



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Distorsiones Cognitivas y Percepción de la Imagen Corporal en
Adolescentes de un Colegio de la Ciudad de Loja, Periodo 2022.

Trabajo de Integración
Curricular previo la obtención del título
de **Licenciada en Psicología Clínica.**

AUTOR:

Camila Belén Alejandro Salazar

DIRECTOR:

Psi. Cl. Doménica Burneo Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2022

CERTIFICACIÓN



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

09 de septiembre de 2022

CERTIFICACIÓN:

FECHA: 12 de septiembre del 2022

DE: Psc. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg.Sc.

DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASUNTO: **CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema **"DISTORSIONES COGNITIVAS Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022 "**de la autoría de Camila Belén Alejandro Salazar, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.

DOMENICA
ALEXANDR
A BURNEO
ALVAREZ

Doménica Alexandra Burneo Álvarez
Magíster en Ciencias de la Educación
Magíster en Psicología
Magíster en Salud Comunitaria
Magíster en Salud Pública
Magíster en Salud Ambiental
Magíster en Salud Ocupacional
Magíster en Salud Gerontológica
Magíster en Salud Materno-Infantil
Magíster en Salud Sexual y Reproductiva
Magíster en Salud Transversal

.....
PSI. CL. DOMÉNICA ALEXANDRA BURNEO MGS.

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, Camila Belén Alejandro Salazar, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: _____



Cédula de Identidad: 1150182614

Fecha: 15 de septiembre del 2022

Correo electrónico: camila.alejandro@unl.edu.ec

Teléfono: 0991800229

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TITULACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA DE PRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN DE TEXTO COMPLETO

Yo, **Camila Belén Alejandro Salazar**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulado **DISTORSIONES COGNITIVAS Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022**, como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 15 días del mes de septiembre del dos mil veinte.

Firma: 

Autora: Camila Belén Alejandro Salazar

Cédula de identidad: 1150182614

Dirección: Loja, La Fabiola, calles Ambato y Latacunga

Correo electrónico: camila.alejandro@unl.edu.ec

Teléfono: 0991800229

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez. Mg. Sc.

Tribunal de grado: Dra. Ana Puertas Contreras. Mg. Sc.
Psi. Cl. Cindy Cuenca Sánchez. Mg. Sc.
Psi. Cl. Marco Sánchez Salinas. Mg. Sc.

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a quienes han hecho posible que llegue hasta aquí, que han sido mi apoyo y mi inspiración:

A Dios quien me guía en este camino y me ha dado la oportunidad de ayudar con sabiduría y amor a los demás. Quien con su gracia enriquece mi experiencia mediante enseñanzas y lecciones siempre en el momento y lugar indicado, haciendo que mi vida tenga un propósito.

A mi familia por su total dedicación hacia mi formación tanto humana como profesional especialmente a mis padres, Jaime y Mónica, por su amor y apoyo incondicional durante todos estos años, por ayudarme a cumplir mis metas y nunca dejarme sola, por la confianza que me han brindado siempre y por enseñarme que con disciplina, perseverancia y esfuerzo, todo es posible. Además, a mi hermano Pablo por ser mi principal fuente de motivación y lucha, por acompañarme y llenarme de energía para continuar y no rendirme. A mis primos y primas, especialmente a Liz, Dana, Emilia, Fernanda y Kruskaya, por estar presentes en mi vida y demostrarme el valor más genuino de amor y lealtad en cada una de nuestras aventuras, siendo de mi completa admiración cada una de ellas.

A mis abuelos, abuelas, tíos, tías quienes con sus mensajes de apoyo y sus sabios consejos han sido participes de una u otra forma en el proceso para lograr este objetivo profesional.

A quienes junto a mí, iniciaron con incertidumbre en este camino como completos desconocidos y que hoy por hoy son mis amigas y amigos incondicionales Sharon, Carolina, Gabriela y Cristian mi gratitud completa por la compañía y ayuda que me han brindado en todo momento y han hecho más llevadera esta carrera. Así mismo, quiero agradecer a mi mejor amiga y amigo, Karen y Joshua, por su empatía y amistad sincera, por su guía y escucha los llevo siempre en mi corazón.

Camila Belén Alejandro Salazar

AGRADECIMIENTO

De manera especial quiero agradecer a la Psi. Cl. Doménica Burneo, por todo su apoyo y asesoramiento durante la elaboración de la presente investigación.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja y todo su personal por permitir mi formación académica durante este tiempo, así como a mis queridos docentes de la carrera de Psicología Clínica quienes con sus experiencias y conocimientos guiaron mi camino profesional, inculcándome valores morales y éticos que motivaron la consecución de mis logros.

Finalmente, mi total gratitud al director de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”, quien junto a su personal docente y sus estudiantes muy amablemente me brindaron las facilidades necesarias para el desarrollo del presente trabajo.

Camila Belén Alejandro Salazar

Índice de contenidos

Preliminares

Portada	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas	xi
Índice de anexos.....	xii

Cuerpo del trabajo de Integración Curricular

1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1. CAPÍTULO I: DISTORSIONES COGNITIVAS.....	7
4.1.1. <i>Conceptualizaciones</i>	7
4.1.1.1. Cognición.....	7
1. Distorsión cognitiva	8
2. Formación de las distorsiones cognitivas	8
4.1.2. <i>Modelos o Teorías</i>	9
4.1.2.1. Distorsiones cognitivas según la propuesta de Beck	9
Esquemas:	9

Creencias:.....	9
Pensamientos automáticos:	10
4.1.3. <i>Características de las Distorsiones Cognitivas</i>	10
4.1.4. <i>Principales Distorsiones Cognitivas según Inventario de Pensamientos Automático de Ruíz y Luján</i>	11
4.1.4.1. Filtraje o abstracción selectiva.....	12
4.1.4.2. Pensamiento polarizado	12
4.1.4.3. Sobregeneralización.....	12
4.1.4.4. Interpretación del pensamiento	13
4.1.4.5. Visión catastrófica	13
4.1.4.6. Personalización	13
4.1.4.7. Falacias de control	13
4.1.4.8. Falacia de la justicia.....	14
4.1.4.9. Culpabilidad.....	14
4.1.4.10. Los debería.....	14
4.1.4.11. Razonamiento emocional.....	14
4.1.4.12. La falacia de cambio	15
4.1.4.13. Las etiquetas globales	15
4.1.4.14. Tener razón	15
4.1.4.15. La falacia de recompensa divina.....	15
4.1.5. <i>Evaluación de la Cognición</i>	16
4.1.5.1. Evaluación de la cognición a través del test de inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.....	16
4.2. CAPÍTULO II: PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	17
4.2.1. <i>Conceptualizaciones</i>	17
4.2.1.1. Percepción.....	17
4.2.1.2. Imagen corporal	18
4.2.1.3. Percepción de la imagen corporal	18
4.2.1.4. Insatisfacción de la imagen Corporal.....	19
4.2.1.5. Adolescencia	19
4.2.1.6. Imagen corporal en adolescentes	20

4.2.1.7. Insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes.....	20
4.2.1.8. Desarrollo de la imagen corporal.....	20
4.2.2. <i>Componentes y Características de la Imagen Corporal</i>	22
4.2.3. <i>Modelos y Teorías</i>	23
4.2.3.1. Modelo Cognitivo Conductual.....	23
4.2.4. <i>Percepción de la Imagen Corporal como Factor de Riesgo para los</i> <i>Trastornos Mentales.</i>	25
4.2.4.1 Formación de la imagen corporal negativa.....	25
4.2.4.1.1. Factores predisponentes	25
4.2.4.1.2. Factores de mantenimiento	26
4.2.5. <i>Evaluación de la Imagen Corporal</i>	27
4.3. CAPÍTULO III: RELACIÓN ENTRE DISTORSIONES COGNITIVAS Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	28
4.3.1. <i>Perspectiva Histórica</i>	28
4.3.2. <i>Epidemiología</i>	28
4.3.3. <i>El esquema corporal y la imagen corporal</i>	29
4.3.4. <i>El modelo de cuidado de la imagen corporal</i>	31
4.3.5. <i>La importancia de la imagen corporal y las distorsiones cognitivas en la</i> <i>actualidad</i>	31
4.3.6. <i>Factores que afectan la imagen corporal y los trastornos de la imagen</i> <i>corporal</i>	32
4.3.6.1. Índice de masa corporal (IMC)	33
4.3.6.2. Familia	33
4.3.6.3. Presiones sociales.....	33
4.3.6.4. Medios de comunicación	34
4.3.6.5. Redes sociales	34
4.3.6.6. Autoestima	35
4.3.7. <i>Errores cognitivos en la imagen corporal</i>	35
5. METODOLOGÍA	37
5.1. DISEÑO Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37

5.2. UNIVERSO Y MUESTRA	37
5.2.1. Criterios de inclusión	38
5.2.2. Criterios de exclusión	38
5.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
5.3.1. <i>Consentimiento Informado</i> :	38
5.3.2. <i>Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)</i> :.....	38
5.3.3. <i>Body Shape Questionnaire (Cuestionario De La Figura Corporal) BSQ</i> :	39
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	41
5.5. PROCEDIMIENTO POR OBJETIVOS	42
5.5.1. <i>Primera etapa</i>	42
5.5.2. <i>Segunda etapa</i>	42
5.5.3. <i>Tercera etapa</i>	42
5.5.4. <i>Cuarta Etapa</i>	43
5.5.5. <i>Quinta etapa</i>	43
6. RESULTADOS.....	45
OBJETIVO ESPECÍFICO 1	45
OBJETIVO ESPECÍFICO 2	48
OBJETIVO ESPECÍFICO 3	59
7. DISCUSIÓN	73
8. CONCLUSIONES	76
9. RECOMENDACIONES.....	77
10. BIBLIOGRAFÍA	78
11. ANEXOS	84

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de los tipos de Distorsiones Cognitivas y los Niveles de Insatisfacción de la Imagen Corporal en los adolescentes de 14 a 17 años.....	45
Tabla 2. Prueba Post Hoc entre variables	49

Índice de anexos

Anexo 1. Autorización para la aplicación de los reactivos psicológicos en la institución	84
Anexo 2. Pertinencia del proyecto de investigación de integración curricular.....	85
Anexo 3. Estructura y Coherencia del proyecto de investigación de integración curricular	86
Anexo 4. Consentimiento Informado.....	87
Anexo 5. Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján.....	88
Anexo 6. Body Shape Questionnaire	89
Anexo 7. Edad y sexo de los adolescentes.....	92
Anexo 8. Análisis de varianza (ANOVA)	92
Anexo 9. Certificación de traducción	96

1. TÍTULO

Distorsiones Cognitivas y Percepción de la Imagen Corporal en Adolescentes de un Colegio de la Ciudad de Loja, Periodo 2022.

2. RESUMEN

La imagen corporal se construye a medida que pasan los años en las diferentes etapas del desarrollo, la mayor preocupación se presenta en la adolescencia debido a que el individuo cambia a nivel biopsicosocial, sus pensamientos, creencias e interacciones se transforman, en este periodo construyen una identidad, mejoran el autoconocimiento y autoestima que tienen de sí mismos, sin embargo, en ellas influyen la cultura, los medios de comunicación y las redes sociales siendo un factor de riesgo en caso de no encajar con estos prototipos. Con este antecedente, la presente investigación tuvo como objetivo general: determinar los efectos de los tipos de distorsiones cognitivas en la imagen corporal en adolescentes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja, periodo 2022 para desarrollar un programa de prevención primaria. Como objetivos específicos: conocer la prevalencia de las variables en cuestión y también, analizar las diferencias entre los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes del Unidad Educativa Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2022. El estudio tiene un enfoque cuantitativo de carácter no experimental, de tipo exploratorio, descriptivo-correlacional y de corte transversal. La selección de la muestra se realizó por muestreo probabilístico, estuvo conformada por 95 participantes, de ellos 60 mujeres y 35 hombres de edades entre 14 y 17 años. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991) y el Body Shape Questionnaire. Los resultados sugieren que existe una correlación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre la mayoría de las distorsiones cognitivas y la percepción de la imagen corporal, a excepción de Visión catastrófica y Falacia de la recompensa divina. En conclusión, algunos de los pensamientos automáticos si pudieran generar efectos sobre la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes.

Palabras clave: *Distorsiones cognitivas; Imagen corporal; Adolescentes; Pensamientos automáticos.*

ABSTRACT

The body image is built as the years go by in the different stages of development, the greatest concern is presented in adolescence because the individual changes at a biopsychosocial level, their thoughts, beliefs and interactions are transformed, in this period they build an identity, improve their self-knowledge and self-esteem, they have of themselves, however, they are influenced by culture, media and social networks being a risk factor in case of not fitting these prototypes. With this background, the present investigation had as a general objective: to determine the effects of the types of cognitive distortions in body image in adolescents of the "Adolfo Valarezo" high school of Loja city, period 2022 in order to develop a primary prevention program. As specific objectives: to know the prevalence of the variables in question and also, to analyze the differences between the types of cognitive distortions and the levels of body image dissatisfaction in adolescents of the Adolfo Valarezo high school of Loja city, period 2022. The study has a quantitative, non-experimental, exploratory, descriptive-correlational and cross-sectional approach. The sample was selected by probabilistic sampling and consisted of 95 participants, including 60 women and 35 men between 14 and 17 years of age.

The instruments used were: the Automatic Thoughts Inventory of Ruiz and Lujan (1991) and the Body Shape Questionnaire. The results suggest that there is a statistically significant correlation ($p \leq 0.05$) between most of the cognitive distortions and body image perception, with the exception of Catastrophic Vision and Divine Reward Fallacy. In conclusion, some of the automatic thoughts could generate effects on body image dissatisfaction in adolescents.

Key words: *Cognitive distortions; Body image; Adolescents; Automatic thoughts.*

3. INTRODUCCIÓN

El ser humano en la actualidad se preocupa de manera excesiva e incluso alarmante por como luce su cuerpo o por como los demás lo perciben, si lo comparamos con otros procesos socio-históricos en los que haya vivido, la imagen corporal por ende se construye a medida que pasan los años, en las diferentes etapas o periodos del desarrollo, por lo que cuando el individuo crece a nivel físico, también lo hace a nivel psicológico y social, sus pensamientos, creencias e interacciones se transforman, incluyendo la perspectiva que tienen sobre su propio cuerpo, razón por la cual no es fija ni mucho menos estática, por el contrario, se enfoca en un constructo más dinámico que va a depender de las experiencias de la persona y de múltiples factores culturales, sociales, económicos, biológicos y ambientales.

Por lo cual, la etapa clave en donde mayor se presenta esta preocupación, es la adolescencia ya que como mencionan los autores Salaberria et al., (2007), es una etapa de introspección, auto escrutinio y de comparación social, este periodo es necesario para construir una identidad, mejorar el autoconocimiento y autoestima, sin embargo, en ellas influyen la cultura, los medios de comunicación y las redes sociales por lo que frecuentemente los adolescentes se comparan con sus pares o con ejemplares de belleza impuestos por la sociedad, siendo un factor de riesgo cuando no encajan con estos prototipos y terminan por asumir que su cuerpo no se acopla a ese ideal, el individuo se expone a la crítica, exclusión o discriminación, es así como pueden generarse o no las distorsiones cognitivas, llevando al adolescente a tomar decisiones y acciones inadecuadas, causando una ruptura en la normalidad social, cognitiva, afectiva y conductual de la vida del sujeto, pudiendo originar trastornos mentales graves.

Por ello, este trabajo cobra importancia dado que es un problema de escala mundial que conforme avanza el tiempo se vuelve un problema significativo tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, ya que la interferencia de las distorsiones cognitivas y la alteración de la percepción corporal dificultan el funcionamiento y la adaptación en diversas áreas. Con el presente estudio se pretende conocer la visión que los adolescentes lojanos tienen y perciben de su cuerpo e identificar aquellas alteraciones cognitivas relacionadas con su aspecto físico, para así proponer una intervención preventiva para esta población. Finalmente, los resultados de esta investigación representan un aporte a la literatura científica y para la atención oportuna que brinden los profesionales.

Se estima que en el mundo uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún tipo de trastorno mental que supone el 13 % de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario (Organización Mundial de la Salud, 2021). Algunos de los predictores para que se desarrollen estos trastornos son la insatisfacción corporal y las distorsiones cognitivas, un estudio realizado en la sociedad occidental por Grant & Cash (1995, como se citó en Salaberria et al., 2007), demostró que un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres lo presentan.

Así también, en Ecuador se realizó un estudio en la ciudad de Ambato, donde se estudiaron las distorsiones cognitivas y la percepción de la imagen corporal, dando como resultado en la muestra de estudio la prevalencia de las siguientes distorsiones cognitivas; falacia de recompensa divina, filtraje, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, etiquetas globales y los debería, en aquellas personas con insatisfacción de la imagen personal (Silva, 2015). Sin embargo, en nuestro medio son escasas las investigaciones realizadas sobre este fenómeno.

Ante esta problemática se expone el siguiente objetivo general: determinar los efectos de los tipos de distorsiones cognitivas en la imagen corporal en adolescentes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja, periodo 2022, para desarrollar un programa de prevención primaria y como objetivos específicos: conocer la prevalencia de las variables en cuestión y también, analizar las diferencias entre los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes del Unidad Educativa Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2022.

El trabajo en cuestión está estructurado de la siguiente manera: el Marco Teórico se conforma por tres capítulos, Capítulo 1 Distorsiones Cognitivas, Capítulo 2 Percepción de la Imagen Corporal, Capítulo 3 La relación entre estas. Por otro lado, la metodología con que se trabajó durante esta investigación, fue de tipo no experimental transversal, de enfoque cuantitativo y descriptiva correlacional. La selección de la muestra fue por conveniencia, estuvo conformada por 95 adolescentes de los cuales 35 fueron de sexo masculino y 60 de sexo femenino de entre 14 a 17 años. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991), para determinar la prevalencia de las distorsiones cognitivas y el Body Shape Questionnaire, para medir los niveles de insatisfacción de la imagen corporal.

El alcance del presente trabajo fue explicativo, debido a que permitió expresar cuál es el efecto que tienen las distorsiones cognitivas en la percepción de imagen corporal de los adolescentes. Este trabajo no está libre de limitaciones, principalmente por la selección de la muestra que fue por conveniencia. Otra limitación la constituye la recolección de datos se utilizaron cuestionarios de auto reporte, por lo que se trata de información subjetiva aportada desde la percepción de cada uno de los participantes, además la aplicación fue grupal, lo cual pudo influir en que los participantes omitan alguna información.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Capítulo I: Distorsiones Cognitivas

4.1.1. *Conceptualizaciones*

4.1.1.1. **Cognición**

El término cognición en psicología proviene del léxico francés, el cual se ha usado para designar como primero, al conjunto de los actos y los procesos de conocimiento, así como el conjunto de los mecanismos mediante los cuales un organismo adquiere información, la trata, la conserva y la explota, lógicamente, para asegurarse las ganancias de información necesaria a sus intercambios con el medio (Doron & Parot, 2008).

La prevalencia de su concepción parte de la posibilidad de entender previamente las distorsiones cognitivas, especialmente las generadas en relación con la imagen corporal, ya que es un componente central de varias enfermedades físicas o mentales graves, debido a que son desagradables y pueden tener resultados trágicos, por lo que algunos de los estudios se enmarcan en su comprensión, como lo menciona Silva (2015), su inicio se da en la filosofía estoica griega, ya que fueron ellos quienes observaron y propusieron que los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen, es decir, que el ser humano no solo procesa la información a nivel externo o del medio, sino también la interna o de sí mismo, creando una interpretación basada en sus experiencias, dando como resultado una significancia o no de la información percibida.

Según lo expuesto, las personas poseen un pensamiento subjetivo, es decir, que nadie piensa exactamente igual al otro, ya que dependerá de factores como la crianza, la cultura, las costumbres y tradiciones, entre otras, para que de ellos se obtenga un concepto propio. En consecuencia, se entiende que cada uno piensa de sí mismo o de los demás según su experiencia previa. Razón por la cual, en la actualidad, se llevan a cabo, investigaciones en la mente humana para analizar el pensamiento racional e irracional, o adaptativo y desadaptativo, el cual ocasiona dichas distorsiones cognitivas, creencias irracionales y construcciones alteradas, ya que al salir de los constructos que la sociedad establece como normales, pueden establecerse patrones negativos.

4.1.1.2. Distorsión cognitiva

Para Maldonado (2013), las distorsiones cognitivas son ideas automáticas e involuntarias del pensamiento, que son gestoras de una reacción de fuerte contenido emocional que genera perturbación, cuyo desarrollo tiene estrecha relación con la experiencia del sujeto, así como también dependerá de influjos externos como la familia, sistema educativo y sociedad en general. Estas experiencias vividas se almacenan en la memoria y son recreadas en el momento en que una situación actual provoca una reacción emocional involuntaria desde un pensamiento que se ha tornado automático con el tiempo (Aguirre, 2015). El mismo autor menciona que, se caracteriza por una desviación sistemática del pensamiento al momento de procesar la información recabada en el medio.

Por dicha razón, el interés científico de las distorsiones cognitivas en el campo de la percepción de la imagen corporal, ya que parten del inconsciente. Por lo que la primera autora que propuso algo sobre la distorsión de la imagen corporal fue Bruch (1962), debido a su investigación en el campo patogénico de la anorexia nerviosa, desde entonces, se muestra mucho interés por este fenómeno en los trastornos mentales. Tal ha sido la representatividad de esta manifestación entre la población normal, en concreto en adolescentes, que en la década de los 90 por ejemplo, Beck (1995) propuso una serie de patrones de pensamientos distorsionados a fin de explicar la aparición de dichos trastornos en los sujetos.

4.1.1.3. Formación de las distorsiones cognitivas

Lo que afirma Aron Beck, es que existe una serie de errores característicos en el procesamiento de la información que percibimos, haciendo que se activen esquemas cognitivos negativos que llevan a la persona a malinterpretar determinada situación (Beck, 1995). Se comprende por lo tanto que, las distorsiones cognitivas son una visión errónea de las eventualidades o de nosotros mismos, por ejemplo, cuando tenemos una leve insatisfacción con alguna parte del cuerpo, se puede generar un cambio en el estado de ánimo, aparición de tristeza, frustración o molestia, por usar un dialogo interno equivocado, incluso podría ocurrir un cambio comportamental en base a estos pensamientos desadaptativos.

Según Beck et al. (1979), en esta teoría existen dos niveles principales de procesamiento de la información disfuncional, los esquemas y los pensamientos automáticos, mismos que son los responsables de que las distorsiones cognitivas que surgen como errores sistemáticos en el procesamiento de la información, ocasionando un malestar significativo.

4.1.2. Modelos o Teorías

4.1.2.1. Distorsiones cognitivas según la propuesta de Beck

Aron Beck centró su estudio respecto al cognitivismo en el año de 1962, postulando la existencia de los esquemas cognitivos, creencias y pensamientos automáticos que bien podrían ser adaptativos o desadaptativos según las situaciones cotidianas. Razón por la cual, la teoría cognitivo-conductual defiende que los efectos y la conducta del ser humano están guiados por cómo el individuo estructura su mundo a partir de los procesos antes mencionados, mismos que se interrelacionan, causando un dilema en su estructura cognitiva (Camacho, 2003). El mismo autor explica los siguientes conceptos:

Esquemas: son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad, por lo que las personas lo utilizan para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo, con el fin de seleccionarlos y sintetizarlos de tal forma que sean accesibles y tengan sentido, a su vez también posibilitan la identificación y selección de estrategias de afrontamiento que llevaran a la acción. Adicional a ello, se menciona que son adaptativos y van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio, tanto física como psicológicamente, a partir de allí y de los determinantes genéticos se van constituyendo las pautas propias de los mismos, en caso de ser utilizadas de manera automática, rígida y desadaptativa en cualquier situación, pueden llegar a ocasionar trastornos psicológicos severos.

Creencias: se refiere al contenido de los esquemas, es decir, son el resultado directo de la relación entre la realidad y los esquemas, podemos definirlos entonces como todo aquello en lo que uno cree, dicho en otras palabras, son los mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen diferentes tipos de creencias, como las nucleares, cuya definición alude a la constitución del self de la persona, son difíciles de

cambiar, se atribuyen también al sentido de identidad y son idiosincrásicas, ya que, a través de los valores, las creencias son más firmes e inmovibles, por eso se plantea que da estabilidad y permiten saber quiénes somos. Por otro lado, las creencias periféricas están relacionadas con aspectos más secundarios, son más satelitales por lo que son más fáciles de cambiar ya que tienen una menor relevancia que las primeras, debido a que no involucran los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto, pueden modificarse con más facilidad.

Pensamientos automáticos: tratan de la relación entre los pensamientos y el fluir de la conciencia, se conforman por tres elementos, el primero de ellos es la direccionalidad, que muestra hacia donde está dirigido dicho pensamiento, el segundo exhibe el curso o la velocidad del pensamiento y por último el contenido que refiere a lo que se piensa concretamente. Por lo cual, los pensamientos automáticos están contruidos en base a las palabras e imágenes que se generan en la conciencia de cada persona y que tienen algún significado específico, además podemos exhibir su involuntariedad y el hecho de que no son controlados debido a que se encuentra en el nivel más superficial dentro de los productos cognitivos, se presentan espontáneamente por lo general cuando existen emociones intensas aprendidas en cualquier circunstancia de la vida y lo más común es que las personas confían y reconocen como verdadero su pensar (Coello, 2016). Razón por la cual, se les atribuye una certeza absoluta, sin primero someterlos a un juicio objetivo o crítico, de ahí su brevedad, simplicidad y que aparezcan de manera verbal o en forma de imágenes, en la mente de la persona, ya que se le imponen por eso son automáticos.

Motivo por el cual, durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias, como por ejemplo Beck (1995), quien encontró varias distorsiones o errores cognitivos en sus pacientes depresivos, aunque comentó que también podrían encontrarse en muchas otras patologías o incluso en personas que no necesariamente presenten algún trastorno mental.

4.1.3. Características de las Distorsiones Cognitivas

Se conoce, según Gómez (2012), que comparten como característica principal un sesgo en la información procesada, que perturba el comportamiento ya que cuando se magnifica o altera deja de lado la verdad objetiva de los hechos, es por ello que se consideran

autodestructivas, debido al impacto que provocan ya que sus principales características son rígidas, disfuncionales, resistentes al cambio, aparentemente indiscutibles, pero lo más importante es que van a guiar y determinar los pensamientos, sentimientos y conductas.

A continuación, se recopilan las principales (Beck et al., 1979 como se citó en Silva, 2015):

- Son diálogos internos y bien definidos.
- Surgen como pequeños mensajes que se presentan como "palabras claves"
- Son involuntarios, están en la mente automáticamente, el ser humano no los analiza, es decir es espontáneo.
- Generalmente aparecen en forma de "debería" "tendría" para el ser humano aparece como auto exigencias.
- Generalmente dramatizan, es decir aparecen de manera exagerada, aquí el ser humano se adelanta a los sucesos de manera negativa.
- No se pueden controlar.
- Son aprendidos, sea la escuela, familia, el medio, la infancia, etc.

Las características antes mencionadas ofrecen la posibilidad de identificar y clasificar algunas distorsiones cognitivas, especialmente cuando se presentan en forma de pensamientos automáticos, gracias a los autores Ruiz y Luján en 1991.

4.1.4. Principales Distorsiones Cognitivas según Inventario de Pensamientos Automático de Ruíz y Luján

En un principio, dentro del trabajo de Beck se postuló la existencia de seis tipos de distorsiones cognitivas, posterior a ello, se consideró que serían nueve los distintos tipos, sin embargo, con el paso de los años y estudios realizados por diversos autores como Madewell y Shaughnessy (2009), se determinaron los quince tipos de distorsiones que actualmente se conocen y son las más frecuentes. Por ello, los autores Ruiz y Lujan (1991) desarrollaron el Inventario de Pensamientos Automáticos, en el cual se presentan 15 tipos de distorsiones cognitivas descritos a continuación:

4.1.4.1. Filtraje o abstracción selectiva

En este pensamiento, el individuo tiene una visión como en túnel, es decir, supone que existe un solo punto de una situación a partir del cual interpreta toda la situación sin tomar en cuenta otras consideraciones, obtiene una sola respuesta, que generalmente es negativa ya que se toman estos detalles y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación, generando una sensación sin salida y solución, creyendo que no existen más posibilidades

Aquí encontramos palabras que pueden servir para identificar este tipo de pensamiento; especialmente en el adolescente, por ejemplo: “es horroso que yo sea la gorda de mi grupo de amigas” o se puede reemplazar por las siguientes, es terrible, es tremendo, no puedo resistirlo, etc.

4.1.4.2. Pensamiento polarizado

Se lleva a cabo a partir de la concepción de que no existen términos medios, tomando como frases de referencia para este tipo de pensamiento, los extremos lo bueno o lo malo, es blanco o es negro, sabiendo que la vida existe en una escala de colores, no siendo así para los sujetos que piensan polarizadamente, ya que no consideran aspectos neutros o intermedios. Un ejemplo sería, “soy obesa, no delgada”.

4.1.4.3. Sobregeneralización

Se entiende como la extracción general de una situación o acontecimiento simple, es decir, a partir de algo específico se saca una conclusión universal, como cuando ocurre algo malo en una ocasión y la persona esperará a que nuevamente suceda lo mismo una y otra vez en el presente o el futuro. Sin embargo, no posee las bases suficientes para que sea fidedigna. Se distingue este tipo de pensamiento por el uso de las siguientes palabras, “todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno, etc”, por ejemplo, “siempre seré una gorda” o “nunca podré bajar de peso”.

4.1.4.4. Interpretación del pensamiento

Sin haber preguntado antes la persona ya sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen, sin ninguna base, resultando en la mayoría de ocasiones en una proyección de sus propios pensamientos o sentimientos hacia los demás, dando por hecho que tienen similitudes con uno mismo, es decir, en términos coloquiales, el sujeto tiene el poder de adivinar lo que sienten y piensan los demás. Las palabras que se usan frecuentemente en este tipo de pensamiento y son; “esto se debe a” o “sé que eso es por”.

4.1.4.5. Visión catastrófica

La persona espera el desastre, el caos y lo peor de cualquier situación, especialmente de aquellas que son nuevas o cuando escucha un problema y empieza a suponer situaciones de manera catastrófica como poniendo en peligro su vida o la de los demás, con poca o ninguna prueba que lo demuestre, se identifican generalmente con las frases de “y si” o “y si me sucede eso a mí”.

4.1.4.6. Personalización

La persona que lo padece, considera que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella, en definitiva, consiste en tomar situaciones ajenas y asumirlas como propias. En la misma línea, tenemos que se compara con los demás, procurando saber quién es más elegante, quien tiene mejor aspecto, entre otros, utiliza frases como “sé que eso es por mí”.

4.1.4.7. Falacias de control

Tiene sus bases en la forma cómo se ve una persona a sí misma en relación al grado de control que tiene sobre las cosas y las circunstancias que ocurren en su vida, en otras palabras, posee todo el control de las cosas que ocurren en su entorno sintiéndose responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean, en caso de que no se así emerge la impotencia de no poder hacer nada frente a los acontecimientos que se dan en su vida, se considera así mismo desamparado, como una víctima del destino. Se recurre a las siguientes palabras; “si los demás cambian su actitud, me sentiría mejor”.

4.1.4.8. Falacia de la justicia

Básicamente, consiste en asignar algo como injusto cuando este no se adapta a los deseos propios, ya que si no se lo realiza la persona estará resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella. Se identifica con las frases: “es injusto que” o “no hay derecho a”.

4.1.4.9. Culpabilidad

En este pensamiento es común, ver a la persona responsabilizándose o dirigiendo esta responsabilidad sobre alguien más, para justificar su sufrir o sus problemas, sin tener ninguna base suficiente y tampoco considera los aspectos que favorecen a los hechos y por lo general, este sentimiento de culpa no permite el cambio de actitud, sino que favorece la repetición de conductas inadecuadas, las palabras claves son; “es mi culpa” o “es su culpa”.

4.1.4.10. Los debería

Consiste en la obedecer las reglas y normas rígidas establecidas previamente por la persona para sí misma y para los demás, esta lista debe ser cumplida ya que, en caso de no ser así, el sujeto se va a enojar o va a sentirse culpable, manifestando que es inaceptable, razón por la cual se promovería una alteración emocional, como sucede en los trastornos emocionales. Se la distingue por las frases a continuación; “debería haber”, “tengo que”, “no debería de” o “no tengo que”.

4.1.4.11. Razonamiento emocional

Aquí, se toma como verdad absoluta lo que se siente, considerándola como una forma objetiva de percibir la vida, es decir, dan por hecho que sus emociones y sentimientos hacia algo o alguien son verdaderas, sin darse cuenta de que son el resultado de un proceso cognitivo subjetivo. Se diferencian de las demás por, “si me siento así es porque se debe a” o “si se siente como estúpida y aburrida una cosa, debe ser estúpida y aburrida esa cosa”.

4.1.4.12. La falacia de cambio

Tienen la convicción de que su bienestar depende de las acciones de los demás, por lo que piensa que su felicidad está en manos de otra persona, tratando de cambiar siempre y cuando los demás lo hagan, para conseguir sus necesidades. Se escuchan las frases como “si el cambia, entonces yo” o, por ejemplo, “si ella va al gimnasio, entonces yo también”.

4.1.4.13. Las etiquetas globales

Lo que busca este pensamiento, es generalizar una o más cualidades de un juicio negativo que se presupone global, que en su defecto, son realizadas con el verbo “ser”, es entonces que a todos los aspectos de una determinada situación, una persona o grupo de personas se los simplifica en un solo componente. Se presentan las frases como, “ellos son” o por ejemplo, “las gordas son feas”.

4.1.4.14. Tener razón

Radica en la constante de un proceso que pruebe que sus opiniones y acciones son correctas, anteponiendo su punto de vista y sus creencias frente algún comentario, sentimiento, conducta o situación que se presente como contradictorio a su punto, no toma en cuenta si sus argumentos son válidos o no, lo importante es tener la razón, incluso llegando a ignorar los comentarios de quien no esté de acuerdo con él. Es por ello, que para esta persona le es imposible equivocarse ya que supondría cederle la razón a alguien más. Se generan pensamientos del tipo, “yo tengo la razón, el resto se equivoca” o “Yo estoy en lo cierto él/ella no sabe de lo que habla”.

4.1.4.15. La falacia de recompensa divina

Se fundamenta en la tendencia de no solucionar las dificultades que se le presenten, con la esperanza de que dicho suceso tendrá una solución divina o mágica en un futuro cercano o lejano debido a que en algún punto de su vida ya pasó por sufrimiento o por algo negativo, razón por la cual la vida, el destino o un ser supremo está obligado a recompensar todo ello, como si llevara las cuentas de todo el sacrificio y abnegación que ha hecho y cuando esto no ocurre la

persona se resiente. Se conocen las frases que identifican este pensamiento y son, “algún día tendré mi recompensa” o “ya vendrán tiempos mejores”.

4.1.5. Evaluación de la Cognición

Para la escuela cognitiva-conductual son importantes sus dos variables, la cognición y el comportamiento, sin embargo, en este estudio se hará énfasis en la primera. La cognición se encarga de procesar la información, pues se compone de valores, imágenes, metas, creencias, autoafirmaciones, confianza en sí mismo, resolución de problemas, expectativas, entre otras. Lo cual, es un determinante de las emociones y la conducta del ser humano, una estrategia efectiva de evaluación requiere elegir los procedimientos adecuados para alcanzar las metas de la terapia, para ello se puede empezar con un previo conocimiento de la problemática actual y así mismo, de la historia pasada del paciente. Con la ayuda de la evaluación psicológica, se conocerá algunos aspectos del ser humano por medio de metodologías básicas como técnicas psicométricas, proyectivas, métodos de observación, entrevistas, autoinformes, etc.

4.1.5.1. Evaluación de la cognición a través del test de inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

El test de Juan Ruiz y José Lujan, elaborado en el año de 1991, denominado “Inventario de Pensamientos Automáticos” es utilizado para la detección de distorsiones en la cognición mediante la identificación de los principales tipos de pensamientos automáticos, tanto en procesos diagnósticos como terapéuticos dentro de la psicología. El test enuncia una lista de 45 pensamientos donde se hallan intercaladas las 15 principales distorsiones cognitivas que suelen presentar las personas ante diversas situaciones de la vida (Ruiz & Imbernon, 1996 como se citó en Ruiz & Lujan, 1991).

Se trata de valorar cada una de las puntuaciones del test con la frecuencia con que se suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 = nunca pienso eso;
- 1 = algunas veces lo pienso;

2 = bastantes veces lo pienso;

3 = con mucha frecuencia lo pienso

La valoración en sumatoria de cada distorsión corresponde a una escala de puntuación métrica de 0 a 9, la cual, se subdivide por un punto de corte para efectos clínicos, si se requiere de intervención psicológica o no, por lo tanto:

- Una puntuación de 0 a 4 en el total de cada distorsión indica una afectación menor en el pensamiento automático, pero que no requiere intervención psicológica en ese tema de manera importante.
- Una puntuación de 5 a 9 en el total de cada distorsión manifiesta una afectación mayor, que puede ser indicativa de que la persona tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

4.2. Capítulo II: Percepción de la Imagen Corporal

4.2.1. Conceptualizaciones

4.2.1.1. Percepción

La psicología se ha interesado en explicar en qué consiste la percepción. Resulta complejo debido a que depende de toda la información sensorial a la que está expuesta el ser humano desde que nace. Debido a que el individuo puede percibir la simplicidad de uno de los sentidos como la combinación de todos estos en un periodo de tiempo determinado. Dichos sentidos (olores, sonidos, sabores, imágenes, equilibrio, tacto y dolor), le permiten al ser humano ser participe y conocedor de la experiencia del mundo que le rodea y el propio, gracias a que el encéfalo se encarga de clasificar, identificar y arreglar estas piezas en patrones significativos, para darle sentido a lo que percibe (Morris & Maisto, 2005).

De ahí que, cada ser humano perciba el mundo en diferente sentido porque se trata de una interpretación única e individual, que esta influenciada por los propios conocimientos, recuerdos y expectativas, además de la cultura, el momento histórico e ideología de la sociedad en que se enmarque, por dicha razón se menciona que es subjetiva (Alvarado et al., 2012).

4.2.1.2. Imagen corporal

Uno de los debates filosóficos más antiguos, es el de mente-cuerpo, debido a que este dualismo cartesiano intenta explicar cómo ambos podrían coincidir, tener una relación interactiva o comunicarse (Torres & Toro, 2012). Es por ello, que en la actualidad su estudio continúa sin embargo, el origen del concepto de imagen corporal viene dado por primera vez por el psiquiatra estadounidense Paul Schilder en 1935, quien la consideró como la imagen que forma la mente del propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se manifiesta, derivado de un fenómeno biológico y psicológico, ya que cambia entre individuo y dependerá de diferentes factores tanto internos como externos (Schilder, 1935). Estos hacen referencia a los múltiples elementos perceptivos, cognitivos, conductuales, emocionales, sociales y culturales, etc. La imagen corporal se encuentra constituida a partir de la historia psicosocial de las personas y que además dependerá del autoconcepto y autoestima de cada uno, por ello varía a lo largo de la vida.

Ahora bien, si es una representación simbólica global del propio cuerpo que parte de lo biológico y de lo físico, también se encontrarán otros elementos que van a actuar como constructores o deconstructores de su identidad intrínseca; como los medios de comunicación, las redes sociales, la publicidad y los pares que en su mayoría construyen estereotipos y constructos de belleza “ideales” que van direccionados a que se establezca la delgadez como sinónimo de elegancia, respeto, belleza y salud. Por lo tanto, se puede decir que la imagen corporal se exhibe en la mayoría de las dimensiones del ser humano, por lo que está expuesto a diversas interpretaciones, que si se interiorizan como negativas podrían provocar una alteración en cualquiera de sus áreas provocando una distorsión de la misma.

4.2.1.3. Percepción de la imagen corporal

La percepción de la imagen corporal tiene tres conceptos en su estructura: percepción, representación mental y el sentir corporal. Se manifiesta que gracias a la percepción se puede clasificar e identificar conforme a las experiencias propias la información más relevante sobre la imagen, misma que se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y forma del cuerpo ya sea en general o de sus partes, es decir, cómo se ve y cómo se cree que los demás lo perciben, se adiciona a ello, el sentir corporal que viene dado por la insatisfacción, preocupación, satisfacción o conformidad del mismo (Bados & García, 2010).

4.2.1.4. Insatisfacción de la imagen Corporal

Según Morales (1997) corresponde al desequilibrio o perturbación de la representación mental en los diversos aspectos de apariencia física del ser humano, es decir, la inconformidad por cómo luce el cuerpo que suele o no corresponder a la realidad, ya que a pesar de tener un cuerpo saludable se puede tener una percepción de la imagen corporal insatisfactoria y viceversa. Por otro lado, se plantea desde el deseo de ser morfológicamente distinto a lo que son porque como se ven no les agrada, en el caso de las mujeres la mayoría desean un cuerpo más delgado y los hombres quisieran un cuerpo más atlético, fornido y sin grasa (Quiroz, 2015).

4.2.1.5. Adolescencia

La etiología del vocablo “adolescencia” proviene de la voz latina “adolece” que se traduce a crecer y desarrollarse hacia la madurez, dichas transformaciones cobran demasiada importancia, por lo que algunos autores hablan de esta etapa como un segundo nacimiento. La adolescencia indica una transición de la niñez a la edad adulta, por lo cual es un período crítico en el desarrollo de la imagen corporal con un periodo de tiempo variable, ya que para algunos adolescentes comienza antes, es decir, a los 10 años o puede finalizar tarde a los 20 años, es aquí entonces, donde se afianzan los rasgos de carácter y se dan las consolidaciones afectivas y profesionales (King, 2018).

Se entiende esta etapa como una de las más complejas de la vida, debido a que presenta una serie de problemas importantes que se deben resolver, como la maduración en diversas áreas de la vida del ser humano, lo más visible a primera vista es la maduración biológica, que parte de la combinación del desarrollo físico y sexual (Moreno, 2007). En el mismo sentido, se debe superar la madurez psicológica que está caracterizada por la reorganización de la identidad, es decir, la construcción de un concepto renovado de sí mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad. Así mismo, se toma en cuenta la madurez social, la cual está vinculada al proceso de emancipación que permite que los jóvenes accedan a la condición de adultos, en dicho proceso el adolescente comienza con la independencia económica, la auto administración de los recursos, la autonomía personal y la formación de un hogar propio (Moreno, 2007).

4.2.1.6. Imagen corporal en adolescentes

La imagen corporal cobra total relevancia en los adolescentes ya que el aspecto físico es altamente valorado en la sociedad y representa una gran presión para mantener los estándares esperados. Es por eso que el tipo de la percepción de la imagen corporal que se desarrolle es un gran reto para los adolescentes, en el caso de que esta sea positiva les permitirá tener un autoconcepto y autoestima más sana. Sin embargo, aquellos con una imagen corporal negativa podrían desarrollar una insatisfacción por su cuerpo.

4.2.1.7. Insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes

En continuidad con lo argumentado, en el caso de que la imagen corporal sea negativa, los adolescentes tienen mayor riesgo de presentar distorsiones cognitivas relacionadas con la misma. Teniendo como consecuencia dificultades en su sentido de identidad y de rol sexual. Puede acarrear desde una tristeza por no verse como sus ideales hasta una depresión por no estar a gusto de quien es, debido a su autopercepción negativa.

4.2.1.8. Desarrollo de la imagen corporal

Existen algunos debates sobre cuándo empieza el desarrollo de la imagen corporal, ya que es un constructo que se edifica evolutivamente gracias a que el cuerpo y la mente interiorizan las vivencias que se experimentan a diario (Salaberria et al., 2007). El sentido primitivo de este concepto comienza cuando el feto genera movimientos espontáneos en el útero, junto con la respectiva retroalimentación de la información sensorial y propioceptiva (Price, 2005). Por lo cual, se entiende que es un fenómeno aprendido a partir de experiencias durante el desarrollo prenatal y posnatal en el que las conexiones transversales corticales y las neuronas espejo desempeñan un papel destacado. Así como las interacciones complejas entre los factores neurofisiológicos, socioculturales y cognitivos, que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la imagen corporal. King (2018) refiere que existen diferentes factores como el género, la moda, los grupos de pares, las influencias educativas y familiares, la socialización en evolución y las alteraciones físicas como el crecimiento del cabello, el acné, o la menstruación (en mujeres) que provocan vulnerabilidad del desarrollo en la percepción de la imagen corporal de los niños.

Por ello, dentro del proceso de desarrollo de los infantes, los bebés de 4 o 5 meses ya empiezan a distinguir entre ellos a los objetos externos y a sus cuidadores, cerca de los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno (Salaberria et al., 2007). Conforme van llegando al año o los 2 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, donde se desarrolla un sentido de autoreconocimiento. Aproximadamente a los 3 años continúan integrando otras funciones como las habilidades motoras y el control de esfínteres (Salaberria et al., 2007).

En el curso normal de la curva de crecimiento, los niños de edad escolar toman conciencia de la apariencia de su cuerpo, intentan recibir admiración y aprobación por parte de sus padres como una necesidad de aceptación social. A la edad de 6 años, la forma del cuerpo se vuelve un poco más importante. Un estudio realizado por Smolak (2011) encontró que entre el 40 y el 50 % de los escolares de 6 a 12 años manifiestan insatisfacción con el tamaño o la forma de su cuerpo. Es por ello, que los niños a medida que crecen y socializan comienzan a compararse con otros, especialmente con lo que respecta a la apariencia física.

Podría deberse a la influencia de las familias en el desarrollo de la imagen corporal de los niños ya que los padres envían mensajes socioculturales o críticos sobre ideales de apariencia corporal a sus hijos. Esta relación tiene un impacto significativo, especialmente a largo plazo, por ejemplo Bearman et al., (2006) encontraron que los adolescentes de 12 a 18 años que se sienten seguros con respecto a sus relaciones están más satisfechos con su cuerpo y es menos probable que piensen en adherirse a los ideales de apariencia para recibir la aceptación de los demás. Es decir, los adolescentes con mejores relaciones con sus padres tienen menos probabilidades de experimentar insatisfacción corporal (Bearman et al., 2006). Sin embargo, el rol principal de los padres disminuye a medida que crecen y la influencia de los compañeros vuelve más importante, por ejemplo King (2018) encontró que los individuos de 14 a 27 años, rescatan más los comentarios positivos o negativos de los pares que de la familia y cuando son dañinos o críticos como burlas o rechazos pueden conducir a una percepción errónea de la imagen corporal. Además, menciona que mientras más frecuentes sean las burlas sobre el tamaño y el peso del cuerpo durante el crecimiento es más probable que experimente distorsión de la imagen corporal e insatisfacción corporal durante la edad adulta.

4.2.2. Componentes y Características de la Imagen Corporal

Thompson (1990 citado en Quiroz, 2015) propone que realmente existen varias imágenes corporales que se interrelacionan, a continuación se menciona algunas:

- Aspectos o componente perceptivo: se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes, donde una alteración en la percepción puede generar sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos o componente subjetivo (cognitivos-afectivos): son las actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Como también, desde lo emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc., se ven implicados los sentimientos sobre el grado de satisfacción e insatisfacción, de aceptación y rechazo, de agrado y de desagrado, y otras correlaciones ligadas a la apariencia externa con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.
- Aspectos o componente conductual: se presentan conductas derivadas de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo, es decir de la interrelación de los dos componentes anteriores, como por ejemplo puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales o el camuflaje, etc.

Por otro lado, para Cash (1990, citado en Quiroz, 2015), la imagen corporal implica las siguientes características:

1. Es un concepto multifacético.
2. La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia, es decir, como se percibe y experimenta el cuerpo y como se relaciona significativamente a cómo se percibe uno mismo.
3. Está socialmente determinada, debido a que desde que el individuo nace tiene influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
4. No es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
5. Influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está determinada por la forma en que se siente y piensa sobre el cuerpo.

6. Influye en el comportamiento y no solo la imagen corporal consciente, sino también la parte preconscious y la inconsciente.

Es por ello que existen diversos campos de estudio de la imagen corporal, como la neurofisiología, la antropología, la medicina, siendo en la actualidad, la psicología que está a la vanguardia, sin embargo, mucho de ello es gracias a la filosofía que trajo el término a colación.

4.2.3. Modelos y Teorías

A pesar de que existen muchos modelos y teorías que explican y proponen intervenciones de la imagen corporal. En este trabajo se hará énfasis al modelo teórico Cognitivo Conductual que es la que mayor evidencia demuestra en el campo de la psicología.

4.2.3.1. Modelo Cognitivo Conductual

Raich (2000) define la imagen corporal como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene 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, valoraciones que se hacen y se sienten, incluso del modo en que se comportan, derivado de las cogniciones y los sentimientos que se experimentan.

Los autores Rosenblum y Lewis (1999) ponen de manifiesto que la insatisfacción corporal aumenta significativamente en la adolescencia, concretamente en aquellas edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, manteniéndose constante hasta aproximadamente los 18 años. Es durante esta etapa cuando las influencias externas sobre todo los medios de comunicación y el ambiente social ejercen un impacto importante en lo que a la imagen corporal de los adolescentes se refiere. Por lo que se pudiesen desencadenar algunos trastornos mentales como Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Trastornos por Atracónes, Dismorfia Corporal, entre otros.

En el caso de la Bulimia Nerviosa, es un trastorno psicológico que forma parte de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) reconocidos en el DSM-5 de la Asociación Americana de Psicología (APA). Proviene del griego y significa “*tener hambre de buey*”, el trastorno se caracteriza por ingesta rápida de alimentos, culpabilidad, como también del uso de

laxantes de manera indiscriminada, diuréticos y ejercicio en exceso (APA, 2013). La bulimia nerviosa se define por la ingesta excesiva de alimentos en un corto periodo de tiempo (atracones), continuadas de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida como vómitos, uso de laxantes y diuréticos, que impidan el aumento de peso por los atracones.

Por otro lado, la Anorexia Nerviosa es una enfermedad mental grave que se caracteriza por un miedo intenso a engordar y la búsqueda decidida de la delgadez mediante procedimientos voluntarios como dieta restrictiva, estricta y autoimpuesta. En algunos subtipos, se desarrollan conductas purgativas como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos o ejercicio físico intenso (APA, 2013). Las personas con este TCA tienen poca conciencia de la enfermedad y dificultad para reconocer los síntomas, lo que puede llevarlos hasta el punto en que su peso corporal sea muy inferior a su peso óptimo, situando en riesgo su salud y llevándolos potencialmente a la muerte.

En cuanto al trastorno dismórfico corporal, años atrás se lo conocía como dismorfofobia, puede definirse como una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. Se trata además de una preocupación importante y anormal por algún defecto percibido en la imagen corporal, ya sea real o imaginado, que produce malestar psicológico significativo y deterioro del desempeño social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo (APA, 2013).

Por ello, el modelo Cognitivo Conductual ha manifestado interés por el estudio de estas patologías desarrollando intervenciones de manera individual o colectiva. Rosenblum y Lewis (1999) aplicaron una intervención cognitiva conductual siguiendo un formato grupal en una muestra de 54 mujeres diagnosticadas de trastorno dismórfico corporal de acuerdo a los criterios del DSM-III-R y del DSM-IV. Para ello, se eliminaron aquellos individuos que tenían anormalidades físicas importantes, así como un trastorno alimentario. El programa posee ciertas técnicas y estrategias terapéuticas entre las cuales figuran: entrenamiento en precisión perceptiva, exposición en imaginación y después en vivo, frente a un espejo, a una jerarquía de áreas de la apariencia física que producen ansiedad, lo cual podría ir acompañado de un paro del pensamiento, reemplazo de las afirmaciones críticas y descalificantes por descripciones objetivas

y relajación, entrenamiento en detección y corrección de pensamientos de desadaptación sobre la apariencia física, y sobre todo, aquellos que asocian la apariencia física con la autoestima o las relaciones con los demás, exposición en vivo graduada a situaciones de alteración relacionadas con la imagen corporal, prevención de respuesta para los rituales de comprobación y de búsqueda de confirmación y prevención de caídas, identificando situaciones de alto riesgo de producir síntomas dismórfico y preparándose de antemano para ellas.

Estas técnicas a lo largo del tiempo no solo han funcionado en el tratamiento de pacientes con TCA sino también se han combinado en otros trastornos mentales, por lo que su uso es válido y fiable.

4.2.4. Percepción de la Imagen Corporal como Factor de Riesgo para los Trastornos Mentales.

4.2.4.1 Formación de la imagen corporal negativa

Se toman en cuenta dos variables fundamentales, primero la importancia de la imagen corporal para la autoestima y por otro lado, la satisfacción o insatisfacción con la misma. De ahí que, para que se presente una imagen corporal negativa influyen diferentes factores como los mencionados a continuación por Salaberria et al., (2007):

4.2.4.1.1. Factores predisponentes

- a) Sociales y culturales: plantean un ideal estético que tenga relación con la autoestima, el atractivo y la competencia personal. Esta presión cultural es un fuerte factor de riesgo tanto para la mujer como para el hombre.
- b) Modelos familiares y amistades: las figuras importantes como los padres o cuidadores predisponen cuando se preocupan en exceso por el cuerpo y el atractivo físico, cuando presentan continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y tienen excesiva atención por que el niño/a aprenda dichas actitudes para que en el presente o futuro las repliquen. Por otro lado, el ser criticado o soportar burlas sobre el cuerpo por parte del grupo de pares convierte a una persona en alguien más vulnerable, por ejemplo, en las escuelas y colegios se da muy frecuentemente el bullying sobre la apariencia física.

- c) Características personales: los conflictos en el logro de la autonomía, la inseguridad, la baja autoestima y los sentimientos de ineficacia pueden conllevar a la persona para que se centre en lograr un aspecto físico perfecto con el fin de compensar sus sentimientos, incluso llevándolo al límite en algunas actitudes o comportamientos, como realizar ejercicio físico en exceso.
- d) Desarrollo físico y retroalimentación 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, en caso de que la persona no se sienta cómodo o satisfecho con este.
- 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, estos eventos vitales estresantes son los principales generadores de distorsiones cognitivas.

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.

4.2.4.1.2. 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 que 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.

4.2.5. Evaluación de la Imagen Corporal

La evaluación para los aspectos perceptivos de la imagen corporal en los años 70 y 80 eran solo estudios de evaluación clínica, diez años más tarde, esta evaluación se centró en aspectos más subjetivos y actitudinales, ya que una correcta percepción del cuerpo no supone la inexistencia de insatisfacción con el mismo. Por lo que se determinó que la evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas, según Pruzinsky y Cash (1990):

- Percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo.
- Aspectos cognitivos y emocionales como creencias y preocupaciones, la 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 como evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, entre otras.
- Otros problemas psicológicos como depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, entre otras.
- Dimensiones de personalidad como autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global.

Una vez identificadas las diferentes áreas y factores que predisponen o mantienen la situación es posible evaluar con un reactivo psicológico al individuo, para ello, se pueden utilizar algunos de los siguiente test: Escala de Apreciación Corporal (BAS), el Body Attitude Test (BAT), el Inventario de Calidad de Vida de Imagen Corporal (BIQLI-SP), el Inventario de Trastornos de la Alimentación-2 (EDI-2), el Eating Disorders Inventory, el Body Dismorphic Disorder Examination, el Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), el Multidimensional Body Self Relations Questionnaire y el Cuestionario de Forma Corporal (BSQ). Para este estudio se usará este último, ya que permite conocer la insatisfacción corporal de manera global tanto en hombres como en mujeres de manera precisa y corta ya que posee un número limitado de ítems mientras que el resto de cuestionarios son más extensos. Por otro lado, el test BSQ se enfoca en medir los niveles de insatisfacción corporal lo cual permite conocer la intensidad de la patología la misma que es el interés central del presente estudio.

Sin embargo, es importante destacar que los resultados de todas estas escalas no aseguran un diagnóstico fijo ya que se debe llegar a él por medio de una entrevista y observación clínica, siendo conscientes de las limitaciones de este tipo de instrumentos, ya que pueden ser utilizados en el momento inicial, al efectuar el psicodiagnóstico y a lo largo del proceso de tratamiento para ir evaluando cambios y transiciones de una manera más objetiva (Kirszman & Salgueiro, 2015).

4.3. Capítulo III: Relación entre Distorsiones Cognitivas y Percepción de la Imagen Corporal

4.3.1. Perspectiva Histórica

A principios de la década de 1900 comenzó el interés científico en el estudio de la imagen corporal y las posibles distorsiones cognitivas en pacientes con lesiones cerebrales o la experiencia del miembro fantasma en amputados, los neurólogos realizaron esfuerzos considerables para comprender las formas inusuales de dicha percepción (King, 2018). De hecho, los primeros conceptos que se tiene sobre la imagen corporal surgen de la neuropatología. En el año de 1920, Head la definió por primera vez como una unidad de experiencias pasadas, creadas en la corteza cerebral sensorial. Seguidamente el neurólogo Schilder, propuso un enfoque biopsicosocial de la imagen corporal, destacando la necesidad de examinar el área biológica, ya que creía que partía de sus componentes neurológicos, así mismo de analizar el área psicológica, para determinar la percepción y los factores socioculturales. King (2018) también menciona otros autores como Newell, quien señaló que la imagen corporal es dinámica y cambia con la edad, el estado de ánimo o incluso con la ropa. Por lo que, Krueger sugirió que la imagen corporal es la representación de la identidad derivada de las experiencias corporales externas e internas.

4.3.2. Epidemiología

La distorsión de la imagen corporal como la insatisfacción de esta han sido foco para numerosos estudios. Los hallazgos de la prevalencia de la insatisfacción corporal varían considerablemente ya que depende de algunos factores, incluida la población estudiada, así mismo la ubicación geográfica, la escala de evaluación y el cuestionario que se utiliza para medir este constructo.

La satisfacción corporal según King (2018) difiere en diferentes grupos ya sea por la edad o el género. Según este autor, se observan los niveles más altos de insatisfacción corporal en la adolescencia, la adultez temprana y en las mujeres. La tasa de percepción errónea de la imagen corporal en adolescentes es de hasta un 50 % y la tasa de insatisfacción corporal informada se encuentra entre el 30 % y el 75 %, sin embargo, menciona que en unos años esto podría llegar hasta el 71 %, este aumento sería la consecuencia del incremento del uso de redes sociales.

Por otro lado, Moehlecke et al., (2018) realizaron un análisis de la aplicación de una encuesta aplicada en 24 países en niños de edad escolar e indicaron que la insatisfacción corporal es muy frecuente y es más común entre las niñas que entre los niños, entre los adolescentes mayores que entre los adolescentes más jóvenes y con sobrepeso que sin sobrepeso.

Adicional a ello, que la distorsión de la imagen corporal es menos común en adultos jóvenes que en adolescentes debido a que estos tienden a sobrestimar el tamaño de su cuerpo. Tal cual lo muestran Hosseini y Padhy (2019), quienes encontraron en su investigación que el 25 % de los estudiantes universitarios varones y el 45 % de las mujeres sobrestiman su cuerpo. En general, las mujeres perciben su cuerpo más pesado y más grande de lo que realmente es, probablemente debido a la idealización de un cuerpo ideal delgado. Mientras que los hombres tienden a subestimar el tamaño de su cuerpo, probablemente debido a la idealización de un cuerpo musculoso y más grande (Jang et al., 2018).

4.3.3. El esquema corporal y la imagen corporal

Para Schilder (1935) el esquema corporal se designa a una unidad corporal que es algo más que una percepción, contrario a lo que se afirma en la imagen corporal. Entonces este esquema “es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo” (p. 11) es decir, las partes que lo componen, de las posibilidades de su movimiento y acción, así como de sus diferentes limitaciones.

Por otro lado, la imagen corporal es la forma en la que el individuo se percibe, se ve y como se imagina. En este sentido, la imagen corporal positiva lleva a observarse de manera equilibrada en estos tres ámbitos. La mayoría de personas tiene sentimientos diversos respecto a su apariencia física, como resultado varias de ellas desearían cambiar por lo menos alguna parte

de su cuerpo, estas inconformidades pueden construir una imagen corporal negativa que puede desencadenar algún trastorno asociado a la imagen corporal. Para mejorar la imagen corporal, es importante comprender que no se trata de cómo la persona se ve, sino de cómo se siente consigo mismo (Pitron et al., 2018).

A pesar de sus diferencias, según este autor el esquema corporal y la imagen corporal no solo son consistentes en la vida cotidiana, sino también a veces en trastornos patológicos, el desafío es entender cómo funciona esta co-construcción y en qué medida pueden reconfigurarse mutuamente. En particular, se destaca las virtudes de este modelo serial en el que el esquema corporal tiene cierta primacía sobre la imagen corporal, reconociendo al mismo tiempo el papel especial que juega la imagen corporal ya que se conoce son maleables y que estas dos formas de representación podrían modificarse entre sí.

Para Pitron et al., (2018) existen tres modelos para describir las interacciones entre el esquema corporal y la imagen corporal, el primero es el modelo de fusión que asume la existencia única de una representación corporal a largo plazo que es multifuncional. Se establece también el modelo de independencia, el cual supone que hay dos representaciones corporales a largo plazo, funcionalmente distintas las cuales se construyen por separado, una orientada a la acción y otra orientada a la percepción. En circunstancias normales el cuerpo que sentimos no entra en conflicto con el cuerpo con el que actuamos.

Sin embargo, este autor desarrolla una tercera visión al respecto y es el modelo de co-construcción según el cual el esquema corporal y la imagen corporal son funcionalmente distintos pero su construcción se basa en parte de sus interacciones. Las representaciones corporales se construyen conjuntamente, pero están separadas, en lugar de ser totalmente independientes o fusionadas, provienen como resultado de la atracción de dos fuerzas opuestas. Por un lado, está el hecho biológico de tener un solo cuerpo que a lo largo del tiempo es más o menos similar y por otro lado, está la percepción y la acción las cuales requieren de diferentes transformaciones, así como de las señales sensoriales que plantean varias demandas cognitivas diferentes. En conclusión, Pitron et al., (2018) refiere que el contenido de la imagen corporal representa cómo se ve el cuerpo mientras que el contenido del esquema corporal representa cómo se compone el cuerpo y además prescribe los movimientos que puede realizar.

4.3.4. El modelo de cuidado de la imagen corporal

El modelo de cuidado de la imagen corporal de Price (1990) comprende tres elementos relacionados: realidad corporal, presentación corporal e ideal corporal. La primera se refiere a la forma objetiva o fenotipo del cuerpo como el resultado de influencias genéticas y ambientales. Por otro lado, la presentación del cuerpo tiene que ver con cómo el cuerpo se presenta externamente a través de la vestimenta, la alteración y el comportamiento. Por último, el cuerpo ideal es cómo le gustaría a un individuo verse y comportarse tanto física como funcionalmente. El equilibrio de estos tres elementos es crucial para el sustento de una imagen corporal satisfactoria, en la que tanto la presentación del cuerpo como la realidad del mismo se comparen continuamente, consciente o inconscientemente, con el cuerpo ideal (King, 2018).

La naturaleza de estos elementos fluctúa junto con la personalidad, la cultura y el tiempo por lo que se considera es muy dinámica. Tagkalakis & Demiri (2009) afirman que a medida que las personas cambian su apariencia, ya sea en la realidad o en la presentación, la imagen corporal no cambia necesariamente. Esto tiene que ver más en cómo se interpretan o negocian tales cambios en contra del cuerpo ideal. Si no se mantiene dicho equilibrio lo que sucede es que la imagen corporal se ve alterada.

4.3.5. La importancia de la imagen corporal y las distorsiones cognitivas en la actualidad

La historia de los cánones de belleza varía con el tiempo por lo que el ser humano cada vez tiene una percepción diferente de la imagen corporal. El estudio de la misma se ha llevado a cabo desde la década de los años 60, el origen de esta problemática era netamente de interés femenino, a diferencia de lo que se conoce hoy en día ya que a los hombres también les preocupa la imagen corporal, una de estas investigaciones encontró que la percepción de la figura corporal varía ampliamente entre los dos sexos (Torres & Toro, 2012).

Actualmente está marcada por la influencia de factores sociales y culturales que declaran aquellos cuerpos delgados y ejercitados como una representación de éxito no solo personal sino también social y profesional, facilitando la inconformidad con el cuerpo. Estos mensajes se transmiten rápidamente por medio de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que han sido uno de los avances más notables a lo largo de la historia, sin embargo, tiene

desventajas como la discriminación de información ya que no se sabe que es realmente importante y que no, además de las falsas noticias. La televisión y redes sociales pueden de manera directa o indirecta hacer que se interioricen pensamientos, emociones o sentimientos y conductas sobre el cuerpo (Torresani et al., 2009).

La influencia ejercida por los medios informáticos expone fácilmente la vida de las personas ocasionando en caso de no cumplir con dichos estándares de belleza pensamientos negativos y distorsionados, mismos que podrían contribuir al desarrollo de los trastornos de la imagen corporal en ambos sexos (Salaberria et al., 2007).

Sin embargo, la imagen social está por encima de quien la representa, es decir que aquellos cuerpos que no se encuentren bajo el estricto y riguroso canon de belleza moderno deberán acudir ante cualquier método para conseguirlo sin importar aquellos aspectos que van más allá de lo físico. Hoy en día, la solución a esta problemática se encuentra fácilmente en el mercado estético ya que las cirugías plásticas son un negocio factible y rápido para lograr un cuerpo perfecto, por ejemplo, en España se aproxima que anualmente se realizan 350.000 cirugías estéticas (Panzarelli, 2009). En cuanto a esto, la presión social toma mucha importancia en la actualidad, debido a que los medios de comunicación y la tecnología construyen un modelo a seguir que no siempre va de acuerdo a la realidad. La imagen corporal se ha convertido en un negocio lucrativo que prioriza el físico y no la salud mental por lo que es más fácil hacerse cirugías plásticas que pasar por un proceso terapéutico. Quizá el que en esta cultura predomine el culto al cuerpo con especial presión sobre la mujer y el hombre explique el aumento de aquellas enfermedades mentales relacionadas con las distorsiones cognitivas, así como la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y la alimentación.

4.3.6. Factores que afectan la imagen corporal y los trastornos de la imagen corporal

Hasta la fecha se han estudiado diversos factores que influyen en la imagen corporal, dado que la insatisfacción corporal es perjudicial para el bienestar del ser humano es fundamental identificar sus correlatos, por ello, a continuación se presentan algunos:

4.3.6.1. Índice de masa corporal (IMC)

Este factor es uno de los más importantes e influyentes en las investigaciones. El IMC sugiere el estado corporal a partir de una escala que establece lo normal frente a lo patológico, cuyo objetivo es evaluar el estado nutricional, el riesgo a la salud y el diagnóstico de mala nutrición y obesidad. La variable se refiere al cociente entre la masa corporal en kilogramos y la talla al cuadrado, lo cual constituye un indicador estandarizado que en un estudio comparativo con la percepción corporal contribuye a la comprensión de posibles distorsiones y en efecto al riesgo de trastornos alimentarios (Oliva et al., 2016).

4.3.6.2. Familia

A lo largo del tiempo, la familia se enfrenta a múltiples cambios lo cual representa la adaptación de sus miembros, el cambio más fuerte por el que posiblemente pasen es la adolescencia, específicamente porque esta etapa está caracterizada por la búsqueda de una identidad propia, lo cual convierte al adolescente en más autónomo, acercándolo o alejándolo de sus padres. La familia constituye un espacio de formación de actitudes y valores frente a la imagen corporal que es fundamental en la comprensión del origen de la insatisfacción corporal ya que cuando los familiares hacen hincapié en la delgadez o formación de musculatura y exponen a los hijos a símbolos culturales que representan el estereotipo de belleza, como medios de comunicación o juguetes que reflejan el ideal estético se incrementa el riesgo de que la persona no esté satisfecha ni con la imagen que tiene de sí misma ni con la que refleja hacia su familia. Por ello, en este proceso juega un importante papel la influencia que tienen el contexto familiar, social y el escolar (Gonçalves & Bedin, 2015). Estos comportamientos pueden modelar la autocrítica e inspirar a los individuos a juzgarse a sí mismos o a los demás en función de la apariencia física y resaltar la importancia de adherirse a los ideales sociales y culturales del tamaño del cuerpo.

4.3.6.3. Presiones sociales

La imagen corporal es un concepto mental, sin embargo, se puede observar como un fenómeno social como consecuencia de que tanto las mujeres como los hombres tratan de presentarse y mantenerse en una forma corporal socialmente deseable. De esta manera, las

personas son presionadas por agentes sociales como pares, familia y medios de comunicación para que asuman los ideales de belleza culturalmente aceptados. Por tanto, las personas internalizan los ideales que son difícilmente alcanzables causando un descontento con la percepción de la imagen corporal si no se logra (Villegas & Londoño, 2021).

4.3.6.4. Medios de comunicación

Las TIC han llegado a la vida de las personas y se han instalado de forma natural y cotidiana, teniendo un impacto considerable en los procesos de socialización de las personas, especialmente en los adolescentes y jóvenes, de tal forma que resulta complicado concebir el día a día sin Internet y las redes sociales (Romo, 2020). Los niños y adolescentes hoy en día se desarrollan en un mundo influenciado por diversos medios como la televisión, videos, cine, música, Internet, diarios y más. Sin embargo, el internet, redes sociales y videojuegos son los que mayor influencia tienen en los adolescentes debido a su mayor uso dejando a un lado los materiales impresos, la televisión, las cartas e incluso las conversaciones tradicionales (King, 2018). Según Villegas y Londoño (2021) en el caso de las mujeres exponerse a medios enfocados en la apariencia, como revistas de moda y glamur, telenovelas, videos musicales, internet y redes sociales, está directamente asociado con la necesidad de delgadez y la insatisfacción corporal. Mientras que en el caso de los hombres, leer revistas centradas en un óptimo estado físico y lo que está de moda como la musculatura y capacidad física puede provocar insatisfacción corporal, inquietud por alcanzar el modelo y el uso de suplementos para lucir físicamente perfecto. Es decir, se observa que el impacto por tipo de información es diferente por género.

4.3.6.5. Redes sociales

El común denominador de las redes sociales es recibir y enviar mensajes describiendo los ideales de apariencia física a partir de fotografías o videos publicados mostrando un perfil lo más perfecto posible para generar un mayor número de seguidores. Esto puede crear inseguridades en los usuarios que visualizan dicho contenido como consecuencia de la comparación entre el prototipo ideal y la propia imagen por lo que las plataformas digitales pueden influir de manera negativa y desarrollar conductas desadaptativas en los individuos provocando insatisfacción con la imagen corporal y a su vez patologías mentales (Villegas & Londoño, 2021).

4.3.6.6. Autoestima

La autoestima y el autoconcepto de una persona se considera un factor potencial y protector del desarrollo de la percepción de la imagen corporal negativa, como menciona la Real Academia Española (2021) la autoestima es la valoración generalmente positiva de sí mismo. Con lo cual concuerda Villasante (2021) quien define a la autoestima como una valía propia, basada en pensamientos, sentimientos, actitudes y experiencias positivas que se recopilan a través de la vida. En consecuencia, si hay una autoestima elevada caracterizada por la confianza y lealtad consigo mismo habrá mayor satisfacción por la imagen corporal mientras que si la autoestima es baja presentará menosprecio y desconfianza por sí mismo y por ende tendrá una insatisfacción en su imagen corporal.

4.3.7. Errores cognitivos en la imagen corporal

A lo largo de la vida, la mayoría de los seres humanos se han cuestionado sobre su aspecto físico, la figura corporal o la manera en que visten, la duda surge en si lo hicieron como parte de una transformación interna o si se lo cuestionaron por terceros. Los niños y adolescentes actualmente crecen en un mundo inundado de diferentes tipos de medios masivos como la televisión, el cine, los videos, las vallas publicitarias, las revistas, la música, los diarios o el internet, que de ahí parten ciertos constructos idealistas ya que en el procesamiento de la información sobre la persona y su valía se cometen errores cuando no se encaja con estos ideales de belleza de la sociedad (Hosseini & Padhy, 2019).

A continuación, el psicólogo Ángel Rull (2020) ha clasificado las distorsiones cognitivas más frecuentes en relación con el aspecto físico:

Uno de estos es la lupa, que se considera como un error de la atención selectiva, donde la persona se fija de manera muy detallada en o en las partes de su cuerpo que considera más negativas. “Mis pechos son tan grandes que destruyen todo mi aspecto”.

Otro de estos es la mente ciega, en la cual se minimiza o descuida cualquier otra parte del cuerpo que pueda considerarse mínimamente atractiva al contrario del pensamiento anterior.

Se encuentran también la fealdad radiante que consiste en empezar a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra y así sucesivamente hasta conseguir destruir cualquier aspecto de su figura.

Por otro lado, el juego de la culpa permite que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño en la vida de la persona a pesar de que en principio no esté relacionado en absoluto con ella. Por ejemplo, “Ese trabajo no es para mí porque soy muy flaca”.

Respecto a la mala interpretación de la mente, la persona considera que puede “leer” a los demás, sin embargo, lo que consigue es mal interpretar la conducta de los mismos en base a algo negativo de su aspecto corporal. Comúnmente se menciona “el resto no es agradable conmigo porque no tengo un cuerpo perfecto”.

En cuanto a la desgracia reveladora o prediciendo desgracias, los pensamientos van en función de predicciones futuras acerca de desgracias que sucederán por culpa de la apariencia física, mencionando algunas: “nunca me amarán debido a mi apariencia” o “no podré tener un gran trabajo porque no tengo un cuerpo bonito”.

En el error cognitivo la belleza limitadora se parece a la anterior en consecuencia de las condiciones que se plantea al momento de hacer las cosas posibles, un ejemplo en la adolescencia es “no quisiera ir a esa fiesta a no ser que pierda 3 kilos”.

Así mismo, se muestra que el sentirse fea/o convierte este pensamiento personal en una verdad universal. Esto quiere decir que a pesar de que el individuo así lo sienta no representa la realidad, ni que en otras ocasiones no pueda sentirse bien consigo misma/o.

Finalmente, el reflejo del malhumor hace referencia al traspaso o preocupación causada por cualquier suceso que al propio cuerpo respecta. Por ejemplo, cuando se tiene un día estresante ese malhumor se proyecta como algo negativo en cualquier aspecto de la apariencia física.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño y tipo de la Investigación

La presente investigación estuvo enmarcada en un enfoque de tipo cuantitativo, ya que se recolectaron datos sobre las distorsiones cognitivas y la percepción de la imagen corporal en adolescentes con base en la medición numérica y el análisis estadístico por medio de reactivos psicológicos. El diseño del estudio fue de carácter no experimental y de corte transversal, en razón de que se realizó sin manipular deliberadamente las variables además de que se tomó a una población en un momento y lugar determinado por lo que se trató de una investigación de campo ya que se recopilaban dichos datos en el mismo lugar donde se desarrolló el fenómeno de estudio.

Finalmente, la investigación fue de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional ya que no se encontraron datos significativos a nivel local sobre el tema. Por cuanto el presente estudio permitió verificar la prevalencia de distorsiones cognitivas y la presencia de satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes escolarizados, además de evaluar la posible relación entre las variables antes mencionadas.

5.2. Universo y Muestra

El universo de la investigación se realizó en la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” ubicada en la ciudad de Loja, en las calles Adolfo Valarezo y Carlos Román esquina, las cuales pertenecen al barrio Sevilla de Oro de la parroquia Sucre, con una población de 138 estudiantes de primero de bachillerato, en el periodo septiembre – julio 2021-2022.

La selección de la muestra se la llevó a cabo por medio de muestro probabilístico debido a que todos los adolescentes de edades comprendidas entre los 14 a 17 años tuvieron la misma probabilidad de participar en el estudio. Por lo cual, 95 adolescentes escolarizados conformaron dicha muestra al cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, que se detallan a continuación:

5.2.1. Criterios de inclusión

- Participantes legamente matriculados en la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja.
- Participantes escolarizados que tengan desde los 14 hasta los 17 años de edad.
- Participantes que actualmente estén asistiendo a clases.
- Participantes que presenten el consentimiento informado previamente autorizado por sus representantes legales.

5.2.2. Criterios de exclusión

- Participantes que no deseen participar de la investigación.
- Participantes que contesten a los reactivos psicológicos de manera inconclusa.
- Participantes que presenten una discapacidad intelectual o trastorno psicológico que no le permita completar los cuestionarios.
- Participantes que tengan algún trastorno de conducta alimentaria o personas con obesidad.

5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

A continuación, se detallan algunas técnicas e instrumentos que se utilizarán en el presente estudio.

5.3.1. Consentimiento Informado: es el documento informativo mediante el cual se detalla a los participantes o representantes del adolescente escolarizado en este caso sobre la investigación a realizar. Además de ser el sustento legal de la participación libre, voluntaria y consciente de la población de estudio. Al completar este documento confiere a que el participante sea parte de la muestra estudiada, después de haber comprendido la información acerca de los temas y objetivos de la investigación, la metodología a desarrollarse, la confidencialidad y el manejo de la información, los datos del encuestado y del investigador, así como también del retiro voluntario de los participantes.

5.3.2. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA): sus autores Ruiz y Lujan desarrollaron este cuestionario en 1991, con la finalidad de conocer los principales tipos de

distorsiones cognitivas mediante la clasificación de 15 tipos de pensamientos automáticos que evalúan la prevalencia de algunos de ellos, por lo que no existe una sumatoria total. La edad de aplicación del test es a partir de los 14 años puede ser de manera individual o colectiva, el tiempo aproximado para completarlo es de 15 a 20 minutos y consta de 45 ítems. Su nivel de confiabilidad se determinó con la fórmula de Spermán - Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,96 lo que ratifica que el instrumento es fiable (Ruiz & Lujan, 1991).

Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que menor puntuación, muestran ausencia de distorsiones cognitivas y a mayor puntuación presentan tendencia a padecer distorsiones cognitivas. Se trata de valorar cada una de las puntuaciones del test con la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= nunca pienso eso

1= algunas veces lo pienso

2= bastantes veces lo pienso

3= con mucha frecuencia lo pienso

La valoración en sumatoria de cada distorsión corresponde a una escala de puntuación métrica de 0 a 9, la cual se subdivide por un punto de corte para efectos clínicos, si se requiere de intervención psicológica o no, por lo tanto:

- Una puntuación de 0 a 4 en el total de cada distorsión indica una afectación menor en el pensamiento automático pero que no requiere intervención psicológica de consideración, sin embargo, existe como en todo caso la posibilidad de agudización de síntomas.
- Una puntuación de 5 a 9 en el total de cada distorsión manifiesta una afectación mayor que puede ser un indicador de una tendencia a padecer problemas significativos asociados a dicho interpretación.

5.3.3. *Body Shape Questionnaire (Cuestionario De La Figura Corporal) BSQ:* el test original fue elaborado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn y la adaptación

al español lo realizaron Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, I., en 1996. Es un cuestionario de 34 ítems dirigido a explorar la autopercepción de la imagen corporal y específicamente identificar la presencia de insatisfacción con dicha imagen, discrimina a la población clínica de la población normal. Se puede aplicar en adolescentes y adultos, pero se excluye a la población de personas obesas. El test se desarrolla en un tiempo de 10 a 20 minutos aproximadamente. La fiabilidad del instrumento se determinó con el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) y fue de 0,93 a 0,97 en población no clínica y la validez con el coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente, que osciló entre un 0,61 y 0,81.

Dimensiones que evalúa

En cuanto a las normas de aplicación la persona que lo rellene debe responder a cada uno de los 34 ítems (afirmaciones) en la medida en que se ajuste la afirmación a sus sentimientos acerca de su satisfacción corporal en las últimas 4 semanas. Dentro de una escala de 1 a 6 siendo

1=Nunca

2=Raramente

3= Alguna vez

4= A menudo

5= Muy a menudo

6= Siempre

Este instrumento tiene una forma de respuesta tipo Likert de 6 grados que se califica en una puntuación total que oscila de 34 a 204 puntos. Los ítems se pueden dividir según la adaptación española del cuestionario en cinco factores o también en un único factor.

En la división en cinco factores:

El primer factor: es preocupación por el peso en conexión con la ingesta (ítems 6,23,17,21,2,14,19)

El segundo factor: es preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad (ítems 28, 30, 5, 16)

El tercer factor: es insatisfacción y preocupación corporal general (ítems 7,18,13);

El cuarto factor: es insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas (ítems 3,10)

El quinto factor: corresponde al empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal (ítems 26,32)

La división de los ítems en un único factor general:

Insatisfacción Corporal (ítems 2,15,14,9,23,19,6,10,12,29,34,17,3,4,21,20,25)

Para la corrección e interpretación se suman todos los puntos (1-6) dados en cada ítem y se obtiene una puntuación total que oscila entre de 34 a 204 puntos. Los puntos de corte establecidos como único factor general corresponden a:

Menos de 80 = no hay insatisfacción corporal

81 a 110 = leve insatisfacción corporal

111 a 140 = moderada insatisfacción corporal

Más de 141 = extrema insatisfacción corporal

5.4. Consideraciones éticas:

En el desarrollo de la presente investigación se respetó la voluntariedad de los participantes al momento de colaborar en el estudio. Se realizó un compromiso de integridad informando a los participantes del total anonimato de las respuestas para su uso académico exclusivo. Además, el presente estudio no consideró orientación sexual, nacionalidad, raza, etnia o la condición socioeconómica para que de esta manera no exista discriminación alguna en la población participante.

5.5. Procedimiento por objetivos

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados la presente investigación se realizó en cinco etapas o fases:

5.5.1. Primera etapa

Se realizó la búsqueda de información bibliográfica acerca de las variables de interés para llevar a cabo la investigación, luego de la aprobación del anteproyecto de Trabajo de Integración Curricular se contactó con las autoridades de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” con la finalidad de explicar el estudio a desarrollar, los objetivos a cumplir y la metodología a utilizar. Para dar paso a esta actividad se requirió de una solicitud formal dirigida a la dirección de dicha institución misma que fue aprobada por lo cual se dio un primer acercamiento al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) para solicitar colaboración.

5.5.2. Segunda etapa

Se solicitó al DECE la lista de estudiantes matriculados de primero de bachillerato de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo” con el fin de conocer el número de estudiantes y planificar el acercamiento a los mismos. Al día siguiente se visitó a los estudiantes en el aula de clase y se les invitó a participar del proyecto explicándoles cual sería su papel en el presente estudio y acerca de la temática en cuestión, así mismo se pidió su colaboración para las visitas técnicas posteriores. Una semana después se entregó en cada aula el consentimiento informado a todos los adolescentes para ser recolectado de manera presencial tres días laborables después ya que eran las fiestas patronales de la institución. Se tomó en cuenta todas las medidas de bioseguridad debido a la emergencia sanitaria por la que estamos atravesando.

5.5.3. Tercera etapa

Posterior a ello, dos días después de la recolección del consentimiento informado se volvió a la institución para aplicar los reactivos psicológicos que fueron el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el Body Shape Questionnaire (BSQ) de forma física (impresiones). Una vez en el aula de clases se informó nuevamente a los estudiantes de la

confidencialidad de sus respuestas y las normas de aplicación de cada uno de los test. Estos se aplicaron en el mes de junio en horario lectivo dentro de cada aula a los seis paralelos al mismo tiempo. Una vez terminada la aplicación se recogieron los test.

5.5.4. Cuarta Etapa

Una vez recolectados los datos a través de los reactivos psicológicos se procedió a la organización, clasificación y tabulación de los datos en el Paquete Office Hogar 365 (Microsoft Excel 2019) donde se ingresaron los datos para cada variable del estudio.

Posterior a esto se usó el programa de Ciencias Sociales (IBM SPSS Statistics 25) para realizar el análisis estadístico de los datos. Este proceso se desarrolló de la siguiente manera:

- Se creó la vista de variables en el programa IBM SPSS Statistics con el fin de pasar los datos de la muestra recolectada de la matriz de Microsoft Excel 2019 al programa IBM SPSS Statistics.
- Se utilizaron pruebas no paramétricas y operaciones estadística descriptivas como tablas de frecuencias y porcentajes.
- Por medio del programa IBM SPSS Statistics 25 se procedió a realizar una prueba no paramétrica de normalidad Kolmogorov Smirnov para realizar una prueba de normalidad de la distribución de la muestra, una vez que se obtuvo el resultado que era una prueba normal se escogió el análisis de varianza (ANOVA) entre las variables.
- A continuación, se llevó a cabo la prueba de Post Hoc (Tukey y Duncan) para el contraste de cada pareja posible y demostrar la presencia o no de una correlación estadística.

5.5.5. Quinta etapa

Una vez obtenidos los resultados estadísticos se procedió a analizar e interpretar los mismo. Después, se realizó un plan de prevención para los adolescentes del colegio “Adolfo Valarezo” con el fin de responder al tercer objetivo del presente estudio. Finalmente, se redactó la discusión, las conclusiones, las recomendaciones y por último se

dio el desarrollo de la estructura del informe final para su ejecución utilizando el programa Microsoft Word 2019.

6. RESULTADOS

Objetivo Específico 1: conocer la prevalencia de los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes del Unidad Educativa Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2022.

Tabla 1.

Prevalencia de los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de insatisfacción de la imagen corporal en los adolescentes de 14 a 17 años

Tipos de distorsiones cognitivas	Nivel	f	%
Filtraje	Afectación menor	60	63,16
	Afección mayor	35	36,84
	Total	95	100
Pensamiento polarizado	Afección menor	70	73,68
	Afección mayor	25	26,32
	Total	95	100
Sobregeneralización	Afectación menor	74	77,89
	Afección mayor	21	22,11
	Total	95	100
Interpretación del pensamiento	Afectación menor	66	69,47
	Afección mayor	29	30,53
	Total	95	100
Visión Catastrófica	Afectación menor	58	61,05
	Afección mayor	37	38,95
	Total	95	100
Personalización	Afectación menor	75	78,95
	Afección mayor	20	21,05
	Total	95	100
Falacia de control	Afectación menor	75	78,95
	Afección mayor	20	21,05
	Total	95	100
Falacia de Justicia	Afectación menor	66	69,47
	Afección mayor	29	30,53
	Total	95	100
Razonamiento emocional	Afectación menor	80	84,21
	Afección mayor	15	15,79
	Total	95	100
Falacia de cambio	Afectación menor	78	82,11
	Afección mayor	17	17,89
	Total	95	100
Etiquetas globales	Afectación menor	77	81,05

	Afección mayor	18	18,95
	Total	95	100
Culpabilidad	Afectación menor	76	80
	Afección mayor	19	20
	Total	95	100
Los debería	Afectación menor	56	58,95
	Afección mayor	39	41,05
	Total	95	100
Falacia de razón	Afectación menor	72	75,79
	Afectación mayor	23	24,21
	Total	95	100
Falacia de recompensa divina	Afectación menor	31	32,63
	Afectación mayor	64	67,37
	Total	95	100
Niveles de insatisfacción de imagen corporal		f	%
No hay insatisfacción corporal		61	64,21%
Leve insatisfacción corporal		13	13,68%
Moderada insatisfacción corporal		11	11,58%
Extrema insatisfacción corporal		10	10,53%
Total		95	100,00 %

Nota: Frecuencia (f). Porcentaje (%).

Fuente: Resultados obtenidos por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) y el Body Shape Questionnaire (BSQ) aplicado a estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Análisis e Interpretación:

Los resultados sobre las distorsiones cognitivas en los adolescentes muestran que el pensamiento automático con mayor prevalencia es el de Falacia de recompensa divina en un nivel de afectación mayor con un 67,37 % (equivalente a 64 adolescentes de la muestra) y de afección menor con un 32,63 % (equivalente a 31 adolescentes de la muestra), seguido de este la distorsión cognitiva de Los debería con un nivel de afectación mayor del 41,05 % (equivalente a 39 adolescentes de la muestra) y respecto a la afección menor presenta un 58,95 % (equivalente a 56 adolescentes de la muestra), continuo se muestra el pensamiento automático de la Visión Catastrófica en la categoría de afección mayor de con un 38,95 % (equivalente a 37 adolescentes de la muestra) y en la categoría de afección menor con un 61,05 % (equivalente a 58 adolescentes de la muestra), seguido del pensamiento automático de Filtraje con un nivel de afección mayor de 36,84 % (equivalente a 35 adolescentes de la muestra) y de afección menor de 63,16 % (equivalente a 60 adolescentes

de la muestra), seguido de estas distorsiones cognitivas Interpretación del pensamiento y Falacia de justicia con un nivel de afectación mayor del 30,53 % (equivalente a 29 adolescentes de la muestra) y con un nivel de afectación menor del 69,47 % (equivalente a 66 adolescentes de la muestra), continuo se muestra el pensamiento automático de Pensamiento polarizado en la categoría de afectación mayor de con un 26,32 % (equivalente a 25 adolescentes de la muestra) y en la categoría de afectación menor con un 73,68 % (equivalente a 75 adolescentes de la muestra), seguido de la distorsión cognitiva de Falacia de razón con un nivel de afectación mayor de 24,21 % (equivalente a 23 adolescentes de la muestra) y con una afectación menor de 75,79 % (equivalente a 72 adolescentes de la muestra), continuo se presenta el pensamiento automático de Sobregeneralización con un nivel de afectación mayor del 22,11 % (equivalente a 21 adolescentes de la muestra) y en la categoría de afectación menor con un 78,95 % (equivalente a 74 adolescentes de la muestra), seguido de estas distorsiones cognitivas Personalización y Falacia de control con un nivel de afectación mayor del 21,05 % (equivalente a 20 adolescentes de la muestra) y con un nivel de afectación menor del 78,95 % (equivalente a 75 adolescentes de la muestra), adolescentes de la muestra), a continuación se presenta el pensamiento automático de Culpabilidad con un nivel de afectación mayor del 20 % (equivalente a 19 adolescentes de la muestra) y en el nivel de afectación menor con un 80 % (equivalente a 76 adolescentes de la muestra). Por otro lado, las distorsiones cognitivas con menor prevalencia en la población estudiada son Etiquetas globales con un nivel de afectación mayor del 18,95 % (equivalente a 18 adolescentes de la muestra) y con un nivel de afectación menor del 81,05 % (equivalente a 77 adolescentes de la muestra), seguido de Falacia de cambio con un nivel de afectación mayor del 17,89 % (equivalente a 17 adolescentes de la muestra) y con un nivel de afectación menor del 82,11 % (equivalente a 78 adolescentes de la muestra) y por último el pensamiento automático de Razonamiento emocional con un nivel de afectación mayor del 15,79 % (equivalente a 15 adolescentes de la muestra) y un nivel de afectación menor del 84,21 % (equivalente a 80 adolescentes de la muestra).

Por otro lado, conforme a los resultados obtenidos por medio del Body Shape Questionnaire (BSQ) aplicado a la muestra se observó que el 64,21 % (equivalente a 61 participantes de la muestra) no manifiestan insatisfacción corporal, el 13,68 % (equivalente a 13 participantes de la muestra) refieren una leve insatisfacción corporal seguido del 11,58

% (equivalente a 11 participantes de la muestra) que presentan una moderada insatisfacción corporal, finalmente el 10,53 % (equivalente a 11 participantes de la muestra) manifiestan que presentan una extrema insatisfacción corporal.

Objetivo Específico 2: analizar las diferencias entre los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes del Unidad Educativa Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2022.

Tabla 2.

Prueba Post Hoc entre variables

		Comparaciones múltiples					
Variable	HSD Tukey	Diferencia de medias (I-J)	Desviación Error	Significancia	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
Filtraje	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,349	0,634	0,946	-1,31	2,01
		Moderada insatisfacción corporal	-1,119	0,680	0,358	-2,90	0,66
		Extrema insatisfacción corporal	-3,374*	0,708	0,000	-5,23	-1,52
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-0,349	0,634	0,946	-2,01	1,31
		Moderada insatisfacción corporal	-1,469	0,850	0,316	-3,69	0,76
		Extrema insatisfacción corporal	-3,723*	0,873	0,000	-6,01	-1,44
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,119	0,680	0,358	-0,66	2,90
		Leve insatisfacción corporal	1,469	0,850	0,316	-0,76	3,69
		Extrema insatisfacción corporal	-2,255	0,907	0,069	-4,63	0,12
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	3,374*	0,708	0,000	1,52	5,23
		Leve insatisfacción corporal	3,723*	0,873	0,000	1,44	6,01
		Moderada insatisfacción corporal	2,255	0,907	0,069	-0,12	4,63
Pensamiento polarizado	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,453	0,685	0,911	-1,34	2,25
		Moderada insatisfacción corporal	-1,575	0,734	0,147	-3,50	0,35
		Extrema insatisfacción corporal	-4,193*	0,765	0,000	-6,20	-2,19
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-0,453	0,685	0,911	-2,25	1,34
		Moderada insatisfacción corporal	-2,028	0,919	0,129	-4,43	0,38
		Extrema insatisfacción corporal	-4,646*	0,943	0,000	-7,11	-2,18
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,575	0,734	0,147	-0,35	3,50
		Leve insatisfacción corporal	2,028	0,919	0,129	-0,38	4,43
		Extrema insatisfacción corporal	-2,618*	0,980	0,043	-5,18	-0,05
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	4,193*	0,765	0,000	2,19	6,20
		Leve insatisfacción corporal	4,646*	0,943	0,000	2,18	7,11
		Moderada insatisfacción corporal	2,618*	0,980	0,043	0,05	5,18

Sobregeneralización	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,282	0,555	0,957	-1,17	1,73
		Moderada insatisfacción corporal	-1,410	0,595	0,090	-2,97	0,15
		Extrema insatisfacción corporal	-2,810*	0,619	0,000	-4,43	-1,19
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-0,282	0,555	0,957	-1,73	1,17
		Moderada insatisfacción corporal	-1,692	0,744	0,111	-3,64	0,25
		Extrema insatisfacción corporal	-3,092*	0,764	0,001	-5,09	-1,09
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,410	0,595	0,090	-0,15	2,97
		Leve insatisfacción corporal	1,692	0,744	0,111	-0,25	3,64
		Extrema insatisfacción corporal	-1,400	0,793	0,297	-3,48	0,68
Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,810*	0,619	0,000	1,19	4,43	
	Leve insatisfacción corporal	3,092*	0,764	0,001	1,09	5,09	
	Moderada insatisfacción corporal	1,400	0,793	0,297	-0,68	3,48	
Interpretación del pensamiento	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,269	0,685	0,979	-2,06	1,53
		Moderada insatisfacción corporal	-2,933*	0,735	0,001	-4,86	-1,01
		Extrema insatisfacción corporal	-2,615*	0,765	0,005	-4,62	-0,61
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,269	0,685	0,979	-1,53	2,06
		Moderada insatisfacción corporal	-2,664*	0,919	0,024	-5,07	-0,26
		Extrema insatisfacción corporal	-2,346	0,944	0,069	-4,82	0,12
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,933*	0,735	0,001	1,01	4,86
		Leve insatisfacción corporal	2,664*	0,919	0,024	0,26	5,07
		Extrema insatisfacción corporal	0,318	0,980	0,988	-2,25	2,88
Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,615*	0,765	0,005	0,61	4,62	
	Leve insatisfacción corporal	2,346	0,944	0,069	-0,12	4,82	
	Moderada insatisfacción corporal	-0,318	0,980	0,988	-2,88	2,25	
Visión Catastrófica	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,657	0,714	0,794	-2,52	1,21
		Moderada insatisfacción corporal	-0,517	0,765	0,906	-2,52	1,49
		Extrema insatisfacción corporal	-1,926	0,797	0,081	-4,01	0,16
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,657	0,714	0,794	-1,21	2,52
		Moderada insatisfacción corporal	0,140	0,957	0,999	-2,36	2,64
		Extrema insatisfacción corporal	-1,269	0,983	0,571	-3,84	1,30
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,517	0,765	0,906	-1,49	2,52
		Leve insatisfacción corporal	-0,140	0,957	0,999	-2,64	2,36
		Extrema insatisfacción corporal	-1,409	1,021	0,515	-4,08	1,26

Personalización	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,926	0,797	0,081	-0,16	4,01
		Leve insatisfacción corporal	1,269	0,983	0,571	-1,30	3,84
		Moderada insatisfacción corporal	1,409	1,021	0,515	-1,26	4,08
	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	1,025	0,549	0,249	-0,41	2,46
		Moderada insatisfacción corporal	-1,863*	0,588	0,011	-3,40	-0,32
		Extrema insatisfacción corporal	-2,790*	0,613	0,000	-4,39	-1,19
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-1,025	0,549	0,249	-2,46	0,41
		Moderada insatisfacción corporal	-2,888*	0,736	0,001	-4,81	-0,96
		Extrema insatisfacción corporal	-3,815*	0,756	0,000	-5,79	-1,84
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,863*	0,588	0,011	0,32	3,40
		Leve insatisfacción corporal	2,888*	0,736	0,001	0,96	4,81
		Extrema insatisfacción corporal	-0,927	0,785	0,640	-2,98	1,13
Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,790*	0,613	0,000	1,19	4,39	
	Leve insatisfacción corporal	3,815*	0,756	0,000	1,84	5,79	
	Moderada insatisfacción corporal	0,927	0,785	0,640	-1,13	2,98	
Falacia de control	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,443	0,631	0,896	-1,21	2,09
		Moderada insatisfacción corporal	-2,376*	0,677	0,004	-4,15	-0,60
		Extrema insatisfacción corporal	-1,357	0,705	0,224	-3,20	0,49
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-0,443	0,631	0,896	-2,09	1,21
		Moderada insatisfacción corporal	-2,818*	0,846	0,007	-5,03	-0,60
		Extrema insatisfacción corporal	-1,800	0,869	0,170	-4,07	0,47
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,376*	0,677	0,004	0,60	4,15
		Leve insatisfacción corporal	2,818*	0,846	0,007	0,60	5,03
		Extrema insatisfacción corporal	1,018	0,903	0,673	-1,34	3,38
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,357	0,705	0,224	-0,49	3,20
		Leve insatisfacción corporal	1,800	0,869	0,170	-0,47	4,07
		Moderada insatisfacción corporal	-1,018	0,903	0,673	-3,38	1,34
Falacia de Justicia	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,473	0,674	0,896	-2,24	1,29
		Moderada insatisfacción corporal	-1,116	0,723	0,416	-3,01	0,78
		Extrema insatisfacción corporal	-3,434*	0,753	0,000	-5,40	-1,46
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,473	0,674	0,896	-1,29	2,24
		Moderada insatisfacción corporal	-0,643	0,904	0,892	-3,01	1,72
		Extrema insatisfacción corporal	-2,962*	0,928	0,010	-5,39	-0,53
	No hay insatisfacción corporal	1,116	0,723	0,416	-0,78	3,01	

Razonamiento emocional	Moderada insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,643	0,904	0,892	-1,72	3,01
		Extrema insatisfacción corporal	-2,318	0,964	0,083	-4,84	0,21
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	3,434*	0,753	0,000	1,46	5,40
		Leve insatisfacción corporal	2,962*	0,928	0,010	0,53	5,39
		Moderada insatisfacción corporal	2,318	0,964	0,083	-0,21	4,84
	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,308	0,560	0,947	-1,77	1,16
		Moderada insatisfacción corporal	-0,818	0,601	0,526	-2,39	0,75
		Extrema insatisfacción corporal	-3,200*	0,626	0,000	-4,84	-1,56
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,308	0,560	0,947	-1,16	1,77
		Moderada insatisfacción corporal	-0,510	0,751	0,905	-2,48	1,46
		Extrema insatisfacción corporal	-2,892*	0,771	0,002	-4,91	-0,87
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,818	0,601	0,526	-0,75	2,39
	Leve insatisfacción corporal	0,510	0,751	0,905	-1,46	2,48	
	Extrema insatisfacción corporal	-2,382*	0,801	0,019	-4,48	-0,28	
Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	3,200*	0,626	0,000	1,56	4,84	
	Leve insatisfacción corporal	2,892*	0,771	0,002	0,87	4,91	
	Moderada insatisfacción corporal	2,382*	0,801	0,019	0,28	4,48	
No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,412	0,612	0,907	-2,01	1,19	
	Moderada insatisfacción corporal	-0,133	0,656	0,997	-1,85	1,59	
	Extrema insatisfacción corporal	-2,751*	0,684	0,001	-4,54	-0,96	
Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,412	0,612	0,907	-1,19	2,01	
	Moderada insatisfacción corporal	0,280	0,821	0,986	-1,87	2,43	
	Extrema insatisfacción corporal	-2,338*	0,843	0,033	-4,54	-0,13	
Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,133	0,656	0,997	-1,59	1,85	
	Leve insatisfacción corporal	-0,280	0,821	0,986	-2,43	1,87	
	Extrema insatisfacción corporal	-2,618*	0,875	0,018	-4,91	-0,33	
Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	2,751*	0,684	0,001	0,96	4,54	
	Leve insatisfacción corporal	2,338*	0,843	0,033	0,13	4,54	
	Moderada insatisfacción corporal	2,618*	0,875	0,018	0,33	4,91	
No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	-0,369	0,587	0,922	-1,90	1,17	
	Moderada insatisfacción corporal	-0,572	0,629	0,800	-2,22	1,07	
	Extrema insatisfacción corporal	-2,554*	0,655	0,001	-4,27	-0,84	
Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,369	0,587	0,922	-1,17	1,90	
	Moderada insatisfacción corporal	-0,203	0,787	0,994	-2,26	1,86	

Culpabilidad	Moderada insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-2,185*	0,808	0,040	-4,30	-0,07
		No hay insatisfacción corporal	0,572	0,629	0,800	-1,07	2,22
		Leve insatisfacción corporal	0,203	0,787	0,994	-1,86	2,26
	Extrema insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-1,982	0,839	0,092	-4,18	0,21
		No hay insatisfacción corporal	2,554*	0,655	0,001	0,84	4,27
		Leve insatisfacción corporal	2,185*	0,808	0,040	0,07	4,30
	No hay insatisfacción corporal	Moderada insatisfacción corporal	1,982	0,839	0,092	-0,21	4,18
		Leve insatisfacción corporal	0,206	0,594	0,986	-1,35	1,76
		Moderada insatisfacción corporal	-0,955	0,637	0,442	-2,62	0,71
	Leve insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-2,210*	0,663	0,007	-3,95	-0,47
		No hay insatisfacción corporal	-0,206	0,594	0,986	-1,76	1,35
		Moderada insatisfacción corporal	-1,161	0,797	0,468	-3,25	0,92
Los debería	Moderada insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-2,415*	0,818	0,021	-4,56	-0,27
		No hay insatisfacción corporal	0,955	0,637	0,442	-0,71	2,62
		Leve insatisfacción corporal	1,161	0,797	0,468	-0,92	3,25
	Extrema insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-1,255	0,850	0,456	-3,48	0,97
		No hay insatisfacción corporal	2,210*	0,663	0,007	0,47	3,95
		Leve insatisfacción corporal	2,415*	0,818	0,021	0,27	4,56
	No hay insatisfacción corporal	Moderada insatisfacción corporal	1,255	0,850	0,456	-0,97	3,48
		Leve insatisfacción corporal	-0,184	0,689	0,993	-1,99	1,62
		Moderada insatisfacción corporal	-1,401	0,739	0,237	-3,33	0,53
	Leve insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-2,192*	0,770	0,027	-4,21	-0,18
		No hay insatisfacción corporal	0,184	0,689	0,993	-1,62	1,99
		Moderada insatisfacción corporal	-1,217	0,924	0,555	-3,64	1,20
Moderada insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-2,008	0,949	0,156	-4,49	0,48	
	No hay insatisfacción corporal	1,401	0,739	0,237	-0,53	3,33	
	Leve insatisfacción corporal	1,217	0,924	0,555	-1,20	3,64	
Extrema insatisfacción corporal	Extrema insatisfacción corporal	-0,791	0,986	0,853	-3,37	1,79	
	No hay insatisfacción corporal	2,192*	0,770	0,027	0,18	4,21	
	Leve insatisfacción corporal	2,008	0,949	0,156	-0,48	4,49	
Falacia de razón	No hay insatisfacción corporal	Moderada insatisfacción corporal	0,791	0,986	0,853	-1,79	3,37
		Leve insatisfacción corporal	-0,554	0,561	0,757	-2,02	0,91
		Moderada insatisfacción corporal	-0,610	0,602	0,742	-2,18	0,97
		Extrema insatisfacción corporal	-1,846*	0,627	0,021	-3,49	-0,21

Falacia de recompensa divina	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,554	0,561	0,757	-0,91	2,02
		Moderada insatisfacción corporal	-0,056	0,752	1,000	-2,03	1,91
		Extrema insatisfacción corporal	-1,292	0,773	0,344	-3,31	0,73
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	0,610	0,602	0,742	-0,97	2,18
		Leve insatisfacción corporal	0,056	0,752	1,000	-1,91	2,03
		Extrema insatisfacción corporal	-1,236	0,803	0,418	-3,34	0,86
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,846*	0,627	0,021	0,21	3,49
		Leve insatisfacción corporal	1,292	0,773	0,344	-0,73	3,31
		Moderada insatisfacción corporal	1,236	0,803	0,418	-0,86	3,34
	No hay insatisfacción corporal	Leve insatisfacción corporal	0,584	0,767	0,872	-1,42	2,59
		Moderada insatisfacción corporal	-1,171	0,822	0,487	-3,32	0,98
		Extrema insatisfacción corporal	-1,362	0,856	0,389	-3,60	0,88
	Leve insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	-0,584	0,767	0,872	-2,59	1,42
		Moderada insatisfacción corporal	-1,755	1,028	0,326	-4,45	0,94
		Extrema insatisfacción corporal	-1,946	1,056	0,260	-4,71	0,82
	Moderada insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,171	0,822	0,487	-0,98	3,32
		Leve insatisfacción corporal	1,755	1,028	0,326	-0,94	4,45
		Extrema insatisfacción corporal	-0,191	1,097	0,998	-3,06	2,68
	Extrema insatisfacción corporal	No hay insatisfacción corporal	1,362	0,856	0,389	-0,88	3,60
		Leve insatisfacción corporal	1,946	1,056	0,260	-0,82	4,71
Moderada insatisfacción corporal		0,191	1,097	0,998	-2,68	3,06	

Fuente: Resultados obtenidos por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) y Body Shape Questionnaire (BSQ) aplicado a estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Análisis e Interpretación:

La tabla 5 corresponde a los resultados de una prueba Post Hoc, misma que permite la comparación múltiple entre las variables del presente estudio, es decir, realiza un contraste por cada pareja posible por lo que para el análisis e interpretación de los datos se ha tomado en cuenta un nivel estadísticamente significativo ($p \leq 0,05$). También datos importantes como el intervalo de confianza del 95 %, con límites inferiores y superiores. A continuación, se muestra la relación detallada entre los niveles de insatisfacción corporal en cada pensamiento automático:

Cuando se presenta la distorsión cognitiva de Filtraje, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -5,23 a -1,52 en un intervalo de confianza del 95 % y respecto al nivel Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal se muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) de -6,01 a -1,44 en nivel de confianza del 95 %.

En el caso de la distorsión cognitiva de Pensamiento polarizado, se presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -6,20 a -2,19 en un intervalo de confianza del 95 % y se observa que en el nivel de Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) de -7,11 a -2,18 en un intervalo de confianza del 95 %. Por otra parte, en el nivel de Moderada insatisfacción corporal y Extrema satisfacción corporal se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,043$) entre las medias de -5,18 a -0,05 en un intervalo de confianza del 95 %.

En el pensamiento automático de Sobregeneralización, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -4,43 a -1,19 y en lo que al nivel Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal refiere se observa una significancia de ($p = 0,001$) de -5,09 a -1,09 en un intervalo de confianza del 95 %.

Cuando se presenta la distorsión cognitiva de Interpretación del pensamiento entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal se expone una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,010$) de -4,86 a -1,01 en un intervalo de confianza del 95 % y entre el nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal la diferencia estadísticamente significativa es ($p = 0,001$) de -4,62 a -0,61 en un intervalo de confianza del 95 %. En cuanto al nivel Leve de insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,024$) de -5,07 a -0,26 en un intervalo de confianza del 95 %.

Cuando se manifiesta el pensamiento automático de polarización entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,011$) de -3,40 a -0,32 en un intervalo de confianza del 95 %. Entre el nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal la diferencia estadísticamente significativa es ($p = 0,000$) de -4,39 a -1,19 en un intervalo de confianza del 95 %. En cuanto al nivel Leve de insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal se muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$) de -4,81 a -0,96 en un intervalo de confianza del 95 % y entre el nivel de Leve insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal se manifiesta una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) de -5,79 a -1,84 en un intervalo de confianza del 95 %.

Cuando existe la distorsión cognitiva de Falacia de control, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,004$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal de -4,15 a -0,60 en un intervalo de confianza del 95 % y se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,007$) entre las medias del nivel de Leve insatisfacción corporal y Moderada insatisfacción corporal de -5,03 a -0,60 en un intervalo de confianza del 95 %.

En cuanto a la presencia del pensamiento automático de Falacia de justicia, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -5,40 a -1,46 en un intervalo de confianza del 95 %. Respecto al nivel Leve de insatisfacción corporal y

Extrema insatisfacción corporal se muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,010$) entre las medias de -5,39 a -0,53 en un intervalo de confianza del 95 %.

Si hay evidencia de la distorsión cognitiva de Razonamiento emocional, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -4,84 a -1,56 en un intervalo de confianza del 95 % por otra parte, el nivel de Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal manifiestan una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$) de -4,91 a -0,87 en un intervalo de confianza del 95 %, en el nivel de Moderada insatisfacción corporal y Extrema satisfacción corporal se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,019$) de -4,48 a -0,28 en un intervalo de confianza del 95 %.

Con la presencia de la distorsión cognitiva de Falacia de cambio, se muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -4,54 a -0,96 intervalo de confianza del 95 % por otro lado, el nivel de Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal refiere una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,033$) de -4,54 a -0,13 en un intervalo de confianza del 95 %, en el nivel de Moderada insatisfacción corporal y Extrema satisfacción corporal se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,018$) de -4,91 a -0,33 en un intervalo de confianza del 95 %.

Cuando el pensamiento automático de Etiquetas globales se manifiesta, existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -4,27 a -0,84 en un intervalo de confianza del 95 %. Entre el nivel Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,040$) y las medias son de -4,30 a -0,07 en un intervalo de confianza del 95 %.

Ante la presencia de la distorsión cognitiva de Culpabilidad, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,007$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -3,95 a -0,47 en un intervalo de confianza del 95 %. Entre el nivel Leve de insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción

corporal se presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,021$) de -4,56 a -0,27 en un intervalo de confianza del 95 %.

Cuando se presenta el pensamiento automático de Los, se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,027$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -4,21 a -0,18, en un intervalo de confianza del 95 %.

En la distorsión cognitiva de Falacia de Razón, es posible evidenciar una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,021$) entre las medias del nivel de No hay insatisfacción corporal y Extrema insatisfacción corporal de -3,49 a -0,21, en un intervalo de confianza del 95 %.

Por otro lado, los niveles de insatisfacción corporal en cuanto a las distorsiones cognitivas de Visión catastrófica y Falacia de recompensa divina no presentan una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$).

Objetivo Específico 3: Diseñar un programa de prevención primaria sobre las distorsiones cognitivas y la imagen corporal para adolescentes de 14 a 17 años.

A continuación, se presenta la propuesta de intervención:

Título del programa de prevención

¿Soy lo que pienso o lo que veo?

Presentación

La actual propuesta de prevención primaria tendrá como base el enfoque Cognitivo Conductual ya que incluye técnicas y estrategias que se centran directa aunque no exclusivamente, en las cogniciones ya sean verbales y/o en imágenes que tienen las personas en su mente para modificarlas junto con las conductas que presentan en base a esos pensamientos y emociones cuando se ven alteradas o distorsionadas (Camacho, 2003). Por lo cual, este programa está orientado a prevenir o mitigar los pensamientos automáticos, especialmente los relacionados con la imagen corporal, así como fortalecer la percepción de esta última mediante ciertas estrategias y técnicas psicológicas impartidas en talleres que a su vez pretenden identificar, concientizar, sensibilizar y modificar dichos pensamientos, emociones y conductas relacionadas con dicha problemática en la población adolescente de una unidad educativa. Por ello se justifica la necesidad de desarrollar una propuesta de intervención basada en esta corriente psicológica. El objetivo es dotar a la persona de recursos útiles para ajustar, mejorar y hacer perdurar la imagen corporal positiva.

Justificación

El presente programa de prevención está diseñado a partir de los resultados y necesidades obtenidas en la investigación con la finalidad de reducir las distorsiones cognitivas y fortalecer la percepción de la imagen corporal en los adolescentes de la unidad educativa estudiada debido a que en la actualidad la cultura por medio de la tecnología y los medios de comunicación, así como la familia o los pares pueden representar un factor de riesgo ya que imponen ciertos ideales de belleza, que si no se cumplen, provocan una alteración o malestar significativo en él o la adolescente debido a la presión social, que podría a su vez dar paso a una enfermedad o trastorno mental, como la anorexia, la bulimia,

vigorexia, ortorexia, depresión, ansiedad, entre otras. Es así que el programa busca fortalecer o generar factores protectores para los adolescentes, mediante una sólida construcción de su identidad, la autoestima, el autoconocimiento, y una comunicación asertiva.

Objetivo General

Sensibilizar al adolescente sobre la importancia del autoconocimiento y la introspección de sus pensamientos para que puedan ser capaces de observarse y conocerse a sí mismos mediante una visión realista y positiva de su imagen corporal con el propósito de prevenir algunos trastornos mentales.

Objetivos Específicos

- Brindar psicoeducación basada en distorsiones cognitivas y percepción de la imagen corporal.
- Ofrecer técnicas y estrategias psicológicas a los adolescentes para mejorar el concepto que tienen de sí mismos a través de la construcción de pensamientos positivos sobre su imagen corporal.

Metodología

El taller tiene una metodología activa donde los participantes se encargan de ir construyendo su propio aprendizaje en un proceso constructivo, guiado y motivado por el/la psicólogo/a, quien llevará las sesiones de modo teórico-práctico a través de la exposición de contenidos básicos de cada una de las variables propuestas y estrategias o técnicas que fortalezcan los pensamientos y la imagen corporal positiva, además se asegurará de la comprensión total de dichos contenidos al finalizar cada sesión mediante actividades de cierre y retroalimentación. Este programa está dirigido a los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”, mismo que se realizará en grupos de 20 a 25 personas aproximadamente. El presente taller tendrá una duración de 5 sesiones y el tiempo establecido para cada una de ellas será de 60 a 90 minutos.

TALLER 1

Nombre	“¿Crecer o creer?: mi adolescencia”	Objetivo	Brindar psicoeducación basada en distorsiones cognitivas y percepción de la imagen corporal.	
Sesión 1: Conociendo mi mente y cuerpo				
Actividad	Procedimiento	Duración	Materiales	Recursos Humanos
<p>1. Saludo</p> <p>2. Alianza terapéutica: Rapport, escucha activa</p> <p>3. Sensibilización: concientizar, atención activa</p>	<p><i>Bienvenida:</i> Se presentan los roles, los objetivos del programa y acuerdos para el taller, además del manejo de asistencia y participación.</p> <p><i>Actividad de inicio:</i> dinámica de presentación con tarjetas “Mi nombre y un adjetivo positivo con la inicial de mi nombre es...” (González et al., 2004).</p> <p><i>Introducción:</i> Historia de sensibilización, sobre alguna dificultad en la vida cotidiana de una persona con alteración cognitiva debido a la insatisfacción corporal.</p> <p><i>Desarrollo:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las distorsiones cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son? 	90 min	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de presentación (cartulina) • Marcadores • Diapositivas • Computador • Proyector 	Psicólogo(a) Participantes

<p>Psicoeducación: Informar o deconstruir conceptos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los tipos de distorsiones cognitivas se dan a conocer mediante definiciones y ejemplos de la cotidianidad. • Mitos del pensamiento: los participantes deben estar de pie para moverse por el aula. La capacitadora debe enunciar una afirmación sobre el pensamiento ya sea adecuado o inadecuado y los participantes se colocarán en el lado derecho de la clase si están de acuerdo con ella, o en el lado izquierdo si piensan que la afirmación es falsa. Se deben justificar la respuesta y la responsable de la actividad realizará una explicación sobre la misma y si es necesario se aclararán conceptos. Después que den su respuesta las/los participantes, la capacitadora les dirá si era verdadera o falsa, y retroalimentara cada frase (Fritzen, 1988). • Importancia del autoconocimiento y la introspección (se identifican las principales distorsiones cognitivas en cada adolescente para reestructurarlo). 			
--	--	--	--	--

	<p>2. Imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es la imagen corporal?• Los cambios físicos, cognitivos y sociales de la adolescencia.• ¿Cómo percibo a los demás?: <p>El círculo: esta actividad va ayudar a los adolescentes a aprender a observar y valorar las cualidades positivas de otras personas y aprender a dar y a recibir elogios. En la actividad se va a centrar únicamente en las características positivas que poseen sus compañeros: cualidades, rasgos físicos que les agraden, capacidades. A continuación, los participantes se colocan en círculo, y cada uno escribe su nombre en la parte superior de una hoja de papel boom y se lo da al compañero de su derecha, así, la hoja va rotando hasta que lo recibe el propietario inicial con todos los elogios que han escrito de él/ella (González et al., 2004).</p>			
--	---	--	--	--

<p>3. Cierre: Retroalimentación y despedida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Importancia de la tecnología y los medios de comunicación. 3. Como influye la moda y la publicidad en el concepto propio de la imagen. 4. El rol de la familia y los pares. 5. Hábitos saludables para mejorar mi mente y cuerpo. 6. Presentación de material audiovisual “obsesionada con la belleza” y “si pudieras cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Qué cambiarías? https://www.youtube.com/watch?v=m7seld2KvGY https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI CPI -Se retroalimenta. -Discutir las causas y consecuencias de la imagen corporal negativa. -Discutir el concepto de imagen corporal. -Discutir la expresión conductual de la imagen corporal negativa. 			
--	---	--	--	--

	<p>7. Analizando las influencias en los ideales de apariencia</p> <p><i>Actividad de cierre:</i> La telaraña, esta actividad nos permitirá conocer lo que los adolescentes aprendieron mediante la participación activa y dinámica de cada uno de ellos con el ovillo de lana (Fritzen, 1988).</p>			
TALLER 2				
Nombre	“¿Yo lo creo o lo aprendo?”	Objetivo	Ofrecer técnicas y estrategias psicológicas a los adolescentes para mejorar el concepto que tienen de sí mismos a través de la construcción de pensamientos positivos sobre su imagen corporal.	
Sesión 1: Construyendo mis propios pensamientos				
Actividad	Procedimiento	Duración	Materiales	Recursos Humanos
Saludo	<i>Actividad de inicio:</i> Dinámica “la pelota preguntona”, consiste en que los integrantes del grupo formen un círculo y se vayan pasando rápidamente la pelota	90 min	<ul style="list-style-type: none"> • Una pelota 	Psicóloga Participantes

<p style="text-align: center;">Psicoeducación: Informar o deconstruir conceptos</p>	<p>mientras suena la música. Cuando esta pare, la persona que tenga la pelota en ese momento debe decir su nombre y responder a una pregunta respecto a los contenidos vistos en las sesiones anteriores (González et al., 2004).</p> <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los pensamientos irracionales del adolescente mediante una hoja de autorregistro. 2. Exponer voluntariamente uno de los pensamientos intrusivos o los más prevalentes para realizar el “juego de roles”, sobre distintas situaciones que deberán ser solucionadas desde un enfoque de comunicación asertiva guiada por el expositor (González et al., 2004). 3. Debatir y reflexionar en grupo sobre las decisiones que fueron tomadas en el juego de roles y lo que piensan que se debería haber hecho, según los adolescentes y el psicólogo encargado. 4. Realizar la dinámica “paseando mis complejos”, donde el psicólogo(a) reparte 		<ul style="list-style-type: none"> • Un reproductor de música. • Hoja de autorregistro 	
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Cierre: Retroalimentación y despedida</p>	<p>aleatoriamente a los adolescentes un dibujo o recorte sobre alguna parte del cuerpo en diferentes tamaños. De forma individual cada participante elabora un conjunto de medidas personales (atributos) negativos y positivos que contengan pensamientos y actitudes para afrontar ese complejo de esa parte del cuerpo, es decir, cómo tendría que pensar y actuar en caso de que tenga un complejo con esa parte del cuerpo. Luego se pide a los participantes cómo pueden evitar que esta perspectiva limite sus vidas y se realiza un acuerdo en común (Antolín, 2008). El objetivo es conseguir la aceptación del propio cuerpo, al desdramatizar complejos físicos y cuestionar la importancia del cuerpo perfecto.</p> <p>5. Se comparten las diferentes perspectivas acerca de la imagen corporal para sentir comprensión y validación sobre los pensamientos de los demás, conocer cómo se sintieron y qué descubrieron.</p> <p><i>Actividad de cierre:</i> Despedida y cierre.</p>			
---	--	--	--	--

<p>3. Cierre: Retroalimentación y despedida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Dinámica para explorar la autoestima de cada uno “Fotomatón”, en parejas cada uno dibuja a su compañero mientras le entrevista para presentarlo posteriormente al resto del grupo; incluye preguntas en relación a su grado de autoestima. Advertir que es normal que los dibujos no nos favorezcan, pues casi nadie queda bien cuando se retrata en un fotomatón (Fritzen, 1988). 3. Retroalimentación de la actividad 4. Dinámica “Manos: mis limitaciones y habilidades” 5. Se enseña cómo tener una autoestima positiva mediante la propia aceptación personal y el uso de hábitos saludables. 6. Se envía a casa la tarea de post-it (Beyebach & Herrero, 2010). <p><i>Actividad de cierre:</i> Cierre y despedida</p>			
<p>Sesión 3: Me expreso como yo quiero, pero no te hiero</p>				

Actividad	Procedimiento	Duración	Materiales	Recursos Humanos
<p>1. Saludo</p> <p>2. Psicoeducación: informar o deconstruir conceptos</p> <p>3. Cierre: Retroalimentación y despedida</p>	<p><i>Actividad de inicio:</i> Presentación de material audiovisual “Bridge Film” http://tingtey.com/portfolio/bridge/</p> <p><i>Desarrollo:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación del video planteado. 2. Psicoeducación sobre la comunicación asertiva <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es? • Estilos de comunicación • Características • Tipos de comunicación • Técnicas para desarrollar la comunicación asertiva • Empatía • Tolerancia a las críticas 3. Dinámica lúdica: “El teléfono sin palabras” (González et al., 2004). 4. ¿Qué harías si ...? Se exponen distintas situaciones que deberán ser solucionadas desde un enfoque de comunicación asertiva. 5. Retroalimentación y reflexión de la dinámica 	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Computador • Proyector • Parlantes • Video • Hojas de papel boom • Esferos 	<p>Psicólogo(a)</p> <p>Participantes</p>

	<p><i>Actividad de cierre:</i> Para finalizar, todos los participantes realizarán la actividad “Carta a mí”, realizan una reflexión y se realiza un agradecimiento por la participación a los 2 talleres (Beyebach & Herrero, 2010).</p>			
--	--	--	--	--

7. DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue determinar la relación en los diferentes tipos de distorsiones cognitivas en la percepción de la imagen corporal en un colegio de la ciudad de Loja, en una muestra conformada por 95 estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”, con edades comprendidas entre 14 y 17 años. Los resultados indican que el 63,16 % de la muestra fueron mujeres y el 36,84 % de la muestra fueron hombres, de los cuales la mayoría tenían entre 15 y 16 años, el 48,42 % y el 34,74 % correspondientemente. Otros estudios como los realizados por Álvarez et al. (2019) o Silva (2015) han trabajado con muestras similares de adolescentes. En la adolescencia, la insatisfacción corporal resulta un problema ya que al no cumplir con los estándares de belleza actuales, el individuo se expone a la crítica, exclusión o discriminación lo cual podría considerarse como un factor de riesgo que afecte la construcción de la identidad, la autoestima y el autoconcepto que podría convertirse en una condición más seria. Se estima que en el mundo uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún tipo de trastorno mental que supone el 13 % de morbilidad en ese grupo etario y algunos de los predictores para que se desarrollen estos trastornos son la insatisfacción corporal y las distorsiones cognitivas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En cuanto al primer objetivo específico, las distorsiones cognitivas más prevalentes se ven reflejadas en los siguientes pensamientos automáticos: Los debería, Visión catastrófica y Filtraje, sin embargo, se encontró que la mayor afección se dio en el pensamiento de Falacia de recompensa divina (equivalente a 67,37 %). Y los pensamientos con menor afección fueron: Etiquetas Globales, Falacia de Cambio y Razonamiento Emocional (15,79 %). En contraste con un estudio realizado en Colombia y Chile, en 400 adolescentes entre los 13 y 18 años de edad, donde se manifestó que la mayor intensidad en las distorsiones cognitivas asociadas al grupo con riesgo de suicidio son Interpretación del Pensamiento, Pensamiento polarizado y Sobregeneralización a excepción de Filtraje (Álvarez et al., 2019).

Así mismo, en la presente investigación los resultados obtenidos del primer objetivo sobre los niveles de insatisfacción de la imagen corporal, demostraron que el 64,21 % de

los adolescentes no tienen insatisfacción con su imagen corporal, que el 13,68 % presentan una leve insatisfacción y el 11,58 % una moderada insatisfacción corporal. Estos resultados contrastan con los encontrados por Trejo et al. (2010), donde el 81,8 % de los individuos no mostraron insatisfacción con su imagen corporal, mientras que el 17,7 % presentó insatisfacción leve y solamente el 0,5 % manifestó insatisfacción moderada, esta muestra estuvo conformada por 231 alumnos de una secundaria pública de México, de los cuales el 44,8 % de los participantes eran del sexo masculino y 54,7 % de sexo femenino, con una edad promedio de 13 años. En base a la literatura expuesta la edad, el género, la cultura y el contexto académico pueden ser los predictores para que exista una diferencia en los resultados.

Por otra parte, los resultados del segundo objetivo reflejaron una diferencia estadísticamente significativa en 13 de los pensamientos automáticos en relación a los niveles de insatisfacción corporal a excepción de Visión catastrófica y Falacia de recompensa divina. Tomando como referencia dichos resultados se puede evidenciar que es mucho más probable que cuando se presenten estos pensamientos se desarrolle una percepción corporal negativa ya que parten del sesgo en la información procesada, lo cual ocasiona que se perturbe el comportamiento de la persona. Se consideran autodestructivas debido al impacto que provocan, cuando se alteran dejan de lado la verdad objetiva de los hechos ya que sus principales características son la rigidez, la disfuncionalidad, la resistencia al cambio, la indiscutibilidad y lo más importante es que van a guiar y determinar los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo (Gómez, 2012).

Por lo que, en contraste con una investigación realizada en México denominada Insatisfacción de la imagen corporal y Autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria, cuya muestra fue de 253 alumnos, de los cuales 48,2 % eran hombres y 51,8 % eran mujeres, se encontró que el 11,06 % individuos tuvieron insatisfacción de su imagen corporal y 88,94 % se percibieron con una imagen corporal normal o satisfactoria (Aceves et al., 2011). En el análisis entre ambas variables se evidenció una correlación moderada con una diferencia estadísticamente significativa. A su vez, se puede contrastar con el estudio realizado por Trejo et al. (2010), donde se encontró una correlación positiva y significativa entre el índice de masa corporal y la insatisfacción con la imagen corporal (r_s

= 0.22, $p = 0.001$), esta última mayor en mujeres que hombres ($U = 4335.00$, $p < 0.01$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la insatisfacción de acuerdo con la edad ($H = 0.31$, $p > 0.05$). Como menciona King (2018), la satisfacción corporal difiere en los grupos ya sea por la edad o el género. Así mismo, según el autor los niveles más altos de insatisfacción corporal se presentan en la adolescencia, la adultez temprana y en las mujeres.

Como se ha podido observar en cada uno de los estudios mencionados, se piensa que mientras no exista una afección mayor clínicamente significativa en las distorsiones cognitivas, los adolescentes serán menos propensos a desarrollar una percepción de la imagen corporal negativa (insatisfacción), considerando siempre que todo esto debe estar enmarcado en un buen desarrollo biopsicosocial evitando aquellas situaciones de riesgo que conlleve a patologías futuras.

8. CONCLUSIONES

Luego del desarrollo del presente trabajo de investigación se puede concluir lo siguiente:

- Se determinó que existe un efecto significativo entre la mayoría de los tipos de distorsiones cognitivas sobre la percepción de la imagen corporal en adolescentes del Unidad Educativa Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2022.
- En relación a la información obtenida, se identificó que las principales distorsiones cognitivas presentes en este estudio son: Los debería, Visión catastrófica, Filtraje y Falacia de Recompensa Divina, además, que la mayoría de adolescentes no manifiestan una insatisfacción de la imagen corporal.
- Se analizó las diferencias entre los tipos de distorsiones cognitivas y los niveles de insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes, reflejando una diferencia estadística significativa en 13 de los pensamientos automáticos a excepción de Visión catastrófica y Falacia de recompensa divina.
- Al relacionar las variables antes mencionadas se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estas, aunque se obtuvieron bajos porcentajes de afectación mayor en las distorsiones cognitivas y la insatisfacción de la imagen corporal, resulta fundamental desarrollar un plan de intervención psicológica de carácter preventivo que permita evitar o disminuir la presencia de dichas distorsiones, particularmente en aquellos adolescentes que manifiestan niveles altos de insatisfacción con su imagen corporal; además de brindar estrategias para el fortalecimiento de la autoestima y construir una identidad positiva.

9. RECOMENDACIONES

Antes de dar por finalizada la presente investigación se sugiere:

- Continuar elaborando nuevas investigaciones acerca de las distorsiones cognitivas y la percepción de la imagen corporal con una muestra más amplia y representativa con el fin de obtener mayor información sobre la temática y así dar a conocer la problemática actual a la sociedad y comunidad científica. Además de incluir nuevas variables de estudio como la cultura, los medios de comunicación, las redes sociales, rasgos de personalidad, autoestima, entre otros.
- Se recomienda que las y los adolescentes aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas para así poder reestructurarlos mediante los patrones de pensamiento positivo encaminados a un accionar más adaptativo que además fortalezca el amor propio y por ende la aceptación de su imagen corporal.
- Se sugiere que durante el proceso de enseñanza y aprendizaje del adolescente se fortalezca y potencie el uso adecuado de su lenguaje con estrategias verbales positivas que desarrollen pensamientos asertivos como el empleo del pensamiento crítico, así como la resolución de problemas y mediante técnicas de afrontamiento y comunicación asertiva motivar a los adolescentes para que resistan a la sociedad y a las críticas con madurez y equilibrio.
- Diseñar programas de promoción y prevención dirigidos a trabajar las distorsiones cognitivas y la percepción de la imagen corporal en los adolescentes, cuyos componentes busquen fortalecer la confianza en sí mismos, la autoestima, el autoconcepto, la flexibilidad cognitiva y la tolerancia a las críticas.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, E. (2015). *Las experiencias vividas son almacenadas en la memoria y son recreadas al momento en que una situación actual, provoca la reacción emocional involuntaria desde un pensamiento que se ha tornado automático con el tiempo*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.
- Alvarado, T., Arriola, A., Garza, E., González, M., Gutiérrez, F., & Miranda, A. (2012). *Introducción a la Psicología*. 1–238.
- Álvarez, L., Ayala, N. Y., & Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional TT. *Psicogente*, 22(41), 200–221.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372019000100200&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n41/0124-0137-psico-22-41-00200.pdf
- Antolín, M. (2008). *Una guía para la prevención: Insatisfacción corporal y trastornos de la conducta alimentaria*. Consejo de La Juventud de Extremadura.
<http://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/113-3-dinamicas-para-prevenir-la-insatisfaccion-corporal>
- APA. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. www.appi.org
- Bados, A., & García, E. G. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217–229. <https://doi.org/10.1007/S10964-005-9010-9>
- Beck, A. (1995). *Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond*. The Guildford Press.
[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=yb_nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&dq=Beck,+A.T.+\(1995\).+Cognitive+therapy:+basics+and+beyond.+New+York:+Guilford+Publication&ots=wiqTIFDSUB&sig=han3YwmRsAY9jfaajZg19bf36_I#v=](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=yb_nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&dq=Beck,+A.T.+(1995).+Cognitive+therapy:+basics+and+beyond.+New+York:+Guilford+Publication&ots=wiqTIFDSUB&sig=han3YwmRsAY9jfaajZg19bf36_I#v=)

onepage&q&f=false

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. In *Psychiatric Annals* (Vol. 21, Issue 7, pp. 424–428).

<https://doi.org/10.3928/0048-5713-19910701-09>

Beyebach, M., & Herrero, M. (2010). *200 Tareas en Terapia Breve*. Herder Editorial.

Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa.

Psychosomatic Medicine, 24.

Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*.

Coello, M. (2016). *Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama, sometidas a*

Mastectomía o Cuadrantectomía, según las diferentes distorsiones cognitivas.

Universidad del Azuay.

Doron, R., & Parot, F. (2008). *Diccionario Akal de Psicología*.

<https://books.google.co.ve/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>

Fritzen, S. J. (1988). *70 ejercicios prácticos de dinámica de grupo* (11th ed.). Editorial Sal Terrae Santander.

https://books.google.com.ec/books?id=Rg432ZecyOAC&pg=PA12&dq=dinámica+de+presentación&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjaio_985X5AhXGtoQIHZM-Cr0Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q&f=false

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Med. Clin. Condes*, 23(5), 607–615.

Gonçalves, S., & Bedin, L. (2015). Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileiros: la importancia de los contextos familiares, de amistad y escolar.

Universitas Psychologica, 14(4), 1399–1410.

<https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UP14-4.BSIC>

González, J., Monroy, A., & Kupferman, E. (2004). *Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas*. Editorial Pax México.

https://books.google.com.ec/books?id=VG7s0luKjkQC&pg=PA95&dq=dinámica+de+presentación&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjaio_985X5AhXGtoQIHZM-Cr0Q6AF6BAGCEAI#v=onepage&q&f=false

Grant, J. R., & Cash, T. F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26(1), 69–84. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80083-8)

Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2019). Body Image Distortion. *StatPearls*. <http://europepmc.org/books/NBK546582>

Jang, H. Y., Ahn, J. W., & Jeon, M. K. (2018). Factors Affecting Body Image Discordance Amongst Korean Adults Aged 19-39 Years. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 9(4), 197–206. <https://doi.org/10.24171/J.PHRP.2018.9.4.09>

King, I. C. C. (2018). Body image in paediatric burns: a review. *Burns & Trauma*, 6, 12–12. <https://doi.org/10.1186/S41038-018-0114-3>

Kirszman, D., & Salgueiro, M. del C. (2015). Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129–136. <https://doi.org/10.1016/J.RMTA.2015.10.004>

Madewell, J., & Shaughnessy, M. (2009). An Interview With Judith Beck About Cognitive Cognitive Therapy. *North American Journal of Psychology*, 11. <https://es.scribd.com/document/499011713/An-Interview-with-Judith-Beck-About-Cognitive>

Maldonado, D. (2013). *Relación entre las Distorsiones Cognitivas y la Autoestima en Mujeres con Experiencia de Separación de Pareja, Consultantes del Subcentro de Salud de Cumbayá*. Universidad Politécnica Salesiana.

Moehlecke, M., Blume, C. A., Cureau, F. V., Kieling, C., & Schaan, B. D. (2018). Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *Jornal de Pediatria*, 96(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/J.JPED.2018.07.006>

- Morales, C. (1997). *Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa*. Universidad de la Laguna.
- Moreno, A. (2007). *La adolescencia*.
- Morris, C., & Maisto, A. (2005). *Duodécima edición Introducción a la psicología*. Pearson Educación.
- Oliva, Y., Ordóñez, M., Santanal, A., Marín, A. D., Andueza, G., & Gómez, I. A. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27(2), 49–60.
<https://doi.org/10.32776/REVBBIOMED.V27I2.24>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Panzarelli, A. (2009). *Todo por la belleza*. 47, 5–7.
- Pitron, V., Alsmith, A., & de Vignemont, F. (2018). How do the body schema and the body image interact? *Consciousness and Cognition*, 65(August), 352–358.
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.08.007>
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 585–593. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1990.TB01858.X>
- Price, E. (2005). A critical review of congenital phantom limb cases and a developmental theory for the basis of body image. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 310–322.
<https://doi.org/10.1016/J.CONCOG.2005.07.003>
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (1990). *Body images : development, deviance, and change*. Guilford Press.
- Quiroz, Y. (2015). *Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo* (Pirámide (ed.)). <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=39785>

- Real Academia Española. (2021). *Autoestima | Definición |*. <https://dle.rae.es/autoestima>
- Romo, M. (2020). *Influencia de las redes sociales en la satisfacción de la imagen corporal de las adolescentes*.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70(1), 50–64. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00005>
- Ruiz, J., & Imbernon, J. (1996). *Sentirse Mejor Como Afrontar Los Problemas Emocionales Con Terapia Cognitiva*. Scribd. <https://es.scribd.com/doc/142143680/Sentirse-Mejor-Como-Afrontar-Los-Problemas-Emocionales-Con-Terapia-Cognitiva>
- Ruiz, J., & Lujan, J. (1991). *Inventario DE Pensamientos Automaticos - INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)*. StuDocu. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-privada-de-tacna/psicologia-de-la-motivacion-y-afectividad/inventario-de-pensamientos-automaticos/5575737>
- Rull, Á. (2020). *Errores cognitivos en la imagen corporal*. <https://www.obesidadlopeznava.com/errores-cognitivos-en-la-imagen-corporal/>
- Salaberria, K. ;, Rodríguez, S. ;, & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal (Perception of corporal image). *Osasunaz*, 8, 171–183.
- Schilder, P. (1935). The Image and Appearance of the Human Body. In *The Image and Appearance of the Human Body*. <https://doi.org/10.4324/9781315010410>
- Silva, L. (2015). *Análisis comparativo de las distorsiones cognitivas sobre la percepción de la imagen corporal en adolescentes de la Unidad Educativa Mayor Ambato*. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1265/1/75866.pdf>
- Smolak, L. (2011). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. *APA PsycNet*, 2. <https://psycnet.apa.org/record/2011-20792-000>
- Tagkalakis, P., & Demiri, E. (2009). A fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 22(4), 203–207.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC21991183/?tool=EBI>

Thompson, J. Kevin. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. -
PsycNET. *Pergamon Press*. <https://psycnet.apa.org/record/1990-97598-000>

Torres, F., & Toro, J. (2012). Las Representaciones Corporales: una Propuesta de Estudio desde una Perspectiva Compleja. *Scielo*, 9.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100010

Torresani, Casós, Español, García, Salaberri, & Spirito. (2009). *Comparación del grado de satisfacción de la figura corporal según género en adolescentes del colegio ILSE - UBA * Adolescents from the ILSE School - UBA*. 27, 15–21.

Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F., & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144–154.

Villasante, E. (2021). *Autoestima, imagen corporal y satisfacción con la carrera elegida en estudiantes de la Universidad Peruana Unión, 2019*.

Villegas, M., & Londoño, C. (2021). MODELO PREDICTIVO DE INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL. *Logos Vestigium*, 133–157.
<https://doi.org/10.14718/9789585133808.2021.8>

11. ANEXOS

Anexo 1. Autorización para la aplicación de los reactivos psicológicos en la Institución



UNL

Universidad
Nacional
de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 241- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 17 de Mayo del 2021

Magister
Juan Imaicela
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que los estudiantes **Camila Belén Alejandro Salazar** CI.1150182614, **Sharon Carolina Piedra Caillagua** CI 1150007209 y **Jimmy Paul Yanza Criollo** CI 1105439325, estudiantes del VIII ciclo respectivamente, puedan desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige. Previo a obtener el Título de Licenciados en Psicología Clínica, con la coordinación de la Psic. Cl. Mayra Daniela Ayala Medina

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración y gratitud.

CIPSC
Dra Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



Archivo
APA/tsc

*Autorizado
17/05/2022*
**UNIDAD EDUCATIVA
"ADOLFO VALAREZO"
RECTORADO
LOJA - ECUADOR**

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 2. Pertinencia del proyecto de investigación de integración curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -318- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 15 de junio de 2022

Señorita.
Camila Belén Alejandro Salazar
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **"DISTORSIONES COGNITIVAS Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022"**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psic CI Domenica Burneo Álvarez, Docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo

Anexo 3. Estructura y coherencia del proyecto de investigación de integración curricular



Loja, 15 de mayo de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio. No. 312- C.PS.CL- FSH-UNL con fecha 13 de junio de 2022, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado "DISTORSIONES COGNITIVAS Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022", de autoría de la señorita Camila Belén Alejandro Salazar Ci.1150182614, menciono que: Una vez que se ha realizado la revisión del Anteproyecto de Tesis, informo a usted que la estudiante ha realizado las correcciones sugeridas y el documento presentado cumple con estructura y coherencia.

Por lo que se considera que la estudiante puede continuar realizando el trabajo de anteproyecto presentado.

Atentamente,

DOMENIC
A
ALEXANDR
A BURNEO
ALVAREZ

Formada digitalmente por
DOMENICA ALEXANDRA
BURNEO ALVAREZ
Número de identificación
(DNI) 001-0000000000000
ALEXANDRA BURNEO
ALVAREZ
Identificación: 140021214031
certIFICADO DE
AUTENTICACION DE
INFORMACION, enSECURETY
DATA S.A.S. enC
Fecha: 2022/05/11 10:14
0000

Psic. CI. Doménica Burneo Álvarez. Mg.

Docente carrera Psicología Clínica

Anexo 4. Consentimiento Informado



Carrera de
Psicología
Clínica

Consentimiento Informado

(para representantes o apoderados)

Yo, _____, representante legal del niño/a – adolescente _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulada **PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y DISTORSIONES COGNITIVAS EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022**, a cargo de Camila Belén Alejandro Salazar en calidad de tesista y Psic. Doménica Burneo, en calidad de directora de tesis, de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, durante el periodo abril -septiembre 2022.

La participación de mi representado en el estudio no acredita retribución de ningún tipo y consiste en dar respuesta a: Body Shape Questionnaire (Cuestionario De La Figura Corporal) BSQ y al Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan. Estoy en pleno conocimiento que toda la información registrada será confidencial, no se revelarán datos personales, y que los resultados se usarán para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

En base a lo expuesto, **autorizo** a mi representado participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarse del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con:
Camila Belén Alejandro Salazar, Cel: 0991800229

www.  .edu.ec



UNLoficial



UNLoficial



@UNLoficial



Universidad Nacional
de Loja-UNL

Anexo 5. Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas.	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal.	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mi.	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.	0	1	2	3
8	..!No hay derecho a que me traten así.	0	1	2	3
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean.	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona.	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas.	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden.	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto.	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracaso.	0	1	2	3
18	Siempre tendré este problema.	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando.	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21	Soy superior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.	0	1	2	3
26	Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa.	0	1	2	3
28	No debería de cometer estos errores.	0	1	2	3
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto.	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos.	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación.	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño.	0	1	2	3
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo.	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias.	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.	0	1	2	3
41	Soy un neurótico.	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco.	0	1	2	3
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros.	0	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor.	0	1	2	3

10	¿Se sintió preocupado/a sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11	¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gordo/a?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12	¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otro/a hombre/mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13	¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
14	¿El estar desnudo/a (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gordo/a?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15	¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
16	¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17	¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gordo/a?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
18	¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
19	¿Se sintió excesivamente grueso/a y rechoncho/a?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
20	¿Se sintió avergonzado/a de su cuerpo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
21	¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
22	¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
23	¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
24	¿Se sintió preocupado/a porque otras personas vieran gorditos en su cintura o estómago?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
25	¿Sintió que no es justo que otras mujeres/hombres sean más delgado/as que usted?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
26	¿Vomitó con la intención de sentirse más ligero/a?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

27	¿En compañía de otras personas, se sintió preocupado/a por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?	○ ○ ○ ○ ○ ○
28	¿Se sintió preocupado/a por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?	○ ○ ○ ○ ○ ○
29	¿El verse reflejado o/a (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?	○ ○ ○ ○ ○ ○
30	¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?	○ ○ ○ ○ ○ ○
31	¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)	○ ○ ○ ○ ○ ○
32	¿Tomó laxantes para sentirse más ligero/a?	○ ○ ○ ○ ○ ○
33	¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?	○ ○ ○ ○ ○ ○
34	¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?	○ ○ ○ ○ ○ ○

Anexo 7. Edad y sexo de los adolescentes

Variables	f	%
Sexo		
Masculino	35	36,84
Femenino	60	63,16
Total	95	100,00
Edad		
14	1	1,05
15	46	48,42
16	33	34,74
17	15	15,79
Total	95	100,0

Nota: Frecuencia (f). Porcentaje (%).

Fuente: Base de datos de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Análisis e Interpretación:

En la tabla correspondiente a la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra se encuentra que del total de los 95 adolescentes la mayor parte de ellos, es decir el 63,16 % representa al sexo femenino y el restante equivalente al 36,84 % son de sexo masculino. De acuerdo al rango de edad el 48,42 % y el 34,74 % corresponden a los estudiantes de entre 15 y 16 años respectivamente. El 15,79 % pertenece a los adolescentes de 17 años y el 1,05 % de ellos tiene 14 años. Estos resultados sugieren que existe una mayor población femenina dentro del estudio y que el rango de edad prevalente se encuentra entre los 15 y 16 años de edad.

Anexo 8. Análisis de varianza (ANOVA)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Filtraje	Entre grupos	111,053	3	37,018	8,590	0,000
	Dentro de grupos	392,168	91	4,310		
	Total	503,221	94			
Pensamiento polarizado	Entre grupos	175,819	3	58,606	11,658	0,000
	Dentro de grupos	457,486	91	5,027		
	Total	633,305	94			
Sobregeneralización	Entre grupos	85,066	3	28,355	8,603	0,000
	Dentro de grupos	299,923	91	3,296		
	Total	384,989	94			

Interpretación del pensamiento	Entre grupos	123,596	3	41,199	8,185	0,000
	Dentro de grupos	458,025	91	5,033		
	Total	581,621	94			
Visión Catastrófica	Entre grupos	33,849	3	11,283	2,067	0,110
	Dentro de grupos	496,635	91	5,458		
	Total	530,484	94			
Personalización	Entre grupos	116,745	3	38,915	12,061	0,000
	Dentro de grupos	293,613	91	3,227		
	Total	410,358	94			
Falacia de control	Entre grupos	70,914	3	23,638	5,540	0,002
	Dentro de grupos	388,286	91	4,267		
	Total	459,200	94			
Falacia de justicia	Entre grupos	105,253	3	35,084	7,205	0,000
	Dentro de grupos	443,105	91	4,869		
	Total	548,358	94			
Razonamiento emocional	Entre grupos	89,679	3	29,893	8,890	0,000
	Dentro de grupos	306,006	91	3,363		
	Total	395,684	94			
Falacia de cambio	Entre grupos	65,670	3	21,890	5,453	0,002
	Dentro de grupos	365,320	91	4,015		
	Total	430,989	94			
Etiquetas globales	Entre grupos	56,481	3	18,827	5,105	0,003
	Dentro de grupos	335,625	91	3,688		
	Total	392,105	94			
Culpabilidad	Entre grupos	49,989	3	16,663	4,406	0,006
	Dentro de grupos	344,158	91	3,782		
	Total	394,147	94			
Los debería	Entre grupos	53,460	3	17,820	3,502	0,019
	Dentro de grupos	463,024	91	5,088		
	Total	516,484	94			
Falacia de razón	Entre grupos	31,121	3	10,374	3,075	0,032
	Dentro de grupos	307,026	91	3,374		
	Total	338,147	94			
Falacia de recompensa divina	Entre grupos	34,316	3	11,439	1,816	0,150
	Dentro de grupos	573,305	91	6,300		
	Total					

Fuente: Resultados obtenidos por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) aplicado a estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Anexo 8. Prueba de homogeneidad de varianza

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Filtraje	Se basa en la media	1.452	3	91	0.233
	Se basa en la mediana	0.888	3	91	0.451
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.888	3	83.745	0.451
	Se basa en la media recortada	1.419	3	91	0.242
Pensamiento polarización	Se basa en la media	0.669	3	91	0.573
	Se basa en la mediana	0.431	3	91	0.731
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.431	3	80.818	0.731
	Se basa en la media recortada	0.558	3	91	0.644
Sobregeneralización	Se basa en la media	2.241	3	91	0.089
	Se basa en la mediana	1.492	3	91	0.222
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.492	3	84.296	0.223
	Se basa en la media recortada	1.948	3	91	0.127
Interpretación del pensamiento	Se basa en la media	1.622	3	91	0.190
	Se basa en la mediana	1.041	3	91	0.378
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.041	3	83.346	0.379
	Se basa en la media recortada	1.515	3	91	0.216
Visión Catastrófica	Se basa en la media	4.035	3	91	0.010
	Se basa en la mediana	1.716	3	91	0.169
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.716	3	67.226	0.172
	Se basa en la media recortada	3.871	3	91	0.012
Personalización	Se basa en la media	0.899	3	91	0.445
	Se basa en la mediana	0.762	3	91	0.518
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.762	3	87.551	0.519
	Se basa en la media recortada	0.874	3	91	0.457
Falacia de control	Se basa en la media	0.287	3	91	0.835
	Se basa en la mediana	0.237	3	91	0.870
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.237	3	89.767	0.870
	Se basa en la media recortada	0.268	3	91	0.848
Falacia de Justicia	Se basa en la media	0.280	3	91	0.840
	Se basa en la mediana	0.253	3	91	0.859

	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.253	3	89.217	0.859
	Se basa en la media recortada	0.270	3	91	0.847
	Se basa en la media	2.332	3	91	0.079
Razonamiento emocional	Se basa en la mediana	2.257	3	91	0.087
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	2.257	3	75.256	0.089
	Se basa en la media recortada	2.318	3	91	0.081
	Se basa en la media	0.216	3	91	0.885
Falacia de cambio	Se basa en la mediana	0.221	3	91	0.882
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.221	3	85.531	0.882
	Se basa en la media recortada	0.212	3	91	0.888
	Se basa en la media	0.712	3	91	0.547
Etiquetas globales	Se basa en la mediana	0.573	3	91	0.634
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.573	3	89.619	0.634
	Se basa en la media recortada	0.603	3	91	0.615
	Se basa en la media	1.398	3	91	0.249
Culpabilidad	Se basa en la mediana	0.986	3	91	0.403
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.986	3	84.730	0.404
	Se basa en la media recortada	1.266	3	91	0.291
	Se basa en la media	1.486	3	91	0.224
Los debería	Se basa en la mediana	1.223	3	91	0.306
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.223	3	85.346	0.306
	Se basa en la media recortada	1.450	3	91	0.233
	Se basa en la media	1.757	3	91	0.161
Falacia de razón	Se basa en la mediana	1.019	3	91	0.388
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1.019	3	87.635	0.388
	Se basa en la media recortada	1.625	3	91	0.189
	Se basa en la media	0.603	3	91	0.615
Falacia de recompensa divina	Se basa en la mediana	0.636	3	91	0.593
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	0.636	3	79.022	0.594
	Se basa en la media recortada	0.594	3	91	0.621

Fuente: Resultados obtenidos por medio del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) aplicado a estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Anexo 9. Certificación de Traducción



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER - FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del trabajo de titulación **“Distorsiones Cognitivas y Percepción de la Imagen Corporal en Adolescentes de un Colegio de la Ciudad de Loja, Periodo 2022.”**, autoría de **Camila Belén Alejandro Salazar** con número de cédula **1150182614**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 05 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec