

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria  
en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña,  
Lima.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTORES**

Ivette Josselyn de La Cruz Sánchez  
Isabel Elvira Ramos Verastain

**ASESOR**

César Alberto Morales Vásquez

Lima, Perú  
2020

Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta  
Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de  
mujeres en Breña, Lima.

## **DEDICATORIA**

A Dios quien nos dio las fuerzas para la realización de esta investigación. Asimismo, a nuestros padres y aquellas personas que nos apoyaron y acompañaron durante este proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

De forma especial, deseamos manifestar nuestro agradecimiento a todos aquellos estudiantes, autoridades y docentes que participaron en esta investigación, por las facilidades brindadas durante el proceso de evaluación. Asimismo, a nuestro asesor quien nos guio permanentemente, para que podamos realizar el presente estudio.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (RTCA) en una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

**Materiales y métodos:** Esta investigación, de diseño no experimental – transversal, contó con una muestra de 300 estudiantes mujeres del nivel secundario de 11 a 18 años. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Se utilizaron el Inventario de Autoestima Forma Escolar de Coopersmith, la Escala de Autoinforme de Actitudes y Síntomas de los Trastornos Alimenticios (EAT – 26) de Garner y Garfinkel y una ficha sociodemográfica. El análisis se realizó mediante el software SPSS 24. En el análisis descriptivo, se calcularon frecuencias, porcentajes, promedio y desviación estándar. Por otro lado, para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas de KS, Spearman,  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se encontró una relación negativa significativa entre Autoestima y RTCA ( $r_s = -.427$ ;  $p = .000$ ), así como una relación negativa significativa entre las dimensiones de la Autoestima y el RTCA. Un 22.33% presentó “Riesgo” y un 24.33% “Baja Autoestima”. Asimismo, se halló una asociación significativa entre la variable RTCA y la edad ( $p = .047$ ) y el grado de instrucción ( $p = .000$ ). **Conclusión:** La Autoestima correlacionó con RTCA, esto indica que en la etapa de la adolescencia (población vulnerable), la cual se caracteriza por diferentes cambios físicos como psicológicos, se ve influenciada debido diversos a factores (familia, entorno social, escuela y la cultura), los cuales podrían afectar el desarrollo de la autoestima y la aparición de conductas alimentarias en riesgo como la restricción de alimentos.

**Palabras claves:** Autoestima, Trastornos Alimenticios, Adolescencia, Mujeres.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between Self-Esteem and Risk of Eating Disorders (RTCA) in a Women's Educational Institution in Breña, Lima. **Materials and methods:** This research, of non-experimental design - transversal, had a sample of 300 female students from the secondary level of 11 to 18 years. The sampling was simple random probabilistic. The Coopersmith School Self-Esteem Inventory, the Garner and Garfinkel Eating Disorders Attitudes and Symptoms Self-Reporting Scale (EAT-26) and a sociodemographic record were used. The analysis was performed using SPSS 24. In the descriptive analysis, frequencies, percentages, average and standard deviation were calculated. On the other hand, KS, Spearman, Chi<sup>2</sup> tests were used for inferential analysis. **Results:** A significant negative relationship was found between Self-esteem and RTCA ( $r_s = -.427$ ;  $p = .000$ ), as well as a significant negative relationship between the dimensions of Self-esteem and RTCA. 22.33% presented "Risk" and 24.33% "Low Self-Esteem". Likewise, a significant association was found between the RTCA variable and age ( $p = .047$ ) and the degree of instruction ( $p = .000$ ). **Conclusion:** Self-esteem correlated with RTCA, this indicates that in the adolescence stage (vulnerable population), which is characterized by different physical and psychological changes, it is influenced due to various factors (family, social environment, school and culture), which could affect the development of self-esteem and the appearance of food behaviors at risk such as food restriction.

**Keywords:** Self-esteem, Eating Disorders, Adolescence, Women.

## ÍNDICE

Resumen	v
Índice	vii
Introducción	viii
Capítulo I El problema de investigación	10
1.1 Situación problemática	10
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Justificación de la investigación	12
1.4. Objetivos de la investigación	13
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
1.5. Hipótesis	13
Capítulo II Marco teórico	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	21
Capítulo III Materiales y métodos	30
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	30
3.2. Población y muestra	30
3.2.1. Tamaño de la muestra	30
3.2.2. Selección del muestreo	31
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	31
3.3. Variables	32
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización	32
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	34
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información	38
3.6. Ventajas y limitaciones	39
3.7. Aspectos éticos	39
Capítulo IV Resultados	41
Capítulo V Discusión	47
5.1. Discusión	47
5.2. Conclusiones	52
5.3. Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas	54
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

La Autoestima es la evaluación que presenta un individuo con respecto a sí mismo, expresado a través de una actitud de aprobación o desaprobación. Se trata de una variable sumamente importante para la comprensión de diversos procesos, siendo relevante tanto en el ámbito terapéutico como científico; además de ser una de las principales variables que intervienen en la conducta alimentaria en la adolescencia. (Steiner, 2005)

Así también, se ha señalado que la baja autoestima es uno de los síntomas predominantes en individuos diagnosticados con trastornos alimenticios, proyectando inseguridad e insatisfacción respecto a su imagen corporal, formándose ésta desde la niñez y volviéndose trascendental para su desarrollo en la etapa de la adolescencia (Herscovici, 2004; citado en Galeano y Krauch, 2010).

En la actualidad los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública y endémica; generando preocupación a nivel mundial, captando el interés de los medios de comunicación y población en general, siendo la anorexia y Bulimia nerviosa más frecuentes en la adolescencia. (Gabilondo, 2009). De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA) a través del Manual estadístico DSM V (2014), los Trastornos de la Conducta Alimentaria son alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento que lleva a una variación en el consumo o en la absorción de los alimentos, siendo el foco principal la población adolescente femenina.

A nivel internacional éstos trastornos tienen mayor incidencia en países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En diferentes países como España se encontró una prevalencia de 4,11%, en Chile de 4%, y en Japón de 2,4% (Galindo, 2012). En el ámbito nacional según estadísticas del Ministerio de Salud (2017), revelaron que la prevalencia de trastornos alimenticios en adolescentes va en incremento y afecta a todos los sectores socioeconómicos, haciendo énfasis en las zonas urbanas del país, en especial en Lima metropolitana y Callao. En cuanto a la población de mujeres adolescentes; se evidenció por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses, como consecuencia se halló un 0.7% con Bulimia nerviosa y un 0.2% con Anorexia nerviosa.

La adolescencia es una población vulnerable debido a sus constantes cambios físicos y emocionales que se dan para la búsqueda de su identidad, siendo influenciados por los modelos estéticos corporales impartidos por la sociedad, generando así estereotipos de belleza los cuales son prevalentes en sociedades en las que se relaciona lo atractivo con la delgadez. (Cetraro, 2011; Palpan, 2007).

El Ministerio de Educación (MINEDU) en su programa curricular de educación secundaria (2016), mencionan tener en cuenta los riesgos a los que los adolescentes están expuestos y que pueden interrumpir su escolaridad, con la finalidad de tomar medidas preventivas y pertinentes según sus características y necesidades. Lo cual refiere que los cambios corporales significativos de carácter interno y externo que ejercen influencia decisiva en los procesos socioemocionales y cognitivos, exigen a la escuela adaptar el proceso educativo mediante la creación de espacios que permitan a los estudiantes expresar sus necesidades, y comunicarse con libertad, confianza y respeto considerando que se evidencia la inclinación hacia la práctica de actividades físicas y saludables; debido a la preocupación de su imagen corporal.

Ante lo mencionado es importante tener en cuenta a la población en riesgo antes del desarrollo de un trastorno. Identificar a la población en riesgo permite realizar un



diagnóstico precoz, aspecto fundamental en el tratamiento para evitar que se genere un trastorno, ya que en un futuro perjudicarían su salud física y emocional (Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán; 2015).

A partir de lo descrito, existen investigaciones a nivel nacional que indagan sobre esta relación, sin embargo, no se encuentran orientados en una población específica escolar femenina. Por otro lado, obtener mayor información acerca de esta relación es de relevancia, ya que los resultados contribuirían a identificar aspectos en esta etapa de la adolescencia que se encuentran atravesando, siendo un conjunto de situaciones que pueden afectar su salud mental, y favorecer la presencia del Riesgo de Trastornos de la conducta Alimentaria. Por tal motivo, la hipótesis general de la presente investigación determinó Si existe relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en un grupo de mujeres del nivel secundario en la institución educativa de Breña, Lima.

Este estudio está compuesto por cinco capítulos, los cuales son presentados en el siguiente orden. En el capítulo I se detalla la problemática de la investigación haciendo la justificación pertinente seguido de los objetivos e hipótesis. En el capítulo II se desarrollará la revisión teórica de las variables implicadas. En el capítulo III se detallará la metodología del estudio, el plan de recolección de los datos finalizando con los aspectos éticos. En el capítulo IV se analizará la implicancia de los resultados obtenidos contrastados con datos científicos. Finalmente, en el capítulo V se visualizarán la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## **CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

La Autoestima es la valoración de uno mismo que implica un juicio de valor y un estado emocional que lo acompaña, es por ello que sus niveles son relevantes dentro de la adolescencia para el desarrollo de una conducta alimentaria (Coopersmith, 1996; citado en Steiner, 2005).

Como consecuencia la autoestima como variable de estudio ha sido evaluada en diversos lugares y contextos; en Latinoamérica el 25% de niños y adolescentes entre 7 a 17 años poseen baja autoestima y el 23% aseguran que si volvieran a nacer les agradaría ser diferentes (Piñuel y Oñate, 2007; citado en Coras, 2011). En diversos estudios realizados en población adolescente respecto a la Autoestima, se evidencia que, durante la constante búsqueda de su identidad, estos han manifestado insatisfacción personal relacionada con la imagen corporal, generando la aparición de conductas alimentarias de riesgo. (Lora y Saucedo, 2006; citado en Fernández, 2017). Debido a ello la comunidad científica y terapéutica ha resaltado la importancia del estudio de la Autoestima, considerándola un factor relevante en el desarrollo emocional y cognitivo, las relaciones interpersonales y la salud mental (Steiner, 2005).

En el Perú, Avalos (2016) en Lima evaluó los niveles de la Autoestima en adolescentes mujeres entre los 12 a 17 años del nivel secundario, donde los resultados obtenidos encontraron que la edad media fue de 13 años, en el cual se identificó que el 45.5% obtuvo un nivel de autoestima promedio y el 14.7% autoestima baja. Además, el Instituto Nacional de Salud Mental (2011), realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar la situación de la salud mental en el Perú, conformada por 12,246 personas que viven en Lima, Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Pucallpa, Iquitos y Tarapoto, se obtuvo que el 21% de los niños entre 8 a 10 años sufre de depresión y baja autoestima y un 28% entre las edades de 12 a 17 años.

En las últimas cinco décadas los Trastornos de la conducta Alimentaria, se han incrementado; convirtiéndose en patologías a nivel mundial. (Wakeling, 1996; citado en Acevedo, 2008). Puesto que en los últimos años se ha evidenciado una mayor incidencia de los TCA a inicios de edades más tempranas. La pubertad y adolescencia están compuestas de cambios, tomando en consideración el género femenino, siendo éste un aspecto fundamental a tener en cuenta, debido a que existe mayor influencia de los medios de comunicación en cuanto al concepto de belleza, en el cual la realidad social es la mayor influencia para la construcción del ideal personal, siendo la base de los trastornos la insatisfacción de la imagen corporal (Cruz y Maganto, 2002).

Por su parte la National Eating Disorders Association (NEDA), en el 2016 en sus diversos estudios evidencia una alta prevalencia de los TCA en Europa, Reino Unido y Estados Unidos, en este último se realizó un estudio longitudinal a 496 mujeres adolescentes durante ocho años; en el cual se halló que un 5.2% presentaban Anorexia y Bulimia Nerviosa; cumpliendo con los criterios del DSM-V, American Psychiatric Association (2014). Además de reportar que la población que mantiene un tratamiento es de 27%, curación el 50% y un 23% convierte la enfermedad en crónica.

En cuanto a investigaciones realizadas en países latinoamericanos acerca de los RTCA, en Chile adolescentes de 13 a 18 años, mostraron que el 7,4% presento TCA, a partir de los 13 a 14 años presentaron obsesión por la delgadez. (Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011). En tanto en México, 273 adolescentes de 13 a 16 años, el 6% de las mujeres mostraron riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria; en cuanto a la distorsión de la autoimagen, la percepción de peso mayor al real fue de 8%. (Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013). Concluyendo que la prevalencia de riesgo de

trastornos alimentarios es mayor en mujeres, otorgando mayor significación a temas estéticos y la preocupación por el peso.

En el ámbito nacional, en el año 2017, el Ministerio de Salud (MINSA); obteniendo como principales resultados en la población adolescente; la existencia de una alta prevalencia de trastornos de la Conducta alimentaria principalmente en las zonas urbanas del Perú. En la ciudad de Lima y Callao existe un 6.0%, siendo más prevalente en la población femenina (7.1%), además de presentar conductas bulímicas en un 1.6%, así también; un 0.7% presenta Bulimia nerviosa y un 0.2% Anorexia nerviosa.

Los TCA tienen un origen multicausal, ya que el aspecto físico pasa a ser la carta de presentación. Uno de los factores predisponentes a los desórdenes alimenticios es el desarrollo de una baja autoestima, teniendo como características el ánimo negativo, insatisfacción corporal, estrés y patrones de pensamientos negativos, llegando a la conclusión que los desórdenes alimenticios están relacionados con la construcción de la autoestima. (Polivy y Herman, 2002; citado en Gabilondo, 2009). Así mismo, Rivarola (2003) observó que independientemente del peso que posee un adolescente, cuanto más inseguro esté de su aspecto físico; se generará una mayor distorsión de su imagen, un exceso en las dietas y preocupación por adelgazar y por consiguiente restricciones en sus alimentos.

Por lo tanto, la presente investigación versa en relación entre la Autoestima y el Riesgo de los trastornos de la Conducta Alimentaria durante la adolescencia, el cual constituye un problema de salud en el ámbito psicológico. De acuerdo a lo mencionado el objetivo principal es determinar la relación entre la Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre la Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de Autoestima en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?
- ¿Cuál es el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre la Autoestima Sí Mismo General y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre la Autoestima Social Pares y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?

- ¿Cuál es la relación entre la Autoestima Hogar Padres y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre la Autoestima Escolar y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?
- ¿Cuál es la relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?

### 1.3. Justificación de la investigación

La Autoestima y los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han convertido en un tema primordial en el campo de investigación científica y terapéutica a nivel mundial, por la importancia y las consecuencias en el desarrollo físico y psicológico del individuo. En cuanto a los TCA se reporta una alta prevalencia y una mayor incidencia a inicio de edades más tempranas; por otro lado, cabe resaltar que se encuentran registrados casos, a nivel nacional, de niños y adolescentes entre 8 a 17 años que sufren de baja autoestima (MINSA, 2017; Instituto Nacional de Salud Mental, 2011; Steiner, 2005; Cruz y Maganto, 2002).

El presente trabajo cuenta con relevancia teórica. En primer lugar, mediante la publicación de los resultados se contribuirá con el conocimiento científico en el campo de la psicología, debido a que estos hallazgos serán referencia para futuros trabajos de investigación. En segundo lugar, si bien se ha documentado la relación entre la Autoestima y el RTCA (Abanto y Adrianzen, 2008); dicho análisis no especifica la relación de cada una de las dimensiones de la autoestima con el RTCA. En ese sentido, este trabajo nos permitirá identificar no solo la relación global de la Autoestima con el RTCA, sino que además se llevará a cabo un análisis por dimensiones, de manera que futuros investigadores podrán beneficiarse con dicha información. Asimismo, en tercer lugar, los estudios realizados a nivel nacional respecto a ambas variables han sido realizados principalmente en el Departamento de Lima Metropolitana en los distritos de Lima Este, Ate – Vitarte y San Juan de Lurigancho (Fernández, 2017; Castillo, 2010); Lima Centro, Rímac y La Victoria (Avalos, 2016; Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán, 2015); Lima Norte, Independencia y Los Olivos (Díaz y Molina, 2013; Tovar, 2010); Lima Sur, Villa María del Triunfo (Galindo, 2012) y en el distrito del Callao (Borjas, 2017); sin embargo, no se identificaron estudios de esta naturaleza llevados a cabo precisamente en el distrito de Breña, en lo cual consiste el aporte de esta investigación. El trabajo tiene un impacto social, sobre todo en el ámbito educativo, ya que son las estudiantes que se beneficiarán con la investigación, a través de la información que se recopilará, luego de finalizar el análisis de los resultados se emitirá un informe de la evaluación a la institución educativa, por medio de esta información; las autoridades podrán realizar talleres y estrategias preventivas promocionales direccionado por el departamento de psicología de dicho establecimiento, dirigidos principalmente a aquellos estudiantes que se encuentren en riesgo. Asimismo, al notificar a la institución acerca de los posibles casos de RTCA.

En cuanto al valor metodológico, pese a que este estudio no fue realizado con fines psicométricos, se realizó un análisis de fiabilidad para ambos instrumentos, el cual consideramos que es de valor para futuras investigaciones acerca del comportamiento del instrumento.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de Autoestima en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Identificar el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Determinar la relación entre la Autoestima Sí Mismo General y el Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Determinar la relación entre la Autoestima Social Pares y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Determinar la relación entre la Autoestima Hogar Padres y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Determinar la relación entre la Autoestima Escolar y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Determinar la relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

## **1.5. Hipótesis**

### **1.5.1. Hipótesis General**

- Hi: Existe relación entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Ho: No existe relación entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

### 1.5.2. Hipótesis Específicas

- Hi: Existe relación entre la Autoestima Sí mismo General y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Ho: No existe relación entre la Autoestima Sí mismo General y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
  
- Hi: Existe relación entre la Autoestima Social Pares y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Ho: No existe relación entre la Autoestima Social Pares y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
  
- Hi: Existe relación entre la Autoestima Hogar Padres y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Ho: No existe relación entre la Autoestima Hogar Padres y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
  
- Hi: Existe relación entre la Autoestima Escolar y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en grupo de mujeres del nivel secundario en la institución educativa de Breña.
- Ho: No existe relación entre la Autoestima Escolar y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
  
- Hi: Existe relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.
- Ho: No existe relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Internacionales:

En el contexto internacional, Loor y Patiño (2017) realizaron un estudio con el propósito de determinar la relación de las Conductas Alimentarias con la Imagen corporal y Autoestima. La muestra estuvo conformada por 166 adolescentes ecuatorianos, 91 varones y 75 mujeres entre 15 a 19 años. El tipo de estudio fue observacional, analítico y trasversal, con un muestreo probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT 26), el Test de la Figura Corporal (BSQ) y el Cuestionario de evaluación de la Autoestima para alumnos de la enseñanza secundaria (CEA). Los resultados presentaron que se encontró relación estadísticamente significativa entre imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo ( $p= 0.000$ ), de la misma manera una relación significativa con la Imagen Corporal y la variable sexo ( $p = 0.003$ ). En la muestra, el mayor porcentaje de estudiantes que tiene Conductas Alimentarias de Riesgo son mujeres 6.6%, el 9.6% está preocupado por su imagen corporal y el 64.5% tiene autoestima en riesgo; evidenciando que este tipo de trastornos se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

Pérez (2014) realizó un estudio con el propósito de determinar la relación entre el Estado nutricional, la autoestima y las Conductas alimentarias de los adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 749 adolescentes guatemaltecos del nivel secundario entre 15 a 17 años, divididos en 350 mujeres y 399 varones de diferentes instituciones educativas (dos colegios públicos y dos privados). El tipo de estudio fue descriptivo, trasversal, un muestreo aleatorio simple. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico, una Hoja de modelos Anatómicos, el Test de Autoestima y un Cuestionario de conductas alimentarias. Los resultados obtenidos presentaron que existe correlación inversa ( $\rho=-.181$ ) entre Autoestima y las Conductas Alimentarias; de la misma manera, una correlación inversa ( $\rho=-.144$ ) entre Autoestima y la autopercepción. En la muestra el 4.4% de los adolescentes presentaron riesgo de sufrir algún trastorno alimentario, demostrando que el sexo femenino es el más propenso a padecer de algún trastorno representando el 3.3%. Además, se observó que los adolescentes se perciben con más peso de lo que en realidad tienen (31.7%), mientras que el 4.4% se perciben con menor peso de lo que en realidad tienen distorsionando así su imagen.

En tanto Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de los trastornos de la alimentación en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 273 adolescentes mexicanos de 13 a 16 años del segundo y tercero de secundaria, siendo 135 varones y 138 mujeres. Fue un tipo de estudio observacional, prospectivo, trasversal y descriptivo con un muestreo no aleatorio a conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico, el Test de conductas alimentarias (EAT 26) y la Escala de evaluación de la Imagen corporal. Los resultados obtenidos fueron que el 6% de las mujeres mostraron riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria; en cuanto a la distorsión de la autoimagen, la percepción de peso mayor al real fue de 8%; concluyendo que la población femenina mostró conductas alimentarias patológicas, así como mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen.

Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley (2013) realizaron una revisión con el propósito de determinar los Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios. Es una revisión de la literatura, donde utilizaron diversos aportes teóricos e

investigaciones a nivel nacional e internacional. Los resultados de la búsqueda sobre TCA y familia, indican que los principales tópicos investigados son el funcionamiento familiar, relaciones hija-padres, experiencias estresantes, psicopatología familiar, actitudes y conductas hacia el peso, alimentación e imagen corporal en las familias afectadas. Concluyendo la diversidad de las familias con TCA y la compleja combinación de factores familiares asociados a la psicopatología alimentaria.

Por otro lado, Cetraro (2011) realizó un estudio con el propósito de relacionar los Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes. La muestra fue conformada por 40 mujeres adolescentes de la comunidad de Alvear – Argentina de 14 a 16 años del nivel secundario, 20 alumnas del segundo año y 20 del tercer año de secundaria. El tipo de investigación fue cuantitativo y cualitativo, su diseño no experimental, transversal. Los instrumentos que utilizaron fueron un Cuestionario sociodemográfico, el Test de Autoestima AF 5, el Test de Autoconcepto forma 5, el Test de la figura humana y un Cuestionario de conductas alimentarias creado para la investigación. Los resultados mostraron que los puntajes de riesgo de trastornos de alimentación se asocian positivamente con la distorsión de la imagen corporal ( $r=.557$ ,  $p>.01$ ) y negativamente con la autoestima familiar ( $r= -.339$ ,  $p>.05$ ) y con la autoestima física ( $r= -.406$ ,  $p>.01$ ). Y a la vez la autoestima familiar se asocia positivamente con la autoestima física ( $r= .599$ ,  $p>.01$ ). Mostrando que el 72,5% de las adolescentes piensan mucho en su cuerpo, afirmando sentirse gorda (52,5%) y disconforme con alguna parte de su cuerpo (77,5%). La muestra puntuó un 51% en autoestima baja y media baja, denotando el grado de insatisfacción que poseen. Así como, el 77,5% de los dibujos realizados por las adolescentes presentaron problemas de proporción, encontrado omisión de alguna parte del cuerpo (20%).

Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2011) realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar la Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 1429 adolescentes chilenos de 13 a 18 años del primero a cuarto año de secundaria, los cuales 595 fueron hombres y 835 mujeres de instituciones públicas, subvencionados y privados. El tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo y transversal. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico y el Eating Disorder Inventory (EDI). Los resultados mostraron que el 7,4% de la población presentó TCA, siendo las mujeres las de mayor puntuación. En relación con la edad, los adolescentes entre 13 a 14 años puntúan más altos en los ítems que componen la dimensión obsesión por la delgadez, miedo a la madurez e ineficacia, lo cual es explicado por características propias de la etapa evolutiva. Sin embargo, en dimensiones claves, como lo es la de bulimia, es el grupo entre 15 a 16 años el cual puntúa más situando a este grupo con un mayor riesgo. Concluyendo que la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios es mayor en mujeres, otorgando mayor significación a temas estéticos, a la búsqueda de delgadez y con preocupación por el peso.

Faour (2010) realizó una investigación con el objetivo de determinar la Influencia de los medios de comunicación en la aparición de Anorexia y Bulimia nerviosa en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres adolescentes argentinas de 15 a 18 años. Fue un muestreo de tipo probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico, el Instrumento de la Influencia de la Televisión creada para la investigación y el Instrumento de conductas Alimentarias (ICA). Los resultados mostraron que existe relación positiva en la influencia de los medios de comunicación, en especial la televisión, en las jóvenes adolescentes, siendo factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia y Bulimia nerviosa). Se evidenció que las adolescentes realizaban comparaciones con su propio cuerpo (67.2%), siguiendo los patrones de belleza (60.7%) impartidos con mayor influencia en la televisión (66.6%). Debido a que presentaban conceptos negativos de



sí misma (57.5%), deseando así ser más delgada de su contextura normal (66.3%), sintiendo culpa al ingerir, dulces o alimentos grasos (85%).

En tanto, Moreno y Ortiz (2009), realizaron una investigación correlacional que tuvo como objetivo determinar la relación de los Trastornos Alimentarios con la Imagen Corporal y la Autoestima en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 298 adolescentes mexicanos del nivel secundario de una institución educativa pública, el cual estuvo conformado por 153 mujeres y 145 varones entre 12 y 14 años. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario de datos sociodemográficos, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT 40), el Cuestionario de la figura corporal (BSQ), y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para alumnos de enseñanza secundaria (CEA). En cuanto a los resultados obtenidos se encontró una relación positiva significativa ( $p < .05$ ) entre la conducta de riesgo de trastorno alimentario y la imagen corporal, así como, una relación significativa negativa entre trastornos alimentarios y autoestima, ubicándolos a ambos sexos en un nivel de autoestima media baja. Concluyendo que las mujeres tienen mayor tendencia de padecer un TCA (12%) que los hombres (4%), no obstante, éstos también presentan riesgo, lo que denota una mayor proporción de casos clínicos en mujeres. De igual manera, en cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal se observó que las mujeres presentan mayor preocupación conforme avanza su edad siendo una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios encontrándose estrechamente relacionados con la preocupación por su imagen corporal y baja autoestima.

### **2.1.2. Nacionales:**

Borjas (2017), realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundaria. El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de investigación fue no experimental de corte transversal. Por otro lado, la población estuvo constituida por 96 estudiantes mujeres del nivel secundario de la I.E.P. “José Olaya Balandra” – Callao. El tipo de muestreo fue no probabilístico. El instrumento utilizado fue “Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación” (EAT- 26)”. Los resultados mostraron que el 37% mantenía un riesgo de trastorno de conducta alimentaria (33 casos), teniendo mayor participación el factor dieta al tener mayor presencia en los niveles alto y medio alto de alrededor de 50%, seguido del factor control oral con una presencia en los niveles medio alto y alto de 48% y por último el factor bulimia con niveles medio alto y alto de 39%.

Fernández (2017), realizó una investigación que tuvo por objetivo determinar la relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario. El tipo de estudio fue no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 alumnas de 13 a 17 años, de 3ro a 5to año de una Institución educativa mixta del distrito de Ate – Vitarte. El tipo de muestreo fue probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario Body Shape Questionnaire (B.S.Q) y el Test Eating Attitudes Test – 26 (EAT- 26). Los resultados mostraron que existe relación entre la Percepción de la Imagen Corporal y síntomas y preocupaciones características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en muestras no clínicas. Así también que un 63,2% de alumnas en riesgo de la alteración de la imagen corporal presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Sin embargo, al relacionar la percepción de la imagen corporal con la dimensión “dieta” no se halló relación. Por otro lado, se encontró relación significativa entre la percepción de la imagen y la dimensión “Bulimia y preocupación por la comida” ( $p$ -valor 0,0001). Del mismo modo se encontró relación entre la percepción de la imagen corporal y la dimensión “Control oral” teniendo como resultado ( $p$ - valor 0,0001).

En tanto, Avalos (2016), realizó una investigación cuantitativa de tipo no experimental, descriptivo y de corte trasversal que tuvo como objetivo determinar los niveles de la Autoestima en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 325 adolescentes mujeres entre los 12 a 17 años del nivel secundario de una institución educativa pública ubicada en el distrito del Rímac. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Autoestima de Rosemberg. En cuanto a los resultados obtenidos se encontró que la edad media fue de 13 años donde se identificó que el 45.5% obtuvo una autoestima media, el 39.7% una autoestima alta y el 14.7% restante tuvo una autoestima baja. De igual manera, se identificó que en las dimensiones de auto aceptación y auto respeto la mayoría de las adolescentes presenta una autoestima baja.

Por otro lado, Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán; (2015) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar si existe asociación entre los modelos de imagen corporal mostrados por los medios de comunicación y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estuvo conformada por 483 adolescentes mujeres entre 12 y 17 años de edad pertenecientes a tres centros educativos; quienes, cursaban entre el primer y quinto año de secundaria del distrito de La Victoria (Lima). Se realizó un tipo de estudio de corte trasversal analítico. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT 26) y el Cuestionario sobre Actitudes Socioculturales con respecto a la Apariencia (SATAQ-3). Los resultados mostraron que un 13,9% de la población de alumnas presentaron riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. No se identificó una asociación entre año de estudio, colegio, edad e IMC y el riesgo de padecer TCA ( $P < 0,05$ ). Sin embargo, sí se encontró asociación entre los puntajes del SATAQ-3, y el riesgo de TCA. Así también; se observó que presentan mayor riesgo de TCA aquellas estudiantes que reciben mayor influencia de los medios de comunicación.

Díaz y Molina (2013) realizaron una investigación con el objetivo de determinar el riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de secundaria. La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo comparativo, de corte trasversal; con una muestra conformada por 326 adolescentes entre 13 a 17 años; de los cuales 150 pertenecieron a una institución Privada y 176 a una pública del tercero a quinto de secundaria del distrito de los Olivos – Lima. El instrumento utilizado fue el cuestionario EAT-26 y como técnica de investigación; la encuesta. Los resultados mostraron que los adolescentes de una institución educativa pública tienen mayor riesgo de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria (16%), en comparación a una institución privada (10%). Por otro lado, existe un mayor riesgo de presentar TCA en las adolescentes de sexo femenino de ambas instituciones. Así también en el presente estudio, en la dimensión Control Oral (30% en instituciones públicas y 16% en instituciones privadas) es una de las conductas de riesgo más utilizadas por los adolescentes de ambas Instituciones Educativas. Finalmente, los adolescentes de ambos colegios que pertenecen a una estructura familiar monoparental presentan mayor riesgo de presentar TCA.

Franco (2013) realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar la relación entre el estrés y la sintomatología de los trastornos alimenticios. La muestra estuvo conformada por 208 estudiantes varones y mujeres entre los 14 y 18 años de edad que cursaban el cuarto y quinto año de secundaria de colegios privados de Lima Metropolitana. El tipo de estudio fue correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria EDI-2 y el Cuestionario de Problemas PQ. En los resultados del estudio se halló que en las mujeres presentan correlación directa entre los síntomas más representativos del TCA en los niveles de insatisfacción corporal, comportamientos bulímicos y la obsesión por la delgadez, y que a su vez; esto se relaciona con un mayor grado de estrés; a partir de problemas con el futuro, problemas con sus pares, padres, en el ámbito interpersonal, relaciones amorosas y a sí mismo.

Además, se evidencia que son las mujeres quienes presentan mayor sintomatología relacionada a los Trastornos Alimenticios y mayores niveles de estrés. Por otro lado, se obtiene que los adolescentes con IMC sobrepeso están más insatisfechos con su cuerpo; y los que presentan IMC normal perciben como estresores las situaciones problemáticas en el ámbito interpersonal.

Galindo (2012), realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar los factores influyentes en el riesgo de Anorexia Nerviosa en adolescentes. El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal – correlacional y comparativo. La población estuvo conformada por 494 estudiantes de 11 a 19 años del 1ro al 5to de Secundaria del colegio Julio C. Tello (estatal) y 148 estudiantes de 1ro al 5to de secundaria de la I.E.P María de los Ángeles (particular), siendo un total de 642 estudiantes. La muestra fue de 296 adolescentes, 148 de ambas instituciones. El muestreo utilizado fue probabilístico de azar simple. Por otro lado, los instrumentos utilizados fueron una encuesta y un cuestionario; el cual está basada en el EAT- 40, EDI-2, Inventario sobre Trastornos Alimentarios. Los resultados fueron evaluados por el Coeficiente de Correlación Kuder-Richardson obteniéndose 0.82 que indica significancia estadística  $P < 0.05$ . Así también se evidencia que en la adolescencia temprana de 11 a 14 años (26%), sexo femenino (28%), con IMC bajo (38.6%), antecedentes de sobrepeso (30.5%), influencia de la televisión (46.6%), conocimiento bajo acerca de la enfermedad (25.1%), mala relación con los padres (34.6%), padres autoritarios (39.5%), percepción alterada de la imagen (40.3%) y un nivel bajo de autoestima (20.9%) presentan Riesgo alto de padecer Anorexia Nerviosa en ambas instituciones.

Castillo (2010), realizó un estudio que tuvo por objetivo analizar la relación entre la autoestima, ambiente familiar, depresión y riesgo suicida en adolescentes. El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional multivariante y el diseño de investigación no experimental. La población estuvo constituida por 416 escolares de un colegio estatal del distrito de San Juan de Lurigancho. La muestra estuvo conformada por 256 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes al cuarto y quinto de secundaria, con edades entre 14 y 18 años. Los instrumentos utilizados fueron; el inventario de Autoestima de Coopersmith, la Escala de Depresión de Zung, la Escala Apgar de funcionalidad familiar y el Cuestionario de Indicadores de Riesgo. Por otro lado, los resultados mostraron que la variable autoestima es fue un factor predictor de mayor relevancia del riesgo suicida en los adolescentes de ambos sexos ( $p < 0.01$ ), teniendo una relación negativa moderada, así como el ambiente familiar y el riesgo suicida. Así también que el 26.6% de ellos, presenta un nivel bajo de Autoestima, es decir al alrededor de la cuarta parte. Por otro lado, el 49.6% presenta niveles de depresión (moderado – severo) y 56.3% de ellos menciona pertenecer a un entorno familiar disfuncional. Finalmente se determina que un 18% de los adolescentes evaluados presenta nivel alto de riesgo suicida teniendo como problemas la falta de apoyo social y familiar, la impulsividad, desesperanza y depresión; como consecuencia hay adolescentes que han tenido ideas y que han intentado suicidarse alguna vez en su vida.

En tanto, Tovar (2010), realizó una investigación de tipo cuantitativo, método descriptivo y corte trasversal que tuvo como objetivo determinar el nivel de Autoestima y las prácticas de conductas saludables en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 183 adolescentes entre 15 a 19 años del 3ro, 4to y 5to del nivel secundario de ambos sexos, 101 varones y 82 mujeres de una institución educativa pública ubicada en el distrito de Independencia. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de fichas sociodemográficos, el Inventario de la Autoestima forma escolar de Coopersmith y el Inventario de Prácticas de conductas saludables. En cuanto a los resultados obtenidos la edad promedio es de 15 años, el 59% de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio y el 30% nivel bajo. En cuanto a las dimensiones General, Escolar y

Hogar - padres, de la autoestima el 69% presentan nivel medio, mientras que el 65% presentan nivel de autoestima bajo en la dimensión Social. El 66% refieren practicar conductas orientadas hacia el cuidado de su salud; sin embargo, el 34% no realiza cuidados.

Abanto y Adrianzen (2008), realizaron una investigación de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal, que tuvo como objetivo determinar la percepción de la Imagen Corporal y nivel de Autoestima en la predicción del Riesgo a Trastornos de conductas Alimentarias en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 132 adolescentes mujeres de 11 a 19 años del nivel secundario de una institución educativa privada ubicado en el departamento de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sobre percepción de la Imagen corporal (BSQ), el Inventario de Autoestima Forma escolar de Coopersmith y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT 26). En los resultados se obtuvo que el 66.7 % de las adolescentes se encuentran satisfechas con su imagen corporal; el 50.8 % tienen autoestima alta y un 48.5 % autoestima media; un alto riesgo de TCA (13.6%), como consecuencia el 86.4 % presentan bajo riesgo a trastornos de conducta alimentaria. Concluyendo que una mayor insatisfacción con la imagen corporal predice un mayor riesgo a TCA (correlación positiva) y, así también un mayor nivel de autoestima predice un menor riesgo a TCA (correlación negativa), existiendo relación estadística significativa ( $p = 0.00 < 0.05$ ) entre todas las variables.

Palpan, Jiménez y Garay (2007) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginales de Lima. El tipo de investigación fue descriptivo, comparativo y correlacional de tipo multivariante. La muestra fue de 180 alumnos de ambos sexos entre 14 y 18 años pertenecientes al cuarto y quinto año de secundaria residentes de una zona urbana popular de Lima. Por otro lado, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Auto informes de Actitudes y Síntomas de los Trastornos Alimenticios - Adaptada (EAT – 26), la Escala de Autoconcepto forma 5 (AF 5), Depresión y Ansiedad: Escala de Golberg (EADAC) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar. Los resultados obtenidos muestran que las mujeres presentan un mayor porcentaje en la presencia de los trastornos de alimentación (25.6%) que en los hombres (19.4%), y en cuanto a riesgo un 20.5% (mujeres al igual que varones). En cuanto a los factores psicosociales asociados a los TCA se evidencia que la ansiedad y la disfunción familiar se asocian de forma positiva y en relación al auto concepto es asociado negativamente. Concluye que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo en ambos sexos, siendo la ansiedad predominante en varones y la depresión en mujeres. Por otro lado, el auto concepto resultó ser un factor protector.

Rivera (2007) realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar la relación entre los conocimientos y las conductas de riesgo en la Anorexia Nerviosa. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo correlacional de corte trasversal. La población estuvo conformada por 6444 estudiantes del 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas estatales del distrito de Comas – Lima. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo probabilístico por conglomerados aleatorio simple conformada por 661 estudiantes entre los 14 y 16 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario de escala modificada tipo Likert relacionado a conocimientos y conductas de riesgo de anorexia nerviosa de acuerdo a dimensiones e indicadores. Los resultados obtenidos en el estudio determinaron que existe una relación significativa inversa (negativa)  $-0.594^{**}$  entre conocimientos y conductas riesgosas de Anorexia Nerviosa y con la dimensión familiar, es decir que a menor conocimiento o ambiente familiar; mayores serían las conductas riesgosas de AN en los adolescentes. Por otro lado, en cuanto al nivel de conductas riesgosas de AN se observa que un 62.6% tienen un nivel de conocimiento medio y de mediano riesgo, así mismo en las diferentes dimensiones:

alimentaria el 10.9%, dimensión psicoemocional el 10.2%, dimensión sociocultural el 11.3% y la dimensión familiar donde existen problemas en el hogar y los padres no permiten el desarrollo de la toma de decisiones presentan un nivel de conocimiento bajo y de alto riesgo.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Autoestima**

Para la Autoestima se tomó en cuenta la teoría de Coopersmith, que se encuentra citado en la investigación de Steiner (2005):

Coopersmith (1996); define a la autoestima como la evaluación que el individuo tiene con respecto a sí mismo, que va desarrollándose desde la infancia, y que a su vez es expresada a través de una actitud de aprobación o desaprobación; en función a lo aprendido de su entorno familiar y social.

#### **2.2.1.1. Teoría explicativa**

##### **Teoría de Coopersmith: Formación del Autoestima**

Coopersmith (1996); señala que la autoestima se va desarrollando al mismo nivel en que se da el desarrollo humano tanto exterior como interiormente. Desde su infancia en relación a lo que considera importante, siendo aprendido por el contexto familiar, escolar y social. Este autor afirma que la formación de la autoestima empieza a los seis meses de edad, cuando el bebé logra percibirse como un todo diferente al entorno en que se encuentra, y que son las experiencias que vive, las personas que lo rodean y las exploraciones de su cuerpo; lo que propicia que el individuo comience a elaborar el concepto de sí mismo.

Posterior a esto, el proceso de aprendizaje continua; por lo que alrededor de los tres años hasta lo cinco, el sujeto tiende a comportarse de forma egocéntrica, lo que conlleva el desarrollo del concepto de posesión. Es durante esta etapa; que se hace esencial que los padres provean a sus hijos de experiencias positivas, buenas relaciones de independencia y que ejerzan de buena forma la autoridad; contribuyendo así con la formación de la autoestima. Luego, a los seis años de edad se da inicio a las experiencias dentro del ámbito escolar y el sujeto establece relaciones con su grupo de pares y empieza la necesidad de adaptación al entorno. Finalmente, alrededor de los ocho y nueve años el individuo ya tiene establecido su nivel de auto apreciación y ésta es mantenida de forma relativa en el tiempo.

#### **2.2.1.2. Características de la Autoestima**

- La autoestima es relativamente estable en el tiempo, pero las diferentes experiencias de la persona, como el sexo, edad y otras condiciones que delimitan el rol sexual, podrían generar cambios en ella.
- La individualidad de la Autoestima es resultante de la autoevaluación basada en sus capacidades, rendimientos y atributos, dado a los estándares personales.
- No es requisito indispensable para la autoestima que el individuo tenga consciencia de sus actitudes hacia sí mismo, ya que los expresaría a través de sus gestos, postura, voz y su apreciación personal.

### 2.2.1.3. Dimensiones del Autoestima

Los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas dimensionales.

- **Dimensión: Si Mismo General**  
Está referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a si mismo, dando a conocer el grado en que se siente seguro, capaz, valioso y significativo.
- **Dimensión: Social Pares**  
Evalúa la participación y el liderazgo en diversas actividades frente a individuos del mismo grupo de edad. Así también mide el grado en el que el sujeto se muestra abierto y firme al dar sus puntos de vista, dándolos a conocer sin limitación alguna.
- **Dimensión: Hogar Padres**  
Mide el grado en que el sujeto se siente aceptado por su entorno familiar; es decir, en qué medida es respetado, amado y comprendido por cada uno de los miembros de su familia.
- **Dimensión: Escolar**  
El individuo se evalúa a sí mismo en cuanto a su desempeño en el área escolar o académica, tomando en cuenta su productividad, capacidad; emitiendo un juicio personal expresado en actitudes.

### 2.2.1.4. Niveles del Autoestima

Por otro lado, plantea que la Autoestima posee tres niveles: alta, promedio y baja autoestima, los cuales con el transcurrir del tiempo pueden verse susceptibles a aumentar o disminuir dependiendo de la aceptación o autoconciencia del individuo. (Coopersmith, 1995; citado en Hiyo, 2018).

- **Alta Autoestima:** Es el individuo que se caracteriza por ser expresivo, activo, líder, con una confianza y seguridad en sí mismo para resolver sus propios conflictos, mostrándose resilientes. Creen en sus capacidades, buscan madurar, evolucionar y mejorar. Este nivel de autoestima considera dos sentimientos para consigo mismo: la capacidad y el valor. Los sujetos con un nivel de autoestima positivo adquieren actitudes de respeto con ellos mismos y con los demás. Respecto a:

**Si mismo general:** Es la apreciación que el sujeto tiene acerca de si mismo, denota barreras de defensa frente a opiniones negativas, les da importancia a sus cualidades y tiene opiniones sanas de sí mismo.

**Social Pares:** El sujeto muestra interés y confianza en cuanto a establecer relaciones interpersonales, es de su agrado mostrarse popular dentro del grupo social al que pertenece.

**Hogar Padres:** La persona se siente amada, aceptada y segura dentro de su entorno familiar, tiene un adecuado desenvolvimiento y puede manifestar con libertad sus opiniones.

**Escolar:** Son individuos perseverantes en sus objetivos dentro del ámbito académico, mostrándose empeñosos en tareas escolares, son hábiles para aprender.

- **Promedio Autoestima:** Los individuos tienen confianza en sí mismos, sin embargo, en ocasiones suelen sólo mostrarse fuerte ante lo demás, pero por dentro sienten gran temor, y sentirse indecisos teniendo en cuenta que la autoestima tiene una base sólida pero que con el pasar del tiempo puede ir desarrollándose, haciendo fuerte y en determinados momentos disminuir por decepciones o frustraciones. Respecto a:

**Si Mismo General:** Es evidenciable la forma de sostenerse frente a su autoevaluación y diversas circunstancias.

**Social Pares:** Logra adaptarse e incluirse en el ámbito social.

**Hogar Padres:** Muestra cualidades de los niveles altos y bajos.

**Escolar:** En situaciones cotidianas mantiene sus niveles altos, sin embargo, en circunstancias de conflicto o riesgo muestran actitudes de nivel bajo.

- **Baja Autoestima:** Son aquellos individuos sin iniciativa, manteniendo una percepción negativa de la vida, sienten rechazo y desprecio hacia sí mismos, caracterizándose por ser vulnerable a la crítica, incapaces de decir “no” por miedo al rechazo, se exigen en gran medida, exageran sus errores, se angustian y decepcionan con facilidad, y se muestran negativos en todos los ámbitos de su vida. Respecto a:

**Si Mismo General:** El sujeto muestra sentimientos negativos sobre sí mismo, es inseguro y se frustra con facilidad.

**Social Pares:** El individuo intenta buscar aprobación social en cuanto a su propio punto de vista negativo hacia sí mismo, y al no hallarlo, se esmera por encontrarlo; volviéndose una necesidad por conseguirlo. Por ende, siente afinidad por las personas que lo acepten.

**Hogar Padres:** Se sienten rechazados, fríos e indiferentes dentro del entorno familiar, siempre distante de la familia, mostrando actitudes negativas.

**Escolar:** Se caracterizan por ser carentes de entusiasmo en actividades dentro del ámbito académico, ausencia de interés por efectuar tareas individuales o en equipo, no cumplen con las reglas establecidas, y tienen un rendimiento bajo.

#### 2.2.1.5. Componentes de la Autoestima

La autoestima consta de cinco importantes componentes: (Umbert, 2014; citado en Huaylinos, 2018).

- **Auto conocimiento:** Definido como la capacidad de conocer el sentir, el pensar y el actuar del individuo; reconociendo las habilidades, necesidades y debilidades que atraviesa, así también de cómo está compuesto el YO.
- **Auto concepto:** Es el conjunto de ideas, creencias e imágenes que se van construyendo a partir de la interacción dentro de las relaciones interpersonales. Por

otro lado, también implica las percepciones que lo demás tienen sobre el individuo, de cómo debería de ser y la imagen de cómo el individuo quisiera tener de sí mismo.

- **Auto valoración:** Conceptualizada como la capacidad intrínseca que posee el individuo para calificar diferentes acontecimientos en su vida y considerarlas de dos formas “buenas” o “malas”. La primera de ellas permitirá que el sujeto crezca y aprenda, y la segunda hará que la persona se sienta devaluado e incompetente, todo ello dependerá del desarrollo de cada individuo y las características psicológicas que posee en función de cómo se perciba.
- **Auto aceptación:** Consiste en que el sujeto va adquiriendo y formando un concepto de sí mismo y ello conlleva a determinar las diversas formas en las que éste se trata, se habla, se motiva o desmotiva.
- **Auto respeto:** Tiene como base el conocerse; atendiendo y dándole importancia a la satisfacción de necesidades y valores personales, manifestando de forma conveniente las emociones y sentimientos.

#### 2.2.1.6. Factores que influyen en la autoestima

Núñez (2016), desarrolla tres principales factores considerando los contextos más cercanos al individuo; influyentes en el proceso de desarrollo de la autoestima:

- **La familia:** El entorno familiar está asociado a la autoestima puesto que influye en el desarrollo psicológico – social. En primer lugar, las relaciones familiares, así como las valoraciones que hagan con respecto a su persona (positivas o negativas) y todo lo que el individuo recepcione, observe y comparta en este contexto, tendrán gran influencia en la formación de su auto concepto. En segundo lugar, el autor enfatiza los estilos parentales educativos que desarrollan los padres con sus hijos, considerando que los estilos autoritarios, permisivos e indiferentes, crearán en el individuo aspectos negativos, como una elevada exigencia hacia sí mismos, conllevando a sensaciones de frustración. En contraste con estos estilos, se encuentra el estilo parental democrático; que se caracteriza por niveles altos de afecto, comunicación, fijados en normas, refuerzos y castigos en función de la conducta, que ayudará a la construcción de una buena autoestima. En tercer lugar, la construcción de un adecuado vínculo de apego es fundamental para una sana autoestima, siendo ésta propia de individuos capaces de tolerar críticas, sin que ello logre cambiarla.
- **La escuela:** Los centros educativos son considerados como un segundo agente en educación, por ello, el personal de educación puede favorecer u obstaculizar el proceso de desarrollo personal, el cual se relaciona con el proceso de formación del auto concepto; puesto que todas aquellas valoraciones que recepcione el individuo, por parte de docentes, compañeros de clase, serán tomados en cuenta por el estudiante y se relacionará con la imagen que vayan creando de sí mismos, influyendo así en la construcción de la autoestima.
- **La sociedad:** El contexto social cumple un rol importante para los individuos, puesto que, a raíz de la cultura, la familia asume diversas pautas, posturas, creencias y estilos de convivencia que son transmitidos a quienes son parte de la familia, determinando la personalidad de cada uno. Así también las personas se ven así mismas desde el punto de vista de los grupos al que pertenece y participa; por lo que toda opinión influirá de forma favorable o desfavorable en la personalidad y desarrollo de la autoestima.



## 2.2.2. Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

### Riesgo

Es la probabilidad o proximidad de padecer una patología alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa. Este riesgo se evalúa por la presencia de un desmedido miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo y la predisposición a tener pensamientos o actitudes negativas hacia la comida que conlleva al control de alimentos y la realización de dietas (Abanto, 2008).

### Trastorno de la Conducta Alimentaria

Según el DSM V (2014), los Trastornos de la Conducta Alimentaria son alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento que lleva a cambios en el consumo de los alimentos, causando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

En el Trastorno de la Conducta Alimentaria, el pensamiento se va distorsionando, siendo primordial en el individuo el peso y la alimentación, como desenlace si se infringe algún tipo de regla con respecto a la alimentación, la persona empieza a sentir culpa, llegando a perjudicar las relaciones interpersonales en los adolescentes. (Palpan et al, 2007).

### 2.2.2.1. Criterios Diagnósticos

Según DSM V (2014):

- **Anorexia Nerviosa**

Es un trastorno en donde existe un deseo irrefrenable por alcanzar la delgadez caracterizándose por una pérdida significativa del peso corporal, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

#### Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa

**A.** Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes.

**B.** Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

**C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

**Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

**Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15–15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

- **Bulimia Nerviosa**

Es un trastorno que se caracteriza por episodios de ingesta incontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensadoras para evitar los efectos de la gran cantidad de alimento que se ha consumido.

### **Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa**

**A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

**B.** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

**D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

**E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

**Leve:** Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Moderado:** Un promedio de 4 –7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Grave:** Un promedio de 8 –13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

#### 2.2.2.2. Teoría Explicativa

Para los Trastornos de la Conducta Alimentaria se tomó en cuenta la teoría de Garner y Garfinkel, que se encuentra citado en la investigación Unikel, Díaz y Rivera (2017).

#### Modelo Multifactorial de Garner y Garnfinke

Garner y Garfinkel (1982), en su modelo multifactorial plantearon que en la Anorexia y Bulimia Nerviosa incluyen factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de carácter biológico, familiar, psicológico y social.

Sin embargo, el hecho de tener una lista de factores predisponentes no implica que las personas estén en Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria, así como, en aquellos que se desarrolle sólo algunos de dichos factores estará presente el desarrollo de un TCA y se relacionará de manera particular en cada caso.

#### 2.2.2.3. Factores

- **Factores predisponentes:** Al nivel individual, lo más importante es la edad (adolescencia: etapa de vulnerabilidad, de riesgo) donde se dan los procesos cognoscitivos, el género enfatizando población femenina la cuales son más propensas de internalizar el ideal estético, la preocupación por la autonomía y la identidad.

Al nivel familiar, influyen los antecedentes familiares, la predisposición genética, las características de los padres (sobreprotectores, separados, críticos, rígidos), el nivel de afectividad, la relación y experiencias con cada uno de ellos.

A nivel cultural, la influencia de sus pares, el modelo de belleza, comentarios, influencia de los medios, conlleva a la presión social para alcanzar la delgadez como sinónimo de éxito y la expectativa de desempeño a nivel escolar o profesional.

- **Factores precipitantes:** Engloba la autoestima, el auto concepto, la evaluación dadas por los cambios en la figura corporal, en tanto al peso y tamaño. La exigencia del entorno influirá para que se lleve a cabo conductas negativas.
- **Factores perpetuantes o mantenedoras:** Está relacionado con las características de la personalidad del individuo, rasgos psicológicos como el perfeccionismo, la percepción negativa sobre su cuerpo, y la importancia que le da a la cultura de la delgadez. Existen elementos como la dieta restrictiva dado por una ruptura en el equilibrio emocional como consecuencia empiezan los síntomas como el vómito.

### 2.2.3. Adolescencia

Según Papalia, Wendkos y Duskin (2001), define la adolescencia como un período de “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que abarca importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”. Así también, refieren que durante la adolescencia se atraviesa por diferentes etapas.

#### 2.2.3.1. Etapas

- **Etapa temprana:** Inicia en la pubertad entre los 10 hasta los 12 años, donde se presentan los primeros cambios físicos y maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. En esta etapa surge la desadaptación social y familiar, siendo uno de los cambios más importantes, como consecuencia puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen directamente en la conducta, contribuyendo al aislamiento. No controlan impulsos y se plantean metas irreales, estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”.
- **Etapa intermedia:** La adolescencia propiamente dicha, inicia entre los 13 hasta los 15 años. En este período se presenta un grado de adaptación social, integración a grupos lo que genera seguridad y aceptación de sí mismo. Además de la capacidad de resolución de problemas parentales por lo que desencadena el alejamiento hacia ellos y rechazo. Edades promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, preocupados por la apariencia física, pretendiendo tener un cuerpo atractivo.
- **Etapa tardía:** Inicia entre los 16 hasta los 18 años. En esta etapa disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía corporal; generando seguridad y afrontamiento de la crisis de identidad. Hay más control de las emociones, independencia, autonomía, además de percibir las presiones de las responsabilidades, presentes o futuras.

#### 2.2.3.2. Cambios

Los cambios físicos en el adolescente varían según cada individuo. Durante el proceso del desarrollo psicológico y la búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales, influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, imagen personal y el afrontamiento al estrés. Conforme el desarrollo cognitivo avanza, la aparición del pensamiento abstracto influye en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico,

permitiendo la reflexión en el adolescente, además de percatarse los conflictos entre los roles que ellos realizan. Esta solución de conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida.

### 2.2.3.3. Imagen corporal: Influencia de los medios de comunicación

La imagen corporal definida como la representación física y cognitiva del cuerpo, comprende actitudes de aceptación o rechazo, siendo fundamental para la autoestima. Esta imagen se desarrolla desde la niñez, sin embargo, es en el período de la adolescencia, que resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. Es así, que el adolescente se ve enfrentado a un desarrollo físico desproporcionado propicio de su propia edad, el deseo de imitación incrementa la probabilidad de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria. Siendo las mujeres adolescentes la población de mayor riesgo, demostrando una elevada prevalencia en cuanto a la insatisfacción corporal, el deseo de adelgazar y la realización de dietas. (Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; citado en Arrufat, 2006).

Existen tres componentes dentro de la imagen corporal: (Garner y Garfinkel, 1981; citado en Espina, Asunción, Ochoa y Yenes, 2001)

- **Perceptual:** La precisión con la que se registra el tamaño de segmentos corporales específicos o del cuerpo en su totalidad.
- **Subjetivo o Cognitivo Afectivo:** Incluye los sentimientos, pensamientos y valoraciones como la aceptación o distorsión de la realidad física corporal.
- **Conductual:** Abarca las diferentes reacciones que esta imagen provoca.

En la población adolescente la mayor influencia es el contexto social, en el cual se manifiesta la “Cultura de la Delgadez” que hace énfasis en el ideal de belleza, reforzado por los medios televisivos y cinematográficos influyendo así en la construcción de la imagen propia. Faour (2010) refiere que a través de estos medios de comunicación se expone que lo bello y delgado es señal de éxito en la vida, lo que refuerza la inconformidad y la estimulación en la voluptuosidad en algunas partes del cuerpo, conllevando al aumento de las cirugías plásticas y diferentes Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, como en la Anorexia y Bulimia. (Vandereycjen y Meermann, 1984; citado en Cruz y Maganto, 2002).

## CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de estudio es correlacional, con el objetivo de establecer y analizar la relación entre las variables. La presente investigación es de diseño no experimental de corte transversal, puesto que las variables se observan en su ambiente natural, sin manipularlas en un momento determinado y único. (Hernández, Fernández y Baptista; 2014)

### 3.2. Población y muestra

El tamaño de la población fue de 1220 estudiantes en el cual la población objetivo fueron todas aquellas estudiantes mujeres de 11 hasta los 18 años del nivel secundario de la institución educativa Rosa de Santa María.

#### 3.2.1. Tamaño de la muestra

Según Hernández, Fernández y Batista (2014), respecto a la muestra, esta fue probabilística en lineamiento con el enfoque cuantitativo de la presente investigación, ya que el objetivo es basado en análisis estadístico con el fin de describir, explicar y predecir la causalidad, generar y probar teorías.

La población es finita, entonces para calcular el tamaño de la muestra emplearemos esta fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Cada elemento significa:

n= Tamaño de muestra que se desea encontrar

N= Total de la población

Z<sub>α</sub>= 1.96 al cuadrado, siendo la seguridad del 95%

p= proporción esperada 0.5

q= 1-p (sería 1-0.5= 0.5)

d= precisión (5%)

Reemplazando obtenemos:

Cálculo de la muestra de estudio

$$n = \frac{1219 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (1219-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 292$$

El resultado de la fórmula está conformado por 292 estudiantes como mínimo, sin embargo, se evaluó 8 estudiantes de forma adicional. En totalidad la muestra es de 300 estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima; siendo una muestra representativa de la población. El presente cálculo fue realizado tomando en cuenta lo referido por Hernández, Fernández y Baptista (2014); la fórmula utilizada tiene como finalidad calcular el número mínimo de personas que asegure minimizar la probabilidad de error y maximizar el nivel de confianza para que la muestra sea representativa del universo o población.

### **3.2.2 Selección del muestreo**

Se realizó un muestreo de tipo probabilístico. Luego de calcular el tamaño muestral, se procedió con la selección de los elementos muestrales (estudiantes) de cada grado y sección. Para la elección de los elementos se realizó un muestreo aleatorio simple donde todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, los individuos que formarán parte de la muestra se elegirán al azar mediante números aleatorios y además es sin reemplazamiento, ya que un elemento que fue elegido no puede volver a ser elegido. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### **a) Determinación del número de estudiantes a evaluar según grado y sección.**

Teniendo en cuenta que la muestra total fue de 300 personas. Se definió evaluar a una cantidad proporcional por cada sección, dividiendo los 300 evaluados entre el número de grados (5 grados), dando un total de 60 estudiantes a evaluar por cada grado. Asimismo, se llevó a cabo este mismo procedimiento para determinar la cantidad de estudiantes a evaluar por cada sección, dando como resultado que se contó con de 5 a 6 estudiantes por cada sección.

#### **b) Muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento.**

Se contó con una lista con nombre y apellidos de cada estudiante matriculado. Cada estudiante contaba con un "número de orden" asignado por la institución. En esta lista numerada, con 1220 estudiantes matriculados (total de la "población"), a cada una de ellas se le asignó un número aleatorio mediante una fórmula en MS Excel; luego, se seleccionó a los 5 primeros de cada sección (en algunas secciones 6) y se verificó que no se repita ningún caso (muestreo aleatorio sin reemplazamiento), de esta forma se seleccionó a cada uno de los estudiantes que participaron del estudio.

### **3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión**

- **Criterios de inclusión:**

Estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa Rosa de Santa María.

Estudiantes de edades entre 11 a 18 años.

Estudiantes que se encuentren matriculadas durante el periodo académico 2017.

Estudiantes que brinden consentimiento informado y asentimiento firmado para participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**

Estudiantes con el deseo de no participar en el estudio.

Estudiantes que presenten algún malestar físico o psicológico durante la evaluación.

### 3.3 Variables

#### 3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

- **Variable 1: Autoestima**

**Definición Conceptual:**

Según Coopersmith (1996) citado en Steiner, 2005, define a la autoestima como la evaluación que el individuo tiene con respecto a sí mismo, que va desarrollándose desde la infancia, y que a su vez es expresada a través de una actitud de aprobación o desaprobación; en función a lo aprendido de su entorno familiar y social.

Así mismo, se necesita de otros dos factores como la idea de sí mismo y el auto concepto que se va desarrollando al mismo nivel en que se da el desarrollo humano tanto exterior como interiormente. La auto percepción del sujeto está en relación con las siguientes áreas: Sí mismo General, Social Pares, Hogar Padres y Escolar.

**Definición operacional:**

La variable Autoestima contiene 4 dimensiones: Autoestima Sí Mismo General, Autoestima Social Pares, Autoestima Hogar Padres y Autoestima Escolar, los cuales son medidos por el inventario de Autoestima de Coopersmith. El puntaje obtenido en el Inventario se refiere a la variable en general y las categorías de Autoestima son: Baja Autoestima, Promedio Autoestima y Alta Autoestima y los indicadores son de 0 – 24, 25 – 74 y 75 – 100 correspondiente a cada categoría. La escala de Mentiras: La escala de mentiras invalida la prueba si es un puntaje superior a 4.

La variable Autoestima propiamente dicha es de naturaleza cualitativa, pese a que se entiende su naturaleza, en esta investigación la medición fue psicométrica a través de indicadores numéricos; por tanto, se optó por describirla y analizarla desde una perspectiva cuantitativa considerando una escala de medición de intervalo en función a las puntuaciones recogidas mediante los instrumentos de aplicación, brindándole el tratamiento estadístico que corresponde a este tipo de variables (Hernández-Sampieri et al, 2014).

- **Variable 2: Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

**Definición Conceptual:**

**Riesgo**

Es la probabilidad o proximidad de padecer una patología alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa. Este riesgo se evalúa por la presencia de un desmedido miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo y la predisposición a tener pensamientos o actitudes negativas hacia la comida que conlleva al control de alimentos y la realización de dietas (Abanto, 2008).

**Trastorno de la Conducta Alimentaria**

Según el DSM V (2014), los Trastornos de la Conducta Alimentaria son alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento que lleva a cambios en el consumo de los alimentos, causando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Debido a que existen factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.



### **Definición Operacional:**

La variable Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria contiene 3 dimensiones: Dieta, Bulimia y Preocupación por la comida y Control Oral; los cuales son medidos por la Escala de auto informes de actitudes y síntomas de los trastornos alimentarios (EAT – 26). El puntaje obtenido en el Inventario se refiere a la variable en general, el indicador es igual o superior a 20 puntos, el cual se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

La variable Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria propiamente dicha es de naturaleza cualitativa; pese a que se entiende su naturaleza, en esta investigación la medición fue psicométrica a través de indicadores numéricos; por tanto, se optó por describirla y analizarla desde una perspectiva cuantitativa considerando una escala de medición de intervalo en función a las puntuaciones recogidas mediante los instrumentos de aplicación, brindándole el tratamiento estadístico que corresponde a este tipo de variables (Hernández-Sampieri et al, 2014).

- **Variables Sociodemográficas:**

#### **Edad**

##### **Definición Conceptual:**

Tiempo en que ha vivido una persona.

##### **Definición operacional:**

Como variable de naturaleza cuantitativa, su escala de medición es de razón, categorizada en participantes de 11 a 18 años.

#### **Distrito**

##### **Definición Conceptual:**

Acción o lugar de residir.

##### **Definición operacional:**

Variable de naturaleza cualitativa con escala de medición nominal, categorizada en Distritos.

#### **Grado de instrucción**

##### **Definición Conceptual:**

Se refiere al grado más elevado de estudio realizado o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompleto.

##### **Definición operacional:**

Variable de naturaleza cualitativa, con escala de medición politómica, ordinal, categorizada en 5 grados: primero, segundo, tercero, cuarto y quinto de secundaria.

#### **Creencia**

##### **Definición Conceptual:**

Firme consentimiento y conformidad con algo.

##### **Definición operacional:**

Variable de naturaleza cualitativa, con escala de medición nominal, categorizada en Creyente y no creyente.

### 3.4 Plan de recolección de datos e instrumentos

#### 3.4.1. Plan de Recolección

- **FASE I**

Se inició la recolección de datos con el permiso respectivo de los directores del turno mañana y tarde de la Institución educativa “Rosa de Santa María”, al cual se explicó el objetivo del estudio, que tuvo como finalidad obtener su consentimiento y el desarrollo del trabajo de investigación. Ante la aceptación de las autoridades correspondientes, se les comunicó a las auxiliares y tutoras para la aplicación de los cuestionarios e instrumentos propios del estudio.

- **FASE II**

Luego, se les informó a las estudiantes de la Institución Educativa, el objetivo del trabajo de investigación y su participación de forma confidencial, además del Consentimiento por parte de sus padres, y el Asentimiento informado autorizado por las alumnas respetando así la elección de no querer participar. Posterior a ello se recogió los consentimientos y asentimientos, y finalmente se procedió a la evaluación con la ficha sociodemográfica, el cuestionario de Coopersmith y el Inventario de Trastornos Alimenticios EAT – 26, cuya aplicación fue de forma colectiva al nivel secundario. Entregado los cuestionarios se explicó las instrucciones correspondientes, pidiéndoles así a las alumnas que expresen si tenían algún tipo de interrogante con respecto a la forma de desarrollo de las pruebas. Por último, se acomodó a las alumnas en posiciones adecuadas para evitar el plagio o el observar las respuestas de las demás compañeras y así inicien el llenado de estos instrumentos.

#### 3.4.2 Instrumentos

##### 3.4.2.1 Inventario de Autoestima de Coopersmith

El inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith versión escolar tiene como finalidad medir actitudes valorativas hacia sí mismo en cuatro áreas: Sí Mismo General, Social Pares, Hogar Padres y Escolar. Es aplicable de forma individual y colectiva, con un tiempo aproximado de 30 minutos, el rango de edad de aplicación es de 8 a 15 años consta de 58 ítems, de los cuales 8 de ellos pertenecen a la escala de mentiras. Sin embargo, existen estudios avalados en la ciudad de Lima que apoya la aplicación de esta prueba a adolescentes hasta 18 años habiendo hallado en esos estudios las propiedades psicométricas del mismo, encontrando adecuados índices de fiabilidad.

- **Dimensiones:** La primera de ellas es “**Autoestima Sí Mismo General**”; que está referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a sí mismo, dando a conocer el grado en que se siente seguro, capaz, valioso y significativo. En segundo lugar, “**Autoestima Social Pares**”; que evalúa tanto la participación como liderazgo de la persona frente a diversas actividades con pares de su edad. En tercer lugar, “**Autoestima Escolar**” que determina el grado de satisfacción personal frente a trabajos escolares y la importancia que le otorga, así como también el interés de ser interrogado y reconocido en el salón de clase. En cuarto lugar, “**Autoestima Hogar Padres**” que evalúa el grado en que el sujeto se siente aceptado por su

entorno familiar; es decir, en qué sea respetado, amado y comprendido por cada uno de los miembros de su familia.

Finalmente, la Escala de mentiras con un puntaje bruto es mayor a 10, significa que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

Las 58 afirmaciones (Ítems) fueron ordenadas dentro de sus respectivas áreas: autoestima Sí mismo General: (26 ítems), autoestima Social Pares (8 ítems), autoestima Hogar Padres (8 ítems) y autoestima escolar (8 ítems) y escala de mentiras (8 ítems). (Coopersmith, 1967; citado Sauñi, 2017).

- **Calificación:** Las sentencias declaratorias son: es “Igual que yo” y “Distinto a mí”. Por otro lado, respecto a la escala L no se puntúa, la cual es dudable a partir de 5 respuestas dadas. Las categorías incluidas según el percentil 25 – 75, los cuales se obtienen puntajes de Autoestima baja (0-25 puntos), Autoestima Media (26-42 puntos) y Autoestima alta (43 -100 puntos).
- **Construcción de la validez y confiabilidad de la prueba,** Coopersmith (1978); realizó un estudio sobre el Inventario de Autoestima con niños que estudiaban en colegios públicos en Connecticut – Estados Unidos, hallando una relación estrechamente significativa entre la variable Autoestima y el Rendimiento escolar, los valores psicométricos de este instrumento, le dan sustento y la acreditan como válido y confiable, contribuyendo a desarrollo de nuevos estudios de esta variable en América Latina. Así mismo, cabe señalar que el SEI fue desarrollado originalmente en Palo Alto – California (Estados Unidos). (Coopersmith, 1978; citado en Sauñi, 2017)

Coopersmith (1967), realizó una investigación donde intervinieron 647 estudiantes. Los ítems se debían responder en términos de verdadero o falso. En base a los resultados revisados por el autor; se estableció que los puntajes del SEI se relacionan significativamente con creatividad, logros académicos, resistencia a la presión grupal, la complacencia de expresar opiniones poco populares constancia y perspectiva a los gustos recíprocos percibidos.

Y en cuanto a la confiabilidad, se reportó a través del test – retest (0.88). Se obtuvo un rango entre 0.87 y 0.92 de coeficiente Kr-20s para la Confiabilidad interna de la prueba. Así como un  $r = 0,93$  para la escala sí mismo general. Además, halló que la veracidad de la prueba-reprueba del SEI era de 0.88 para una muestra de 50 niños en el 5º grado (con cinco semanas de intervalo) y 0.70 para una muestra de 56 niños de 4º grado (con tres años de intervalo). (Coopersmith, 1967; citado en Castillo 2010).

- **Validez de la prueba:** En el Perú; Panizo (1985), tradujo y validó el Inventario de autoestima de Coopersmith - forma escolar, en un estudio realizado sobre Autoestima y Rendimiento Escolar con niños de 5º y 6º grado de primaria; de edades entre 10 y 11 años, de sectores socioeconómicos alto y bajo (estudio comparativo). Para establecer la validez, luego de haber traducido el inventario al español, Panizo trabajó en dos etapas: En primer lugar, realizó la traducción y validación de contenido a 3 personas con experiencias en niños; para recolectar sugerencias acerca de la redacción de los ítems, también cambió algunas formas de expresión de éstos. En segundo lugar, realizó la validez de Constructo utilizando el procedimiento con la correlación entre sub-escala y el total. Así mismo, utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, obteniendo luego de ese procedimiento que la correlación entre ambas mitades fue de 0.78.

Existen estudios que evalúan las propiedades psicométricas de este test versión escolar en poblaciones con un rango de edad más amplio en nuestro medio.

En primer lugar, Hiyo (2018), realizó una investigación con el objetivo de establecer las propiedades psicométricas y estandarización del Inventario de Autoestima de Coopersmith en escolares de 12 a 18 años, la muestra estuvo conformada por 598 estudiantes de 1° a 5° de secundaria de colegios públicos de Lima Sur. La confiabilidad por consistencia interna muestra un adecuado nivel: Alfa de Cronbach .584. Para la validez de contenido se obtuvo puntuaciones entre 0.80 y 1.00 en la "V" de Aiken para todos los ítems, mediante el análisis ítem-test con la prueba de Pearson, los índices de discriminación que se obtuvieron fueron medianamente aceptables.

Del mismo modo, Abendaño (2018), realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Coopersmith en escolares de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo, la muestra estuvo conformado por 959 estudiantes de 1° a 5° año de secundaria de edades que oscilan entre 11 a 17 años. Los resultados mostraron altos indicadores de confiabilidad por consistencia interna obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.587. En cuanto a la validez de contenido, se obtuvo puntuaciones superiores a 0.80 y 1.00 en la "V" de Aiken en todos los ítems, mientras que para la validez de constructo se identificaron 6 componentes que explican el 29.908% de la variabilidad total contenida en los datos.

En este estudio se aplicó el análisis de fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente KR-20, encontrándose valores de .866 para la dimensión Autoestima Sí mismo general, de .568 para la dimensión Autoestima Social Pares, de .790 para la dimensión Autoestima Hogar Pares, de .521 para Autoestima Escolar y de .508 para la escala Mentira; mientras que se identificó un coeficiente de .914 para la IAC (Escala total). Encontrándose, por tanto, un buen indicador de fiabilidad en la Escala total y un adecuado indicador en cada una de las dimensiones.

#### **3.4.2.2. Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26)**

El cuestionario de Actitudes hacia la comida fue desarrollado por Garner y Garfinkel en 1979 procedentes de Estados Unidos, teniendo como objetivo identificar posibles conductas de riesgo alimenticios en adolescentes y jóvenes a través del auto reporte, identificando así los síntomas, características y preocupaciones en muestras no clínicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El EAT- 26 se aplica de forma individual y colectiva, con un tiempo de duración de 10 a 15 minutos.

- **Versión inicial EAT 40 (1979):** Está compuesta por 40 ítems con una escala de 6 puntos tipo Likert, que se estableció a partir de un conjunto de ítems correspondientes a comportamientos y conductas patológicas hacia la comida, con propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, el nivel de sensibilidad es del 100% y especificidad de 92.1%. Usado mayormente para seleccionar a población de riesgo en estudios de doble fase estimando la prevalencia o para estudios de intervención.
- **Versión final EAT 26:** Consta de 26 reactivos; mediante el análisis factorial del EAT – 40, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Así mismo, observó la convergencia con otros instrumentos empleados para medir la distorsión de la imagen corporal, el verificó que en el EAT 26 correlacionó perfectamente en función a estos resultados.

El EAT 26 es considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez. Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas”.

- **Factores:** El primero de ellos es: **Dieta**; siendo la escala más significativa, este factor incluye la preocupación por la delgadez y la severa restricción de la ingesta de alimentos, (13 ítems). El segundo factor es la **Bulimia y preocupación por la comida**; que refleja pensamientos de preocupación sobre la comida e indicadores de bulimia, atracones y vómitos, (6 ítems). El último factor es **Control Oral**; que se encuentra relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (7 ítems).
- **Puntuación:** Se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: Siempre, Casi siempre, Frecuentemente, A veces, Rara vez y Nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos.

El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

- **Validez y Confiabilidad:** En la población chilena Urzúa, Abendaño, Díaz y Checure (2010), en una muestra de adolescentes de 10 a 13 años de edad, encontraron un nivel de confiabilidad de 0.81 de la prueba.

Jorquera, Botella, Guillen, Marco, Baños y Perpiña (2006), realizaron la validación en estudiantes varones y mujeres españoles entre 11 a 19 años, en el cual obtuvieron una aceptable consistencia interna en cuanto a población femenina y masculina y de las sub escalas. La escala total obtuvo un coeficiente de 0.87, dimensiones: Dieta (0.88), Bulimia y Control oral (0.73).

Por otro lado, Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2003) en población femenina española escolarizada en el mismo medio de 15 a 18 años diseñado para evaluar actitudes patológicas hacia la comida. Las características psicométricas fueron similares a las descritas por los autores, demostrando validez y consistencia interna (confiabilidad de 0.89), determinando la diferencia en población de riesgo y normal. (Urzúa, Abendaño, Díaz y Checure, 2010; Jorquera, Botella, Guillen, Marco, Baños y Perpiña, 2006; Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003; citado en Borjas, 2017).

En el Perú, Borjas (2017) realizó el análisis de confiabilidad de la prueba a 90 estudiantes en el nivel de secundaria (1ro a 5to), el índice Alfa de Cronbach para los tres factores fue de 0.863, siendo los valores  $\alpha = 0.828, 0.862$  y  $0.872$  para sus dimensiones dieta, bulimia y preocupación por la alimentación y control por la alimentación y control oral. Por tanto, cabe concluir indica un nivel de confianza aceptable del instrumento.

Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán (2015), realizaron un estudio en población de 12 a 17 años en el cual realizaron la confiabilidad de la prueba obteniendo un 0.83 determinando la consistencia y fiabilidad de la prueba.

Así mismo, Abanto y Adrianzen (2008), en población de 11 a 19 años realizó la confiabilidad (0.781) y validez del instrumento (0.750 – 0.801), en el cual se realizó una prueba piloto previa a 20 estudiantes.

Palpan, Jiménez y Garay (2007), realizaron la validación peruana del EAT – 26 en un medio escolarizado de ambos sexos entre los 14 y 18 años en Lima Metropolitana, utilizando la escala adaptada española por Gandarillas et al. El instrumento presentó consistencia interna óptima (0.783) de igual forma es las sub escalas con consistencias fuertes, siendo un instrumento confiable que determinan la validez y confiabilidad del instrumento.

En la muestra de este estudio se aplicó el análisis de fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, identificando un coeficiente de 0.808 para la dimensión Dieta, de 0.472 para la dimensión Bulimia y preocupación por la comida, de 0.695 para la dimensión Control oral y de 0.855 para la dimensión EAT (Escala total). Encontrándose, por tanto, una buena confiabilidad en la Escala total y cada uno de los factores.

### 3.5 Plan de análisis e interpretación de la información

Para el análisis e interpretación de la información recolectada se procedió a ordenarla en tres fases.

- **Primera fase de preparación;** donde se realizó el pre-análisis, es decir el diseño de la matriz de datos, la creación de la base de datos utilizando el programa de Excel 2016; revisando la codificación de las variables.
- **Segunda fase,** se realizó la categorización y el cálculo de dimensiones, es decir; la elaboración del libro de códigos (codebook), la codificación de datos categóricos, y la exportación de datos al programa estadístico SPSS versión 24.
- **Tercera fase,** se realizó el análisis descriptivo e inferencial, empezando por la caracterización de la muestra de estudio. Para los datos sociodemográficos se utilizaron tablas de frecuencia indicando los respectivos porcentajes, mientras que las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar. Además, se consideró el intervalo de confianza del 95% expresado como nivel de significancia de 0.05.

En cuanto al análisis inferencial, para determinar la distribución de los datos se realizó el contraste de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS), los resultados no presentaron una distribución normal, por lo que se optó por la prueba estadística el coeficiente de correlación de Spearman y el estadístico Chi cuadrado. Finalmente, se realizó el análisis de fiabilidad para conocer la consistencia y propiedades psicométricas de cada instrumento, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach y el KR 20.

### **3.6 Ventajas y limitaciones**

- **Ventajas**

Se realizó la evaluación de los inventarios de las variables principales obteniendo una adecuada confiabilidad para ambos instrumentos.

Puesto que el diseño del estudio fue no experimental, se pudo estudiar los resultados hallados en condiciones naturales, dado que no hubo manipulación directa de las variables, de esta manera se obtuvieron datos más objetivos.

La inversión a nivel económico fue asequible y el tiempo que se utilizó para el estudio fue menor; dado que no existió un seguimiento a las participantes del estudio.

La aplicación fue de muestreo probabilístico que permitirá inferir los resultados a toda la población.

- **Limitaciones**

Debido a que el diseño de la investigación fue transversal, no se pueden valorar las variables a través del tiempo, dado que los datos se recolectan en un momento determinado.

No se puede asegurar la total veracidad de la información recopilada; puesto que la población involucrada en el estudio podría haber consignado respuestas falsas por deseabilidad social.

### **3.7 Aspectos éticos**

Todas las participantes de nuestra investigación tuvieron conocimiento de los procedimientos de la recolección de la información. Previo a la aplicación de los instrumentos se entregó un consentimiento y asentimiento informado a cada estudiante, teniendo pleno derecho de elegir su participación o no en el estudio.

Asimismo, por sus características asociadas al uso de instrumentos de auto reporte de carácter anónimo, no existe riesgo de daño físico o impacto psicológico negativo. No se mostró información que permitía la identificación de las personas que participaron en este estudio.

#### **3.7.1. Respeto de la confidencialidad y política y de protección de datos**

En primer lugar, fuimos respetuosas de la confidencialidad los datos de las participantes en la investigación, tras la aplicación de los instrumentos; de tal manera que cuidamos la información recolectada sin ser publicadas. Asimismo, la información recolectada de las participantes, solo tuvieron acceso las tesoreras y el asesor de la presente investigación. Los recursos materiales de la presente investigación fueron guardados escrupulosamente en un ambiente confiable.

#### **3.7.2. Consentimiento informado a las participantes de la investigación**

Se les brindó información relevante sobre la naturaleza, propósito y uso de la información resultante del proyecto de investigación, para ello solicitar el consentimiento informado para sus padres o tutores. (Ver Anexo).

La exposición de la información fue entendible; es decir, el lenguaje se adaptó a las participantes, además se hizo hincapié que participando en el proyecto no existiría ningún tipo de riesgo y se mencionaron los beneficios materiales como que su participación no implica algún gasto para ellas. Así también, se les menciona de su voluntaria decisión de participar o no de la investigación. (Ver Anexo).

### **3.7.3. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y el uso de los resultados**

Con este proyecto se procuró promover la investigación en el Perú y el tema que abordamos adquiere gran importancia en el área de psicológica clínica, y con los aportes se busca generar beneficios para las adolescentes.

Asimismo, los procedimientos metodológicos, posee ventajas estadísticas; en cuanto a los instrumentos existen adecuadas propiedades psicométricas tanto de confiabilidad como de validez, ambos adaptados a población peruana.

Referente al análisis estadístico se cuenta con técnicas confiables en el campo de la psicología como el programa estadístico SPSS además se usó la fórmula de estadística descriptiva como inferencial. Se hizo hincapié que tanto el recurso material como la base de datos solo estuvo disponible a las tesoristas y asesor, asegurando que por ningún motivo otras personas ajenas a estas tendrán acceso, haciendo respetar los derechos de autor.



## CAPITULO IV. RESULTADOS

En la Tabla 1, acerca de la muestra se observa que la mayor cantidad de individuos tienen una edad superior a 13 años 81.67% (n=245); y únicamente un 18.33% (n=55) tienen entre 11 a 12 años de edad. Con respecto al Grado de instrucción se realizó una distribución proporcional del 20% (n=60) para cada uno. Además, se encontró que la mayoría manifiestan presentar alguna creencia religiosa 90.67% (n=272). Finalmente, la mayor proporción de alumnas pertenecen al distrito de Breña y Cercado de Lima 74% (n=222), mientras que la menor cantidad pertenecen a otros distritos 26% (n=78).

**Tabla 1:** Caracterización de la muestra de estudio

Variables sociodemográficas		f	%
Edad	De 11 a 12 años	55	18.33
	De 13 a 14 años	122	40.67
	De 15 a 18 años	123	41.00
Grado de instrucción	Primero	60	20.00
	Segundo	60	20.00
	Tercero	60	20.00
	Cuarto	60	20.00
	Quinto	60	20.00
Creencia religiosa	Creyente	272	90.67
	No creyente	28	9.33
Distrito	Cercado de Lima	115	38.33
	Breña	107	35.67
	Otros	77	25.67
	Jesús María	1	0.33
Total		300	100.00

En la tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de las variables Autoestima y Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria. En cuanto a la variable Autoestima, el análisis descriptivo de dicha variable mostró que la dimensión Autoestima Si mismo General presentó una puntuación media de 15.99 ( $\pm 5.72$ ), con una puntuación mínima de 3 y una máxima de 26. La dimensión Autoestima Social Pares presentó una puntuación de 5.19 ( $\pm 1.79$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8. Por otro lado, la dimensión Autoestima Hogar Padres presentó una puntuación de 4.15 ( $\pm 2.44$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8. Así también la dimensión Autoestima Escolar presentó una puntuación de 5.27 ( $\pm 1.63$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8. Por otro lado, la puntuación total de la Autoestima fue de 5.27 ( $\pm 1.63$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8. Asimismo, los resultados obtenidos fueron categorizados en 3 niveles (Bajo, Promedio, Alto).

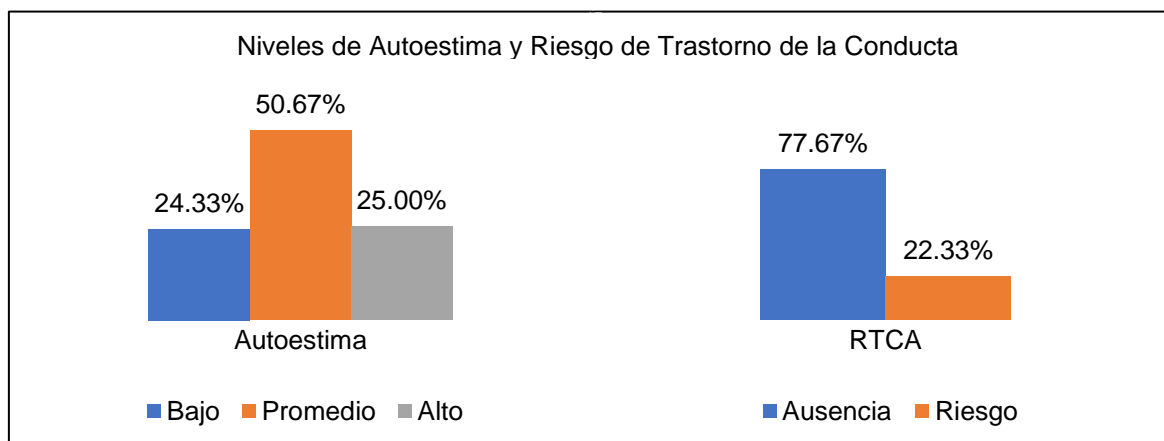
Respecto a la variable Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la dimensión “Dieta” presentó una puntuación media de 5.65 ( $\pm 6.18$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 28. La dimensión “Bulimia y Preocupación por la Comida” presentó una puntuación de 2.39 ( $\pm 2.58$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10 y la dimensión “Control Oral” presentó una puntuación de 3.56 ( $\pm 3.89$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 17. Por otro lado, la puntuación total del EAT fue de 11.60 ( $\pm 10.56$ ), con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 54. Asimismo, los resultados obtenidos fueron categorizados en 2 niveles (ausencia, riesgo).

**Tabla 2:** Estadísticos descriptivos de la Autoestima y del RTCA

Variables	Estadísticos descriptivos					
	M	DS	Mín.	Máx.	Asimetría	Curtosis
<b>Autoestima</b>						
Sí Mismo General	15.99	5.72	3	26	-0.544	-0.795
Social Pares	5.19	1.79	0	8	-0.342	-0.466
Hogar Padres	4.15	2.44	0	8	-0.156	-1.148
Escolar	5.27	1.63	0	8	-0.409	-0.348
Autoestima (puntuación total)	33.42	10.93	8	54	-0.406	-0.788
<b>RTCA</b>						
Dieta	5.65	6.18	0	28	1.225	0.712
Bulimia y preocupación por la comida	2.39	2.58	0	10	1.150	0.780
Control oral	3.56	3.89	0	17	1.278	1.195
EAT (puntuación total)	11.60	10.56	0	54	1.111	0.795

En la figura 1, se presenta la categorización en niveles de la Autoestima y del Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria. En cuanto a la variable Autoestima, se identificó una mayor proporción de individuos se encontraron en las categorías de “Promedio” ( $n=152$ ; 50.67%) y “Baja Autoestima” ( $n=73$ ; 24.33%). Mientras que, en cuanto a la variable Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, se identificó que un 22.33% ( $n=67$ ) se encontraron en la categoría de “Riesgo”.

**Figura 1:** Niveles de Autoestima y RTCA



Para el análisis de correlación entre las variables principales del estudio se utilizó el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman (estadística no paramétrica). La elección de este coeficiente se realizó en función a los resultados del análisis de normalidad, debido a que las variables no presentaron una distribución normal ( $p=.000$ ).

Desde una perspectiva categórica o cualitativa, se halló que, a nivel descriptivo, de aquellos individuos que se encontraron en la categoría de “Baja autoestima”, un 76.71% presentó “ausencia” de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y un 23.29% presentó “Riesgo”. De aquellos individuos que se encontraron en la categoría de “Promedio”, un 77.63% presentó “Ausencia” de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y un 22.37% presentó “Riesgo”. De aquellos individuos que se encontraron en la categoría de “Alto”, un 78.67% presentó “Ausencia” de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y un 21.33% presentó “Riesgo”.

En la tabla 3, la variable “Autoestima” presentó una correlación significativa ( $p=.000$ ) con la variable “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Asimismo, se trata de una correlación negativa, lo que quiere decir que, a mayores puntuaciones de “Autoestima”, menores puntuaciones de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y viceversa. Por otro lado, conforme a los planteamientos de Hernández et al. (2014), esta correlación puede ser considerada de una magnitud “negativa débil”.

**Tabla 3:** Correlación entre la Autoestima (total) y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autoestima	Coeficiente de correlación	EAT (total)
Autoestima (total)	$r_s$	-.427**
	Sig.	.000

\*\*  $p < .01$ .

En la tabla 4, la dimensión “Autoestima Sí Mismo General” presentó una correlación significativa ( $p=.000$ ) con Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Asimismo, se trata de una correlación negativa, lo que quiere decir que, a mayores puntuaciones de “Autoestima Sí Mismo General”, menores puntuaciones de Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y viceversa. Por otro lado, conforme a los planteamientos de Hernández et al. (2014), esta correlación puede ser considerada de una magnitud “negativa débil”.

**Tabla 4:** Correlación entre la autoestima sí mismo general y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autoestima	Coeficiente de correlación	EAT (total)
Autoestima Sí mismo general	$r_s$	-.491**
	Sig.	.000

\*\*  $p < .01$ .

En la tabla 5, la dimensión “Autoestima Social Pares” presentó una correlación significativa ( $p=.000$ ) con el “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Así también, se trata de una correlación negativa, lo que quiere decir que, a mayores puntuaciones de “Autoestima Social Pares”, menores puntuaciones de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y viceversa. Por otro lado, conforme a los planteamientos de Hernández et al. (2014), esta correlación puede ser considerada de una magnitud “negativa débil”.

**Tabla 5:** Correlación entre la Autoestima Social Pares y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autoestima	Coefficiente de correlación	EAT (total)
Autoestima Social pares	$r_s$	-.339**
	Sig.	.000

\*\*  $p < .01$ .

En la tabla 6, la dimensión “Autoestima Hogar Padres” presentó una correlación significativa ( $p=.000$ ) con el “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Asimismo, se trata de una correlación negativa, lo que quiere decir que, a mayores puntuaciones de “Autoestima Hogar Padres”, menores puntuaciones de “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y viceversa. Por otro lado, conforme a los planteamientos de Hernández et al. (2014), esta correlación puede ser considerada de una magnitud “negativa débil”.

**Tabla 6:** Correlación entre la autoestima Hogar Padres y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autoestima	Coefficiente de correlación	EAT (total)
Autoestima Hogar Padres	$r_s$	-.353**
	Sig.	.000

\*\*  $p < .01$ .

En la tabla 7, la dimensión “Autoestima Escolar” presentó una correlación significativa ( $p=.000$ ) con el “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Asimismo, se trata de una correlación negativa, lo que quiere decir que, a mayores puntuaciones de Autoestima Escolar menores puntuaciones de Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y viceversa. Por otro lado, conforme a los planteamientos de Hernández et al. (2014), esta correlación puede ser considerada de una magnitud negativa muy débil.

**Tabla 7:** Correlación entre la Autoestima Escolar y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Autoestima	Coefficiente de correlación	EAT (total)
Autoestima Escolar	$r_s$	-.193**
	Sig.	.001

\*\*  $p < .01$ .

En cuanto a la asociación de las variables principales del estudio y las variables sociodemográficas, se encontraron una asociación significativa entre la variable “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y las variables “Edad” y “Grado de instrucción”. Por otro lado, la variable “Autoestima” no presentó asociaciones significativas con dichas variables.

En la tabla 8, la relación entre la variable “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y la “Edad”, se halló que un 29.51%, del grupo de individuos con edades de entre 13 a 14 años (n=36) se encontraron en la categoría “Riesgo”. Cabe señalar que el grupo etario de 13 a 14 años representa un 40.67% de la muestra de estudio. Por otro lado, en cuanto a la variable “Grado de instrucción”, un 45.00% de las estudiantes de tercero (n=27) se encontraron en la categoría de “Riesgo”.

**Tabla 8:** Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria				Chi2 de Pearson	Sig.
	Ausencia		Riesgo			
	f	%	f	%	gl	
<b>Edad</b>						
De 11 a 12 años	45	81.82	10	18.18	2	0.047*
De 13 a 14 años	86	70.49	36	29.51		
De 15 a más años	102	82.93	21	17.07		
<b>Grado de instrucción</b>						
Primero	49	81.67	11	18.33	4	0.000***
Segundo	51	85.00	9	15.00		
Tercero	33	55.00	27	45.00		
Cuarto	54	90.00	6	10.00		
Quinto	46	76.67	14	23.33		
<b>Creencia religiosa</b>						
Creyente	215	79.04	57	20.96	1	0.074
No creyente	18	64.29	10	35.71		
<b>Distrito</b>						
Breña	86	80.37	21	19.63	3	0.619
Cercado de Lima	85	73.91	30	26.09		
Jesús María	1	100	0	0.00		
Otros	61	79.22	16	20.78		
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>77.67</b>	<b>67</b>	<b>22.33</b>		

\*p < .05.

\*\*\*p < .001

En la tabla 9, no se encontraron asociaciones significativas entre la variable Autoestima y las variables sociodemográficas.

**Tabla 9:** Autoestima según variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Niveles de autoestima						Chi2 de Pearson	
	Bajo		Promedio		Alto		gl	Sig.
	f	%	f	%	f	%		
<b>Edad</b>								
De 11 a 12 años	17	30.91	24	43.64	14	25.45	4	.485
De 13 a 14 años	32	26.23	60	49.18	30	24.59		
De 15 a más años	24	19.51	68	55.28	31	25.20		
<b>Grado de instrucción</b>								
Primero	18	30.00	26	43.33	16	26.67	8	.642
Segundo	18	30.00	30	50.00	12	20.00		
Tercero	12	20.00	33	55.00	15	25.00		
Cuarto	11	18.33	30	50.00	19	31.67		
Quinto	14	23.33	33	55.00	13	21.67		
<b>Creencia religiosa</b>								
Creyente	67	24.63	139	51.10	66	24.26	2	.655
No creyente	6	21.43	13	46.43	9	32.14		
<b>Distrito</b>								
Breña	19	17.76	58	54.21	30	28.04	6	.296
Cercado de Lima	32	27.83	58	50.43	25	21.74		
Jesús María	1	100.00	0	0.00	0	0.00		
Otros	21	27.27	36	46.75	20	25.97		
Total	73	24.33	152	50.67	75	25		

## CAPITULO V. DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión

En el estudio se identificó la presencia de correlaciones negativas significativas entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de Conducta Alimentaria, así como en todas las dimensiones de la variable Autoestima con la variable Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró relación significativa entre la variable Riesgo de la Conducta Alimentaria con edad y grado de instrucción. Sin embargo, no se halló relación significativa entre la variable Autoestima y las variables sociodemográficas. Por otro lado, en cuanto a los niveles, la muestra se halló en su mayoría dentro de las categorías promedio y baja Autoestima y en cuanto al RTCA se identificaron algunos estudiantes en la categoría riesgo en referencia a las variables principales.

En primer lugar, se aprecia una correlación negativa entre la puntuación total de la variable Autoestima y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, hallazgo que va en la línea de los resultados que plantean diversos autores en la literatura, quienes coinciden en que la autoestima presenta correlaciones negativas con el RTCA (Pérez, 2014; Galindo, 2012; Cetraro, 2011; Moreno y Ortiz, 2009; Abanto y Adrianzen, 2008). Cabe mencionar que la autoestima, la cual se forma a través del tiempo y de diferentes factores en relación a la interacción con la familia, el entorno social, los medios de comunicación y la escuela, se constituye en la raíz de los factores psicológicos que potencian la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Galindo, 2012). Así mismo Galindo (2012) identificó, en la población femenina, de adolescentes se evidenció la existencia de una mayor preocupación e insatisfacción por la imagen corporal, presentándose en una edad inicio de 10 años, la cual se va incrementando durante la transición de la etapa escolar. Lo que quiere decir que aquellos estudiantes que confían en sí mismos, se consideran valiosos e importantes aceptándose como son, tienen una buena relación con su entorno familiar, amistades, respetando a los demás; tienen menor probabilidad de desarrollar Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria; lo cual está asociado a conductas positivas como presentar una adecuada percepción de la imagen corporal, por consiguiente, una sana alimentación y viceversa. (Pérez, 2014; Galindo, 2012; Cetraro, 2011; Moreno y Ortiz, 2009; Abanto y Adrianzen, 2008).

Probablemente los resultados hallados en esta investigación se deban a diversos factores, ante todo, se considera la influencia de la cultura social como un factor para el riesgo de TCA; puesto que a través de los medios de comunicación como la televisión, radio, internet y redes sociales, muestran estereotipos e ideales de belleza en referencia al aspecto físico; con personajes esbeltos, así como diferentes estilos en cuanto a la alimentación y dietas, refiriendo que ello los conlleva al éxito (Faour, 2010). Por consiguiente; los adolescentes obtienen como referencia un modelo a seguir, generando la constante comparación corporal entre ellos y lo que observan a través de los medios, como consecuencia; en esta etapa de la adolescencia dónde enfrentan un desarrollo físico desproporcionado, se ve afectada la autoestima y conceptualización de sí mismo y en un porcentaje amplio se obtiene actitudes de rechazo hacia su físico, generando la imitación y modificación contraproducente en la alimentación. Es en este contexto decisivo el desarrollo adecuado de la autoestima puesto que se encuentra relacionada a la interacción con contexto social como grupos de pares, escuela y el contexto familiar los cuales serán factores determinantes para que el adolescente genere o no un RTCA. (Vandereyjen y Meermann, 1984; citado en Cruz y Maganto, 2002).

En segundo lugar, respecto a los niveles de Autoestima, los principales resultados obtenidos mostraron que más de la mitad de la muestra se encontraron en la categoría “Promedio” y “Baja Autoestima”. Estos resultados concuerdan con diversos estudios en adolescentes dentro del ámbito nacional e internacional (Argentina y México) donde puntuaron en las mismas categorías. Estos hallazgos se dan considerando que la autoestima es una valoración personal ya sea positiva o negativa; según las experiencias vividas por el individuo y que es durante el período de la adolescencia donde se evidencian los mayores cambios a nivel físico y psicológico los cuales conllevan a una constante evaluación durante el proceso de identificación.

La Autoestima se desarrolla de forma evolutiva y está influenciado por diferentes factores, empezando por la familia el cual es el primer agente de socialización, que dependerá de las relaciones familiares que contribuye al desarrollo emocional, a partir de todo lo observado, escuchado y vivido en el contexto de la familia, la persona formará la percepción de su imagen personal e identidad, los cuales serán de importancia al momento de relacionarse con la sociedad; sin embargo, también podría ser un factor de vulnerabilidad. Posterior a ello, el individuo empieza la interacción con su grupo de pares, transmitiendo contenidos esenciales para la búsqueda de aceptación, lo cual servirá como experiencias para sus futuras relaciones en la edad adulta. Es en este contexto social, es en donde los adolescentes son persuadidos por los medios de comunicación y la publicidad que presentan modelos de estereotipos de belleza ligados a la “Delgadez” como sinónimo de éxito y popularidad, que puede provocar insatisfacción, comparaciones, auto rechazo y la necesidad de aceptación por el entorno. Siendo de mayor influencia en la población femenina, conllevando a un desajuste emocional teniendo como consecuencia diferentes problemas emocionales. (Ávalos, 2016; Pérez, 2014; Cetraro, 2011; Castillo, 2010; Tovar, 2010; Moreno y Ortiz, 2009).

En tercer lugar, al evaluar la variable “Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, fueron categorizados en dos niveles, donde los principales resultados de las participantes reflejan ausencia de esta variable, sin embargo, existen un número considerable de estudiantes que presentan “Riesgo”. Estos hallazgos coinciden con diferentes estudios en adolescentes dentro del ámbito nacional e internacional (Ecuador, Guatemala, Chile y México), donde puntuaron en la categoría de “Riesgo”. Teniendo en cuenta que los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen una etiología multifactorial que producen distorsión en el pensamiento, suscitándose en la adolescencia, siendo éste un período de vulnerabilidad producido por los diferentes cambios corporales, donde el atractivo físico resulta ser una característica asociada al éxito social y profesional, tanto en hombres como en mujeres. Por ello, Garner y Garfinkel (1982), refieren diferentes factores de carácter biológico, familiar, psicológico y social.

En relación al género enfatizando en la población femenina la cual es más predispuesta de internalizar los mensajes estéticos debido a que los paradigmas de la sociedad enfatizan un ideal de belleza delgado, así como al nivel familiar donde influye la predisposición genética y el nivel de afectividad. Además de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación, conllevarían al autoconcepto y a la evaluación constante por los cambios en la figura corporal, en tanto al peso y tamaño, realizando así dietas restrictivas; por este motivo es un predictor de riesgo de TCA. Por último, es necesario que se detecten oportunamente los riesgos de TCA para evitar que progresen y terminen desencadenando un Trastorno Alimentario a temprana edad. (Borjas, 2017; Fernández, 2017; Díaz y Molina, 2013; Palpan y Jiménez, 2007; Llor y Patiño, 2017; Pérez, 2014; Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013; Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2011; Moreno, 2009).



En cuarto lugar, se identificó una relación negativa entre la dimensión “Si Mismo General” y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esto quiere decir que, aquellas estudiantes que cuentan con una alta apreciación de sí mismas, que se caracterizan por una construcción de mecanismos frente a los comentarios negativos de su entorno y que creen en sus capacidades contando con una opinión sana respecto a sí mismas, presentan a su vez un bajo nivel de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y a la inversa. Por otro lado, Cetraro (2011) en la dimensión física, reportó que aquellas personas que presentan una alta percepción de su aspecto y condición física, se hallan agradables y con éxito; presentan a su vez un bajo nivel de riesgo.

Asimismo, Palpan, Jiménez y Garay (2007) en relación al auto concepto, encontraron que los individuos que presentan una alta observación e interpretación de sus experiencias al interactuar con factores externos como los medios de comunicación, el entorno y la cultura, tienen una apreciación adecuada de sí mismo; al igual que un bajo nivel de Riesgo. Además, diversos estudios hallaron una estrecha relación entre el grado de insatisfacción de la imagen corporal y las conductas de riesgo de TCA, describiendo que las personas que tienen una apreciación negativa en función a la estimación de tamaño y la forma del cuerpo, según el ideal de belleza que predomina en el grupo social, genera malestar, por lo cual, conlleva a adoptar comportamientos poco saludables con el objetivo de reducir el peso que puede afectar al estado nutricional. (Fernández, 2017; Loor, 2017; Moreno, 2009; Abanto, 2008; Arrufat, 2006 y Cruz, 2002). Para explicar estas asociaciones, se recurrió a los planteamientos utilizados por Coopersmith (1996) y Garner y Garnfikel (1982) en el marco teórico de este trabajo, considerando que una de las características principales de la Autoestima es que es relativamente estable en el tiempo, sin embargo, la auto percepción de sí mismo puede ir desarrollándose, cambiando y disminuyendo por las experiencias y condiciones que atrevese a lo largo de su vida. Por lo dicho, un factor precipitante en los TCA engloba la evaluación por los cambios dados en la figura corporal, en tanto al peso y el tamaño, los cuales influirán para que el individuo manifieste conductas negativas en relación a sí mismo.

En quinto lugar, se identificó una relación negativa entre la dimensión “Social Pares” y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esto quiere decir que, aquellas estudiantes que se caracterizan por tener un alto nivel de seguridad y confianza en sí mismo; establecen con facilidad y empatía sus relaciones interpersonales; asimismo se muestran populares dentro de su grupo de pares, siendo aceptados socialmente dentro de estos, poco influenciados por la sociedad y los paradigmas; presentan a su vez un bajo nivel de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y viceversa. Al revisar la literatura no se hallaron estudios que relacionen ésta dimensión y el riesgo de TCA. Sin embargo; cabe resaltar que la sociedad cumple una función relevante para el individuo, conforme avanza el tiempo; se van estableciendo cambios en la cultura, medios de comunicación y familia. Es así como la imagen corporal ideal se va formando por los cánones estéticos que fomenta cada sociedad; de tal manera, que se han caracterizado por un culto al cuerpo.

Partiendo de esta afirmación, se consideraron los estudios realizados por Rivarola (2003) y Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán (2015), quienes evaluaron los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimenticios e imagen corporal, como resultado determinaron que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres debido a la concepción del atractivo físico. El ideal estético corporal en la actualidad promueve que ser bella es sinónimo de ser delgada, lo que para la mayoría de las personas es difícil de conseguir, favoreciendo la disconformidad entre el tamaño corporal real y el ideal, generando la insatisfacción corporal, lo cual puede ocurrir a una edad temprana en algunas niñas. Todo ello tiene una relación estrecha con la aparición de los TCA, tomando en cuenta, que la adolescencia es la etapa más sensible,

caracterizado por la crisis de identidad. Es así que uno de los factores de la Autoestima esta en relación a la sociedad donde el ser humano busca su propia integración, por lo que un rechazo lleva a buscar errores dentro de uno mismo que influirá en el concepto y la valoración de sí mismo. El adolescente desea ser aceptado, siendo sensible a las críticas de sus pares, del mismo modo, los elogios del grupo pueden reforzar conductas inadecuados. (Núñez, 2016). Lo expuesto coincide con los planteamientos del modelo teórico de Garner y Garfinkel (1982), quienes otorgan una gran responsabilidad a la publicidad por su impacto al mostrar modelos con los cuales los adolescentes se identifican.

En sexto lugar, se halló una relación negativa en la dimensión “Hogar Padres” y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, lo que conlleva que, aquellos estudiantes que se sienten aceptados, comprendidos y amados dentro de su entorno familiar, manifestaran óptimas destrezas y actitudes con los miembros de su familia, así como también lograrán dialogar de forma libre y segura con un correcto desenvolvimiento, presentarán a su vez un bajo nivel de Riesgo de presentar Trastornos de la Conducta Alimentaria y de igual forma en sentido contrario, quienes no presenten una adecuada aceptación en el entorno familiar, presentarían un alto nivel de riesgo. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Cetraro, (2011), el cual describe que aquellas personas que presentan una alta percepción en cuanto a la participación e integración con su medio familiar, tendrán confianza, afecto, sentimiento de felicidad y de apoyo, presentando un adecuado rendimiento e integración escolar, así como una buena percepción de salud física y mental, al igual que un bajo nivel de riesgo.

Del mismo modo, un estudio realizado por Palpan y Jiménez (2007) encontraron una asociación entre disfunción familiar y riesgo de TCA, describiendo que las personas que pierden la capacidad de pertenencia, tienen desvinculación afectiva con los miembros de la familia, su dinámica no es interactiva, carecen de armonía, roles y adaptabilidad, lo que ocurriría es que desarrollen alteraciones en el proceso Salud - Enfermedad de los miembros y sus relaciones, conllevando a un mayor riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Diferentes investigaciones muestran que cuando la disfunción familiar y la autoestima se combinan específicamente con preocupaciones familiares hacia el peso y la apariencia, aumenta la posibilidad de que se presente un TCA. Lo que implica que la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno. Asimismo, refieren que las familias que tienden a ser rígidas y que presentan dificultades en la solución de problemas; o son sobreprotectores podrían generar que sus hijos desarrollen Anorexia Nerviosa. Por otra parte, para un posible desarrollo de Bulimia nerviosa, las familias suelen ser menos cohesivas, adaptables, carencias en expresividad, apoyo emocional y con un nivel elevado de conflicto. (Ruíz, Vásquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013). Finalmente, Garner y Garfinkel (1982), refieren que los factores predisponentes al nivel familiar están influenciados por los antecedentes, las características de los padres, el nivel de afectividad y la relación con cada uno de ellos.

En séptimo lugar, se identificó una relación negativa en la dimensión “Escolar” y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Lo que quiere decir que, aquellos estudiantes que presentan una alta satisfacción al desarrollar las tareas académicas va a la par con sus óptimas habilidades para el aprendizaje, además del interés de ser interrogados, dispuestos a realizar los trabajos individuales y en equipo, mostrándose más racionales en la búsqueda de sus propios logros, presentando a su vez un bajo nivel de Riesgo y viceversa. Al revisar la literatura no se identificaron estudios que correlacionen esta dimensión y los Riesgos de TCA. Sin embargo; estos resultados se pueden explicar mediante Coopersmith (1996), considerando que la Autoestima se va formando desde su infancia en el ámbito familiar, social y escolar al mismo nivel en que se da el desarrollo humano; siendo de conocimiento que los adolescentes atraviesan

cambios conllevando a una autoevaluación y juicio sobre su apariencia según sus estándares personales dentro de su entorno escolar; que en ocasiones puede verse distorsionada; mostrando un nivel bajo de rendimiento y resiliencia, carentes de entusiasmo, empatía e iniciativa para relacionarse con sus pares, propiciando la aparición de los TCA. En relación con la escuela, encontramos que la retroalimentación que los estudiantes reciben por su trabajo y actuación por parte de sus maestros, y la forma en que la interpretan, influye significativamente en el desarrollo de la autoestima.

En el medio escolar, la evaluación es una constante a lo largo de todo el proceso educativo, por lo tanto, la relación entre la escuela y la autoestima es fuerte, ya que su relación se basa al éxito o al fracaso académico. En cuanto a las variables escolares estrictamente evaluativas, los adolescentes repetidores poseen menor autoestima y aislamiento, no apareciendo estas diferencias en el periodo de infancia, si no en la adolescencia. Asimismo, el clima positivo en el aula y la aceptación por sus pares y docentes conllevan a mayores recursos de apoyo presentando sentimientos de bienestar y ajuste psicosocial. Además, es de relevancia tomar en cuenta la escuela como segundo agente educador en el cual el adolescente presenta las mismas exigencias de seguridad, respeto y éxito. Por ello, el personal de educación puede favorecer u obstaculizar el proceso de desarrollo personal que se relaciona con la imagen que tiene de sí mismo encontrándose el adolescente en el proceso de formación de su auto concepto. Por lo cual, todas las valoraciones que reciba, tanto de compañeros como de profesores, serán tenidos en cuenta por el alumno para la construcción de dicha concepción. El maestro es el principal responsable para que exista un positivo nivel de autoestima a través del interés, la motivación y un ambiente de aceptación. (Núñez, 2016 y Pérez, 2014).

En octavo lugar, en cuanto a la relación entre las variables de “Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” y las variables sociodemográficas, se identificó una asociación significativa entre “Edad” y “Grado de instrucción”. Estos hallazgos coinciden con diferentes estudios donde se registró una relación significativa entre ambas. En ese sentido las variables edad y grado de instrucción; permiten diferenciar las características distintivas en las adolescentes explicadas por su etapa evolutiva en cada ciclo escolar, por lo tanto; es en este período donde existe mayor probabilidad de inicio de TCA, ya que se da lugar a la crisis de identidad, manifestando temores e inseguridades al enfrentar las excesivas demandas de la vida adulta, lo que conlleva a una falta de control sobre sus impulsos y sobre su propia vida, creándose expectativas exageradas sobre sus propios logros personales. En este trayecto existen factores propios de la adolescencia como la ganancia de peso asociada con los cambios físicos, el inicio de interacción con el sexo opuesto, el aumento de las demandas académicas y los modelos sociales que son percibidos como representaciones realistas, presentando imágenes estéticas relacionado a lo atractivo, siendo así figuras de identificación. Todo lo referido anteriormente conllevaría a la modificación en la ingesta de los alimentos, la realización de hacer dieta y su consecuente incursión en algún trastorno de la conducta alimentaria que se encuentra potenciado por el estado de confusión, un concepto pobre de sí mismo, de su identidad y de su cuerpo. (Moreno, 2009; Alvarez, 2009; Arrufat, 2006 y Rivarola, 2003).

En el Perú, el MINEDU, en su programa curricular de educación secundaria (2016), reporta que estos cambios, exigen a la escuela adaptar el proceso educativo, creando espacios que permitan la expresión y comunicación de los estudiantes en plena libertad, confianza y respeto, considerando que se evidencia la inclinación hacia la práctica de actividades físicas y saludables; debido a la preocupación de su imagen corporal. Además, plantea que en este nivel escolar se deben desarrollar competencias básicas; como la construcción de su identidad y la concientización de una vida saludable. En ese sentido, es vital el trabajo permanente y coordinado entre los estudiantes, las familias, los directivos y los docentes.

## 5.2. Conclusiones

- Se evidenció que existe relación negativa significativa entre la “Autoestima” y el “Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, así como en las dimensiones de la Autoestima, (Sí Mismo General, Social Pares, Hogar Padres y Escolar) en la población adolescente femenina del nivel secundario, todo ello indica que determinados factores el desarrollar la autoestima será influenciado en función a sus experiencias en la familia, la vida social, la escuela y los medios de comunicación. Es por ello que una baja autoestima implica la valoración negativa de sí mismo, el auto rechazo, la inseguridad, las tomas de decisiones basadas en la aceptación y aprobación del grupo de pares los cuales se encuentran influenciados por la cultura que hasta la actualidad relaciona la belleza a mujeres delgadas como factor de éxito. Así como la relación familiar basada en la falta de apego, restricción de expresión de emociones como de pensamientos, y el factor bajo rendimiento académico, todo ello conlleva a la alteración de la percepción de la imagen personal, produciendo pensamientos aversivos, emociones desagradables desencadenando riesgo de contraer trastornos alimenticios. Sin embargo, desarrollar una buena autoestima, quiere decir que aquellas estudiantes que confían en sí mismos, se consideran valiosas e importantes aceptándose como son, tienen una buena relación con su entorno expresándose con facilidad y una adecuada relación familiar; tienen menor probabilidad de desarrollar un TCA; lo cual posiblemente este asociado a conductas como presentar una adecuada percepción de su imagen corporal, por consiguiente, una sana alimentación.
- En relación a las variables sociodemográficas “Edad” y “Grado de instrucción” se asocian al “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria”, debido que la población estudiada se encuentra en la etapa de la adolescencia, caracterizada por ser una población evolutiva, vulnerable y de riesgo, en el cual resalta los cambios físicos, la atracción hacia el sexo opuesto y el descubrimiento de su identidad, además de la decisión acerca de su futuro en la vida adulta ejerciendo presión sobre ellos. Los adolescentes se encuentran en la constante búsqueda de aprobación social mostrándose influenciados para realizar conductas negativas, como la restricción de alimentos, dietas extremas tomando como referencia a los personajes de los medios de comunicación, las cuales son las figuras de identificación, que perjudican su bienestar psicológico y físico. Siendo la etapa escolar un espacio para el desenvolvimiento, donde puedan transmitir sus dudas o crisis, otorgando opciones sanas de conllevar su desarrollo.

## 5.3 Recomendaciones

- Realizar más investigaciones donde se realicen asociaciones, en cuanto a la Autoestima y sus dimensiones en relación a los Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Realizar más investigaciones considerando otras variables de estudio como la Escuela, la Familia y su interacción, en relación a los Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.
- Ampliar el tamaño de la muestra de estudio incluyendo todas las regiones a nivel nacional, para dar a conocer las causas y el tratamiento adecuado de los Trastornos de la conducta Alimentaria, trabajando de forma conjunta con el sector educación y salud.

- Fomentar a nivel individual la autoestima a través de consejerías psicológicas y soporte emocional.
- Fomentar en las instituciones educativas la implementación de programas de promoción y prevención de los RTCA a través de campañas educativas dirigidas por el departamento de Psicología en coordinación con la plana directiva de la Institución educativa. A nivel grupal y familiar, la realización de los talleres participativos en relación a temas como la imagen corporal, auto concepto, identidad, manejo de emociones.
- Promover el fortalecimiento de la principal red de apoyo del estudiante, siendo éste el entorno familiar, realizando escuela para padres con temas de abordaje de la influencia de los medios de la comunicación y redes sociales en adolescentes, pautas de crianza y convivencia, comunicación eficaz, prevención e identificación de los RTCA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abanto, K.; & Adrianzen, M. (2008). *Percepción de la imagen corporal y nivel de autoestima en la predicción del riesgo a Trastornos de Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes del centro educativo particular "Nuestra Señora del Perpetuo Socorro" Trujillo 2008*. (Tesis para obtener el Título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.

Abendaño, K. (2018). *Propiedades psicométricas y estandarización del Inventario de Autoestima de Coopersmith en escolares de secundaria de Lima Sur: San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa el Salvador*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.

Acevedo, J. (2008). *La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes*. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACEVEDO\\_FARFAN\\_JULIETA\\_COLERA\\_RIESGO.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACEVEDO_FARFAN_JULIETA_COLERA_RIESGO.pdf?sequence=1)

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Chicago, EEUU: Burg Translations.

Arrufat, F. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osana*. (Doctorado de Medicina). Universidad de Barcelona, España.

Avalos, K. (2016). *Autoestima en adolescentes de 1° y 5° de secundaria de la I.E. "Lucie Rynning de Antúnez de Mayolo", Rímac - 2014*. (Tesis para obtener el Título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad de Ciencias y Humanidades, Lima, Perú.

Borjas, D. (2017). *Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P "José Olaya Balandra" Callao, 2017*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología). Universidad Inca Garcilaso De La Vega, Lima, Perú.

Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A., & Munguía, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista especial Medica quirúrgica*, 18 (1), pp. 51 – 55. <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>

Castillo, G. (2010). *Autoestima, ambiente familiar, depresión y riesgo suicida en adolescentes de Lima Metropolitana*. (Tesis para optar el grado de maestría en Psicología Comunitaria). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú

Cetraro, P. (2011). *Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes*. (Tesis para obtener la licenciatura en Psicología). Universidad Abierta Interamericana, Santa Fe, Argentina.

Coras, B. (2011). *Nivel de autoestima y su relación con el estado nutricional de escolares de 10-12 años de instituciones educativas públicas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima – 2009*. (Tesis para obtener el grado de Magister en docencia e Investigación en Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: [http://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/CONCYTEC/118/1/coras\\_bd.pdf](http://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/CONCYTEC/118/1/coras_bd.pdf)

Cruz, S., & Maganto, M. (2002). *Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescente: Un estudio empírico*. *Psiquis*, 23(1), pp. 65-72.

Díaz, V., & Molina, R. (2014). *Riesgo de trastornos de conductas alimentarias en dos instituciones educativas de los Olivos - 2013*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Lima, Perú. Recuperado de:

[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/365/Diaz\\_c%3B%20Molina\\_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/365/Diaz_c%3B%20Molina_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Espina, A., Asunción, M., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., & Alemán., A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimenticios. *Psicothema*, 13 (4), pp. 533 – 538.

Faour, N. (2010). *Influencia de los medios de comunicación en la aparición de AN y BN en adolescentes de 15 a 18 años*. (Título de Licenciatura en Psicología). Universidad Abierta Interamericana, Argentina.

Fernández, C. (2017). *Relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario en las alumnas del 3er al 5to año de la Institución Educativa Nacional Mixta Telésforo Catacora en Santa Clara. Ate – Vitarte, 2016*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Recuperado de: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/675/Carmen\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/675/Carmen_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Franco, L. (2013). *Estrés y Sintomatología de Trastornos alimenticios en adolescentes de Lima*. (Tesis de licenciatura). Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de:

[file:///C:/Users/alumno/Downloads/Franco\\_Lopez\\_Marilu\\_Trastornos\\_Alimenticios.pdf](file:///C:/Users/alumno/Downloads/Franco_Lopez_Marilu_Trastornos_Alimenticios.pdf)

Gabilondo, R. (2009). *Representaciones Mentales del Self en un grupo de pacientes con Bulimia Nerviosa*. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Galeano, D., & Krauch, C. (2010). Actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias. *Eureka*, 7(1): 11 – 38.

Galindo, S. (2012). *Factores influyentes en el riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo – 2011*. (Tesis para optar el Título Profesional de Enfermería). Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Lima, Perú.

Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. Recuperado de: <http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-40%201979.pdf>

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. *Mc Graw- Hill Interamericana*, 736.

Hiyo, C. (2018). *Propiedades psicométricas y estandarización del Inventario de Autoestima de Coopersmith en escolares de secundaria de Lima Sur: Chorrillos, Surco y Barranco*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.

Huaylinos, J. (2018). Relación entre el nivel de Autoestima y la práctica de conductas saludables en adolescentes del nivel secundario de la Institución (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Universidad de Huánuco, Huánuco - Perú.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2011). Estudio Epidemiológico de Salud Mental. *Anales de Salud Mental*.

Lazo, Y., Quenaya, A., & Mayta - Tristán, P. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Arch Argent Pediatr*, 113(6), pp. 519-525. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n6/v113n6a11.pdf>

Loor, J., & Patiño, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con La imagen corporal y autoestima en estudiantes de la unidad educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca*. (Título de Licenciatura de Enfermería). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Ministerio de Salud (2017). Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Primera edición: Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017.

Ministerio de Educación (2016). Programa curricular de Educación secundaria. Primera educación: Marzo 2016.

Moreno, M., & Ortiz, G. (2009) Trastorno Alimentario y su relación con la Imagen corporal y la Autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), pp. 181-189 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78511847004.pdf>

National Eating Disorders Association, NEDA (2016). *Estadística de los Trastornos de la conducta alimentaria*. Nueva York, EEUU. Recuperado de: <https://www.nationaleatingdisorders.org/neda-espanol>

Núñez, A. (2016). La autoestima en educación infantil, revisión teórica. (Trabajo de fin de grado de Maestro en Educación Infantil). Universidad de la Laguna, España.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano* 8va Edición. Bogotá, Colombia: McGraw Hill Companies.

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18 (4). Recuperado de: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

Panizo, M. (1985). *Autoestima y rendimiento escolar en un grupo de niños de 5to. Grado*. (Tesis para optar el título de Psicología, Facultad de Letras y Ciencias Humanas). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Pérez, V. (2014). *Relación entre el estado nutricional, la autoestima y las conductas Alimentarias de adolescentes comprendidos entre las edades de 15-17 años que asisten a 4 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala*. (Título de Licenciatura en Nutrición). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimenticios. *Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis*, 4 (7 – 8), pp. 149 – 161.



Rivera, D. (2007). *Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL N°4 Comas*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Ruiz, A., Vásquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., & Halley, E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de Trastornos alimentarios*, pp. 45 – 47.

Sauñi, S. (2017). *Análisis de propiedades psicométricas del Inventario de Coopersmith en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.

Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. (Tesis para obtener el grado de Bachillerato de Arte en Psicología). Tecana American University, Maracaibo, Venezuela. Recuperado de: [http://www.tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis\\_daniela\\_steiner.pdf](http://www.tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf)

Tovar, N. (2010). *Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo-Independencia, 2009*. (Tesis para obtener el Título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). Prevalencia de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Escolarizados del Norte De Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38 (2), pp. 128 - 135. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182011000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000200003)

Unikel, C., Díaz, C., & Rivera, J. (2017). *Conductas Alimentarias del riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana, 129.

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Operacionalización de la variable 1 - Autoestima**

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Niveles y rangos	Instrumento
<b>Autoestima</b>	Cuantitativa	<p>Según Coopersmith (1996) citado en Steiner, 2005, define a la autoestima como la evaluación que el individuo tiene con respecto a sí mismo, que va desarrollándose desde la infancia, y que a su vez es expresada a través de una actitud de aprobación o desaprobación; en función a lo aprendido de su entorno familiar y social.</p> <p>Así mismo, se necesita de otros dos factores como la idea de sí mismo</p>	El puntaje obtenido en el Inventario de Autoestima de Coopersmith.	<b>Autoestima Sí Mismo General</b>	Referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a sí mismo, dando a conocer el grado en que se siente seguro, capaz, valioso y significativo.	1,2,3,8, 9,10,15, 16,17, 22, 23,24, 29,30, 31,36, 37,38, 43, 44,45, 50,51, 52,57, 58	<p><b>A:</b> Si es una afirmación es “<b>igual que yo</b>”</p> <p><b>B:</b> Si es negación es “<b>distinto a mí</b>”</p>	<p>Intervalos para cada categoría de autoestima son:</p> <p><b>0 a 25:</b> Baja Autoestima</p> <p><b>26 a 42:</b> Promedio</p> <p><b>43 a 100:</b> Alta Autoestima</p> <p><b>Escala de Mentiras:</b> La escala de mentiras invalida la prueba si es un puntaje</p>	Inventario de Autoestima de Coopersmith
				<b>Autoestima Social Pares</b>	Evalúa la participación y el liderazgo en diversas actividades frente a individuos del mismo grupo de edad.	4,11,18, 25, 32,39,46, 53			

		<p>y el auto concepto que se va desarrollando al mismo nivel en que se da el desarrollo humano tanto exterior como interiormente. La auto percepción del sujeto está en relación con las siguientes áreas: Si mismo General, Social Pares, Hogar Padres y Escolar.</p>		<p><b>Autoestima Hogar Padres</b></p>	<p>Mide el grado en que el sujeto se siente aceptado por su entorno familiar; es decir, en qué medida es respetado, amado y comprendido por cada uno de los miembros de su familia.</p>	<p>5,12,19 ,26, 33, 40,47, 54.</p>		<p>superior a (4).</p>	
				<p><b>Autoestima Escolar</b></p>	<p>El individuo se evalúa a sí mismo en cuanto a su desempeño en el área escolar o académica, tomando en cuenta su productividad, capacidad; emitiendo un juicio personal expresado en actitudes.</p>	<p>7,14,21 ,28,35, 42,49 , 56</p>			

Fuente: Elaboración propia

**Anexo 2: Operacionalización de la variable 2 - Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Niveles y rangos	Instrumento
<b>Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria</b>	Cuantitativa	<p><b>Riesgo</b> Es la probabilidad de padecer una patología alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa. (Abanto, 2008).</p> <p><b>Trastorno de la Conducta Alimentaria</b> Según el DSM V (2014), los Trastornos de la Conducta Alimentaria son alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos, causando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.</p>	El puntaje obtenido en el Inventario de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.	<b>Dieta</b>	Este factor incluye la preocupación por obtener un perfil esbelto y la severa restricción de la ingesta.	1,6,7, 10,11, 12,14,16, 17,22, 23,24,25	<p><b>Escala tipo Likert de 6 categorías</b></p> <p><b>A:</b> Siempre <b>B:</b> Casi siempre <b>C:</b> Frecuentemente <b>D:</b> A veces <b>E:</b> Rara vez <b>F:</b> Nunca</p> <p>Las preguntas desde la <b>1 a la 24</b> y la <b>26</b> toman el siguiente puntaje:</p> <p><b>Siempre:</b> 3 <b>Casi siempre:</b> 2 <b>Frecuentemente:</b> 1 <b>A veces:</b> 0 <b>Rara vez:</b> 0 <b>Nunca:</b> 0</p>	El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.	Cuestionario de Actitudes hacia la comida (EAT-26)
				<b>Bulimia y Preocupación por la comida</b>	Refleja pensamientos de preocupación sobre la comida e indicadores de Bulimia	3,4,9, 18, 21,26			
				<b>Control Oral</b>	Está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso	2, 5, 8, 13, 15, 19,20			

							<p>Para el caso del ítem 25 la puntuación es la siguiente:</p> <p><b>Siempre: 0</b> <b>Casi siempre: 0</b> <b>Frecuentemente: 0</b> <b>A veces: 1</b> <b>Rara vez: 2</b> <b>Nunca: 3</b></p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

### Anexo 3: Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición	Dimensiones / categorías
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Tiempo en que ha vivido una persona.	Como variable cuantitativa, abarca a los participantes de 11 a 18 años.	Razón	- 11 - 18
<b>Distrito</b>	Cualitativa	Acción o lugar de residir.	Variable cualitativa, nominal que se definirá según el lugar de residencia del alumno.	Nominal	- Distritos
<b>Grado de Instrucción</b>	Cualitativa	Se refiere al grado más elevado de estudios realizado o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompleto.	Variable cualitativa, politómica, ordinal la cual fue identificada por los participantes.	Ordinal	- Primero - Segundo - Tercero - Cuarto - Quinto
<b>Creencia</b>	Cualitativa	Firme consentimiento y conformidad con algo.	Variable cualitativa, dicotómica que diferencia a los alumnos que profesan y no profesan alguna creencia religiosa.	Nominal	- Creyente - No creyente

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 4: Inventario de Autoestima de Coopersmith

### N° CUESTIONARIO

--	--	--

**INSTRUCCIONES:** Enseguida encontraras una serie de afirmaciones que tienen que ver con tus modos de sentir. Si una frase describe en general lo que sientes, marca con una (X) la columna **A:** Igual Que Yo y **B:** Distinto A Mí. Por favor conteste cuidadosamente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas tus respuestas valen.

**A B**

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2. Estoy seguro de mí mismo.		
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4. Soy simpático.		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
6. Nunca me preocupo por nada.		
7. Me abochorna pararme frente al curso para hablar.		
8. Desearía ser más joven.		
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.		
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12. Me incómodo en casa fácilmente.		
13. Siempre hago lo correcto.		
14. Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela).		
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.		
17. Frecuentemente, me arrepiento de las cosas que hago		
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.		
19. Usualmente, mis padres consideran mis sentimientos.		
20. Nunca estoy triste.		
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo		
22. Me doy por vencido fácilmente.		
23. Usualmente, puedo cuidarme de mí mismo.		
24. Me siento suficientemente feliz.		
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26. Mis padres esperaban demasiado de mí.		
27. Me gustan todas las personas que conozco.		
28. Me gusta que el profesor me interroge en clases		
29. Me entiendo a mí mismo.		
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas		
32. Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.		
33. Nadie me presta mucha atención en casa.		
34. Nunca me regañan.		
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37. Realmente no me gusta ser un muchacho (una muchacha.)		
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.		
39. No me gusta estar con otra gente.		
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.		
41. Nunca soy tímido.		
42. Frecuentemente, me incomoda la escuela.		
43. Frecuentemente, me avergüenzo de mí mismo.		
44. No soy tan bien parecido como otra gente.		



45. Si tengo algo que decir, habitualmente lo digo.		
46. A los demás "les da" conmigo.		
47. Mis padres me entienden.		
48. Siempre digo la verdad.		
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		
50. A mí no me importa lo que me pasa.		
51. Soy un fracaso.		
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.		
53. Las otras personas son más agradables que yo.		
54. Habitualmente, siento que mis padres esperan más de mí.		
55. Siempre sé qué decir a otras personas.		
56. Frecuentemente, me siento desilusionado en la escuela.		
57. Generalmente, las cosas no me importan.		
58. No soy una persona confiable como para que otros dependan de mí.		

## Anexo 5: Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26)

### N° CUESTIONARIO

--	--	--

**INSTRUCCIONES:** Enseguida encontraras una serie de afirmaciones que tienen que ver con tus modos de sentir. Si una frase describe en general lo que sientes, marca con una (X) la columna **A: SIEMPRE B: CASI SIEMPRE C: FRECUENTEMENTE D: A VECES E: RARA VEZ F: NUNCA**. Por favor conteste cuidadosamente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas tus respuestas valen.

	A	B	C	D	E	F
1. Me aterroriza la idea de estar en sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma mas						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después de haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgada						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgada						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar.						
17. Como alimentos dietéticos						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces.						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo impulso de vomitar luego de comer						

Todos los ítems a excepción del #25					
A	B	C	D	E	F
3	2	1	0	0	0

Solo para el ítem #25					
A	B	C	D	E	F
0	0	0	1	2	3

## Anexo 6: Ficha de registros de datos sociodemográficos

### N° CUESTIONARIO

--	--	--

---

### FICHA DE DATOS PERSONALES

---

Marque o escriba la opción según lo que corresponda. Por favor, llena tus datos en esta ficha. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco. Muchas gracias.

---

**Edad:**

---

**Distrito:**

---

**Grado escolar:**

---

**Sección:**

---

**Creyente ( )**

**No Creyente ( )**

---

## **Anexo 7: Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación**

**Institución** : Universidad Católica Sedes Sapientiae

**Investigadoras:** Ivette Josselyn de la Cruz Sánchez, Isabel Elvira Ramos Verastain

**Proyecto** : Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima

### **Propósito del estudio**

El presente consentimiento es para invitarla a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la relación de la autoestima y el Riesgo de conductas alimentarias en mujeres, el cual será realizada por investigadoras de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

### **Procedimientos**

Si usted acepta participar en este estudio se le realizará la evaluación a través de cuestionarios que serán realizados en forma confidencial a la estudiante.

### **Beneficios y costos**

Gracias a su participación se contribuirá al conocimiento sobre los adolescentes en cuanto a sus actitudes y percepciones.

Los costos de esta investigación serán cubiertos por el grupo investigador y no le ocasionarán gasto alguno.

### **Confidencialidad**

Garantizaremos estricta confidencialidad con la información brindada, en cuanto a resultados y publicaciones. Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

### **Derechos de los participantes del estudio**

La persona puede retirarse en cualquier momento del estudio incluso si usted se encuentra en el proceso de evaluación. Si usted tiene preguntas acerca de la investigación, puede contactarse con la investigadora Josselyn De La Cruz Sánchez al 993985032 y al Comité Institucional de Bioética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. 533-0008 / 533-6234

### **Consentimiento**

Yo,.....he sido informada del estudio de investigación, tengo conocimiento del procedimiento del estudio, acepto que mi hija ..... Participe voluntariamente en el mismo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL APODERADO

## **Anexo 8: Asentimiento informado para participar en un estudio de investigación**

**Institución** : Universidad Católica Sedes Sapientiae

**Investigadoras:** Ivette Josselyn de la Cruz Sánchez, Isabel Elvira Ramos Verastain

**Proyecto** : Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima

### **Propósito del estudio**

El presente consentimiento es para invitarla a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la relación de la autoestima y el Riesgo de conductas alimentarias en mujeres, el cual será realizada por investigadoras de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

### **Procedimientos**

Si usted acepta participar en este estudio se le realizará la evaluación a través de cuestionarios que serán realizados en forma confidencial a la estudiante.

### **Beneficios y costos**

Gracias a su participación se contribuirá al conocimiento sobre los adolescentes en cuanto a sus actitudes y percepciones.

Los costos de esta investigación serán cubiertos por el grupo investigador y no le ocasionarán gasto alguno.

### **Confidencialidad**

Garantizaremos estricta confidencialidad con la información brindada, en cuanto a resultados y publicaciones. Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

### **Derechos de los participantes del estudio**

La persona puede retirarse en cualquier momento del estudio incluso si usted se encuentra en el proceso de evaluación. Si usted tiene preguntas acerca de la investigación, puede contactarse con la investigadora Josselyn De La Cruz Sánchez al 993985032 y al Comité Institucional de Bioética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. 533-0008 / 533-6234

### **Consentimiento**

Yo,..... He sido informada del estudio de investigación, tengo conocimiento del procedimiento del estudio y acepto participar voluntariamente en el mismo.

---

Firma del Estudiante

## Anexo 9: Matriz de Consistencia de la Investigación

**Título de la Investigación:** Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Población y muestra	Alcance y diseño	Instrumentos	Análisis estadístico
<p><b><u>Problema general:</u></b></p> <p>¿Existe relación entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p> <p><b><u>Problemas específicos:</u></b></p> <p>¿Cuáles son los niveles de Autoestima en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p>	<p><b><u>Objetivo general:</u></b></p> <p>Determinar la relación existente entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b><u>Objetivos específicos:</u></b></p> <p>Identificar los niveles de Autoestima en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre la Autoestima y el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima Sí Mismo General y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>H0:</b></p>	<p><b><u>Variable 1:</u></b></p> <p><b>Autoestima</b> Tipo cuantitativo con medición de intervalo.</p> <p>Contiene 4 dimensiones:</p> <p>Autoestima Sí Mismo General, Autoestima Social Pares, Autoestima Hogar Padres y Autoestima Escolar.</p> <p><b><u>Variable 2:</u></b></p> <p><b>Riesgo de los Trastornos de la</b></p>	<p><b><u>Población:</u></b></p> <p>La población está constituida por estudiantes mujeres de 11 a 18 años del nivel secundario de la Institución educativa Rosa de Santa María en Breña, Lima.</p> <p><b><u>Muestra:</u></b></p> <p>Está conformada por 300 estudiantes mujeres del nivel secundario de la Institución educativa</p>	<p><b><u>Nivel de estudio:</u></b></p> <p>El nivel de estudio es Correlacional</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Ox</p> <p>M r</p> <p>Oy</p> </div> <p><b><u>Diseño de estudio:</u></b></p> <p>No experimental de corte transversal.</p>	<p><b>Inventario de Autoestima de Coopersmith:</b></p> <p><b>Validez y Confiabilidad:</b> Sauñi, (2017) realizó un estudio con niños que estudiaban en colegios públicos en Estados Unidos, los valores psicométricos de este instrumento, le dan sustento y la acreditan como válido y confiable, contribuyendo a desarrollo de nuevos estudios de esta variable en América Latina.</p> <p>Castillo (2010), realizó una investigación donde intervinieron 647 estudiantes; se estableció que los puntajes del SEI se relacionan significativamente. Y en cuanto a la confiabilidad, reportó a través del test – retest (0.88). Se obtuvo un rango entre 0.87 y 0.92 de coeficiente Kr-20s para la Confiabilidad interna de la prueba. Así como un <math>r = 0,93</math> para la escala si mismo general.</p> <p>En el Perú; Panizo, (1985), ha traducido y validado el Inventario, el cual trabajó en dos etapas: realizó la traducción y validación de contenido cambiando algunas formas de expresión de éstos. Luego realizó la validez de Constructo utilizando el procedimiento con la correlación entre sub-escala y el total. Utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, obteniendo luego de ese</p>	<p><b><u>Análisis descriptivo:</u></b></p> <p>Se calcularon frecuencias, porcentajes, promedio y desviación estándar.</p> <p><b><u>Análisis inferencial:</u></b></p> <p>Se utilizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, Spearman, Chi cuadrado.</p>

<p>¿Cuál es el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p>	<p>Identificar el Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p>	<p>No existe relación entre la Autoestima Sí Mismo General y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p>	<p><b>Conducta Alimentaria</b> Tipo cuantitativo con medición de intervalo.</p>	<p>Rosa de Santa María en Breña, Lima</p>	<p>procedimiento que la correlación entre ambas mitades fue de 0.78.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre la Autoestima Sí Mismo General y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p>	<p>Determinar la relación entre la Autoestima Sí Mismo General y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima Social pares y Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p>	<p>Contiene 3 dimensiones:</p>	<p><b><u>Criterios de inclusión:</u></b>  Estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa Rosa de Santa María.</p>	<p>Hiyo (2018), en escolares de 12 a 18 años, la muestra estuvo conformada por 598 estudiantes de 1° a 5° de secundaria de colegios públicos de Lima Sur. La confiabilidad por consistencia interna muestra un adecuado nivel: Alfa de Cronbach .584. La validez de contenido se obtuvo puntuaciones entre 0.80 y 1.00 en la “V” de Aiken para todos los ítems, mediante el análisis ítem-test con la prueba de Pearson, los índices de discriminación que se obtuvieron fueron medianamente aceptables.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre la Autoestima Social Pares y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución</p>	<p>Determinar la relación entre la Autoestima Social Pares y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución</p>	<p><b>H0:</b> No existe relación entre la Autoestima Social pares y Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p>	<p>Dieta, Bulimia y Preocupación por la comida y Control Oral</p>	<p>Estudiantes de edades entre 11 a 18 años.</p>	<p>Abendaño (2018), realizó un estudio en escolares de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo, la muestra estuvo conformado por 959 estudiantes de 1° a 5° año de secundaria de edades que oscilan entre 11 a 17 años. Los resultados muestran que tiene altos indicadores de confiabilidad por consistencia interna obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.587. La validez de contenido, se obtuvo puntuaciones superiores a 0.80 y 1.00 en la “V” de Aiken en todos los ítems, mientras que para la validez de constructo se identificaron 6 componentes que explican el 29.908% de la variabilidad total contenida en los datos.</p>
<p>Estudiantes de una Institución</p>	<p>Estudiantes de una Institución</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima Hogar Padres y Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria en un grupo de mujeres en estudiantes de una Institución</p>	<p>Estudiantes que se encuentren matriculadas durante el periodo académico 2017.</p>	<p>Estudiantes que brinden consentimiento o informado y asentimiento firmado para participar en el estudio.</p>	<p>En nuestra muestra se aplicó el análisis de fiabilidad del instrumento; se encontró un buen indicador de fiabilidad en la Escala total y un adecuado indicador en cada una de las dimensiones.</p>

<p>Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Autoestima Hogar Padres y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Autoestima Escolar y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Autoestima y el Riesgo de</p>	<p>Educativa de mujeres en Breña, Lima</p> <p>Determinar la relación entre la Autoestima Hogar Padres y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p> <p>Determinar la relación existente entre la Autoestima según Autoestima Escolar y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p>	<p>Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre la Autoestima Hogar Padres y Riesgo de los Trastornos de la conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima Escolar y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>H0:</b> Existe relación entre la Autoestima Escolar y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre la Autoestima y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en</p>		<p><b><u>Criterios de exclusión:</u></b></p> <p>Estudiantes con el deseo de no participar en el estudio.</p> <p>Estudiantes que presenten algún malestar físico o psicológico durante la evaluación.</p>		<p><b>Escala de auto informes de actitudes y síntomas de los trastornos alimentarios (EAT – 26):</b></p> <p><b>Validez y Confiabilidad:</b></p> <p>En la población chilena Urzúa, Abendaño, Díaz y Checura en el 2010, en una muestra de adolescentes de 10 a 13 años de edad, encontraron un nivel de confiabilidad de 0.81 de la prueba.</p> <p>En el año 2006, Jorquera, Botella, Guillen, Marco, Baños y Perpiña, realizaron la validación en estudiantes varones y mujeres españoles entre 11 a 19 años, en el cual obtuvieron una aceptable consistencia interna en cuanto a población femenina y masculina y de las sub escalas. La escala total obtuvo un coeficiente de 0.87, dimensiones: Dieta (0.88), Bulimia y Control oral (0.73).</p> <p>Por otro lado, Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz en el 2003 en población femenina española escolarizada en el mismo medio de 15 a 18 años diseñado para evaluar actitudes patológicas hacia la comida. Las características psicométricas fueron similares a las descritas por los autores, demostrando validez y consistencia interna (confiabilidad de 0.89), determinando la diferencia en población de riesgo y normal. (Borjas, 2017).</p> <p>En el Perú, Borjas (2017) realizó el análisis de confiabilidad de la prueba a 90 estudiantes en el nivel de secundaria (1ro a 5to), el índice Alfa de Cronbach para los tres factores fue de 0.863, siendo los valores <math>\alpha = 0.828, 0.862</math> y <math>0.872</math> para sus dimensiones dieta, bulimia y preocupación por</p>
---	--	---	--	--	--	--



<p>los trastornos de la Conducta alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima?</p>	<p>Determinar la relación entre la Autoestima y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima</p>	<p>estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre la Autoestima y Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con las variables sociodemográficas en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima.</p>				<p>la alimentación y control por la alimentación y control oral. Por tanto, cabe concluir indica un nivel de confianza aceptable del instrumento.</p> <p>Lazo, Quenaya y Mayta – Tristán; (2015), realizaron un estudio en población de 12 a 17 años en el cual realizaron la confiabilidad de la prueba obteniendo un 0.83 determinando la consistencia y fiabilidad de la prueba.</p> <p>Así mismo, Abanto y Adrianzen (2008), en población de 11 a 19 años realizó la confiabilidad (0.781) y validez del instrumento (0.750 – 0.801), en el cual se realizó una prueba piloto previa a 20 estudiantes.</p> <p>Palpan, Jiménez y Garay (2007), realizaron la validación peruana del EAT – 26 en un medio escolarizado de ambos sexos entre los 14 y 18 años en Lima Metropolitana, utilizando la escala adaptada española por Gandarillas et al. El instrumento presento consistencia interna optima (0.783) de igual forma es las sub escalas con consistencias fuertes, siendo un instrumento confiable que determinan la validez y confiabilidad del instrumento.</p> <p>En nuestra muestra se aplicó el análisis de fiabilidad del instrumento, el cual se encontró una buena confiabilidad en la Escala total y cada uno de los factores.</p>	
---	---	--	--	--	--	---	--