

Articulo EDC Final.pdf



My Files



My Files



Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:521043000

Fecha de entrega

31 oct 2025, 10:02 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

31 oct 2025, 10:19 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

Articulo EDC Final.pdf

Tamaño del archivo

1021.0 KB

26 páginas

8176 palabras

41.721 caracteres

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

-  **Caracteres reemplazados**
18 caracteres sospechosos en N.º de páginas
Las letras son intercambiadas por caracteres similares de otro alfabeto.
-  **Texto oculto**
47 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.upeu.edu.pe:8080	1%
2	Internet	journals.plos.org	<1%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
4	Internet	eugenioespejo.unach.edu.ec	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Internet	revistascientificas.uach.mx	<1%
7	Internet	core.ac.uk	<1%
8	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
9	Internet	gpnotebook.com	<1%
10	Internet	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
11	Internet	revistas.upch.edu.pe	<1%

12	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
13	Internet	worldwidescience.org	<1%
14	Internet	www.dykinson.com	<1%
15	Internet	www.frontiersin.org	<1%
16	Publicación	"Diseño de un perfil de profesor jefe para los niveles de primero y segundo básic...	<1%
17	Internet	hdl.handle.net	<1%
18	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
19	Internet	repositorio.upse.edu.ec	<1%
20	Publicación	Raquel Suriá-Martinez, Fernando García-Castillo, Carmen López-Sánchez, José Ant...	<1%
21	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
22	Internet	revmedmilitar.sld.cu	<1%
23	Publicación	Blanca Rosa García Rivera, María Concepción Ramírez Barón, Mónica Fernanda Ar...	<1%
24	Internet	dgsa.uaeh.edu.mx:8080	<1%
25	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	<1%

26	Internet	revistas.ucsp.edu.pe	<1%
27	Publicación	Holguer Estuardo Romero Urréa, Carmen Graciela Zambrano-Villalba, Guillermo F...	<1%
28	Publicación	J. Franco Rodriguez-Alarcon, Daniella Vinelli-Arzuhiaga, Telmo Raúl Aveiro-Róbal...	<1%
29	Internet	archive.org	<1%
30	Internet	investigacion.unitepc.edu.bo	<1%
31	Internet	patents.google.com	<1%
32	Internet	repositorio.udec.cl	<1%
33	Internet	www.mdpi.com	<1%
34	Internet	www.researchgate.net	<1%

Construcción y validación de una escala para el trastorno dismórfico corporal (EDC) en estudiantes de educación superior de la región de Puno

Construction and validation of a scale for body dysmorphic disorder (EDC) in higher education students in the Puno region

<https://doi.org/...> (el completamiento de este dato lo realiza el editor)

Autores:

Mayerli Choque Garcia¹ - <https://orcid.org/0009-0000-0812-1737>

Rosario del Pilar Quispe Mamani¹ - <https://orcid.org/0009-0005-8796-3962>

Rita Cordova Soncco¹ - <https://orcid.org/0000-0003-1880-4560>

Afiliación:

¹Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Psicología, Juliaca-Perú

Autor de correspondencia: Mayerli Choque Garcia. Universidad Peruana Unión-sede Juliaca. Dirección postal: Jr. Tulipán s/n Puno, Perú. Email: mayerlichoque@upeu.edu.pe. Teléfono: +51 931629872

Recibido: (de llenado por editor)

Aceptado: (de llenado por editor)

RESUMEN

Se realizó el diseño y análisis de las propiedades psicométricas de una escala para el trastorno dismórfico corporal (EDC) en jóvenes estudiantes. La muestra consiste en 630 estudiantes de 18 a 21 años de edad, en donde 49.21% es de género femenino y 50.79% masculino. La metodología empleada es diseño no experimental, enfoque cuantitativo, corte transversal y tipo instrumental psicométrico. Los resultados obtenidos demuestran la validez de contenido con V de Aiken de 0.998. En la validez de constructo, el AFE obtuvo un KMO = 0.939 y una varianza explicada del 63.6%, brindando una estructura de dos factores. Sin embargo, en el AFC se propuso tres modelos, optando por el modelo unidimensional siendo el más adecuado, con índices de ajuste óptimos (CFI = 0.999, TLI = 0.999, SRMR = 0.031, RMSEA = 0.081). La confiabilidad de la escala alcanza un $\alpha = 0.977$ [0.975 - 0.980] y $\omega = 0.977$ [0.975 - 0.980]. Se realizó la baremación de forma diferenciada por género con puntajes en rangos percentiles y en categorías como: sin problema, leve, moderado y severo. De tal manera el instrumento EDC cuenta con adecuados niveles de validez de contenido, constructo y confiabilidad por consistencia interna.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal, distorsión de la percepción, dismorfia, imagen corporal.

ABSTRACT

The design and analysis of the psychometric properties of a scale for body dysmorphic disorder (EDC) in young students was carried out. The sample consisted of 630 students aged 18 to 21 years, where 49.21% were female and 50.79% male. The methodology used was a non-experimental design, quantitative approach, cross-sectional, and instrumental psychometric type. The results obtained demonstrate content validity with an Aiken's V of 0.998. In construct validity, the AFE obtained a KMO = 0.939 and an explained variance of 63.6%, providing a two-factor structure. However, three models were proposed in the AFC, opting for the unidimensional model being the most appropriate, with optimal fit indices (CFI = 0.999, TLI = 0.999, SRMR = 0.031, RMSEA = 0.081). The scale reliability reaches $\alpha = 0.977$ [0.975 - 0.980] and $\omega = 0.977$ [0.975 - 0.980]. The scoring was carried out in a differentiated manner by gender with scores in percentile ranges and in categories such as: no problem, mild, moderate and severe. Thus, the EDC instrument has adequate levels of content and construct validity and reliability by internal consistency.

Keywords: Body dysmorphic disorder, perceptual distortion, dysmorphia, body image.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual la salud mental ha cobrado una relevancia progresiva en la población juvenil, especialmente entre las edades de 15 a 29 años, cuyas exigencias personales, sociales y académicas intensifican el riesgo de padecer trastornos mentales como la ansiedad, depresión, estrés, comportamientos suicidas entre otras,⁽¹⁾ este rango representa aproximadamente el 23,8% de la población total.⁽²⁾ En Perú, este rango etario representa aproximadamente el 23,8% de la población total, y registra una prevalencia considerable de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de educación superior.⁽³⁾ Así mismo, el incremento en las tasas de operaciones estéticas sugiere una relación con problemas subyacentes de autoaceptación y autoestima.⁽⁴⁾ En consecuencia, la falta de atención adecuada a los trastornos mentales puede tener consecuencias graves y duraderas a lo largo de su desarrollo de vida, restringiendo las oportunidades para gozar de una vida saludable y satisfactoria.⁽²⁾

El trastorno dismórfico corporal (TDC) ha ido tomando relevancia estos años Phillips y Stein⁽⁵⁾ explican que esta preocupación extrema por las imperfecciones físicas, hacen que las personas desarrollen conductas, como pasar horas pensando y preocupándose por la imperfección física mirándose o evitando el espejo, suponen que las personas que les observan con atención se burlan de ellos y se comparan con otras personas, tienen una alta necesidad de camuflar su defecto percibido (Ej. crecimiento de la barba, uso de barbijos, uso de ropa holgada, etc.). En el contexto peruano, en un artículo publicado en Guardamino,⁽⁶⁾ reporta que el 86 % de las cirugías estéticas son realizadas por mujeres, lo que sugiere una presión social significativa hacia el cumplimiento de ideales de belleza, esta presión puede contribuir al desarrollo de preocupaciones excesivas sobre la apariencia física potencialmente. Camacho, et al., (citado en⁽⁷⁾) nos dice que las preocupaciones estéticas varían según el género. En donde el interés de los hombres se dirige en los órganos sexuales en este caso los genitales, contextura física y el cabello, a comparación de las mujeres, que focalizan sus preocupaciones sobre el cutis, la piel, el abdomen y el peso corporal. Además de estas diferencias, Giraldo y Belloch (citado en⁽⁷⁾) señalan que las personas que sufren de TDC tienen mayores probabilidades de experimentar el divorcio, vivir solas o enfrentar el desempleo, con una tasa que alcanza cerca del 37%.

En diferentes investigaciones se encontraron instrumentos que construidos que evalúan tanto la valoración de los síntomas como la gravedad de una distorsión de la percepción corporal que pueden llegar a tener las personas. Para valoración de síntomas en Colombia estandarizaron el cuestionario de la figura corporal (BSQ) que mide el nivel de angustia que puede generar el aumento de peso y la imagen corporal, sirve para detectar a las personas en riesgo de desarrollar un trastorno de este tipo. Cuenta con 34 ítems divididos en dimensiones: insatisfacción corporal y preocupación por el peso, con escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, para la calificación se puede obtener un puntaje directo de hasta 59, este se aplicó a 1939 niñas, preadolescentes y adolescentes escolarizadas de 9 a 19 años, en relación a sus resultados de confiabilidad por consistencia interna, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.95, en cuanto, a su validación de constructo mediante el análisis de Varimax donde se obtuvo un KMO de 0.98.⁽⁸⁾

Para la medición de la gravedad, el cuestionario de preocupaciones dismórficas (DCQ) evalúa síntomas tanto cognitivos y conductuales de una preocupación excesiva por el defecto físico en estudiantes universitarios. Tiene 7 ítems y con tipo de respuesta Likert con 4 puntos, desde 0 “en absoluto” hasta 3 “mucho más que la mayoría de las personas”,

23 para su calificación se suman todos los puntos y como máximo se pueden obtener 21 puntos. El estudio se aplicó a 57 pacientes con TDC y a 244 estudiantes universitarios ambos de Australia, resultando en su confiabilidad por consistencia interna que los pacientes que padecen TDC con alfa de Cronbach de 0,83 y los estudiantes un alfa de Cronbach de 0,85. Teniendo resultados que la edad predijo el diagnóstico de TDC (OR = 1,33, IC95% = 1,22-1,44, z 6,68, p 0,001. Su ajuste de regresión lineal no varió en más del 5% entre géneros y edad.⁽⁹⁾

Una escala de síntomas del TDC (BDD-SS) que evalúa la gravedad de los síntomas, conductas desadaptativas, incluidos rituales y de evitación y cogniciones disfuncionales. Consta de 54 ítems en 7 dimensiones las cuales son comprobación, aseo, peso/forma, recoger/despuntar, evitación, quirúrgico/dermatológico y cogniciones con tipo de respuesta dicotómica (sí/no), tiene una valoración del 0 (sin problemas) al 10 (muy grave). Su calificación en síntomas va de un puntaje directo como máximo de 54 puntos y de gravedad como máximo de 70 puntos. Dicha investigación se aplicó a 99 adultos estadounidenses en rango de edad de 18 a más con un diagnóstico del TDC. En sus resultados de consistencia interna para los síntomas fue KR-20 de 0.81 y para la gravedad fue de alfa de Cronbach 0.75.⁽¹⁰⁾

9 Dicho trastorno tiene sus inicios en el siglo XIX, se aludió a esta psicopatología como fobia, obsesiones e ideas fijas. Es así como, Morselli llamó “dismorfofobia” a la preocupación y descontento que tienen con la deformidad de la imagen corporal; posteriormente en 1987, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) nombró a esta patología como trastorno dismórfico corporal, ya que se especifican las actitudes negativas que la persona tiene a su persona.⁽¹¹⁾ Actualmente, en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM – 5) nos dice que el TDC trata de una preocupación por los defectos o imperfecciones físicas que no pueden ser evidentes o no importan a otras personas. Esto causa un malestar y deterioro de su funcionamiento.⁽¹²⁾ Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud⁽¹³⁾ en su manual diagnóstico titulado clasificación internacional de enfermedades decima revisión (CIE – 10) explica que el TDC se clasifica dentro de los trastornos somatomorfos no especificados; al igual que el DSM-V la sintomatología es similar, incluye preocupación por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables o parecen mínimos a los demás, patrones de conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a

estas preocupaciones y acompañadas de un malestar significativo como también un deterioro en áreas importantes de su funcionamiento.

Se cree que la propia imagen que tenemos de nosotros mismos en nuestro físico es compuesta por tres variables según Cash et al. (citado en⁽¹⁴⁾) son de aspecto perceptivo, cognitivo afectivo y conductual; estas mismas nos dan como resultado nuestra valoración sobre la imagen corporal que poseemos e influye en nuestras acciones a lo largo de nuestra vida. Como primer aspecto se tiene a la percepción física en tamaño, peso y forma dando lugar a dos tipos de distorsión: las sobreestimaciones (percepción del cuerpo como más grande de lo que es) y las subestimaciones (percepción como más pequeño de lo que es), las cuales no se adecúan a la realidad objetiva del cuerpo⁽¹⁴⁾. El TDC puede desencadenar una variedad de consecuencias adversas tanto físicas como psicológicas, como la depresión, ansiedad social, timidez, neuroticismo y el abuso de sustancias, así como pudiendo derivar en el desarrollo de patologías más graves como el trastorno obsesivo compulsivo o trastornos alimentarios.⁽¹⁵⁾

Es por ello, que tanto el pensamiento y comportamiento son reforzadas por experiencias vividas a lo largo del desarrollo del ser humano, existen factores predisponentes y de mantenimiento en cuanto a distorsión de la imagen corporal. En los factores predisponentes se encuentran los socioculturales, ya que estos idealizan un cuerpo perfecto que va relacionado con la autoestima, la apariencia y las capacidades individuales entre ellos.⁽¹⁴⁾ Otro factor son los modelos que se dan en familia y amistades, ya que los padres mismos proponen un estándar del atractivo, haciendo que el niño/a preste una excesiva atención y aprenda esas actitudes.⁽¹⁶⁾ En cuanto a los factores de mantenimiento, se dan por un suceso que activa dichas falsas percepciones como la exposición del cuerpo, comparación social, etc.⁽¹⁴⁾ Últimamente se ha visto el impacto del entorno, familia, compañeros y amigos, afectan a reforzar la exposición al prototipo de belleza corporal que circula en redes sociales y televisión,⁽¹⁶⁾ repercutiendo en el desarrollo de este trastorno deseando alcanzar dichos estándares sociales con pensamientos irrealistas que los impulsan a tener comportamientos o conductas para obtener y/o permanecer con el cuerpo “ideal” ya sea de manera radical y bajo cualquier costo.⁽¹⁷⁾

La base teórica en la que se trabaja es el modelo cognitivo-conductual de Cash y Pruzinsk (citado en⁽¹⁸⁾) explica que es la autopercepción negativa de la apariencia corporal, es una forma de expresión desadaptativa, presentando conductas como mirarse reiteradas veces

al espejo, preocuparse por la opinión de los demás, variaciones en el estado de ánimo o modificar su apariencia; con preocupación grave al punto de llegar a ser patológica relacionada a la percepción de la imagen corporal esto sesga automáticamente la información que se procesa a nivel cognitivo, siendo de naturaleza perceptiva, cognitiva y conductual. También Phillips⁽¹⁹⁻²⁰⁾ explica que el TDC está asociado a factores como la distorsión de la percepción corporal, facial o capilar, con la intervención de pensamientos disruptivos sobre uno mismo y su autoimagen; esto es acompañado con preocupaciones excesivas y comportamientos compulsivos o ritualísticos sobre la apariencia, en consecuencia, trae un impacto negativo en el ámbito funcional de la persona.

Esta serie de preocupaciones se ha ido agravando aún más en sujetos vulnerables con la apariencia física, empezándose a desarrollar a partir de la adolescencia y la adultez joven, llevando a la realización de todo tipo de métodos para alcanzar el físico deseado sin importar las consecuencias que puedan tener.⁽¹⁷⁾ Estas conductas y pensamientos negativos irracionales pueden conducir al desarrollo de patologías psicológicas,⁽⁵⁾ especialmente en una población ya vulnerable a la ansiedad y depresión como son los estudiantes de educación superior.⁽³⁾ Dado que la preocupación por el cuerpo no se adecúa a la realidad y genera malestar e interferencia en la vida cotidiana,⁽¹⁴⁾ se justifica la necesidad de contar con instrumentos psicométricos adaptados al contexto local. Para eso, se pretende construir y validar una prueba que pueda detectar y distinguir el padecimiento del Trastorno Dismórfico Corporal y la gravedad en la que se encuentra el sujeto dentro de la región de Puno.

7
3
17
Por ello, como objetivo principal de nuestra investigación fue diseñar y analizar las propiedades psicométricas de la escala para el trastorno dismórfico corporal (EDC) en estudiantes de educación superior de la región de Puno. Así mismo, como objetivos específicos son determinar evidencias basadas en la validez de contenido, validez de constructo y analizar la confiabilidad por consistencia interna de la escala de detección y medición para el trastorno dismórfico corporal en estudiantes de educación superior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y tipo instrumental psicométrico.⁽²¹⁾

La población objeto son **estudiantes de educación superior de la región de Puno, Perú**. Con un total de 630 estudiante que oscilan entre las edades de 18 a 21 años, donde 310 son de sexo femenino y 320 del sexo masculino.⁽²²⁾

El instrumento es de 24 ítems siendo unidimensional, y tiene como objetivo evaluar la sintomatología del trastorno dismórfico corporal (TDC); se constituye por reactivo de tipo Likert con valores que van desde nunca/nada (0), raramente/poco (1), a veces/más o menos (2), frecuentemente/mucho (3), siempre/totalmente (4).

La revisión del instrumento fue por 6 jueces expertos que revisaron claridad, importancia del ítems y representatividad dentro del constructo en una escala valorativa entre 0 = no presenta a 3 = refleja el criterio excelentemente; estas puntuaciones por cada ítem fueron procesadas usando la fórmula de Penfiel & Giaccobbi⁽²³⁾ a un nivel de confianza del 95%, sin embargo, el criterio de elegibilidad de ítems “válidos” fue el liberal que precisa valores “Low” superiores a 0.5.⁽²⁴⁾ Para el análisis centrado en el constructo, se optó por dividir la escala en dos partes homogéneas, la primera parte (n1=315) para analizar exploratoriamente el test y el segundo (n2=315) para confirmar la estructura por AFC por recomendaciones de Anderson & Gerbing así como por Brown.⁽²⁵⁾ Antes del análisis factorial exploratorio se optó por revisar el cumplimiento de supuestos como linealidad, normalidad y ausencia de multicolinealidad, así mismo, se usó el método de factorización por ejes principales, con rotación oblicua-oblimin con rotación policórica,^(22,26) todo ello usando el programa JASP.⁽²⁷⁾ Para el AFC, así como para la correlación ítem-test corregida se optó por el programa Rstudio⁽²⁸⁾ que nos permitió analizar el test con estimador “WLSMV” robusto así como matrices policóricas por tratarse de variables ordinales y rotación oblicua. Para el análisis de confiabilidad por consistencia interna⁽²⁹⁾ se optó por reportar tanto alfa de Cronbach como Omega de McDonal.⁽³⁰⁾

Se garantizó el cumplimiento de las normas éticas mediante **la obtención del consentimiento informado del 100 % de los participantes**, asegurando su comprensión y participación voluntaria. La investigación se realizó bajo las directrices del **Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión**, aprobado mediante el expediente 2025-CEB-FCS-UPeU-0106, garantizado **los derechos y el bienestar de los participantes**.

RESULTADOS

En los análisis sociodemográficos, se optó por dividir la data de 630 personas en dos submuestras homogéneas para cada análisis (AFE y AFC). Por ejemplo, el 58% de la primera y segunda submuestra poseen edades entre 18 a 21 años, el 25 a 30%, entre 22 a 25 años, mientras que el 11 a 16% en cada submuestra se encontró a sujetos con 26 a 29 años. En cuanto al sexo, se encontró en la primera submuestra a 59.7% mujeres y 38.7% en la segunda submuestra. En cuanto al estado civil, el 61.6% y 80.6% en la primera y segunda submuestra se encuentran solteros, mientras que el 27.9% y 13.4% en ambas submuestras respectivamente, se encuentran en una relación sentimental. Respecto al grado de instrucción, el 89.2% en la primera submuestra son universitarios, mientras que el 91.4% en la segunda submuestra son estudiantes de carreras técnicas. Finalmente, el 37.1% en la primera y 60.6% en la segunda submuestra viven con sus padres, y el 43.8% y 23.8% respectivamente, viven solos (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de submuestras usadas en AFC y AFE

Características	AFC		AFE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad				
18 a 21 años	183	58.1%	184	58.4%
22 a 25 años	96	30.5%	79	25.1%
26 a 29 años	36	11.4%	52	16.5%
Sexo				
Femenino	188	59.7%	122	38.7%
Masculino	127	40.3%	193	61.3%
Estado Civil				
Casado	2	0.6%	2	0.6%
Conviviente	10	3.2%	10	3.2%
En una relación	88	27.9%	42	13.3%
Otro	21	6.7%	7	2.2%
Grado de instrucción				
Técnico	34	10.8%	288	91.4%
Universitario	281	89.2%	27	8.6%
Convivencia				
Padres	117	37.1%	191	60.6%
Pareja	13	4.1%	17	5.4%
Hijos	1	0.3%	1	0.3%
Otros	46	14.6%	31	9.8%
Solo(a)	138	43.8%	75	23.8%

La validez de contenido tiene resultados V de Aiken con respectivos intervalos de confianza al 95% entre 3 criterios por cada ítem a partir de la revisión por 6 expertos. La

mayoría de los ítems han demostrado medias de 3 con 0 desviaciones estándar, algo que refleja unanimidad de las puntuaciones en el máximo valor posible en el formato de validez, aunado a ello, sus intervalos de confianza oscilan entre 0.82 a 1, válidos desde una perspectiva liberal⁽²⁴⁾ por su intervalo “Low” superior a 0.50; no obstante, el ítem 13 presentó un intervalo limítrofe en el criterio relevancia (tabla 2).

Tabla 2. V de Aiken (IC95%, n=6)

Ítem	Relevancia		Representatividad		Claridad	
	X(DE)	V(Low-Up)	X(DE)	V(Low-Up)	X(DE)	V(Low-Up)
1	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
2	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
3	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
4	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
5	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
6	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
7	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
8	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
9	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
10	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
11	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
12	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
13	2.67(0.52)	0.89(0.67-0.97)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
14	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
15	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
16	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
17	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
18	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
19	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
20	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
21	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
22	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
23	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)
24	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)	3(0)	1(0.82-1)

El análisis preliminar de los ítems con la primera parte de la data (n=315). Se encontró que la tendencia de los sujetos en el test es marcar entre 0 y 1 (Nunca y casi nunca) vistos en la media y mediana. Las desviaciones estándar reflejan desviaciones muy pequeñas de hasta 1.2. En cuanto a la asimetría y curtosis, usada para verificar “normalidad univariada”⁽²²⁾ se encontraron ítems con desviaciones de normalidad (As y K > ± 1.5) como por ejemplo 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24). Al examinar las

correlaciones “ítem test corregido” basadas en matrices, encontramos coeficientes entre 0.56 a 0.84, adecuados y que reflejan una esperada relación (tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo

Ítem	Media	Med.	DE	As	K	Rit-c
1	1.000	1.003	1.017	0.907	0.490	0.64
2	0.000	0.835	1.099	1.171	0.382	0.70
3	1.000	1.216	1.093	0.652	-0.341	0.75
4	0.000	0.800	0.965	0.988	0.070	0.69
5	1.000	0.857	1.060	1.226	0.863	0.81
6	1.000	1.117	1.237	0.963	-0.106	0.71
7	0.000	0.613	0.962	1.619	1.963	0.84
8	0.000	0.787	1.054	1.371	1.228	0.81
9	0.000	0.584	0.875	1.548	1.876	0.80
10	0.000	0.756	0.961	1.264	1.283	0.72
11	0.000	0.597	0.930	1.697	2.557	0.61
12	0.000	0.489	0.838	1.879	3.317	0.81
13	1.000	0.832	1.028	1.173	0.698	0.67
14	0.000	0.381	0.770	2.467	6.667	0.81
15	0.000	0.629	0.986	1.601	1.780	0.79
16	0.000	0.435	0.832	2.177	4.677	0.73
17	1.000	0.927	1.119	1.173	0.679	0.56
18	0.000	0.644	0.978	1.647	2.294	0.83
19	0.000	0.460	0.856	2.084	3.964	0.82
20	0.000	0.451	0.810	2.042	4.177	0.83
21	0.000	0.530	0.911	1.883	3.254	0.80
22	0.000	0.524	0.875	1.690	2.182	0.83
23	0.000	0.546	0.917	1.846	2.880	0.80
24	0.000	0.416	0.815	2.157	4.445	0.77

Nota: Med. es mediana, DE es desviación estándar, As es asimetría, K es curtosis y Rit-c es la relación ítem test corregida.

Con la misma data se obtiene una estructura sugerida por el AFE, se encontró una solución de dos factores que explican el 63.6% de la varianza (F1 =59.5% y 4.1%). Los 24 ítems se posicionaron en un solo factor, por ejemplo, los ítems 1 al 8 se agruparon en el F1 y los ítems 9 al 24 en el factor 2. Este resultado es interpretable (KMO=0.939; p=0.000) debido a correlaciones entre ítems que permiten la factorización (tabla 4).

Tabla 4. Carga de factores del AFE

	Factor		Unicidad
	Factor 1	Factor 2	
Ítem 1		0.456	0.568

Ítem 2		0.814	0.367
Ítem 3		0.648	0.374
Ítem 4		0.861	0.365
Ítem 5		0.620	0.287
Ítem 6		0.821	0.357
Ítem 7		0.548	0.250
Ítem 8		0.777	0.237
Ítem 9	0.499		0.341
Ítem 10	0.650		0.462
Ítem 11	0.527		0.617
Ítem 12	0.664		0.320
Ítem 13	0.429		0.547
Ítem 14	0.679		0.309
Ítem 15	0.667		0.355
Ítem 16	0.909		0.361
Ítem 17	0.400		0.681
Ítem 18	0.663		0.282
Ítem 19	0.874		0.258
Ítem 20	0.870		0.246
Ítem 21	0.832		0.289
Ítem 22	0.848		0.237
Ítem 23	0.718		0.325
Ítem 24	0.953		0.296

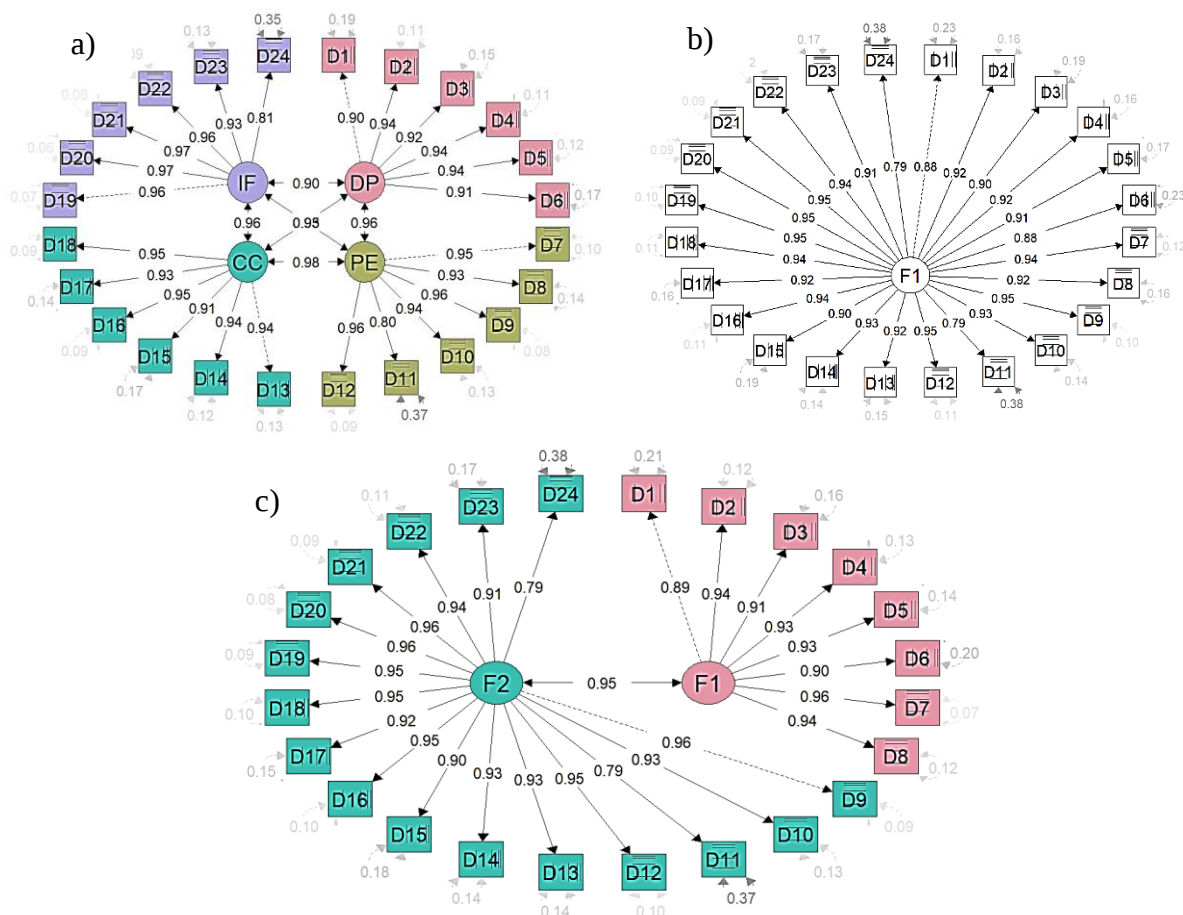
Nota: El método de extracción “Factorización según el eje principal” se usó en combinación con una rotación “oblimin”

Se utilizó una segunda muestra de 315 sujetos para confirmar la estructura interna. Se comprobaron 3 modelos, la primera en base a lo esperado teóricamente con 4 dimensiones (ver figura 1 – a); este modelo, si bien es cierto presenta “esperados índices de ajuste” casi perfectos, con cargas factoriales altas y residuos bajos, no satisface en cuanto a las covarianzas entre factores, pues se observa solapamientos considerables entre factores que alarman multicolinealidad entre factores. Entonces, se genera un segundo modelo (ver figura 1 – b) unidimensional “debido a las covarianzas altas mencionadas anteriormente, y se encuentra cargas factoriales esperadas con residuos bajos, modelo que entre los tres es el mejor (CFI=0.999, TLI=0.999, SRMR=0.031 y RMSEA =0.081). No obstante, se comprobó un tercer modelo sugerido por AFE (ver figura 1 – c), con dos dimensiones en el que se encontraron índices de ajuste esperados, altas cargas con bajos residuos, pero con alta covarianza entre factores ($r= 0.95$) (tabla 5).

Tabla 5. Índices de ajuste de modelo

Modelo	TLI	CFI	GFI	NFI	SRMR	RMSEA	RMSEA IC%
1 (a)	1.000	1.000	1.000	1.000	0.019	0.014	0.000-0.027
2 (b)	0.999	0.999	0.999	0.999	0.031	0.081	0.074-0.087
3 (c)	1.000	1.000	0.999	0.999	0.024	0.057	0.050-0.064

Gráfico 1. Tres modelos Semplot comprobados



Evidenciando a su vez que todos los factores en los 3 modelos propuestos, alcanzan valores alfa y omega superiores a 0.8 con intervalos de confianza igual de altos. Entonces, podemos inferir que los 3 modelos, en especial el modelo unidimensional, reportan esperados índices de confiabilidad (tabla 6).

Tabla 6. Confiabilidad por consistencia interna de los 3 modelos

Modelo	Omega de McDonal	Alfa de Cronbach
4 factores	DP ω =0.959 IC 95% 0.952-0.966	DP α =0.958 IC 95% 0.951-0.965
	PE ω =0.955 IC95% 0.948-0.963	PE α =0.956 IC95% 0.947-0.963
	CC ω =0.965 IC95% 0.959-0.971	CC α =0.965 IC95% 0.958-0.971
	IF ω =0.963 IC95% 0.957-0.969	IF α =0.958 IC95% 0.951-0.965

Unidimensional	$\omega=0.987$ IC95% 0.985-0.989	$\alpha=0.987$ IC95% 0.985-0.989
2 factores	F1 $\omega=0.968$ IC95% 0.963-0.974	F1 $\alpha=0.968$ IC95% 0.963-0.973
	F2 $\omega=0.983$ IC95% 0.980-0.985	F2 $\alpha=0.982$ IC9% 0.979-0.985

Basada en nuestra muestra (N = 630), revelan que el puntaje total obtuvo una media de 21.2 (DE = 20.5), con un rango que varía de 0 a 96. Adicionalmente, se identificaron diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones por género, con las mujeres obteniendo una puntuación media más alta (25.3) en comparación con los hombres (17.4), por lo cual se optó por realizar baremos diferenciados (tabla 7).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos del puntaje total y rangos percentiles

Percentil	Escala Unidimensional			Percentil
	General	Masculino	Femenino	
99 percentil	89.10	80.6	93.8	99 percentil
95 percentil	63.10	56	71	95 percentil
90 percentil	49.10	43.1	53.1	90 percentil
85 percentil	42.60	35.3	48	85 percentil
80 percentil	35.00	28.2	40.2	80 percentil
75 percentil	29.00	24	35	75 percentil
70 percentil	25.30	21	30	70 percentil
65 percentil	23.00	18	26.8	65 percentil
60 percentil	21.00	16	25	60 percentil
55 percentil	18.00	14	23	55 percentil
50 percentil	16.00	12	22	50 percentil
45 percentil	14.10	10	19	45 percentil
40 percentil	12.00	9	17	40 percentil
35 percentil	9.00	6.65	15	35 percentil
30 percentil	7.00	5	11	30 percentil
25 percentil	5.00	3	8	25 percentil
20 percentil	3.00	2	5	20 percentil
15 percentil	2.00	1	3	15 percentil
10 percentil	0.00	0	1	10 percentil
5 percentil	0.00	0	0	5 percentil
1 percentil	0.00	0	0	1 percentil
Media	21.2	17.4	25.2	Media
DE	20.5	18.3	21.8	DE
N	630	320	310	N

En comparación con el grupo masculino, las puntuaciones de las mujeres son consistentemente más altas en toda la distribución. Los datos de percentiles confirman que se requieren puntajes más altos para alcanzar los rangos superiores. Se categoriza los

puntajes totales de la escala en niveles de severidad: Sin Problema, Leve, Moderado y Severo, correspondiendo a un rango percentil específico.

La interpretación se basa en la combinación de la presencia e intensidad de los síntomas estos siendo medidos por el puntaje total de la escala y un especificador clínico cualitativo clave tanto en el DSM-5 y CIE-10.⁽³¹⁾

Tabla 8. Baremación y Categorización de puntajes de la escala unidimensional

Puntaje Directo	Rango Percentil	Categorización
General		
0 – 5	< 25	Sin Problema
6 – 16	26 – 50	Leve
17 – 28	51 – 75	Moderado
29 a más.	> 76	Severo
Masculino		
0 – 3	< 25	Sin Problema
4 – 12	26 – 50	Leve
13 – 23	51 – 75	Moderado
24 a más.	> 76	Severo
Femenino		
0 – 8	< 25	Sin Problema
9 – 22	26 – 50	Leve
23 – 34	51 – 75	Moderado
35 a más.	> 76	Severo

La categoría “Sin problema” que consta de un puntaje bajo o mínimo, indica que la persona no presenta una preocupación mínima o nula por su apariencia y hay ausencia de malestar clínicamente significativo o un deterioro funcional; no cumpliendo criterios diagnósticos mencionados tanto de la CIE-10 como del DSM-5. Así mismo, en la categoría “Leve” que incluye puntajes bajos a moderados, representan una fase de riesgo, es decir, reportan algunos síntomas de preocupación, pero sin el suficiente impacto funcional para calificar como un trastorno. En la categoría “Moderado” comprende los puntajes moderados a altos ya que, en este nivel la intensidad de los síntomas y el malestar son notables, comienza a interferir en su vida social, laboral o académica significativas. Finalmente, la categoría “Severo”, este nivel reporta una preocupación fija e inamovible que la persona ya no puede distinguir entre su percepción y la realidad, hay un deterioro marcado en varias áreas de su vida significativamente; se cumple plenamente con los criterios de malestar y deterioro funcional, siendo de relevancia clínica alta.^{(12) (13)}

DISCUSIÓN

Los análisis estadísticos de nuestra escala, presenta propiedades solidas en cuanto a validez y confiabilidad. En primer lugar, respecto a la validez de contenido, el coeficiente V de Aiken alcanzo valores entre 0.82 y 1, con una media global de 1.00, lo que refleja una alta concordancia entre los jueces expertos en los criterios de claridad, relevancia y representatividad. Estos resultados superan los puntos de corte recomendados por Merino & Livia⁽²⁴⁾ y Ventura,⁽²³⁾ confirmando la pertinencia de los ítems para medir el constructo del trastorno dismórfico corporal.

En relación, con la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio (AFE), indico una adecuada factorización de los ítems ($KMO=0.939$; $p < .001$) y una varianza explicada del 63.6 %, distribuyéndose inicialmente en dos factores correlacionados. Sin embargo, al observarse una alta covarianza entre dimensiones, se optó por contrastar distintos modelos mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). En este proceso, se evaluaron tres estructuras (de cuatro, dos y una dimensión), encontrándose que, aunque los modelos multidimensionales presentaron índices de ajuste aceptables, las covarianzas elevadas entre los factores evidenciaron redundancia conceptual. Por tal motivo, se determinó que la estructura unidimensional era la más adecuada, por su ajuste estadístico optimo ($CFI = 0.999$; $TLI = 0.999$; $SRMR = 0.031$; $RMSEA = 0.081$), demostrando que todos los ítems convergen en un solo constructo general del trastorno dismórfico corporal. Estos hallazgos pueden ser contrastados con la investigación llamada “Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: Adaptación y validación de instrumentos de evaluación”, en donde Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) presento adecuados niveles de ajuste, con $CFI = 0.93$, $TLI = 0.91$ y $RMSEA = 0.05$.⁽³²⁾ Asu vez, en su estudio “Medición de la ansiedad en universitarias mexicanas: propiedades psicométricas del cuestionario Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale”, validaron el cuestionario Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PASTAS), cuya investigación se realizó a 608 universitarias mexicanas, sus resultados demostraron que una estructura bifactorial (peso y no peso) ofrecía el mejor ajuste estadístico. El modelo confirmatorio alcanzó índices óptimos, con un CFI de 0.939, TLI de 0.924, $RMSEA$ de 0.068 y $SRMR$ de 0.038, todos dentro de los valores recomendados.⁽³³⁾

Aunado a esto, la confiabilidad con consistencia interna mostro valores altos y estables ($\alpha = 0.987$; $\omega = 0.987$), lo que evidencia una fuerte homogeneidad entre los ítems. Estos resultados respaldan la fiabilidad del instrumento y son superiores a los reportados en

adaptaciones previas o similares. Similar resultado se obtuvo en el cuestionario de la figura corporal (BSQ) con un alfa de Cronbach de 0.95.⁽⁸⁾ En conjunto dichos hallazgos confirman que la EDC es una escala unidimensional, válida y confiable que permite evaluar de forma precisa el trastorno dismórfico corporal.

Las evidencias teóricas refuerzan el diseño unidimensional de este instrumento, el modelo de Cash y Pruzinsk (citado en ⁽¹⁸⁾) explica que la imagen corporal es la autopercepción negativa de la apariencia corporal siendo una forma de expresión desadaptativa; sesgando automáticamente la información que se procesa a nivel cognitivo e interfiriendo significativamente en la vida diaria de la persona afectada. A sí mismo, Phillips ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ refuerza esto al explicar que la distorsión de la percepción, los pensamientos disruptivos y comportamientos compulsivos no son factores separados, sino están vinculadas significativamente a la misma distorsión.

Por último, se realizó la debida baremación e interpretación respectiva del instrumento, mediante la metodología de cuantiles se trabajó utilizando los percentiles 25, 50 y 75, debido a la diferencia significativa de puntuaciones de la media se optó por realizar la baremación diferenciada por género. Muchas de las investigaciones no suelen avanzar hasta este punto, puesto que algunos instrumentos carecen de una debida interpretación y dificultan la evaluación psicométrica de un trastorno.

La limitante que se tuvo fue la escases de investigaciones centradas en la construcción dificultaron la revisión de información que es necesaria para el análisis y comparación de nuestro instrumento y otros.

Se recomienda a futura investigaciones que puedan aplicar este instrumento junto con otras escalas validadas que midan constructos similares, a fin de confirmar correlación, también, que utilicen el análisis de varianza (ANOVA) y puedan realizarse estudios ejecutados en poblaciones y contextos diferentes, así como en idiomas nativos (quechua y aimara) en zonas rurales.

CONCLUSIONES

La presente investigación logró diseñar y validar la Escala para el Trastorno Dismórfico Corporal (EDC), demostrando unas excelentes propiedades psicométricas con una estructura factorial unidimensional y alta consistencia interna, lo que respalda su validez y fiabilidad para medir el malestar asociado a la imagen corporal. Este instrumento representara un avance significativo en la evaluación del TDC en diferentes contextos, al

5 ofrecer una herramienta pertinente que permite identificar distintos niveles de severidad y diferencias por género. Asimismo, su aplicación en ámbitos académicos y clínicos contribuirá notablemente al fortalecimiento de la investigación psicológica, la promoción de la salud mental y el desarrollo de estrategias preventivas que fomenten la autoaceptación y el bienestar integral en la población juvenil.

Financiamiento: La investigación fue autofinanciada, sin recibir respaldo financiero de instituciones externas. Todos los gastos relacionados con la ejecución, implementación, los materiales logísticos y demás recursos necesarios fueron asumidos íntegramente por las autoras garantizando así la transparencia y objetividad durante el transcurso de proceso investigativo.

8 **Agradecimientos:** Primeramente, agradecer a Dios por concedernos salud, fortaleza, sabiduría y la perseverancia necesaria para culminar este proyecto, guiado por su gracia y propósito.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, comprensión y amor constante, quienes fueron nuestro principal motor en los momentos de mayor desafío. Su confianza y aliento nos inspiran a seguir adelante y alcanzar cada una de nuestras metas propuestas.

8 A la Universidad Peruana Unión por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente y por ser un espacio de crecimiento académico y personal. Así mismo a nuestra asesora Mg. Rita Cordova Soncco por el acompañamiento constante, por sus valiosas orientaciones, exigencia y compromiso con la investigación.

20 Finalmente, expresamos nuestro reconocimiento a todos y cada uno de los profesionales que nos ayudaron en el proceso, como psicólogos, de igual manera a los estudiantes que participaron voluntariamente en este estudio, pues su colaboración fue indispensable para esta investigación.

Conflictos de intereses: Las investigadoras declaran no presentar.

Declaración de contribución:

Mayerli Choque Garcia y Rosario del Pilar Quispe Mamani, participaron en todo el proceso de investigación y relacionado con el artículo, a su vez, con la toda la búsqueda de recopilación de datos, el diseño de la escala, así como la discusión y la formulación de conclusiones.

Rita Córdova Soncco asesoro el estudio como la aprobación de la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19 - Estudio en línea Perú 2020 [Internet]. 2021 [citado 10 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
2. Secretaria Nacional de la Juventud. SENAJU. [Internet]. 2023 [citado 10 Ene 2025]. Disponible en: <https://juventud.gob.pe/2023/12/senaju-conoce-la-situacion-actual-de-los-mas-de-7-millones-de-jovenes-peruanos-de-15-a-29-anos/#:~:text=En%20el%202022%2C%20el%20Per%C3%BA,58%20%25%20del%20total%20de%20peruanos.>
3. Palomino Escriba M. Niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de Psicología de Lima Metropolitana. [Tesis en Internet]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Federico Villarreal. 2025 [citado 26 Oct 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/10481>.
4. González Meli B. El riesgo del aumento de los retoques estéticos a los 20 años, Cirugía Plástica - Doctora Meli. [Internet]. 2024 [citado 26 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.doctoremeli.com/blog/aumento-de-los-retoques-esteticos-a-los-20-anos/>.
5. Phillips KA, Stein DJ. Trastorno dismórfico corporal, Manual MDS - Versión para profesionales. [Internet]. 2023 [citado 17 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-dism%C3%B3rfico-corporal>.
6. Guardamino Soto B. El 86% de cirugías estéticas son realizadas a mujeres: la presión social las llevaría a querer alcanzar el ‘ideal de belleza’. Infobae. [Internet]. 2024 [citado 17 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/04/06/el-86-de-cirugias-esteticas-son-realizadas-a-mujeres-la-presion-social-las-llevaria-a-querer-alcanzar-el-ideal-de-belleza/>.
7. Rincón Barreto DM. Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del trastorno dismórfico corporal. Psychol. av. discip. [Internet]. 2022 [citado 24 Ene 2025]; 16(1): 49-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862022000100049
8. Castrillón Moreno D, Luna Montaña I, Avendaño Prieto G, Pérez Acosta AM. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población. Acta Colomb. Psicol. [Internet]. 2007 [citado 24 Ene 2025]; 10(1): 15-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810103>

9. Mancuso SG, Knoesen NP, Castle DJ. The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Aust. N. Zeal. J. Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 26 Ene 2025]; 44(6): 535-542. Disponible en: <https://www.readymind.com.au/dysmorphic-concern-questionnaire-dcq/>
10. Wilhelm S, Greenberg JL, Rosenfield E, Kasarskis I, Blashill AJ. The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale: Development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction. *Body Image* [Internet]. 2016 [citado 30 Ene 2025]; 17: 82-87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144516300882>
11. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. 1th. ed. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 2008 [citado 5 Feb 2025].
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th. ed. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2014 [citado 5 Feb 2025].
13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10th. ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995 [citado 5 Feb 2025].
14. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *riev* [Internet]. 2007 [citado 16 Feb 2025]; 8: 171-183. Disponible en: <https://www.eusko-ikaskuntza.eus/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
15. Cruzado L, Vásquez É, Huavil J. Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso. *An. Fac. med.* [Internet]. 2010 [citado 16 Feb 2025]; 71(1): 51-53. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n1/a10v71n1.pdf>
16. Cortez D, Gallegos M, Jiménez T, Martínez P, Saravia S, Cruzat-Mandich C, et al. Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls / Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Rev. Mex. Trast. Alim.* [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2025]; 7(2): 116-124. Disponible en: <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/371>
17. Muñoz Marín BD, Marín Uribe R, Miranda Medina CF. Dismorfia corporal: instrumentos para su diagnóstico. Una revisión sistemática. *Retos* [Internet]. 2024 [citado 20 Feb 2025]; 51: 243-250. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9122754>
18. Santos Morocho JL. Psicopatología de la imagen corporal. Definiciones, alteraciones, teorías y evaluación. [Internet]. Sevilla: CID - Centro de Investigación y Desarrollo; 2022 [citado 12 Abr 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.ciencialatina.org/psicopatologia-de-la-imagen-corporal/>

19. Phillips KA. Understanding Body Dysmorphic Disorder [Internet]. New York City: Oxford University Press; 2009 [citado 12 Abr 2024]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=k9jQCwAAQBAJ>

20. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice [Internet]. New York City: Oxford University Press; 2017 [citado 12 Abr 2024]. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=QDooDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA139&dq=Bjornsson,+A.+S.,+Didie,+E.+R.,+%26+Phillips,+K.+A.+%20\(2013\)+The+impact+of+body+dysmorphic+disorder+on+quality+of+life+and+functional+impairment.&ots=RdvB2WatMj&redir_esc=y#v=onepage&q=Bjornsson%2C%20A.%20S.%2C%20Didie%2C%20E.%20R.%2C%20%26%20Phillips%2C%20K.%20A.%20\(2013\)%20The%20impact%20of%20body%20dysmorphic%20disorder%20on%20quality%20of%20life%20and%20functional%20impairment.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=QDooDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA139&dq=Bjornsson,+A.+S.,+Didie,+E.+R.,+%26+Phillips,+K.+A.+%20(2013)+The+impact+of+body+dysmorphic+disorder+on+quality+of+life+and+functional+impairment.&ots=RdvB2WatMj&redir_esc=y#v=onepage&q=Bjornsson%2C%20A.%20S.%2C%20Didie%2C%20E.%20R.%2C%20%26%20Phillips%2C%20K.%20A.%20(2013)%20The%20impact%20of%20body%20dysmorphic%20disorder%20on%20quality%20of%20life%20and%20functional%20impairment.&f=false)

21. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. Anal. Psicol. [Internet]. 2013 [citado 23 Feb 2025]; 29(3): 1038-1059. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.178511>

22. Pérez ER, Medrano L. Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. racc [Internet]. 2010 [citado 17 Oct 2025]; 2(1): 58-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>

23. Ventura León J. De regreso a la validez basada en el contenido. Adicciones [Internet]. 2022 [citado 17 Oct 2025]; 34(4): 323-325. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1213/1038>

24. Merino Soto C, Livia Segovia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. Anal. Psicol. [Internet]. 2009 [citado 17 Oct 2025]; 25(1): 169-171. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631>

25. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. Anal. Psicol. [Internet]. 2014 [citado 17 Oct 2025]; 30(3): 1151-1169. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000300040&script=sci_abstract

26. Dominguez-Lara S. Una guía amigable de psicometría: análisis factorial exploratorio. liberabit [Internet]. 2025 [citado 17 Oct 2025]; 31(1): e963. Disponible en: <https://revistaliberabit.edu.pe/index.php/Liberabit/article/view/963/613>

27. JASP Team. JASP - A Fresh Way to Do Statistics. In (Version 0.95.1) [Computer software]. 2025. Disponible en: <https://jasp-stats.org/>.

28. Posit Team. RStudio: Integrated Development Environment for R. In Posit Software [Computer software]. 2025. Disponible en: <http://www.posit.co/>.

29. Reidl-Martínez LM. Confiabilidad en la medición. Investigación educ. médica [Internet]. 2013 [citado 17 Oct 2025]; 2(6): 107-111. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30. Ventura León J, Peña Calero BN. El mundo no debería girar alrededor del alfa de Cronbach $\geq$,70. Adicciones [Internet]. 2021 [citado 17 Oct 2025]; 33(4): 369-372. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1576/1177>

31. Caballo VE, Salazar IC, Carrobbles JA. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. 2th. ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014 [citado 19 Ago 2025].

32. Santos Morocho JL. Alteraciones relacionadas con la imagen corporal: Adaptación y validación de instrumentos de evaluación. [Tesis de internet]. Deposito de Investigación de la Universidad de Sevilla. 2020 [citado 22 Ago 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11441/108920>.

33. Ortiz Rodríguez CJ, Díaz-Leal AC, Blanco Ornelas LH, Ortega Contreras RG, Jurado-García PJ. Medición de la ansiedad en universitarias mexicanas: propiedades psicométricas del cuestionario Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale. rmccf [Internet]. 2025 [citado 22 Ago 2025]; 4(10): 87-100. Disponible en: <https://revistascientificas.uach.mx/index.php/rmccf/article/view/1882>

34. Montañez Benito JR, Palma Usuriaga AY. Propuesta para la elaboración de baremos de un instrumento en trabajos de investigación. Ciencia Latina [Internet]. 2024 [citado 20 Ago 2025]; 7(6): 7418-7436. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9284/13802>

35. Salazar P. C, Del Castillo G. S. Fundamentos básicos de estadística. 1th. ed. [Internet] Sin editorial; 2018 [citado 20 Ago 2025]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24899w/Trabajo%20Final/Fundamentos_Basicos_de_Estadistica.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

ESCALA PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL - EDC

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____ GÉNERO: ☐ Masculino ☐ Femenino
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontraras una lista de preguntas donde deberas responder con sinceridad, marcando con una "X" en la respuesta que más te identifique.

PREGUNTAS:

1. Percibo defectos en mi apariencia que otras personas consideran insignificantes o inexistentes.
2. Siento que mi apariencia física no es normal en comparación con los demás.
3. Hay una gran diferencia entre cómo me veo en el espejo y como me gustaría verme.
4. Tengo la sensación que ciertos rasgos de mi cuerpo son desproporcionados.
5. Los comentarios sobre mi apariencia física suelen afectar mi estado de ánimo.
6. Evito ser fotografiado/a porque me preocupa cómo me veré.
7. Paso gran parte del día pensando en los defectos que percibo en mi apariencia.
8. Me preocupa que las personas noten los defectos físicos que veo en mí.
9. Mis pensamientos sobre mi apariencia interfieren en mis actividades diarias.
10. Mi estado de ánimo depende de cómo percibo mi apariencia durante el día.
11. He considerado someterme a procedimientos estéticos para corregir defectos que percibo.
12. Me resulta difícil concentrarme debido a las preocupaciones sobre mi imagen corporal.
13. Me miro repetidamente en el espejo para comprobar mi apariencia.
14. Evito los espejos porque no quiero ver los defectos que percibo.
15. Paso tiempo camuflando o disimulando partes de mi cuerpo.
16. Busco constantemente la opinión de otros sobre mi apariencia.
17. Me aseo en exceso para mejorar o corregir mi apariencia física.
18. Me comparo frecuentemente con otras personas para evaluar mi imagen corporal.
19. Mis preocupaciones sobre mi apariencia afectan mi vida social.
20. He evitado situaciones sociales o laborales debido a mi apariencia.
21. Siento ansiedad o vergüenza cuando estoy en público por mi imagen corporal.
22. Mis relaciones personales se han visto afectadas por mis inseguridades físicas.
23. Me he sentido deprimido/a debido a la percepción de mi cuerpo.
24. Mis preocupaciones sobre mi apariencia han impactado mi desempeño académico.

PUNTAJES:

Nunca / Nada	Casi nunca / Poco	A veces / Masomenos	Casi siempre / Mucho	Siempre / Totalmente
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4

PUNTAJE TOTAL: _____

Anexo 2. Reporte Turniting



Página 2 de 30 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid:::29566:491346505

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
47 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES
Dismorfia corporal	Distorsión de la percepción	1. Percibo defectos en mi apariencia que otras personas consideran insignificantes o inexistentes. 2. Siento que mi apariencia física no es normal en comparación con los demás. 3. Mi imagen reflejada en el espejo no coincide con cómo me imagino que debería ser. 4. Creo que ciertos rasgos de mi cuerpo son desproporcionados o inarmónicos. 5. Los comentarios sobre mi apariencia física suelen afectar mi estado de ánimo. 6. Evito ser fotografiado/a porque me preocupa cómo me veré.	Nunca/Nada = 0 Raramente/Poco = 1 A Veces/Mas o Menos = 2 Frecuentemente/Mucho = 3 Siempre/Totalmente = 4
	Preocupación excesiva	7. Paso gran parte del día pensando en los defectos que percibo en mi apariencia. 8. Me preocupa que las personas noten los defectos físicos que veo en mí. 9. Mis pensamientos sobre mi apariencia interfieren en mis actividades diarias. 10. Mi estado de ánimo depende de cómo percibo mi apariencia en un día determinado. 11. He considerado someterme a procedimientos estéticos para corregir defectos que percibo. 12. Me resulta difícil concentrarme debido a las preocupaciones sobre mi imagen corporal.	
	Conductas compulsivas	13. Me miro repetidamente en el espejo para comprobar mi apariencia. 14. Evito los espejos porque no quiero ver los defectos que percibo. 15. Paso tiempo camuflando o disimulando partes de mi cuerpo. 16. Busco constantemente la opinión de otros sobre mi apariencia. 17. Me aseo en exceso para mejorar o corregir mi apariencia física. 18. Me comparo frecuentemente con otras personas para evaluar mi imagen corporal.	

	Impacto psicosocial y funcional	19. Mis preocupaciones sobre mi apariencia afectan mi vida social. 20. He evitado situaciones sociales o laborales debido a mi apariencia. 21. Siento ansiedad o vergüenza cuando estoy en público por mi imagen corporal. 22. Mis relaciones personales se han visto afectadas por mis inseguridades físicas. 23. Me he sentido deprimido/a debido a la percepción de mi cuerpo. 24. Mis preocupaciones sobre mi apariencia han impactado mi desempeño académico.	
--	---------------------------------	--	--

Anexo 3. Constancia comité de ética y bioética



Lima, Ñaña, 03 de junio de 2025

EL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD

CONSTA

Que el proyecto de investigación de **Mayerli Choque Garcia** identificado con DNI No. **71466413**, **Rosario del Pilar Quispe Mamani** identificada con DNI No. **71437605**, y su asesor **Rita Cordova Soncco** identificado (a) con DNI No. **47778667** con el título: **"Construcción y validación de una escala para el trastorno dismórfico corporal (EDC) en estudiantes de educación superior de la región de Puno"**, fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética y Bioética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; considerando su calidad científica, bienestar de los participantes, y en conformidad con los estándares éticos establecidas en el Código de ética para la Investigación de la Universidad Peruana Unión (CoEIn - UPeU).

Para mantener la aprobación del Comité de Ética y Bioética, se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cada participante debe dar su consentimiento informado. Los menores de edad deben registrar su asentimiento informado bajo el consentimiento de uno de sus padres o tutores legales, en caso de trabajos prospectivos. En caso de trabajos retrospectivos, se debe contar con la carta de autorización de la institución para el uso de los datos, si no es de acceso público.

Los resultados de este proyecto puedan ser publicados con referencia a aprobación Número **2025-CEB-FCS - UPeU-0106**

Fecha de aprobación: 2025-06-03

Fecha de expiración: 2026-06-03



Dgo. José Luis Yareta Yareta
Presidente
Comité de Ética y Bioética - FCS



Dra. Rita Cordova Soncco
Secretaria
Comité de Ética y Bioética - FCS

Villa Unión - Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú
Teléfono (01) 618-6300 Fax: 6186339 Casilla 3564 Web: www.upeu.edu.pe Email: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe