra probabilístico de 294 adolescentes de 12 a 19 años de un Instituto de Enseñanza Secundaria, aplicando BodyShapeQuestionnaire (BSQ), muestran los siguiente resultados: Entre los 12 y 13 años de edad se muestran niveles muy bajos de insatisfacción corporal y no hay diferencias entre varones y mujeres.

Fernández (2002), en el estudio “Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios”, en España, en una muestra de 482 estudiantes universitarios/as a los que se les aplicó el EatingDisordersInventory (EDI) y un cuestionario sobre comportamientos alimentarios e imagen corporal, determinaron que: Los resultados muestran la mayor preocupación de las mujeres por el peso y

la imagen corporal, siendo ellas además las que en mayor medida recurren a las dietas para alcanzar el peso ideal. Siendo el colectivo de chicas las que presentan en mayor medida tanto variables cognoscitivas como comportamentales de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, lo que justifica la necesidad de implementar programas de prevención al colectivo de estudiantes universitarias.

Baile (2003) en el estudio explicativo "Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala", en España, en una muestra probabilística de 147 adolescentes estudiantes de secundaria entre 14 y 17 años de ambos sexos, determinaron que: Las mujeres muestran mayores índices de insatisfacción corporal en comparación a los varones, asociado a que la introversión de los ideales culturales de la delgadez son más marcadas en las mujeres quienes son las mayores consumidoras de productos para mejorar el aspecto físico.

Martínez y Veiga (2007) en el estudio correlacional - descriptivo "Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal", en España, en una muestra probabilística de 110 alumnos y alumnas de 1º de Educación Secundaria Obligatoria y 1º de Bachillerato de la localidad de madrileña de Alcobendas, aplicando el cuestionario BodyShapeQuestionnaire (BSQ-14) para valorar la insatisfacción corporal, la antropometría para obtener el índice de masa corporal y el cuestionario

PhysicalActivityQuestionnaireforOlderChildrens&Adolescents (PAQ-C/A) para valorar la práctica de actividad física, llegaron a las siguientes conclusiones: La insatisfacción corporal se relaciona significativamente con la práctica de actividad física ($r = -0,35$; $p < 0,001$). Del mismo modo, la insatisfacción corporal se relaciona inversamente con el índice de masa corporal ($r = 0,32$; $p < 0,001$). Los primeros años de adolescencia son un periodo importante para iniciar cualquier acción preventiva o terapéutica ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Arroyo (2007), en la investigación "Imagen corporal en estudiantes universitarios: comportamientos dietéticos y actitudes nutricionales", en España, en una muestra de 550 estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) con una edad media de $22,1 \pm 2,8$ años (18,0-32,9), de los cuales el 35,5% fueron hombres y el 64,6% mujeres, concluyó: Entre los universitarios hay más casos de sobrepeso en hombres que en mujeres. Sin embargo, la tendencia a seguir dietas de adelgazamiento es mayor en las mujeres, lo que podría deberse, al menos en parte, a la presión social por mantener una imagen estilizada. En los últimos años esta presión ha aumentado también en los hombres y se ha traducido en un incremento de la insatisfacción con la imagen corporal.

Rivarola (2003) en el estudio correlacional - descriptivo "La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios", en Argentina, en una muestra probabilística de 120 mujeres argentinas sin diagnóstico médico de trastornos alimentarios, distribuidas

en dos grupos: 12 a 14 años (n = 60) y 18 a 20 (n = 60), aplicando los cuestionarios EatingDisordersInventory (EDI-2) y BodyShapeQuestionnaire (BSQ), llegaron a las siguientes conclusiones: Se halló una correlación positiva entre la insatisfacción con la imagen corporal y aspectos de los trastornos alimentarios, no encontrándose diferencia entre ambos grupos.

Casilla y Cols. (2006) en el estudio correlacional -descriptivo "A mayor índice de masa corporal (IMC) mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal", en México, en una muestra probabilística al azar simple de 158 pacientes de una clínica de primer nivel, aplicando el pictograma de stunkard, llegaron a las siguientes conclusiones: Hallaron una correlación positiva entre el grado de insatisfacción y el índice de masa corporal (IMC) (0.544, $p < 0.01$). Quienes presentaron un peso adecuado tuvieron una insatisfacción de la imagen corporal (IIC) promedio de 0.9; quienes presentaron sobrepeso, de 1.7 y quienes presentaron obesidad, de 2.6. Las mujeres presentaron un mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal (IIC) (2.0) que los hombres (1.5) ($p < 0.01$).

García y Garita (2007) en el estudio descriptivo "Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses", en una muestra no probabilística por conveniencia de 99 mujeres (15,85 \pm 0,98 años de edad e IMC de 21,62 \pm 3,09 kg/m²), aplicando la escala de Stunkard para establecer la

satisfacción con la imagen corporal y el cuestionario de Marsh y Southerlan para determinar la auto-descripción física, llegaron a las siguientes conclusiones: Las adolescentes presentan una alteración en la percepción de las dimensiones de su cuerpo, lo cual sugiere que el componente perceptual y cognitivo de la imagen corporal se encuentran alterados.

Caballero (2008), en la tesis "Imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to. de secundaria de la Institución Educativa Teresa González de Fanning", en Lima, en una muestra probabilística al azar de 84 estudiantes de sexo femenino, aplicando un formulario con escalamiento tipo Likert, determinó que: Más del 50% de adolescentes tiene una autopercepción favorable de la imagen corporal, porque consideran que el tamaño de sus pechos y caderas están hechas a su medida y en lo conductual, por que realizan ejercicios como rutina diaria para bajar de peso.

Acosta y Ccayanchira (2010), en el estudio "Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la institución educativa "Nuestra Señora de Fátima", en Ayacucho, en una muestra probabilística al azar de 177 estudiantes de sexo femenino, aplicando el cuestionario estructurado, ficha de valoración antropométrica, test de BodyShapeQuestionnaire (BSQ) y EatingDisorders Test (SCOFF), determinaron que: La auto percepción de la imagen corporal se relaciona significativamente con la

frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa "Nuestra Señora de Fátima" ($\chi^2_c : 44.818$; $\alpha : 0.05$; $GL : 1$; $\chi^2_t : 3.84$; $\rho < 0.05$), estableciéndose una correlación débil ($r: 0.480$).

1.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

1.2.1. RIESGOS ASOCIADOS

Es la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento (Lip, 2005).

Esta definición refiere que el riesgo está presente al exponerse a una fuente de peligro en combinación con una actividad determinada donde probablemente ocurra un daño.

1.2.2. MODELOS EXPLICATIVOS

A) MODELO UNICAUSAL

A partir del descubrimiento del papel de los microorganismos en las enfermedades infecciosas se desarrolló el modelo unicausal, el cual propugna que una enfermedad tiene una causa. Este concepto (una causa - un efecto), fue la base de los postulados de Koch para

establecer fehacientemente si un microorganismo dado es el causante de una enfermedad.

Después de ser éstos presentados y prácticamente aceptados universalmente, se encontró que en la gran mayoría de las enfermedades, tanto infecciosas como no infecciosas, los postulados de Koch no eran adecuados para establecer una relación de causalidad (Beaglehole, Bonita y Jellstrom, 1994).

En el modelo unicausal se considera algo como causa cuando es condición necesaria y suficiente para producir un efecto. Se dice que es necesaria porque es una condición sin la cual el efecto no puede ocurrir, y que es suficiente porque es una condición con la cual debe ocurrir el efecto (Parascandola y Weed, 2001 citado por Lip, 2005).

Causa  **Efecto**

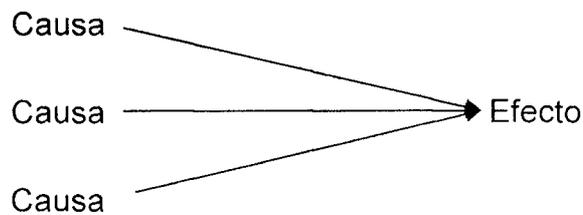
Los epidemiólogos y otros científicos biomédicos han identificado muy pocas enfermedades con causas que tienen un patrón de correspondencia “uno a uno” con sus efectos (Parascandola y Webb, 2001 citado por Lip, 2005).

B) MODELO MULTICAUSAL

B.1) MODELO MULTICAUSA - EFECTO ÚNICO

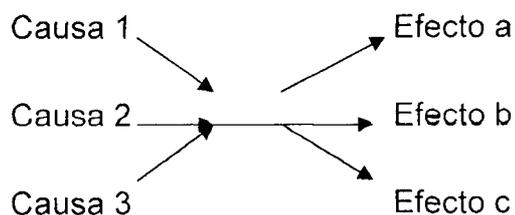


Ante la insuficiencia del modelo unicausal para explicar por qué algunas personas enfermaban y otras no, aún estando presente la pretendida causa, se desarrolló la idea de multicausalidad. Esta postula que para la producción de un efecto se requería la presencia de varios factores. Por ejemplo, no era suficiente que el Bacilo de Koch (BK) se encontrara en el organismo humano, sino que también debía haber una disminución de la capacidad defensiva, desnutrición, entre otras. En este caso, el BK es una causa necesaria, pero no suficiente y los otros factores se consideran no necesarios ni suficientes. A estos últimos, algunos autores los denominan factores contribuyentes (Susser, 2001).



B.2) MODELO MULTICAUSA - MULTIEFECTO

Una formulación más elaborada, pero con el mismo trasfondo conceptual que el anterior, es el modelo multicausa - multiefecto, el que propugna que un conjunto de diferentes causas produce un conjunto de diferentes efectos.



El modelo multicausa - multiefecto se considera útil para estudiar la contaminación ambiental, el hábito de fumar y formas específicas de radiación (causas) que podrían provocar cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis (efectos) (Dever, 1991 citado por Lip, 2005). En este caso, las causas no son ni suficientes ni necesarias. Por ejemplo, puede haber cáncer de pulmón sin hábito de fumar y, también, hábito de fumar sin que produzca cáncer.

La causación, desde el multicausalismo, se tornó un asunto más complejo, especialmente en relación con el papel que desempeñan los diferentes tipos de factores que intervienen en la causación de una enfermedad. La misma formulación no deja de llamar la atención: Todos (los factores causales) pueden ser necesarios, pero raramente son suficientes para provocar una enfermedad o estado determinado (Beaglehole et al., 1994).

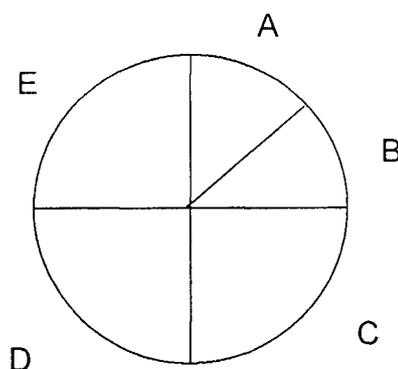
En los modelos multicausales se denomina a los factores considerados causales, se les denominan factores de riesgo. Un factor de riesgo es una característica que se ha observado asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca un evento adverso. En otras palabras, un factor de riesgo es algo que hace la diferencia en el resultado (enfermedad) (Susser, 2001: 376). La presencia de un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación de causa-efecto;

implica que, al menos, se ha establecido una asociación a nivel individual.

Además, los diversos factores causales no tendrían el mismo peso relativo para provocar una enfermedad dada. Incluso, se ha ensayado formas de diferenciar los factores causales según la importancia de la causación, utilizándose adjetivos como predisponentes, facilitadores, desencadenantes y potenciadores (Beaglehole et al., 1994: 78).

B.3) MODELO DE CAUSA COMPONENTE-SUFICIENTE

Sobre la base de la idea del filósofo y economista británico John Stuart Mill (1950) de que la causa de cualquier efecto consiste, por fuerza, en una constelación de componentes que actúan en concierto, el epidemiólogo Rothman propone el modelo causa componente-suficiente.



El concepto central que propone Rothman (1986) es el siguiente: una "causa suficiente" no es concebida como una condición o atributo simple sino más bien, como un conjunto o grupo de

condiciones y acontecimientos mínimos que inevitablemente produce la enfermedad. "Mínimos" en este contexto denota que ninguna de las condiciones o acontecimientos es superflua.

Entonces, en términos etiológicos, estas condiciones y acontecimientos se irían acumulando o convergerían en un momento, con lo cual se desencadenaría un evento adverso. La idea es graficada considerando cada componente-causa como una "rodaja" de "un pastel causal" que, cuando se completa, constituye una "causa componente-suficiente" (Rothman, 1986) o una constelación causal suficiente. Cada enfermedad tendría una o más constelaciones causales diferentes a las de las demás, y a la vez cada constelación podría jugar un papel en uno o más mecanismos causales.

Tam y Lopman (2003) creen que este modelo, aunque determinístico –cuando se completa el pastel invariablemente se producirá el efecto-, constituye un marco de trabajo útil para conceptualizar la causación en una manera cronológica, o sea, desde que se da la primera exposición a un componente, como se van acumulando los siguientes componentes-causa hasta completar el "pastel causal" y la aparición de la subsecuente enfermedad. Empero, anotan, es aquí donde está la dificultad del modelo. Este no sirve para explicar las diferencias de salud entre grupos de individuos o poblaciones: el modelo causa componente-suficiente

tiende, como variación del enfoque de la multicausalidad y sus derivados factores de riesgo, a individualizar la epidemiología.

1.2.3. IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal (IC) es un constructo (objeto cuya existencia depende de la mente) psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas (Baile, 2000). Otra definición para este concepto es la que precisa como la manera en que las personas se perciben a sí mismas y como piensan que son vistas por las demás personas (Cash y Pruzinsky, 1990, citado por García y Garita, 2007).

Se entiende por imagen corporal como, la representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo (Slade, 1994 citado por Paredes y Pinto, 2009); también como el 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 (Raich, 2003 citado por Paredes y Pinto, 2009).

Salaberria y cols. (2007) señala que, la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Un aspecto es la apariencia física y otro distinto la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita y los traumatismos aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen. La imagen corporal se compone de varias variables:

- a. **Aspectos perceptivos.** Precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- b. **Aspectos cognitivos - afectivos.** Actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- c. **Aspectos conductuales.** Conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su

exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

1.2.4. ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

- **Alteración cognitiva y afectiva.** Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

- **Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal.** Inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptiva y subjetiva no siempre es alta. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

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

Martínez y Veiga (2007), señalan que las principales alteraciones de la imagen corporal son las siguientes:

- a. **Insatisfacción de la imagen corporal.** La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera como el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal. La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de desórdenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes.
- b. **Distorsión de la imagen corporal.** La diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el Índice de Distorsión de la imagen corporal.

1.2.5. SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Salaberria y Cols. (2007), señalan que: El nivel de satisfacción con la imagen corporal se define como el grado de aceptación de la apariencia física; es decir, se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. El nivel de satisfacción con la imagen corporal, depende de los siguientes aspectos:

- Preocupación por algún defecto; imaginado, del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

1.2.6. INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

No se ha propuesto una definición comúnmente aceptada de la misma, pero los diferentes autores la definen como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Una revisión de la bibliografía en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria hace evidente la existencia de presión social hacia la mujer para que mantenga una determinada imagen corporal asociada a una extrema delgadez, lo que es considerado como una de las causas de la alta incidencia en los últimos años de estos trastornos. Se podría

considerar que una de estas variables mediadoras entre la presión y la instauración de los trastornos es la insatisfacción corporal, pues ésta se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa (Baile, 2002).

1.2.7. FORMACIÓN NEGATIVA DE LA IMAGEN CORPORAL

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma. En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento (Salaberria y Cols, 2007):

1.2.7.1. FACTORES PREDISponentES

- a. Sociales y culturales.** Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Toro (1988) señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.
- b. Modelos familiares y amistades.** El modelo de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y

prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

- c. Características personales.** La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.
- d. Desarrollo físico y feedback social.** Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- e. Otros factores.** La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

1.2.7.2. FACTORES DE MANTENIMIENTO

- a. **Suceso activante.** La exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

- b. **La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones.** Activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.

1.2.8. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas (Salaberria y cols., 2007):

- Percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo.

- Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad, frecuencia y duración, el malestar que originan y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar el pensamiento.

- Aspectos conductuales: evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, etc.

- Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, etc.
- Dimensiones de personalidad: autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global.

1.3. HIPÓTESIS

El lugar de residencia urbano, tipo de familia extensa, disfuncionalidad familiar e influencia negativa del grupo de pares; filiación religiosa católica y alto nivel de exposición a publicidad son riesgos socioculturales asociados con la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería

1.4. VARIABLES

1.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores socioculturales.

1.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Insatisfacción con la imagen corporal.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR	ESCALA
	Zona de residencia	Lugar	Urbana Urbano marginal	Nominal
	Tipo de familia	Composición de la familia	Nuclear Extensa	Nominal

			Monoparental	
Factores socioculturales	Disfuncionalidad familiar	Puntuaciones del Test de APGAR	Sí No	Nominal
	Disfuncionalidad amical	Puntuaciones del Test de APGAR	Sí No	Nominal
	Filiación religiosa	Pregunta	Católica Protestante	Nominal
	Nivel de exposición a publicidad	Pregunta	Alto Bajo	Nominal
Insatisfacción con la imagen corporal	Imagen percibida Imagen deseada	Test de Autovaloración de la Imagen corporal de Gradner	Sí No	Nominal

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional - explicativo.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental transversal de causa efecto.

2.5. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, de la Región Ayacucho.

2.6. POBLACIÓN

Estuvo constituida por 160 estudiantes de las series 100 – 200 de la Facultad de Enfermería matriculados en el semestre 2011 - II.

2.7. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 112 estudiantes de las series 100 – 200 de la Facultad de Enfermería matriculados en el semestre 2011 – II, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2pq}{[e^2 (N)] + [Z^2pq]}$$

Donde:

- n : Tamaño de muestra
z : Nivel de confianza del 95% (1.96)
p : Proporción de éxito del 50% (0.5)
q : 1 – p (0.5)
e : Error muestral del 5% (0.05)
N : Población (160)

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Psicometría	Test de valoración de la imagen corporal de Gardner. Test de APGAR familiar
Entrevista	Guía de entrevista

2.9. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos fueron validados por prueba piloto en una muestra de 30 estudiantes, obteniendo coeficientes de fiabilidad mayores de 0,80.

ALPHA DE CRONBACH	α
Test de valoración de la imagen corporal de Gardner.	0,84
Test de APGAR familiar	0,81
Guía de entrevista	0,79

2.10. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo la presente investigación, se solicitó autorización al Decanato de la Facultad de Enfermería, para acceder a la muestra en estudio.

Obtenida la autorización, se coordinó con la Directora de Escuela, con el propósito de establecer un cronograma de recolección de datos.

2.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico PASW versión 18,0. Estos son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, de acuerdo a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico de los datos se empleó la Oportunidad de Riesgo (Odds Ratio).

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 01

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

SERIE	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				Total	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
100	27	24,1	35	31,3	62	55,4
200	21	18,8	29	25,8	50	44,6
Total	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y Test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

Del 100% de estudiantes de la muestra en estudio, el 55,4% son de serie 100, de las cuales, 31,3% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 24,1% sí; el 44,6% es de la serie 200, de quienes, 25,8% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 18,8% sí. En general, el 57,1% no presentó insatisfacción de la imagen corporal; mientras que, el 42,9% si expresó insatisfacción.

TABLA N° 02

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

ZONA DE RESIDENCIA	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbana	42	37,5	36	32,1	78	69,6
Urbano - marginal	06	5,4	28	25,0	34	30,4
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 5,44

IC95%= 1,90; 17,66

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 69,6% procede del área urbana, de quienes, el 37,5% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 32,1% no expresó insatisfacción; el 30,4% procede del área urbano - marginal, de las cuales, el 25% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 5,4% si expresó insatisfacción.

TABLA N° 03

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

TIPO DE FAMILIA	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nuclear	27	24,1	57	50,9	84	75,0
Extensa	21	18,8	07	6,2	28	25,0
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 6,63

IC95%= 2,22; 19,55

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 75% proviene de una familia nuclear, de quienes, el 50,9% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 24,1% si expresó insatisfacción; el 25% proviene de una familia extensa, de las cuales, el 18,8% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 6,2% no expresó insatisfacción.

TABLA N° 04

**INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 –
 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Funcional	05	4,5	40	35,7	45	40,2
Disfuncional	43	38,4	24	21,4	67	59,8
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 14,33

IC95%= 4,67; 51,46

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 59,8% proviene de una familia disfuncional, de quienes, el 38,4% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 24,1% no expresó insatisfacción; el 40,2% proviene de una familia funcional, de las cuales, el 35,7% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 4,5% si expresó insatisfacción.

TABLA N° 05

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN INFLUENCIA DE GRUPO DE PARES EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

INFLUENCIA DE GRUPO DE PARES	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Positiva	18	16,1	59	52,7	77	68,7
Negativa	30	26,8	05	4,5	35	31,3
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 19,67

IC95%= 6,14; 72,19

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 68,7% recibe una influencia positiva del grupo de pares, de quienes, el 52,7% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 16,1% si expresó insatisfacción; el 31,3% recibe una influencia negativa del grupo de pares, de las cuales, el 26,8% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 4,5% no expresó insatisfacción.

TABLA N° 06

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN FILIACIÓN RELIGIOSA EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

FILIACIÓN RELIGIOSA	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Católica	39	34,8	53	47,3	92	82,1
No católica	09	8,1	11	9,8	20	17,9
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 1,11

IC95%= 0,37; 3,28

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 82,1% es católica, de quienes, el 47,3% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 34,8% si expresó insatisfacción; el 17,9% no es católica (atea), de las cuales, el 9,8% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 8,1% si expresó insatisfacción.

TABLA N° 07

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL SEGÚN NIVEL DE EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD EN ESTUDIANTES DE LAS SERIES 100 – 200 DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. AYACUCHO, 2012.

NIVEL DE EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD	INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alto	42	37,5	33	29,5	75	67,0
Bajo	06	5,4	31	27,6	37	33,0
TOTAL	48	42,9	64	57,1	112	100,0

Fuente. Guía de entrevista y test de valoración de la imagen corporal de Gardner.

OR = 6,58

IC95%= 2,30; 21,26

Del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 67% está expuesta a un alto nivel de publicidad, de quienes, el 37,5% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 29,5% no expresó insatisfacción; el 33% está expuesta a un bajo nivel de publicidad, de las cuales, el 27,6% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 5,4% si expresó insatisfacción.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas, se ha experimentado un cambio en la valoración de las dimensiones corporales femeninas. El modelo de belleza corporal ideal se caracteriza por un cuerpo delgado y producto de este estereotipo se presentan casos de insatisfacción de la imagen corporal.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 42,9% expresa insatisfacción de la imagen corporal (Tabla 01).

Para Álvarez (2006), hoy en día la insatisfacción corporal ocurre de manera tan generalizada en nuestra sociedad que la mayoría de las mujeres desean cambiar su cuerpo, tratando así de emular a aquellas modelos de “excelente cuerpo” que tienen el estatus de “bellas”. Así, es posible apreciar entre la población la práctica de un sin fin de métodos conducentes a la pérdida de peso, basados primordialmente en patrones

anómalos de alimentación, tales como el empleo de la restricción alimentaria, suplementos alimenticios, ayuno, consumo exclusivo de alimentos light y muchos otros. Poco a poco, tales conductas de riesgo pueden transformarse en un trastorno de conducta alimentaria.

Rodríguez (2008), en la investigación "La insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas", concluyó que el 14,2% de españolas y 23% de latinoamericanas presentan insatisfacción con su propio cuerpo.

Acosta y Ccayanchira (2010), en la tesis "Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa "Nuestra Señora de Fátima", en Ayacucho, determinaron que el 22,7% presentaba una auto percepción negativa de la imagen corporal; es decir, presentaban algún nivel de insatisfacción.

Rodríguez y Salazar (2011), en la investigación "Factores biopsicosociales relacionados a la imagen corporal en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres", en Ayacucho, determinaron que el 76,8% expresaba insatisfacción de la imagen corporal.

Los resultados describen que en las estudiantes de las series 100 y 200 de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, cuatro de cada diez presentaron insatisfacción de la imagen corporal, cifra inferior a la reportada por Rodríguez y Salazar (2011) en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres.

Estos hallazgos confirman que la insatisfacción de la imagen corporal tiene una prevalencia más alta entre las adolescentes debido a los cambios físicos y psicológicos que experimentan para transitar a la vida adulta. En esta etapa se encuentran el mayor porcentaje de estudiantes de la serie 100 cuyas edades fluctúan de 17 a 19 años.

Si bien, la prevalencia de insatisfacción de la imagen corporal desciende con el transcurrir de los años, en la etapa adulta joven continua la preocupación por la apariencia física y el interés de cómo los demás lo perciban.

De ahí la necesidad de emprender acciones encaminadas a disminuir su prevalencia entre la población joven y limitar el problema en etapas tempranas.

En cuanto al lugar de residencia, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 69,6% procede del área urbana, de quienes, el 37,5% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 32,1% no expresó insatisfacción; el 30,4% procede del área urbano - marginal, de las cuales, el 25% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 5,4% si expresó insatisfacción (Tabla 02).

Loreto, Zubarew, Silva y Romero (2006), en la investigación “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana”, en Chile, determinaron que: Hubo una mayor prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de colegios urbano - marginales de nivel

socioeconómico bajo (11,3%), ($p < 0,02$). En las adolescentes de colegios urbanos, la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria fue menor (5,1%).

Cuba y Huamaní (2010), en Ayacucho, refieren que muchos de los comportamientos en los jóvenes están ligados al lugar de procedencia, por influencia de las tradiciones culturales y los estilos de vida. En el área urbana la apariencia física tiene mayor significado en comparación a la zona rural y periurbana.

Rodríguez y Salazar (2011), en Ayacucho, describen que el nivel de insatisfacción de la imagen corporal es independiente del lugar de procedencia. Tanto las adolescentes de procedencia urbana como urbano marginal, presentan similar probabilidad de expresar baja satisfacción de la imagen corporal, lo que significa que las adolescentes de las zonas urbano marginales tienen las mismas expectativas que las adolescentes de la urbe respecto al prototipo de cuerpo esbelto.

Los resultados obtenidos son diferentes a los hallazgos de Rodríguez y Salazar (2011), porque en las estudiantes de procedencia urbana fueron mayores los casos de insatisfacción de la imagen corporal, lo que nos indica la presión que ejerce la vida urbana no sólo para adoptar comportamientos específicos, sino también para mantener una figura esbelta.

En el área urbana, la preocupación por verse bien y que los demás así lo perciban tiene excesivo significado, quizá por la creencia que otorga

cierto prestigio o estatus social, lo que conlleva a las jóvenes a realizar dietas restrictivas que podrían afectar su salud.

En conclusión, el lugar de procedencia urbano es un riesgo social significativo porque incrementa en 5,54 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

En cuanto al tipo de familia, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 75% proviene de una familia nuclear, de quienes, el 50,9% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 24,1% si expresó insatisfacción; el 25% proviene de una familia extensa, de las cuales, el 18,8% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 6,2% no expresó insatisfacción (Tabla 03).

Ramos (2003) en la investigación “La imagen corporal en relación con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes vascos de 12 a 18 años”, en España, señala que en lo que concierne a la presión familiar, un 79% han sentido alguna o muchas veces presión para bajar de peso, sobre todo cuando la familia es extensa.

Los resultados obtenidos tienen cierta similitud con los hallazgos de Ramos (2003), porque las estudiantes que provienen de familias extensas expresan mayor preocupación con su contextura física y por consiguiente con mas vulnerables a la insatisfacción de la imagen corporal.

En un hogar de una familia extensa, cohabitan dos o más familias nucleares. La presencia de un mayor número de jóvenes en la estructura familiar genera cierta necesidad de competencia para mostrar una contextura física que se adecue mejor a la percepción idealizada de un cuerpo esbelto.

Consideramos que la familia como primer espacio de socialización debe fortalecer la seguridad y autoestima entre sus miembros, para no dejarse influenciar por los estereotipos que existe en relación a la figura esbelta.

En conclusión, el tipo de familia extensa es un riesgo social significativo porque incrementa en 6,63 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

Referente al funcionamiento familiar, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 59,8% proviene de una familia disfuncional, de quienes, el 38,4% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 24,1% no expresó insatisfacción; el 40,2% proviene de una familia funcional, de las cuales, el 35,7% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 4,5% si expresó insatisfacción (Tabla 04).

González (2002) en el estudio “Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media”, en Chile, concluye que las jóvenes cuyas familias manifestaban una alta funcionalidad en términos de apoyo y cercanía

emocional, presentaban menor riesgo de desorden alimentario e insatisfacción de la imagen corporal.

Cruzat (2008), en la investigación "Trastornos Alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción", en Chile, determinaron que la disfuncionalidad familiar se asocia con la insatisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastornos alimentarios, al generar inseguridad y baja autoestima entre las adolescentes.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de González (2002) y Cruzat (2008), porque la conflictividad en la familia en pleno proceso de consolidación de la identidad de las adolescentes y jóvenes, genera un distanciamiento de la familia y mayor acercamiento al grupo de pares.

Ante estos hallazgos es fundamental promover el adecuado funcionamiento familiar, que favorezcan la comunicación con ambos padres, optimice la seguridad y permitan un ambiente más cohesionado que facilite la resolución adecuada de los conflictos.

En conclusión, el tipo de familia disfuncional es un riesgo social significativo porque incrementa en 14,36 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

En relación a la influencia de pares, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 68,7% recibe una influencia positiva, de quienes, el 52,7% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 16,1% si expresó insatisfacción; el 31,3% recibe una influencia negativa, de las cuales, el 26,8% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 4,5% no expresó insatisfacción (Tabla 05).

Samperio (2011), en España, señala que el ser aceptado en el grupo de iguales, la opinión de los amigos influye de manera decisiva en la formación de la autoimagen. Esto lleva, en ocasiones, a una alta frustración, si no se parecen a los modelos adoptados por ellos como símbolos de éxito, triunfo y aceptación, que desencadena en una baja autoestima e insatisfacción con su cuerpo.

Rodríguez y Salazar (2011), en Ayacucho, señalan que la influencia del grupo de pares se relaciona significativamente con el nivel de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal de los adolescentes.

Al respecto, Mancilla et al. (2004) señala que la creciente presión de pares pro-delgadez así como las actitudes negativas hacia el sobre peso u obesidad han venido generando un excesivo interés y preocupación por la imagen corporal.

La presión del grupo de pares para ajustarse a ciertos modelos corporales incide en el comportamiento de las jóvenes. La desaprobación de cierta contextura física por el grupo genera inconformidad y rechazo de la imagen del propio cuerpo, sobre todo en jóvenes con bajo nivel de

autoestima o inseguridad, generando cambios en los hábitos de alimentación y en la frecuencia de actividad física.

Para las estudiantes jóvenes, la percepción de la contextura física por parte del grupo tiene un significado importante. Sólo así se justifica que sus opiniones y críticas generen insatisfacción de la imagen corporal.

Por tanto, consideramos necesario fortalecer el nivel de autoestima en las jóvenes para no dejarse influenciar por el grupo de pares y tomar decisiones responsables en beneficio de su propia salud.

En conclusión, la influencia negativa del grupo de pares es un riesgo social significativo porque incrementa en 19,67 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

Referente a la religión, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 82,1% es católica, de quienes, el 47,3% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 34,8% si expresó insatisfacción; el 17,9% no es católica (atea), de las cuales, el 9,8% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 8,1% si expresó insatisfacción (Tabla 06).

Acosta y Ccayanchira (2011), en la investigación “Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Nuestra señora de Fátima”, en Ayacucho, describe que en las adolescentes católicas se identificó casos de inconformidad o insatisfacción con la

imagen corporal, auto percepción negativa que incrementó la vulnerabilidad a los trastornos alimentarios.

Antes de iniciar con el acopio de información pensábamos que en las estudiantes católicas sería menor la frecuencia de insatisfacción de la imagen corporal, debido al mayor peso que se otorga a la espiritualidad antes que al cuerpo físico.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la insatisfacción de la imagen corporal es independiente de la filiación religiosa. Es decir, se encuentran casos de insatisfacción tanto en católicas y no católicas (ateas), lo que nos indica que la preocupación por la imagen corporal y la necesidad de adaptarse al prototipo de cuerpo esbelto es casi generalizado.

En conclusión, la filiación religiosa católica no es un riesgo cultural significativo porque el intervalo de confianza al 95% de la oportunidad de riesgo incluye la unidad.

En cuanto a la publicidad, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 67% está expuesta a un alto nivel de publicidad, de quienes, el 37,5% presentó insatisfacción de la imagen corporal y 29,5% no expresó insatisfacción; el 33% está expuesta a un bajo nivel de publicidad, de las cuales, el 27,6% no presentó insatisfacción de la imagen corporal y 5,4% si expresó insatisfacción (Tabla 07).

Dittmar y Howard (2004), en Estados Unidos, señala que el estereotipo de belleza desempeña un papel preponderante, a lo que han contribuido ampliamente los medios de comunicación, que tienen una gran influencia en amplios sectores de la sociedad como creadores y transmisores de los ideales estéticos corporales, promoviendo así lo que podría llamarse una “fantasía de imagen corporal”. La prensa, televisión, cine y radio difunden permanente y consistentemente entre la población imágenes y contenidos que operan como transmisores de experiencias y aspiraciones.

Salazar (2007), en la investigación “Imagen corporal femenina y publicidad en revistas”, en Costa Rica, menciona que la mujer actual vive una problemática con respecto a su imagen física, la cual se refleja en una insatisfacción corporal generadora de trastornos alimenticios. Lo anterior es motivado, en alguna medida, por los modelos de cuerpos delgados que presentan los medios de comunicación,

Vartanian, Giant y Passino (2001), entre los adolescentes y jóvenes se hizo evidente la gran interiorización de modelos estéticos corporales de delgadez, que parece provenir de la influencia de la publicidad.

Rodríguez y Salazar (2011), en Ayacucho, señalan que actualmente las adolescentes experimentan la presión de los medios de comunicación para ajustarse a ciertos modelos corporales que se expresan, también, en la moda del vestir.

Los resultados obtenidos describen que las jóvenes que están expuestas a un alto nivel de publicidad presentan con mayor frecuencia insatisfacción de la imagen corporal. Es decir, cuando la mujer establece la delgadez como un valor altamente positivo, o un modelo corporal a imitar tiende a experimentar un sentimiento de triunfo, éxito y control sobre sí misma. Por el contrario, no ser delgada implica fracasar, ser diferente, no agradar ni estar satisfecha; el no lograr la meta deseada aunque lo intente con esmero provoca un sentimiento de frustración.

En conclusión, el alto nivel de publicidad es un riesgo cultural significativo porque incrementa en 19,67 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

CONCLUSIONES

1. En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, del 100% de estudiantes de las series 100 – 200, el 42,9% expresa insatisfacción de la imagen corporal.
2. La zona de residencia urbana es un riesgo social significativo porque incrementa en 5,44 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.
3. El tipo de familia extensa es un riesgo social significativo porque incrementa en 6,63 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.
4. El tipo de familia disfuncional es un riesgo social significativo porque incrementa en 14,33 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

5. La influencia negativa del grupo de pares es un riesgo social significativo porque incrementa en 19,67 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.
6. La filiación religiosa católica no es un riesgo cultural significativo porque el intervalo de confianza al 95% de la oportunidad de riesgo incluye la unidad.
7. El alto nivel de publicidad es un riesgo cultural significativo porque incrementa en 6,58 veces la probabilidad de presentar insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de las series 100 y 200 de la Facultad de Enfermería.

RECOMENDACIONES

1. Al Decanato de la Facultad de Enfermería, promover la evaluación de la imagen corporal entre las estudiantes para identificar a la población con mayor riesgo a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) por influencia de los riesgos sociales y culturales.
2. A la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, promover la aplicación de programas de fortalecimiento de los niveles de autoestima y asertividad para desarrollar habilidades de toma de decisiones responsables y evitar la influencia negativa del grupo de pares.
3. A los medios de comunicación masiva, cumplir con su responsabilidad social de promover conductas saludables.
4. A las familias, supervisar el comportamiento de las jóvenes para identificar precozmente manifestaciones de insatisfacción de la imagen corporal, que podrían ser indicios de los trastornos de la conducta alimentaria.

5. Continuar con investigaciones acerca de la imagen corporal para identificar qué otros factores están asociados con el nivel de insatisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, L. & Ccayanchira, M. (2010). ***Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios en estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima***. Tesis de la Facultad de Obstetricia. Ayacucho.
2. Álvarez, G. (2006). ***Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas***. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México
3. Arroyo Izaga, Marta. ***Imagen corporal en estudiantes universitarios: comportamientos dietéticos y actitudes nutricionales***. Osasunaz; 8 (1). España. 2007.
4. Baile, J. (2002). ***Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el BodyShapeQuestionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad***. Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud; 2 (3). España.
5. Baile, J. (2003). ***Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala***. Anales de Psicología; 19 (2). España.
6. Beaglehole, R. Bonita, R. & Jellstrom, T. (1994). ***Epidemiología básica***. Publicación científica nº 551. Edit. OMS. Ginebra.
7. Bunge, M. (1999). ***Las Ciencias Sociales en Discusión. Una perspectiva filosófica***. Edit. Sudamericana. Uruguay.

8. Caballero, L. (2008). ***Imagen corporal y hábitos de alimentación en adolescentes del 5to. de secundaria de la Institución Educativa Teresa González de Fanning***. Tesis de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
9. Cash, T. & Brown, T. (1987). ***Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa***. Behavior Modification; 11 (1). Washington.
10. Casilla, M.; Monataño, N. & Reyes, V. (2006). ***A mayor índice de masa corporal (IMC) mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal***. Revista Biomed; 17 (1). México.
11. Dittmar, H. y Howard, S. (2004). ***Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models impact on women's body-focused anxiety***. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(6). Washington.
12. Fernández, M. ***Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios***. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud; 3 (1). España.
13. García, L. & Garita, E. (2007). ***Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses***. Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud; 5 (1). Costa Rica.

14. Lip, César (2005). ***Determinantes sociales de la salud en Perú.*** Edit. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener y Organización Panamericana de la Salud. Lima.
15. Martínez, D. & Veiga, L. (2007). ***Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal.*** Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7 (27). España.
16. Monteath, S., MCCABE, M. ***The influence of societal factors on female body image.*** J SocPsychol; 137 (6). Washington. 1997.
17. Montero, P., Morales, E. M. & Carbajal, A. (2004). ***Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos.*** Antropo, 8, 107-116. Recuperado de www.didac.ehu.es/antropo.
18. Stice, E. & Maxfield, J., Wells, T. ***Adverse Effects of Social Pressure to be Thin on Young Women: An Experimental Investigation of the Effects of "Fat Talk".*** Int J Eat Disord. Washington. 2003.
19. Raich, R. ***Imagen Corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo.*** Ed. Anaya. Pirámide: España. 2000.
20. Rivarola, M. (2003). ***La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios.*** Revista de Fundamentos en Humanidades; 4 (7-8). Argentina.
21. Rothman, K. (1986). ***Epidemiología Moderna.*** Edit. Díaz de Santos, S.A. España.

22. Samperio, V. (2011). ***La autoimagen en los adolescentes: Influencia de la cultura de la delgadez.*** Congreso Virtual de psiquiatría. España.
23. Salaberria, K. et al. (2007). ***Percepción de la imagen corporal.*** Revista Osasunaz; 8 (1). España.
24. Susser, M. (1996). ***Choosing a future for epidemiology. II.*** From black box to Chinese boxes and Eco-epidemiology. Am J PublicHealth. Washington.
25. Taylor, C., Sharpe, T. ***Factors associated with weight concerns in adolescent girls.*** Int J Eat Disord; 24 (1). Washington. 1998.
26. Trejo, M. (2010). ***Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes.*** Rev Cubana Enfermería; 26 (3). Ciudad de la Habana. 2010

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES

¿En qué lugar reside Ud.?	 _____ () Urbana () Urbano marginal
¿Con quiénes vive actualmente?	() Padres () Hermanos () Sobrinos () Parientes
¿Cuál es su creencia religiosa?	Católica Protestante Otros: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

A continuación encontrará una lista de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Responda la respuesta que estime conveniente:

2.1. ESCALA DE INFLUENCIA DE PARES

Nº	PREGUNTAS	Siempre	A veces	Nunca
1	Tus amigos (as) hablan de lo bueno de ser delgadas	2	1	0
2	Tus amigos (as) hacen dietas para mantener o disminuir de peso	2	1	0
3	Tus amigos (as) tienen consejos para mantener o disminuir de peso	2	1	0
4	Tus amigos (as) acceden a internet para buscar consejos para disminuir de peso	2	1	0

5	Tus amigos (as) te han señalado que tu peso no es normal	2	1	0
6	Te interesa la opinión de tus amigos (as) acerca de tu peso	2	1	0
7	Consideras que tus amigos (as) tienen razón respecto a lo que opinan de tu peso	2	1	0
8	Consideras que tu peso es lo ideal para tu cuerpo.	2	1	0
9	Tus amigos opinan que ser más delgado (a) es sinónimo de belleza	2	1	0
10	Consideras que tus amigos(as) tienen razón respecto a que una figura más esbelta tiene mayores oportunidades	2	1	0

Escala de evaluación:

Positiva : 10 – 20puntos

Negativa : 0 - 10 puntos

2.2. ESCALA DE INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

PREGUNTAS	Siempre	A veces	Nunca
¿Sientes necesidad de ver programas televisivos que brindan tips para bajar de peso?	2	1	0
¿Adquieres revistas de belleza?	2	1	0
¿Accedes al internet para buscar consejos para bajar de peso?	2	1	0
¿Accedes al internet para buscar dietas para adelgazar?	2	1	0

Escala de evaluación:

Alta : 3 – 6 puntos

Baja : 0 - 2 puntos

2.3. TEST DE APGAR FAMILIAR

Nº	AFIRMACIONES					
		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	0	1	2	3	4
2	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	0	1	2	3	4
3	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.	0	1	2	3	4
4	Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.	0	1	2	3	4
5	Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as)	0	1	2	3	4

Fuente: Arias y Herrera (2002).