



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE  
LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN  
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA  
BASTIDAS, AREQUIPA, 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTORA:**

**DIAZ HANCCO, PATRICIA KATHERINE**

**ASESOR:**

**MG. JUAN JORGE ALBERTO STARKE GUTIERREZ**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios, por permitirme tener vida, salud y por darme el don de la perseverancia para culminar esta tesis y mi carrera profesional.

A mis padres Jenri Bruno Díaz Callo y Francisca Antonieta Hanco Sancho por haberme forjado como la mujer que soy en la actualidad, por sus sabios consejos que siempre me motivaron para alcanzar mis anhelos, muchos de mis logros es gracias a ustedes, como se incluye éste.

A mi hermana Karen y su esposo Daniel, por siempre apoyarme y motivarme a seguir adelante.

A mis sobrinos Danika y Evans, por su cariño, y, porque siempre que los veo siento un gran compromiso por ser cada día mejor, los amo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a Dios, por haber derramado todas sus bendiciones y haberme iluminado en este duro camino.

A la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa, al Coordinador de la Escuela Profesional de Psicología Humana al Dr. Walter Portocarrero Salas por su apoyo.

A mis padres, por todo el sacrificio y esfuerzo que dieron por verme hoy triunfar, por su comprensión y motivación a nunca rendirme.

A mi hermana, por siempre haber estado a mi lado, brindándome su apoyo incondicional.

A mis familiares, porque a pesar de las dificultades que se presentan siempre me han apoyado.

A mis asesores quienes supieron guiarme en cada uno de los pasos para completar mi tesis.

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018. La muestra fue de tipo probabilístico, aleatorio simple estuvo conformada por 254 estudiantes del 3er. al 5to. grado de secundaria. La investigación se realizó para probar la hipótesis: si la autoestima se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas. Los instrumentos utilizados fueron: la escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2. El diseño de la investigación es no experimental, relacional y transversal. Los resultados encontrados evidencian un nivel de autoestima alto, presencia de conductas alimentarias de riesgo para la salud como la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social. Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas del factor inseguridad social según edad, finalmente, existe relación negativa o inversa entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud, comprobándose de ésta manera la hipótesis de investigación.

**Palabras clave:** Autoestima, conductas alimentarias de riesgo para la salud, anorexia, bulimia, factores de personalidad.

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between self-esteem and eating behaviors of health risk in adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas, Arequipa, 2018. The sample was probabilistic, simple random was composed of 254 students of the 3rd . to the 5th. high school degree. The research was conducted to test the hypothesis: if self-esteem is related to eating behaviors of risk to health in adolescents of the Micaela Bastidas Educational Institution. The instruments used were: the Rosenberg self-esteem scale and the EDI 2 eating behavior disorders inventory. The research design is non-experimental, relational and transversal. The results show a high level of self-esteem, presence of eating behaviors at risk to health such as obsession with thinness, body dissatisfaction, perfectionism, interpersonal mistrust, fear of maturity, impulsiveness and social insecurity. Likewise, there are statistically significant differences of the social insecurity factor according to age, finally, there is a negative or inverse relationship between self-esteem and eating behaviors of health risk, thus proving the research hypothesis.

**Key words:** Self-esteem, eating behaviors of risk for health, anorexia, bulimia, personality factors.

## Índice general

Portada	
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Introducción	ix
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.4 Justificación e importancia de la investigación	16
1.5 Limitaciones del estudio	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación	18
2.2 Bases teóricas	24
2.3 Definición de términos básicos	38
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION</b>	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	40
3.2 Operacionalización de variables, dimensiones e indicadores	41
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1. Diseño metodológico; método, nivel, tipo de investigación	43
4.2 Diseño muestral, población y muestra, técnicas de muestreo	44

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	46
4.4 Técnicas del procesamiento de la información	48
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	48
4.6 Aspectos éticos contemplados	49
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	
5.1 Análisis descriptivo	51
5.2 Comprobación de hipótesis	56
5.3 Discusión	57
5.4 Conclusiones	61
5.5 Recomendaciones	62
<b>REFERENCIAS</b>	63
<b>ANEXOS</b>	69
Matriz de consistencia	70
Instrumentos utilizados	73
Consentimiento informado	80

## Índice de Tablas

TABLA 1. Población de estudiantes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018	45
TABLA 2. Análisis descriptivo categórico de la edad y el grado de estudios de Adolescentes del 3ro, 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, 2018	51
TABLA 3. Análisis descriptivo categórico nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018	52
TABLA 4. Análisis descriptivo categórico de las Conductas alimentarias prevalentes más frecuentes en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018	53
TABLA 5. Correlación entre la autoestima y las Conductas alimentarias prevalentes en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018	56

## **Introducción**

En la actualidad las adolescentes muestran interés y preocupación por una determinada imagen corporal, estética, atribuida por el medio social. Y las adolescentes al tratar de seguir este estereotipo de “belleza” muestran una ansiedad excesiva por su cuerpo, y para cumplir este estereotipo y estética manifiestan conductas de riesgo que pueden concluir desencadenando Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

En ese sentido, existen factores sociales, culturales y factores endógenos propios de las adolescentes que determinan y condicionan dichos trastornos de conducta alimentaria. Los factores sociales relacionados a los estereotipos, la influencia de los medios de comunicación, los imaginarios colectivos, pérdida de identidad, alienación, etc. Sin embargo, también existen factores endógenos propios de las adolescentes como la personalidad, la autoestima, la inteligencia emocional, las relaciones interpersonales, los valores, etc., que están relacionados con la imagen corporal y los TCA.

En la presente investigación, se aborda la problemática correspondiente a los riesgos de trastornos de alimentación en la adolescencia, enfocándonos en reconocer conductas alimentarias de riesgos y su relación con la autoestima. Por ello, el modo en que las adolescentes se sienten con su imagen corporal influye en la manera que se valoran, y también en el grado de malestar o bienestar que experimentan, en dependencia del tipo de emociones y sentimientos que los provoca. El malestar producido por la percepción negativa de la imagen corporal, establece, probablemente, el principal factor que precede a la decisión de adelgazar, constituyendo el inicio de la mayoría de los trastornos de alimentación.

Por lo expresado, la investigación relaciona dos variables como la autoestima y los trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Arequipa. El mismo que se desarrolla teniendo en cuenta las normas y requisitos que la Universidad Alas Peruanas manifiesta.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

En esta investigación, se trata de establecer si consta o no una correspondencia típica entre las temáticas de la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud, para así poder llegar a conclusiones fidedignas que nos permitan tener información fehaciente y real del verdadero entorno en el que se hallan las adolescentes en nuestra coyuntura, temporal y espacialmente. La adolescencia está llena de una continua cadena de eventos, permutaciones socio - culturales que son propios de todos. Es un tiempo de existencia caracterizado por muchas transformaciones en diferentes lapsos y paradigmas del contexto, siendo de nivel físico, psicológico y social; y una época decisiva para el transcurso de la madurez; simultáneamente es un periodo de mucha argumentación y oposición: pretensión de aceptación ante la sociedad, repercusión, emancipación y rebeldía, asociado a ello, el predominio de los medios masivos de radio y televisión, de los prototipos reinantes que priorizan la estética y el modelo de bajo peso como “ideal de mujer” que hacen que el perfil anatómico sea una especie de prioridad natural y mundial. Esta imagen corporal se verá afectada por una serie de variables y ocasionarán ciertos trastornos

de conducta alimentaria, estas perturbaciones están entrañablemente atadas a la autoestima. La colectividad asigna unos cánones de preciosidad ilusorios por medio de programas, guías, personajes o famosas que son muy delgadas. La adolescencia permite pasar por aprendizajes de un periodo espinoso donde la autoestima nace, crece y se desarrolla, entonces, las adolescentes se afianzan y tienen un gran impulso para perseguir sus metas a veces de manera soñadora e impensable, pero que atañen a la regularidad de ese momento histórico y que, si observan modelos bellas de pasarela que son seguidas por otros por ser flacas y en alguna medida son juzgadas como exitosas, las chicas quieren y anhelan esa misma realidad aunque saben que es muy lejana, esto se va retroalimentando en las jóvenes que van a los colegios nacionales como privados, aunque en el caso de algunas instituciones educativas nacionales los medios económicos son escasos y algunas señoritas pueden ilusionarse con alcanzar la fama y lograr obtener dinero para salir de la condición socioeconómica adversa por la que pudiesen encontrarse.

Mi Autoestima (2018), un portal web, afirma: “Una adolescente con alta autoestima, tenga el cuerpo que tenga, se sentirá segura de sí misma, se valorará más y se aceptará sean cuales sean las partes de su cuerpo que no le gusten o cumplan los cánones marcados por la sociedad. Por el contrario, una joven con baja autoestima buscará continuamente la aprobación en los demás, persiguiendo para ello la perfección que marca la sociedad. Al no aceptarse a sí mismas como personas, despreciarán cualquier parte de su cuerpo que no sea perfecta y harán todo lo que esté en su mano para cambiarlo, aunque tengan que poner su salud y su vida en juego”.

La gran influencia que generan los estereotipos de los programas de espectáculos que venden la idea de que la apariencia importa más que tener un uso

adecuado de la razón respecto a uno mismo, está causando una gran incertidumbre respecto a cómo realmente se debe lucir, las mujeres son las más propensas a caer en algún tipo de trastorno, a raíz de la gran importancia que dan al aspecto corporal. “Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y a mujeres jóvenes” (López y Treasure, 2011).

La autoestima alcanza un nivel muy significativo en la vida diaria de las personas y dentro de la formulación de ideas sobre uno mismo, tanto exterior como interiormente, “la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos” (Branden, 1993). El respeto hacia sí mismo “parte del reconocimiento propio, del amor propio y del derecho a ser felices, como cualquier otro ser humano” (Branden, 1995).

El hecho de estar hoy más expuestos a las críticas gracias a la masificación de la opinión a causa de las redes sociales, donde sin censura alguna, se lanzan críticas hacia la persona que no está a la altura de las expectativas que generan tanto, los spots publicitarios como, los programas de espectáculos, las adolescentes se encuentran susceptibles, de presentar dudas acerca de su autoimagen, donde los ayunos y las opiniones son exageradas sobre el deseo de tener un “cuerpazo”. “Sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que fomentan la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está la preocupación que existe entre la población general —en especial en las mujeres adolescentes y jóvenes— por el hecho de sentirse atractiva para el otro” (Rivarola y Penna, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) ha afirmado: “que los TCA están entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y los adolescentes dado el riesgo para la salud que implican”. “El diagnóstico más frecuente durante la

adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa” (López y Treasure, 2011).

El diario Peru21 (2014), refirió que: “según el MINSA, existía un total de 1,062 personas que padecen algún tipo de trastornos alimenticios. Estos males suelen aparecer más entre los 12 y 17 años. También se ha comprobado que, de cada diez pacientes, nueve son mujeres y que hasta junio del 2014, se atendió a 332 pacientes con anorexia y 185 con bulimia. Las regiones con más casos de trastornos alimenticios atendidos son Lima (334 casos), Junín (81 casos), La Libertad (58 casos) y Arequipa (54 casos)”.

Sin embargo, es menester, hacer referencia a la era del consumismo que estamos atravesando hoy en día, a raíz de los grandes centros comerciales, que han venido a posicionarse en nuestra Ciudad Blanca, los que ocasionan que en la adolescencia puedan fijarse más en lo que uno pueda estar vistiendo que en el hecho de fijarse en sí en otros. “Ésta es una etapa donde los y las adolescentes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan saber quiénes son, cómo son y hacia dónde se dirige su vida” (Salazar, 2008).

Hay que advertir la singular referencia que los programas como “Esto es guerra” y “Combate” están transmitiendo a la adolescencia en sí. “Se cree que los mensajes que promueven un ideal estético de delgadez afectan a la satisfacción corporal de las adolescentes y a la vez a su autoestima, convirtiéndose en factores de riesgo de TCA” (Baile, González y Ruiz, 2009). Se entiende que éstos programas están creando en la adolescencia ciertos patrones estéticos, que la llevan a evaluarse en relación a lo que es más atractivo, imponiendo una presión social significativa, ya que se ubican en la fase de composición integral de lo corpóreo, “si se es delgado o delgada hay razones para valorarse positivamente. Sin embargo, aquellos y aquellas

quienes se apartan del modelo delgado sufren y suelen padecer de baja autoestima” (Salazar, 2008).

Hay que entender, sin embargo, que los adolescentes viven con gran intensidad pero también con vulnerabilidad, ya que están en proceso de la formación de su identidad, ¿Qué es atractivo? y qué no lo es, ¿Qué es lo que está de moda? y qué no. Es decir, que en esta etapa, la mayoría de adolescentes se sume en una cuestión narcisista, lejos de la mirada de su ser interior, “el narcisismo designa el surgimiento de un perfil inédito del individuo en sus relaciones con él mismo y su cuerpo, con los demás, el mundo y el tiempo” (Lipovetsky, 1986).

En este sentido, los problemas que ocurren tanto a nivel mundial como en la Región Arequipa, se producen en la institución educativa donde se han estudiado las variables principales del presente estudio, donde se debe revalorar los aspectos citados anteriormente, y buscar la realidad que en estos momentos es bastante difícil de creer posible identificar y mejorar lo que está pasando hoy en día.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal**

¿Existe relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

- a) ¿Cuál es el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?
- b) ¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.
- b) Identificar las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

### **1.4 Justificación e importancia de la investigación**

Esta investigación presenta pertinencia, ya que la autoestima y la imagen corporal se relacionan, sobre todo en nuestros tiempos actuales, donde los programas televisivos preconizan los cuerpos estéticos, es decir, que subjetivamente, generan en la adolescencia la inconformidad consigo mismos, a partir de la comparación con el otro, es decir, entre personas atléticas modelos y adolescentes con cuerpos que no son necesariamente atléticos.

Es de utilidad, porque nos permitirá tener una mayor amplitud del problema y así poder abordarlo de la manera más adecuada posible, creando métodos para la prevención más acordes a la realidad en la que estamos viviendo.

Es relevante, ya que estamos viviendo en la era del consumismo donde las grandes empresas utilizan los medios de comunicación, para generar estereotipos aspiracionales en las personas, y sobre todo en los adolescentes.

Es trascendente, porque no sólo afecta a una determinada clase social, raza o lengua, sino, que todos de alguna u otra forma estamos expuestos por ser seres que viven y se relacionan en un determinado espacio.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Las limitaciones de la investigación están referidas al apoyo que se necesitó de la psicóloga de la Institución Educativa durante el presente estudio, para aplicar los instrumentos ya que permitió la interrelación con éste personal y posibilitó la aplicación de los instrumentos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

#### **A nivel internacional**

Pérez (2014), en un estudio realizado dentro de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, titulado: “Relación entre el estado nutricional, la autoestima y las conductas alimentarias de adolescentes”. Pérez, afirma que: “el objetivo de la investigación fue correlacionar las variables, segmentando a los sujetos por edades de 15 a 17 años, se llevó a cabo en cuatro instituciones educativas públicas y privadas. Su metodología fue cuantitativa y correlacional. Se determinó que el estado nutricional no tiene relación con la autoestima ni con conductas alimentarias, no obstante, la autoestima alta se relaciona inversamente con las conductas alimentarias, dilucidando que a mayor autoestima menor riesgo de contraer un trastorno de conducta alimenticia. Los hallazgos señalan que más adolescentes presentan autoestima alta, representando un 55.2%, donde los hombres son más representativos, en cambio las mujeres tienen autoestima baja con un 0.5%. En contraposición, la autopercepción del cuerpo en las adolescentes es mayoritariamente normal, y en el caso de los varones la imagen de sus cuerpos se desfigura ya que se

aprecian con mayor peso, constituyendo un 31.7%. 3. En su mayoría los adolescentes en general presentaron conductas adecuadas con un 95.6%, y el 4.4% de los adolescentes tienen algún riesgo de sufrir algún trastorno en su conducta alimentaria”.

Cetraro (2011), en la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, se llevó a cabo la investigación titulada: “Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes”. Para Cetraro: “el objetivo fue reconocer las conductas de riesgo de los trastornos alimenticios y examinar la relación entre la autoestima y la insatisfacción por la imagen corporal en adolescentes de secundaria. La muestra fue de 40 adolescentes, 20 alumnas de 2do. grado y 20 de 3er. grado. La metodología fue relacional y cuantitativa, donde se observó que la anorexia y la bulimia, por lo menos en un 90 % son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Los descubrimientos sugieren que las conductas de riesgo de la anorexia y de la bulimia, en adolescentes, se relacionan positivamente con la tergiversación de lo real del cuerpo, por lo que se entiende que, a menos distorsiones ocurrirán menos conductas de riesgo. Asimismo, se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menor conducta alimentaria de riesgo, mayor sería la autoestima, y contrariamente. De 40 adolescentes sondeadas, 31 manifestaron sentirse discordantes con alguna parte de su cuerpo, 29 piensan mucho en su cuerpo, 25 piensan que la apariencia corpórea es muy significativa para ellas y les da temor subir de peso, 21 afirman apreciarse gordas, 20 plantean comer poco en presencia de los demás, 18 restringen o rechazan algunos alimentos. Se encontró que 11 de ellas presentaron autoestima alta, 8 media alta, 4 media baja y 17 autoestima baja”.

Moreno y Ortiz (2009), en una publicación titulada: “Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes”. Moreno y Ortiz,

“aplicaron el test de actitudes alimentarias (EAT-40), el cuestionario de la figura corporal (BSQ), el cuestionario de evaluación de la autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se descubrió riesgo de trastorno alimentario en un 8 % y en un 10 % la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y que los casos se incrementan con la edad. Se probó que las mujeres tienen mayor predisposición que los varones a presentar estos problemas. De la misma manera hombres y mujeres en cuanto a su crecimiento y desarrollo se evalúan continuamente, es decir, ambos presentarían autoestima baja y se encontrarían descontentos con su auto imagen, y ello aumentaría las probabilidades de hacer ejercicios para disminuir su peso”.

#### **A nivel nacional**

Miranda (2016), en un estudio cuantitativo y descriptivo en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, titulado: “Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo”. Entonces según Miranda: “el objetivo fue puntualizar la predominancia de riesgo de un TCA en estudiantes pre universitarios de la Academia Aduni Cesar Vallejo; de entre 14 y 21 años. Donde se observó que de la muestra total de 462, el 17.53% de los estudiantes presentaron riesgo de TCA (18.70% de mujeres y 16.38% de varones). No se evidenció asociación significativa al relacionar las variables sociodemográficas y riesgo de TCA. El género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de TCA que el género masculino y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años. Respecto a los resultados, se observa una prevalencia (17.53%) de riesgo de TCA en estudiantes pre universitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo,

donde se mantienen dentro del rango de frecuencias reportadas. No se evidenció asociación significativa de las variables estudiadas con el riesgo de un TCA”.

Asto (2014), en un estudio relacional y cuantitativo ejecutado en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), titulado: “Relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales”. Asto, afirma: “el objetivo es establecer la relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, de entre 15 y 18 años. Del total de encuestadas no se observó diferencias significativas entre las instituciones educativas. Con la aplicación del cuestionario BSQ, se encontró una frecuencia global de insatisfacción corporal de 22.09 %. Luego de la aplicación del instrumento EAT-26, se encontró riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en un 12.40% del total de participantes. Se observó una alta correlación directa entre los puntajes de ambos cuestionarios en las estudiantes, con una influencia. Se concluye que las actitudes alimentarias de adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa son de riesgo, y pueden desarrollar trastornos de conducta alimentaria en 12.40 %, sobre todo de realización de dietas. Existe una relación directa y significativa ( $p < 0.05$ ) entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales de Arequipa”.

Castañeda (2013), en un estudio correlacional y descriptivo, titulado: “Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana”. Para Castañeda: “el objetivo fue, analizar la relación entre autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en un grupo de adolescentes de entre 14 y 17 años de Lima Metropolitana. Se observó que de los 355 participantes (204 varones y 151 mujeres), muestran diferencias significativas según sexo. Las

adolescentes puntúan menos en autoestima y más en problemas de internalización que los varones. La claridad de autoconcepto es más relevante para los varones que para las mujeres en las escalas sindrómicas, y es clave en problemas externalizados para ambos sexos. Para el grupo de mujeres, la autoestima resulta ser importante para trastornos de internalización. Los resultados muestran que las mujeres presentan un puntaje promedio menor en autoestima que los varones, obteniéndose una diferencia significativa y de magnitud moderada. Existe asociación entre autoestima y las variables en estudio controlando el efecto de claridad de autoconcepto, así como la relación entre claridad de autoconcepto y las escalas sindrómicas controlando el efecto de autoestima”.

Lúcar (2012), en un estudio titulado: “Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres”. Donde Lucar, asevera: “el objetivo de este estudio fue buscar mayor sustento empírico para la asociación entre insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en adolescentes mujeres de entre 11 y 17 años. En la muestra total de 180 personas se encontró, que el nivel de insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético de delgadez están asociados a la edad, grado y al tipo de relación reportada con los padres. El mayor riesgo de baja satisfacción y mayor influencia del modelo se presentó alrededor de los 14 años. Finalmente, se halló una correlación directa y fuerte entre las variables; lo cual resalta la importancia del vínculo entre los factores socioculturales y la aparición de la insatisfacción corporal. Asimismo, los resultados sugieren que a mayor preocupación por la ganancia de peso o por tener sobrepeso u obesidad, habría mayor interés hacia artículos, reportajes, libros y conversaciones relacionadas con el adelgazamiento. Los resultados sugieren que quienes reportan mayor insatisfacción con la imagen corporal

son aquellas que obtienen mayores puntuaciones totales y por áreas. Los factores influyen de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales, evidenciaron correlaciones significativas pero ubicadas en un rango mediano de asociación”.

### **A nivel local**

Manchego (2014), en un estudio realizado en la Universidad Católica Santa María, titulado “Relación entre la imagen corporal y actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa”. Manchego, afirma: “el objetivo de este estudio fue establecer la relación entre la imagen corporal y las actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de entre 14 y 21 años. El método de la investigación fue cuantitativo, el tipo correlacional y el nivel relacional. Donde se observó que la mayoría tuvo entre 16 años (46,61 %) y 17 años (32,58 %), con edad promedio de 16,53 años, oscilando entre los 14 y 21 años. El test de actitudes alimentarias (EAT-26) identificó ausencia de riesgo en 62,44 %, con bajo riesgo en 27,15 % y alto riesgo de trastornos alimentarios en 10,41 %. Se nota una tendencia a presentar preocupación extrema a medida que aumenta la edad desde los 14 años (16,67 %) hasta los 20 años (33,33 %). La imagen corporal según el test BSQ encontró que 64,71 % de mujeres no presentaron preocupación, la preocupación fue leve en 22,71 %, moderada en 8,14 % y extrema en 4,98 % de casos. Se aprecia también una tendencia a incrementar la preocupación extrema a partir de los 15 años (7,69 %), hasta los 20 años (33,33 %). El 47,96 % de mujeres no tuvieron ningún riesgo alimentario ni preocupación por su imagen corporal, y se aprecia una relación directa y positiva entre los resultados de las dos escalas; a mayor puntaje de preocupación por la imagen corporal, mayores puntajes de riesgo de la actitud alimentaria. Por otro lado, existe una baja frecuencia de trastornos de la percepción

de la imagen corporal y de conductas de riesgo alimentario severo, y ambas variables se relacionan de manera significativa. En sus resultados se resalta que existe una relación directa y significativa entre la imagen corporal y las actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa 2014, las que tienen una preocupación leve y moderada de su imagen corporal en un tercio de la población y extrema en 4,98%, con tendencia creciente desde los 15 a 20 años. Las estudiantes presentaron actitudes alimentarias de bajo riesgo en 27,15 % y de alto riesgo en 10,41 %, con una tendencia creciente entre los 14 y 20 años”.

## **2.2 Bases teóricas**

Investigar sobre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud que puedan presentar los adolescentes, demanda analizar estos diferentes aspectos para poder tener una base teórica que permita una comprensión más amplia del problema planteado.

### **2.2.1 Autoestima**

#### **A. Definición**

Pérez (2014), afirma que la autoestima es el conjunto de actitudes del individuo hacia sí mismo: “se entiende por actitud, una pauta más o menos estable y coherente de percepción, pensamiento, evaluación, sentimiento y acción dirigida hacia un objeto, una persona, un ideal. Hablamos significativamente, de nuestra actitud hacia el dinero, hacia el poder, hacia nuestros padres, etc. y también como seres reflexivos que somos, hacia nosotros mismos”.

Según Baile y Osorio (2009): “la autoestima se considera como un factor previo, predisponente, y como síntoma posterior de este tipo de trastornos. Esto significa que la autoestima no sólo actúa como un factor muy conexo con la aparición del trastorno, de forma que, a menor autoestima, mayores probabilidades

de desarrollar el trastorno; sino que también se puede considerar como una variable influyente en el transcurso de la enfermedad, es decir, las personas que presentarían menor autoestima, presentarían también mayor gravedad de los síntomas de la anorexia y la bulimia”.

Sánchez (2000), afirma: “este conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y de nuestro carácter, configuran las actitudes que, globalmente, llamamos: autoestima. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y el sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, no puede menos de afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar, escapa al flujo de nuestra autoestima”. “La conducta del individuo es el resultado de la interpretación peculiar de su medio, cuyo foco es el sí mismo” (Pérez, 2014).

Vicente (2007), asegura: “la autoestima no es un estado rígido del ser, varía en relación con las experiencias y sentimientos, es adquirida y se genera como resultado de una larga secuencia de acciones, sucesos e influencias del medio en que nos desenvolvemos, éstas nos van configurando en nuestras etapas de existencia; es la resultante unión de los hábitos, aptitudes y valores adquiridos que van influyendo en nuestro accionar”.

Vicente (2007), también afirma que: “hay personas que sufren porque no tienen un físico como para competir en un concurso de belleza; es verdad que a primera vista esto es lo que impresiona; pero no es lo primordial, no se debe dar mucha importancia a la apariencia, como si fuera el factor principal del ser, debemos tener la capacidad de aceptar nuestra figura, valorarla y cuidarla, sin

vanidad, sin narcisismo, sin exageraciones, sin sentimientos de inferioridad, ni ínfulas de superioridad. Es decir, las inconformidades provienen muchas veces de las inseguridades, insatisfacciones, envidias, ansía, la falta de confianza de las adolescentes, muchas veces tienen sus inicios desde la infelicidad de las adolescentes en vez de pensar sobre sus capacidades y sus potencialidades. La estima que las adolescentes tienen les hace desarrollar sus atributos. Sin embargo, es necesario descubrir su lado positivo, integrarse por dentro, estas acciones ocasionarán la capacidad de amar y valorar a otros”.

## **B. Factores que influyen en la autoestima**

Para Pérez (2014), “la autoestima se va formando por el concepto que tengamos de nosotros mismos”. Aguirre de Trabanino (2000), nos menciona los siguientes factores que son importantes para la autoestima:

### **1. La familia.**

Aguirre de Trabanino (2000): “la autoestima, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

En la violencia familiar las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima, ya que, por un lado, la víctima es alguien al que maltratan sin que ésta pueda poner límites y no se da cuenta de que está siendo abusada. Por otro lado, los victimarios compensan lo inferior que se sienten, maltratando y abusando, en este caso, de un familiar.

La principal imagen y más generalizada forma de violencia es el maltrato emocional. Hay muchas maneras para asustar a un niño y hacerlo sentir culpable e intimidado, sin recurrir a la violencia física. El niño o la niña se atormentan con

pensamientos y sentimientos que no pueden comunicar ni compartir con nadie y aprenden a soportar el dolor y el silencio.

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro. Por esta razón, se entiende que los padres y madres que dañan la autoestima de sus hijos no siempre lo hacen intencionalmente, ya que ellos fueron educados del mismo modo”.

## **2. La escuela**

Aguirre de Trabanino (2000): “es fundamental que los padres y maestros o docentes en quienes los padres confíen sean capaces de transmitir valores claros. Es muy importante que se les enseñe a los niños, el significado de esos valores. Los maestros deben conocer el ambiente y aceptarlo si quieren ayudar a los niños a que vean estos dentro del mismo. En todos los ambientes el niño tiene las mismas necesidades básicas de amor y seguridad, el derecho de ser una persona de valor y tener la oportunidad de triunfar. También podemos decir que los maestros pueden favorecer u obstaculizar el proceso por el cual uno puede encontrarse a sí mismo. Su comprensión o la ausencia de la misma pueden favorecer o hacer la personalidad que se desarrolla y está en vías de manifestarse. Es por esto que el educador tiene mucha responsabilidad en este tema tan importante o en esta cuestión del tiempo necesario para que uno se encuentre a sí mismo”.

## **3. La sociedad**

Aguirre de Trabanino (2000), afirma: “la sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura de esta, la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan o ayudan a formar la personalidad de cada uno, teniendo a esta como

modelo social. Las personas que tienen poca confianza de su capacidad dentro de la sociedad tienden a buscar roles sometidos y evitan las situaciones que requieren asumir responsabilidades. Toda persona se ve a sí misma desde el punto de vista de los grupos en que participa y todo aquello que piensen de uno influirá positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar”.

“En nuestra sociedad el nivel de autoestima de una persona está en cierta medida, ligado a lo que hace para ganarse la vida. Los criterios mediante los cuales, las personas, se evalúan a sí mismas son culturales. Algunos de estos criterios son: si eres gordo, flaco; lindo, feo; blanco, negro; rubio, morocho, o si tienes la capacidad para luchar, honestidad, capacidad para soportar el dolor, la astucia para ganar dinero, los modales, la capacidad para manipular a las demás personas” (Pérez, 2014).

### **2.2.2 Conductas alimentarias de riesgo para la salud**

En esta parte del marco teórico se expondrán todos los conceptos relacionados a las conductas alimentarias de riesgo para la salud, tomando en cuenta las definiciones de varios temas asociados.

#### **A. Trastornos alimenticios**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), afirma: “una mala dieta en la adolescencia repercute en enfermedades como algunos tipos de cáncer y trastornos cardiovasculares” (citado por Salazar, 2011). En la adolescencia las demandas del desarrollo físico sólo se pueden atender con una ingesta equilibrada de alimentos. La falta o el exceso de cualquier producto pueden crear problemas de salud, como, por ejemplo, la insuficiencia de minerales y vitaminas puede causar problemas, tanto inmediatamente como en la edad adulta (Ramírez, 2018).

De acuerdo al Manual de Psiquiatría (DSM - V): “Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, son alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Es decir, como son un conjunto de síndromes, se presentan signos y síntomas, tanto físicas como psicológicas que alteran el equilibrio de la adolescente, ocasionando, problemas alimenticios que se centran en el aumento de peso y preocupación por la imagen corporal”.

Según García (2004, citado por Salazar, 2011), afirma: “en los trastornos de la conducta alimenticia se identifican las siguientes alteraciones de la imagen corporal:

1. Alteraciones en la estimación del tamaño:
  - a. Sobreestimación del tamaño corporal.
  - b. Sobrestimación del peso corporal.
  - c. Distorsión de la conciencia del tamaño corporal; no existe un reconocimiento de su demarcación, pese a las evidencias que el individuo tiene de su forma corporal o de su peso.
  - d. Disociación: discrepancia entre la imagen mental de sí mismos y la imagen objetiva de sí mismo.
  - e. Desconfianza ante la información ofrecida por los demás.
  - f. Autoevaluación rígida y extravagante
2. Actitudes, creencias y sentimientos alterados con respecto al cuerpo:
  - a. Insatisfacción, asco y ansiedad cuando observan su cuerpo.
  - b. Pensamientos automáticos negativos.

- c. Auto-impaciencia morbosa de una apariencia demacrada.
- d. Dimensión fundamental en la valoración como persona; consideran que la apariencia física es lo que da valía y estima a su persona.

3. Alteraciones del comportamiento:

- a. Conductas de evitación
- b. Rituales”.

“La anorexia es un desorden que potencialmente puede quitar la vida; se caracteriza por el rechazo a comer suficiente para mantener el peso corporal sobre el mínimo, dependiendo de la edad y de la altura; presenta un miedo intenso de ganar peso, una constante molestia sobre la propia imagen corporal y, en el caso de las mujeres, una eventual cesación temporal de la menstruación (amenorrea)” (Harrison y Cantor, 1997; citado en Manchego, 2014).

“El inicio del cuadro anoréxico en mujeres se da con la aparición y reiteración de pensamientos sobre el cuerpo y su valoración estética, los cuales van aumentando hasta convertirse en juicios drásticos con una creciente ansiedad y depresión. Tienden a atribuirse a sí mismas la responsabilidad sobre su comportamiento. Poseen autoestima baja, tienden a no aceptarse a sí mismas y valoran negativamente su apariencia personal. Creen que carecen de control sobre su físico, verifican su peso con frecuencia, se muestran críticas en relación con su ingesta y niegan una delgadez que alcanza ocasionalmente dimensiones delirantes. Mantienen dietas restrictivas y una alimentación lenta y clandestina” (citado por Salazar, 2011).

“Es importante señalar que en la anorexia los pensamientos suelen preceder a la acción, de aquí que se habla en esta primera etapa cognitiva de pre-anorexia” (Toro y Vilardell, 1987; (citado por Salazar, 2011).

Por su parte, “la bulimia es un desorden caracterizado por un patrón de comer grandes cantidades en discretos intervalos de tiempo (bingeing), seguido por intentos de compensar mediante el vómito la ingesta de muchas calorías con el uso de laxantes, dietas restrictivas o ejercicio” (Harrison y Cantor, 1997, citado en Manchego, 2014).

“Igual que las anoréxicas, las personas bulímicas muestran una serie de anomalías cognitivas, somáticas y psicológicas. Tienen una imagen corporal errónea y no se gustan a sí mismas, incluso se odian. Con frecuencia tienen ideas obsesivas, preferentemente en relación con la comida. No perciben correctamente las sensaciones de hambre y saciedad. Se restringen de comer por largos periodos, situación que genera ansiedad y favorece después la aparición de “atracones” (comer gran cantidad), seguidos de sentimientos de culpabilidad por ser incapaces de controlarse, con lo que aparece el vómito auto provocado y/o el abuso de laxantes y diuréticos” (citado por Salazar, 2011)..

“Este tipo de conducta les genera serios trastornos estomacales y metabólicos. Perciben su comportamiento como algo inmoral y, como consecuencia, tienen una imagen muy negativa de sí mismas. Sufren síntomas depresivos, con ideas de suicidio y estados de ánimo cambiantes. Suelen ser impulsivas y llegar a comportamientos como la mentira, al robo o al consumo de alcohol y drogas. En el terreno sexual, suelen ser más promiscuas. En ocasiones, se sienten avergonzadas por su falta de control y experimentan sentimientos de ira hacia sí mismas” (Cervera, 1996; citado por Salazar, 2011).

Para Cervera (1996), “probablemente no hay una causa única de estos trastornos alimenticios, sin embargo, señala algunos hechos que los desencadenan; menciona, entre otros, la imagen corporal, donde se enlazan tanto factores

individuales como los de carácter social. Hablamos de ridiculizar a una persona porque le sobran kilos, tener que exponer el cuerpo a las miradas de los demás, sentir que el cuerpo no corresponde a lo que la sociedad presenta como ideal (es decir, no cumple los criterios ideales de delgadez), practicar un deporte donde se valora mucho la silueta, sentir insatisfacción general y desear ser de otra forma. Considera que los y las jóvenes no se pueden abstraer del ambiente cultural donde viven y que éste último atribuye cada vez más valores fuertes (libertad, independencia, poder) a tipos humanos de cuerpo delgado”.

“Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes” (Madruga, Leis y Lambruschini, 2012). El test EDI-2 (Garner, 1998), el cual se ve por conveniente su uso presente, como hizo Guerrero (2008) respecto a sus escalas, evalúa diferentes aspectos, los cuales se describen en su manual y han sido estudiados por entendidos del tema, donde se delimitan los siguientes conceptos:

### **1. Obsesión por la delgadez (DT)**

Garner (1998, citado por Guerrero, 2008) “toma la definición descrita por Bruch en 1973, quien manifiesta que es la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura”.

“La influencia que tiene la sociedad sobre la imagen corporal hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad es cada vez más importante, impactando estos ideales en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico. Son más frecuentes en la clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando progresivamente, ya que se ven casos en cualquier entorno. Investigaciones recientes indican que los trastornos de

la conducta alimentaria ocurren comúnmente en adolescentes y adultos jóvenes” (Cano, Castaño, Corredor, García, González y Lloreda, 2013).

## **2. Bulimia (B)**

“Trastorno del comportamiento alimenticio en el que se presentan la restricción de alimentos, atracones y actos compensatorios. Los criterios diagnósticos son: episodios recurrentes de atracones; episodios de compensación después de los atracones para evitar ganar peso; realizar el ciclo atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses; preocuparse en exceso por la apariencia del cuerpo y su peso; y no tener anorexia nerviosa. Existen tres etapas en la bulimia: la restricción, la sobrealimentación o atracón y la compensación. El atracón es comer grandes cantidades de alimentos (comer más de lo que una persona en condiciones normales comería en el mismo lapso de tiempo) con una sensación de “pérdida de control”, donde no hay una sensación de placer asociada y que se lleva a cabo en un período de más o menos dos horas. Usualmente las circunstancias que pueden disparar un atracón son: estados de ánimo negativos, estrés, hambre y sentimientos negativos con respecto a su cuerpo” (Ramírez, 2000).

## **3. Insatisfacción Corporal (BD)**

Quequezana (2017) afirma sobre la insatisfacción laboral: “es la insatisfacción con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen de un TCA”. “Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en

sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa” (Raich, 2000).

#### **4. Desconfianza Interpersonal (ID)**

“Es el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los sentimientos y pensamientos propios” (Pérez, 2018).

“Es una emoción negativa y algunas características son sentimientos de inferioridad, no sentirse amado, duda de uno mismo y miedo a la crítica. La falta de confianza en uno mismo se debe a que tenemos expectativas irreales debido a las expectativas y opiniones de los demás” (Valencia, 2011).

#### **5. Conciencia Introceptiva (IA)**

“Es el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad” (Díaz, 2012).

“Es el pináculo de la evolución del sistema nervioso. Es un proceso mental, es decir, neuronal, mediante el cual nos percatamos del yo y de su entorno en el dominio del tiempo y del espacio. Desde el punto de vista conductual se infiere su existencia por los siguientes observables, todos los cuales implican la capacidad de elección de una acción determinada: atención selectiva, manipulación de ideas abstractas, capacidad de expectativa o previsibilidad de situaciones futuras, advertencia de sí mismo y de los demás, y valores estéticos y éticos” (Consuegra, 2010).

## **6. Miedo a la Madurez (MF)**

Se definió “el TM en la sub escala del EDI como el deseo de regresar a la seguridad de los años de la pre-adolescencia, debido a las abrumadoras demandas de la adultez” (Garner, Olmstead y Polivy, 1983; citado por Bear y Arancibia, 2013). “Se asocia debido a que el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psico biológica ya que desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales; haciendo que el paciente piense que esa regresión le proporciona alivio frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos de la familia” (Rosas, 2016).

## **7. Ascetismo (A)**

Es la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales” (Rosas, 2016).

“Uno de los dos mecanismos de defensa considerados por Anna Freud como característicos de la asexuación ascetismo en la adolescencia. Es similar a la represión, pero, a diferencia de ésta, que tiende a ser más o menos selectiva, arrasa con la sexualidad entera, y en tanto que la represión es relativamente estable, los episodios de ascetismo fluctúan constantemente, con desbordamientos instintivos” (Consuegra, 2010).

## **8. Impulsividad (IR)**

“Es la dificultad para regular los impulsos y es la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales” (Garner, 1998).

“Tendencia a actuar sin una deliberación previa. Fenómeno contrario a un acto de voluntad. / Impulso afectivo: tendencia innata en virtud de la cual un

organismo aspira al contacto, físico o emocional, con otro organismo. / Impulsos biológicos: conjunto de movilizadores innatos de la conducta, que reflejan las necesidades de los órganos y los procesos fisiológicos del organismo” (Consuegra, 2010).

### **9. Inseguridad Social (SI)**

“Es la creencia de que las relaciones sociales son tensas, incómodas, inseguras, insatisfactorias y de escasa calidad, generalmente (Rosas, 2016).

### **10. Perfeccionismo (P)**

“Grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Está convencido de que los demás (Ej. padres y profesores) esperan de él tan solo resultados excepcionales. Es el grado en el que el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes” (Garner, 1998).

### **11. Ineficacia (I)**

“Sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto desprecio, falta de control sobre la propia vida. Teóricamente está relacionada con una pobre autoestima o con una auto-evaluación negativa incluyendo sentimientos de vacío y soledad” (Garner, 1998).

## **B. Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal**

Miranda (2016), afirma: “en relación con la influencia de los medios para interferir en la construcción y reformulación de ideas y valores, presenta una reflexión importante; señala que a diario los medios interpelan a la gente para que modifique su apariencia externa al presentar figuras gráciles y esbeltas como modelos de la cultura física. El público en general es un potencial comprador de la imagen de belleza vendida en los medios”. Considera que: “el culto del cuerpo, de su manifestación externa o saludable o estética es una de las expresiones más

fuertes de la actualidad” (Rodríguez, 2003, p.35). Por otro lado, Rodríguez (2003), señala que “la persona se presenta en la vida cotidiana a través de su cuerpo, los cuerpos agradables a los sentidos-moldeados por la cultura- serán más rápidamente aceptados y reconocidos por el interlocutor de turno” (p.37).

Para este autor, “los medios de comunicación masiva invitan a las personas a que alcancen un ideal de belleza y, para este fin, utilizan modelos publicitarios como los presentados en los desfiles de modas, así como, ídolos deportivos, actores, políticos y, en general, gente linda” (Rodríguez, 2003; citado por Miranda, 2016).

Enmarcando el problema de seguir un modelo de belleza socialmente determinado en la época actual, Rodríguez (2003) señala que “el cuerpo, a lo largo de la historia, ha quedado sometido a diferentes tipos de castigos en el marco de formas de dominación, obediencia y humillación del individuo, pero que actualmente la modernización de las tecnologías ha llevado a que no quede castigado de forma directa por un agente externo al propio cuerpo; por el contrario, ahora más bien los sujetos se autocastigan e incluso se rechazan a sí mismos si no cumplen con todas y cada una de las pautas de belleza estéticas y físicas que son puestas en vigencia por los que imponen las modas”.

La idea anterior se refuerza con la postura de Antillón (citada en Quesada y Salas, 2003, p.22), quién señala: “aunque los anuncios sean ficción, mucha gente se ilusiona y los confunde con la realidad”. Considera que “a través de los medios de comunicación y en especial de la publicidad queda la sensación de que las mujeres tienen un papel de seductoras y el sexo es su oferta final”.

Según Rincón (2002, citado por Salazar, 2011), “la televisión es una mediación donde “cultura, sociedad y subjetividad se encuentran; una sensibilidad

para expresar las nuevas maneras y experiencias de generar sentido; una subjetividad que se hace en múltiples y diversas maneras de habitar la existencia; y un ritual que marca los espacios y determina las temporalidades de la vida” (p.32). “Percibe este medio como un agente socializador y considera que cada uno es más o menos como la televisión que ve, ya que son sus mensajes los que se comparten y socializan en vida de todos los días” (p.33).

Para Rincón (2002), “en la televisión se aprenden las formas de valorar y comportarse, las costumbres, actitudes y conductas válidas para volverse miembro de una sociedad. Reconoce este medio como una institución que ha ganado importancia en la socialización de los individuos en relación con instituciones clásicas como la familia, la religión, la escuela o la institución étnica” (citado por Salazar, 2011).

Asimismo, Rincón (2002, citado por Salazar, 2011), “identifica la televisión como un medio de comunicación que se hizo para vender diversidad de productos, al punto que importan más las pautas publicitarias que los contenidos. Por consiguiente, los y las jóvenes están expuestos a esta venta de productos y de imágenes, de personalidades con las cuales se identifican y a partir de las que, por conducta imitativa, tienden a “comprar” más”.

## **2.3 Definición de términos básicos**

### **A. Autoestima**

“Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el sí mismo real con el sí mismo ideal. A partir de esto, la persona se juzga a sí misma de acuerdo con los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su autoconcepto. La autoestima, en cuanto que está parcialmente basada en sentimientos de autoeficacia, tiene mucho que ver con el logro de objetivos y con

la forma de reaccionar a las dificultades o fracasos; las personas de autoestima alta trabajan más arduamente, tienen mayores logros y se arredran menos ante los fracasos que los de baja autoestima, aunque a veces persisten inútilmente en tareas irresolubles. Por su parte, la autoestima narcisista e inflada puede llevar a la violencia, cuando el sujeto trata de impedir la retroalimentación descalificadora que amenaza su imagen personal, eliminando violentamente la fuente de información” (Consuegra, 2010).

### **B. Conductas alimentarias de riesgo para la salud**

Son aquellas conductas alimentarias de riesgo contra la salud general de las personas, que incluyen síntomas y rasgos de los trastornos de la conducta alimentaria antes, durante y después de adquirir una de estas enfermedades y que atentan contra la salud propia. Estas conductas presentan dimensiones divididas para el caso de la presente investigación en tres factores: personal, social y corporal (que fueron mencionadas por Garner, 2000), los que a su vez presentan sus indicadores, tales como: miedo a la madurez, bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad, ineficacia, inseguridad social, desconfianza interpersonal, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Formulación de hipótesis**

#### **Hipótesis general**

Hi: La autoestima se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

Ho: La autoestima no se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

#### **Hipótesis Específicas**

**H<sub>1</sub>**: Es probable que el nivel de autoestima sea bajo en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

**H<sub>0</sub>**: Es probable que el nivel de autoestima no sea bajo en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

**H<sub>2</sub>**: Es probable que las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes sean la bulimia y la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

**H<sub>0</sub>:** Es probable que los conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes no sean la bulimia ni la anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

### 3.2 Operacionalización de variables, dimensiones e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
<b>Variable X</b> Autoestima	Autoestima positiva	Nivel de autoestima positiva	Autoestima alta Autoestima media
	Autoestima negativa	Nivel de autoestima negativa	Autoestima baja
<b>Variable Y</b> conductas alimentarias de riesgo para la salud	Factor 1: Personal	Miedo a la Madurez (MF)	Muy superior Superior Normal
		Bulimia (B)	
		Perfeccionismo (P)	
		Conciencia Introceptiva (IA)	
		Ascetismo (A)	
	Factor 2: Social	Impulsividad (IR)	
		Ineficacia (I)	
		Inseguridad Social (SI)	
	Factor 3: Corporal	Desconfianza Interpersonal (ID)	
		Insatisfacción Corporal (BD)	
Obsesión por la delgadez (DT)			

Guerrero (2008), describe: “en el caso de la validación española del EDI- 2 realizada por Garner (1998), se estudió la estructura factorial de las escalas con el fin de determinar la validez de constructo del instrumento. En el caso de los sujetos normales (población no clínica), el análisis factorial encontró que todas las escalas se agrupaban en tres factores que parecen aludir a los aspectos personales, sociales y de atención al propio cuerpo. Las escalas se agruparon así”:

**Factor 1 – Personal:** alude a aspectos y características personales. Donde se encuentran a las escalas siguientes: Impulsividad, Bulimia, Ascetismo, Miedo a la Madurez, Perfeccionismo y Conciencia Introceptiva.

**Factor 2 – Social:** Guerrero, 2008, asegura: “se refiere a aspectos sociales e interpersonales de las personas”. Conformado por: Inseguridad Social, Desconfianza Interpersonal e Ineficacia.

**Factor 3 – Corporal:** describe la atención de las personas sobre su propio cuerpo. Aquí se constituyen: Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal.

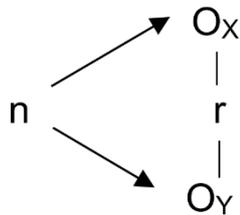
## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico; método, nivel, tipo de investigación**

El método de investigación es hipotético deductivo, se caracterizan por partir de supuestos fundamentados en la teoría científica y contrastarlos en la realidad. El diseño de investigación de este estudio; según Hernández, Fernández y Baptista (2010); es un diseño no experimental, transversal, comparativo y correlacional. Es no experimental porque es un “estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149). A partir de su dimensión temporal es transversal porque “recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único” (p. 151). Es descriptivo-comparativo porque “indaga la incidencia de las categorías o niveles de dos variables en más de un grupo” (p. 152-153). Esto significa que en el presente estudio se definió la autoestima y los trastornos de conducta alimentaria. Es correlacional porque “describe relaciones entre dos variables en un momento determinado” (p. 155).

Es un estudio de tipo descriptivo, de nivel relacional y de diseño correlacional.

El diseño de la investigación es no experimental, relacional transversal. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), el mismo que se representa en el siguiente diseño:



Dónde:

n = Muestra.

O<sub>x</sub> = Autoestima

O<sub>y</sub> = Conductas alimentarias de riesgo para la salud

r = Relación entre variables

#### 4.2 Diseño muestral, población y muestra, técnicas de muestreo

La población estuvo integrada por 750 estudiantes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, que cumplan los siguientes requisitos:

- Estudiantes del sexo femenino.
- Estudiantes matriculados en el presente año académico.
- Estudiantes que contesten los instrumentos previo consentimiento verbal informado.

Los cuales presentamos en la siguiente tabla:

*Tabla 1 Población de estudiantes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.*

Grados	Población	
	Fi	%
3ro	250	33.33
4to	250	33.33
5to	250	33.33
Total	750	100.00

*Nota:* Nóminas de matrícula de la Institución Educativa

En el presente estudio para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * E^2 + Z^2 * p * q}$$

- El grado de confianza será de 95% =0.95
- El valor de distribución normal estandarizada (Z), es decir nuestro nivel de confianza será de 1,96
- La proporción de la población a estudiar (p) será de 0,5
- La proporción de la población que no se desea estudiar (q=1-p) en este caso 1 – 0,50 será de 0,5
- Tamaño de la población (N) será de 750
- Máximo de error permisible (E) será de 5% =0,05

Finalmente el tamaño de la muestra quedó formada por 254 estudiantes del 3ro al 5to de secundaria.

El muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica a usar fue la encuesta. Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron un inventario de trastornos de conducta alimentaria, los inventarios no establecen categorías ni niveles, los inventarios escogen o seleccionan las características más resaltantes. También se utilizó una escala de autoestima, las escalas determinan niveles o grados de medición.

**Para la variable X:** Autoestima

**Nombre de la prueba:** Escala de autoestima de Rosenberg

**Autores:** Morris Rosenberg (1965)

**Descripción:** La escala consta de 10 ítems, de los cuales 5 están enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrada.

La “autoestima será medida a través de la versión adaptada al español de la escala de autoestima de Rosenberg (RSES, 1965)” desarrollada por Atienza, Moreno y Balaguer (2000). La RSES (Atienza et al., 2000) “evalúa sentimientos de respeto y aceptación del sí mismo como medio para denotar valía y satisfacción. Consta de 10 ítems –la mitad de los cuales están redactados positivamente (ítems: 1, 3, 4, 6 y 7) y la otra mitad negativamente (ítems: 2, 5, 8, 9 y 10), con un formato Likert de 4 puntos, cuyo rango de respuesta fluctúa de 1 “muy en desacuerdo” a 4 “muy de acuerdo”. Para la corrección de la prueba se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente, y se obtiene la valoración general a partir del sumatorio de todos los ítems. De esta manera, la calificación total oscila en un rango de 10 (baja autoestima) a 40 puntos (alta autoestima)”.

### **Validez y confiabilidad**

Para el estudio, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.780 y correlaciones ítem-total de 0.710 y 0.725.

**Para la variable Y:** Conductas alimentarias de riesgo para la salud

**Nombre:** EDI-2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Autor:** David M. Garner, PhD (1998).

**Procedencia:** PAR Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

**Adaptación:** Sara Corral Marina Gonzales, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEA Ediciones S.A.)

**Aplicación:** Individual y colectiva

**Tiempo aproximado de aplicación:** 20 minutos aproximadamente

**Población a la que va dirigida:** A partir de los 11 años

**Significado:** Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

### **Validez y confiabilidad**

Diversos estudios con la prueba han demostrado que funciona adecuadamente. “El manual de la prueba reporta que la confiabilidad por consistencia interna en muestras clínicas oscila entre 0.80 y 0.93 para las primeras ocho escalas mientras que para las tres últimas los coeficientes varían entre 0.70 y 0.80. Asimismo, posee buenos niveles de validez de criterio y de contenido y altos niveles de validez convergente y discriminante (Garner, 1998)”. Para su validación española, el instrumento fue aplicado a una muestra de hombres y mujeres normales (n=3808), mujeres en riesgo de padecer trastornos alimenticios (n=277) y una muestra clínica (n=306) arrojando coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre 0.80 y

0.92 para las 11 escalas (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). En términos de validez, se determinó la validez de constructo mediante el análisis factorial encontrando que existen tres factores principales que explican el 52% de la varianza total: personal, social y corporal. En nuestro país, el instrumento ha sido adaptado por Guerrero (2008) en una muestra de 392 adolescentes de 16 a 20 años de una universidad privada de Lima Metropolitana. Obtuvo la validez de contenido mediante el criterio de jueces con porcentajes de acuerdo mayores al 80% en el 97.8% de los ítems. Asimismo, determinó la validez de constructo mediante el análisis factorial del cual se obtuvieron tres factores que se correspondían con aquellos encontrados en la adaptación española y explicaban el 60.58% de la varianza total de la muestra. En cuanto a la confiabilidad, se utilizó el método de consistencia interna, encontrando valores entre 0.54 y 0.81 para las escalas originales y coeficientes entre 0.31 y 0.74 para las escalas añadidas en el EDI-2. Además se obtuvo la confiabilidad para los tres factores obtenidos encontrando un alpha de 0.86 para el factor personal, 0.85 para el factor social y 0.81 para el factor corporal.

#### **4.4 Técnicas del procesamiento de la información**

Una vez aplicado los instrumentos, estos fueron procesados utilizando el paquete estadísticos SPSS versión 23. En el procesamiento de la información se tuvieron en cuenta las instrucciones y formas de calificación y baremación propios de cada uno de los instrumentos.

#### **4.5 Técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información**

Los resultados de la investigación se presentan en base las variables estudiadas. El análisis de la información se realizó en base a la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes, para establecer las diferencias de las variables en estudio

según edad se utilizó el ANOVA de un factor y para establecer la relación entre variables se utilizó la  $r$  de Pearson.

#### **4.6 Aspectos éticos contemplados**

La investigación se realizó teniendo en cuenta los aspectos formales y normas de presentación de la Universidad Alas Peruanas, asimismo, se contó con el consentimiento informado de la muestra para concretar la tesis presente.

## **CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Los resultados de cada uno de los objetivos planteados en la investigación se muestran a continuación:

Para los datos descriptivos se consideraron las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas.

Para realizar las comparaciones según la edad, por ser una distribución normal, se utilizó la estadística paramétrica, en ese sentido, por ser más de dos grupos el estadístico fue el ANOVA de un factor.

Finalmente, para establecer las relaciones entre las variables en estudio se utilizó el estadístico paramétrico de la  $r$  de Pearson.

## 5.1 Análisis descriptivo

*Tabla 2 Análisis descriptivo categórico de la edad y el grado de estudios de Adolescentes del 3ro, 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, 2018.*

	Datos generales	Frecuencia	Porcentaje
Edad	14	70	27.6
	15	58	22.8
	16	93	36.6
	17	33	13.0
	Total	254	100.0
Grado de estudios	3ro	85	33.5
	4to	85	33.5
	5to	84	33.1
	Total	254	100.0

Al analizar la edad de las adolescentes investigadas se observa que las edades son de 14 a 17 años, la edad más frecuente es de 16 años con un promedio de 15 años de edad, las mismas que corresponden con el grado de estudios. La investigación se realizó con estudiantes mujeres del tercero, cuarto y quinto de secundaria, cada grado de estudios después de escogerse aleatoria y estratificadamente está conformada por 85 estudiantes y el 5to grado de secundaria por 84 estudiantes.

*Tabla 3 Análisis descriptivo categórico nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.*

Nivel	Autoestima	
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	48	18.9
Medio	86	33.9
Alto	120	47.2
Total	254	100.0

El nivel de autoestima de las adolescentes investigadas es alto en un 47.2%, el 33.9% se encuentra en el nivel medio y un 18.9% en el nivel bajo. Es decir, de cada 10 estudiantes mujeres investigadas aproximadamente 2 estudiantes presentan baja autoestima y 3 están en proceso de estructuración de su autoestima.

Cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre generalizar los fracasos, sin embargo, las adolescentes con autoestima elevada se asocian con una percepción menos negativa del estrés cotidiano. Los jóvenes con una autoestima elevada informan también de que disfrutaban de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso.

*Tabla 4 Análisis descriptivo categórico de las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.*

Conductas alimentarias de riesgo para la salud		fi	%
Obsesión por la delgadez (DT)	Muy superior	23	9.1%
	Superior	166	65.4%
	Normal	65	25.6%
Bulimia (B)	Muy superior	70	27.6%
	Superior	84	33.1%
	Normal	100	39.4%
Insatisfacción Corporal (BD)	Muy superior	7	2.8%
	Superior	165	65.0%
	Normal	82	32.3%
Ineficacia (I)	Muy superior	68	26.8%
	Superior	92	36.2%
	Normal	94	37.0%
Perfeccionismo (P)	Muy superior	93	36.6%
	Superior	116	45.7%
	Normal	45	17.7%
Desconfianza Interpersonal (ID)	Muy superior	183	72.0%
	Superior	58	22.8%
	Normal	13	5.1%
Conciencia Introspectiva (IA)	Muy superior	76	29.9%
	Superior	106	41.7%
	Normal	72	28.3%
Miedo a la madurez (MF)	Muy superior	105	41.3%
	Superior	84	33.1%
	Normal	65	25.6%
Ascetismo (A)	Muy superior	78	30.7%
	Superior	123	48.4%
	Normal	53	20.9%
Impulsividad (IR)	Muy superior	62	24.4%
	Superior	155	61.0%
	Normal	37	14.6%
Inseguridad Social (SI)	Muy superior	127	50.0%
	Superior	118	46.5%
	Normal	9	3.5%

Con respecto a las conductas alimentarias, evaluados con baremos para mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria, donde se observa que en el indicador Obsesión por la Delgadez (DT) el 65.4% presentan un nivel superior que indica “una

búsqueda incesante por la delgadez” (como en el estudio de Guerrero, 2008) donde existe un impulso intenso a estar más delgada, es decir, existe preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

En el indicador Bulimia (B), el 39.4% se encuentra en el nivel normal, un 33.1 en el nivel superior, que indicaría tendencia a darse atracones de comida incontrolables, la presencia de este tipo de conductas es una característica de la Bulimia Nerviosa, sin embargo, por no ser población clínica, habría que tener en mucho cuidado la interpretación de esta dimensión.

En el indicador Insatisfacción Corporal (BD), el 65% se encuentra en el nivel superior, es decir, esta dimensión mide la insatisfacción de la adolescente con su cuerpo o con aquellas partes de su cuerpo que les preocupa, se considera endémica en mujeres jóvenes y está asociada a la BN y AN, algunos la consideran como la perturbación de la imagen corporal.

En el indicador Ineficacia (I), el 37% está en el nivel normal y el 36.2% en el nivel superior, es decir, existe inseguridad, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida. Esta escala está estrechamente relacionada a una baja autoestima o a una evaluación negativa en las adolescentes, asimismo, asociada a sentimientos de vacío y soledad en ellas.

En el indicador Perfeccionismo (P), el 45.7% se encuentra en el nivel superior, donde las adolescentes buscan resultados personales mejores, donde se cree que son aceptables niveles de rendimiento excelentes y se está convencido que los padres, profesores, amigos, esperan de ellas unos resultados excepcionales.

En el indicador Desconfianza Interpersonal (ID), el 72% se encuentra en el nivel muy superior, dato que indica alineación de la adolescente y desinterés por establecer

relaciones íntimas, así como dificultad de expresar sus sentimientos. Situación que está relacionada a problemas emocionales y de autoestima.

En el indicador Conciencia Introspectiva (IA), el 41,7% se encuentra en el nivel superior, datos que indica dificultad para reconocer y responder a los estados emocionales y está relacionada con la inseguridad para identificar sensaciones viscerales. Esta confusión y desconfianza con su cuerpo y con la expresión de emociones es un indicador de BN y AN.

En el indicador Miedo a la madurez (MF), el 41,3% se encuentra en el nivel muy superior, dato que indica el deseo de las adolescentes a volver y no perder la seguridad de la infancia. Esta conducta proporciona alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares, expresan que perder peso y mantenerse niñas, las vuelve más jóvenes.

En el indicador Ascetismo (A), el 48.4% se encuentra en el nivel superior, dato que indica que las adolescentes consideran que el ayuno, el cuidado de su cuerpo tiene que ver con situaciones espirituales, autodisciplina y auto superación.

En el indicador Impulsividad (IR), el 61% se encuentra en el nivel superior, datos que indica dificultad para controlar los impulsos y tendencias al uso de alcohol o drogas, hostilidad, destrucción de las relaciones interpersonales, conductas que son pronóstico de trastornos de conducta alimentaria.

En el indicador Inseguridad Social (SI), el 50% de las adolescentes se encuentra en el nivel muy superior, datos que indica la creencia que las relaciones sociales son inseguras, incómodas, insatisfactorias. Donde las adolescentes muestran conductas de falta de seguridad y falta de felicidad en sus relaciones sociales.

## 5.2 Comprobación de hipótesis

Tabla 5 Correlación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.

Trastornos de conducta alimentaria		Autoestima
Obsesión por la delgadez (DT)	Correlación de Pearson	-,141*
	p valor	0.024
Bulimia (B)	Correlación de Pearson	-,230**
	p valor	0.000
Insatisfacción Corporal (BD)	Correlación de Pearson	-,231**
	p valor	0.000
Ineficacia (I)	Correlación de Pearson	-,237**
	p valor	0.000
Perfeccionismo (P)	Correlación de Pearson	0.097
	p valor	0.122
Desconfianza Interpersonal (ID)	Correlación de Pearson	-0.086
	p valor	0.172
Conciencia Introspectiva (IA)	Correlación de Pearson	,238**
	p valor	0.000
Miedo a la madurez (MF)	Correlación de Pearson	0.024
	p valor	0.703
Ascetismo (A)	Correlación de Pearson	-0.123
	p valor	0.051
Impulsividad (IR)	Correlación de Pearson	-0.120
	p valor	0.056
Inseguridad Social (SI)	Correlación de Pearson	-,204**
	p valor	0.001

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al correlacionar la autoestima y conductas alimentarias de riesgo para la salud, se observa relaciones significativas estadísticamente al 95% y 99%, sin embargo, las correlaciones son bajas. Al correlacionar la Obsesión por la delgadez (DT) y la autoestima, se observa una relación negativa baja, es decir, las adolescentes con alta autoestima son aquellas que buscan insaciamente la delgadez, donde el 2% de las adolescentes presentan esta correlación. La Bulimia (B) está relacionada de forma negativa y baja a la autoestima, donde las adolescentes con alta autoestima presentan puntajes bajos de Bulimia, es decir, el 5.29% de las adolescentes presentan bulimia y está asociada con marcadas disfunciones

psicológicas. Insatisfacción Corporal (BD) está relacionada de forma negativa y baja a la autoestima, es decir, el 5.34% de las adolescentes que presentan puntajes bajos de autoestima, presentan insatisfacción corporal que sería un indicador de AN y BN. La ineficacia (I) está relacionada de forma negativa y baja a la autoestima, donde las adolescentes con alta autoestima presentan puntajes bajos de ineficacia, es decir, el 5.62% de las adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala revelaría un déficit de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación. La dimensión Conciencia Introspectiva (IA) está relacionada de forma baja a la autoestima, donde las adolescentes con baja autoestima presentan puntajes bajos de conciencia introspectiva, es decir, el 5.66% de las adolescentes que presentan profunda desconfianza que es característica de pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos también baja autoestima. Inseguridad Social (SI), está relacionada de forma negativa y baja a la autoestima, donde las adolescentes con alta autoestima presentan puntajes bajos de conciencia introspectiva, es decir, el 4.16%, es decir, las adolescentes con baja autoestima, presenta altos puntajes de inseguridad social que se caracteriza por relaciones interpersonales insatisfactorias.

### **5.3 Discusión**

Al analizar la relación entre las variables estudiadas se observa que la autoestima baja, ha sido considerada como un aspecto relevante en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, donde se demuestra que las personas con conductas alimentarias de riesgo para la salud presentan una autoestima baja.

En ese sentido, al analizar los resultados encontrados con respecto a los niveles de autoestima (Tabla 3), se observa un nivel de autoestima alta en el 47.2%, sin embargo, el restante porcentaje es autoestima baja o en el nivel medio. Datos que se complementan con los encontrados por Pérez (2014), donde la mayoría de adolescentes presenten

autoestima alta, representando un 55.2%, resaltando que el sexo femenino es el que presenta autoestima baja con un 0.5%. Sin embargo, Cetraro (2011), encontró que con respecto a la autoestima 11 de ellas presentaron autoestima alta, 8 media alta, 4 media baja y 17 autoestima baja, es decir, en este estudio predominaron las personas con autoestima baja. Asimismo, Moreno y Ortiz (2009), encontraron niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Es decir, “La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o auto concepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos, entre otros, con reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas. Una autoestima o auto concepto bajos también son frecuentes en los jóvenes que tienden a la procrastinación o demora innecesaria en la realización de tareas y en aquellos que manifiestan conductas agresivas” (Rodríguez y Cano, 2012).

Con respecto a la identificación de los trastornos de conducta alimentaria más frecuentes (Tabla 4), se observa que los factores donde existen puntuaciones altas que se encuentran en los niveles muy superior y superior son la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, aclarando que estos diagnósticos se dan para grupos de personas mujeres sin trastornos de conducta alimentaria, por ello, las interpretaciones se tendría que analizar con mucha cautela y precisando que son tendencias en adolescentes sin diagnósticos de TCA. Estos resultados se complementan con los encontrados por Asto (2014), quien encontró una frecuencia global de insatisfacción corporal de 22.09% y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en un 12.40% del total de participantes. Asimismo, Lucar (2012), manifiesta que el mayor el riesgo de baja satisfacción corporal se presentó alrededor de los 14 años. Sin embargo, Pérez (2014),

manifiesta que la percepción de la imagen corporal en las adolescentes es normal en su mayoría. Estos resultados contradictorios en las investigaciones realizadas se deben variables como la muestra de estudio, la cantidad de adolescentes investigadas y también el sexo. En nuestra investigación, solo se realiza en una población homogénea del sexo femenino. Los resultados indican que no existe una única causa que explique la aparición de conductas alimentarias de riesgo para la salud, sino que son causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Es necesario que se den un conjunto de situaciones, circunstancias o factores para explicar por qué se desarrollan estos trastornos. Sin embargo, lo que sí se puede afirmar es que el progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en nuestro medio y el hecho de que se dé en una proporción mucho mayor en las mujeres, tiene como causa la presión por el ideal estético, especialmente por el ideal de belleza femenina, que los medios de comunicación se encargan de publicitar.

Al establecer la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud (Tabla 5), se observa relaciones negativas bajas significativas de la autoestima con los factores obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, insatisfacción corporal, conciencia introspectiva e inseguridad social, donde los adolescentes que presentan autoestima baja, presentan puntajes elevados en estos factores, los cuales serían indicadores de posibles riesgos de presentar los trastornos de anorexia o bulimia. Estos resultados se complementan con los encontrados por Pérez (2014), donde la autoestima alta tiene relación inversa entre las conductas alimentarias, interpretándose que mientras más alta sea la autoestima menos riesgo de algún Trastorno de Conducta Alimentaria o viceversa. Asimismo, Cetraro (2011), sugieren que las conductas de riesgos de trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, en la adolescencia, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal, y se asocian negativamente con la

autoestima física, por lo que a menor conducta alimentaria de riesgo mayor va a ser la autoestima y viceversa. Del mismo modo, Moreno y Ortiz (2009), al establecer la relación entre los trastornos alimentarios y la autoestima de los adolescentes, se comprobó que las mujeres tienen mayor tendencia hacia este tipo de trastornos, no obstante, éstos también presentan el riesgo. Las evidencias teóricas avalan estos resultados encontrados, donde se evidencia una relación negativa o inversa entre la autoestima y los trastornos de conducta alimentaria.

## **5.5 Conclusiones**

- 1.** Existe relación negativa o inversa entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa.
- 2.** El nivel de autoestima es alto en el 47.2%, sin embargo, el restante 52.8% está en los niveles medio y bajo en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa.
- 3.** Las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes son: la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa.

## 5.6 Recomendaciones

1. Al director de la Institución educativa del estudio, considerar los datos obtenidos en el presente estudio para la implementación de estrategias que mejoren la autoestima de las estudiantes para el desarrollo de su salud mental.
2. A los responsables del departamento psicológico de la Institución educativa, diseñar y ejecutar escuelas de padres para que en base a los resultados obtenidos se pueda propiciar el mejoramiento de los indicadores de las conductas alimentarias de riesgo para la salud.
3. A los padres de familia, que permanezcan atentos a las conductas alimentarias y de la salud mental de sus menores hijas, interviniendo adecuadamente para evitar futuras consecuencias que no dificulten sus actividades.
4. A las estudiantes, participar activamente en la dinámica familiar, donde prime la comunicación asertiva, el respeto y la veracidad, para poder resolver y superar cualquier conflicto que se pueda presentar junto con su familia.
5. Realizar investigaciones que consideren otros factores tanto para la autoestima como para los trastornos de conducta alimentaria en distintas poblaciones, así como la realización de estudios comparativos según distintos criterios; para que de esa manera se amplíe el conocimiento al respecto.

## REFERENCIAS

- Aguirre de Trabanino, D. (2000). *El valor de la Autoestima*. Guatemala: Impresos D & M.
- Asto, R. (2014). *Relación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de colegios particulares, parroquiales y estatales*. (Tesis licenciatura). Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Recuperado de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4907>
- Atienza, F., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Baile, J. I. y Osorio, G. (2009). *Relación entre la autoestima, imagen corporal y tendencia a sufrir trastorno de conducta alimentaria en un grupo de adolescentes mexicanos*. Recuperado de: [http://www.unedtudela.es/archivos\\_publicos/qweb\\_paginas/239/revista6-articulo1.pdf](http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/239/revista6-articulo1.pdf)
- Baile, J., González, L. y Ruiz, Y. (2009). *Análisis del efecto en la insatisfacción corporal en un grupo de chicas adolescentes*. Interpsiquis. 10mo Congreso virtual de psiquiatría. Recuperado el 30 de junio de 2017 de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/68/97/74/6897744740881539596804234310968528984>
- Bear, R., y Arancibia, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista mexicana de trastornos alimenticios*, 4(4), 143-152.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.

- Cano, A., Castaño, J., Corredor, D., García, A., González, M. y Lloreda, O. (2013). *Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales*. Recuperado de:  
<http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2007/vol10/no3/4.pdf>.
- Castañeda, A. (2013). *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de lima metropolitana*. (Tesis Licenciatura). Recuperado de:  
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5094>
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cetraro, P. (2011). *Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes*. (Tesis Licenciatura). Recuperado de:  
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Díaz, I. (2012). *Detección y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en el deporte*. Tesis doctoral. Pontevedra: Universidad del Vigo. Recuperado de:  
<http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/155/Detecci%C3%B3n%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20los%20trastornos.pdf?sequence=1>
- García, N. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1*. (Tesis doctoral). Recuperado de:  
[http://www.tdx.cesca.es/tesis\\_uab/available/tdx-1215104116515/nigr1de1.pdf](http://www.tdx.cesca.es/tesis_uab/available/tdx-1215104116515/nigr1de1.pdf)
- Garner, D. M. (1998). *EDI 2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, Manual*. España, Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Garner, D. M. (2000). *Inventario de los Trastornos Alimentarios-2 (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptada por Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998).
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. Tesis. Lima: PUCP. Recuperado de:  
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/631>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2010). El proceso de la investigación cuantitativa. En *Metodología de la Investigación* (5ta. ed., pp. 33-275). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22, 85–97.
- Lúcar, M. (2012). *Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres*. (Tesis Licenciatura). Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1723>
- Madruga, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Recuperado de:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)
- Manchego, R. (2014). *Relación entre la imagen corporal y actitudes alimentarias en estudiantes pre – universitarias de Arequipa – 2014*. (Tesis Licenciatura). Universidad Católica Santa María. Recuperado de:

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4831/70.1838.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Miranda, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la academia aduni-cesar vallejo*. (Tesis Licenciatura). Lima: Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4708/1/Miranda\\_cl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4708/1/Miranda_cl.pdf)

Mi Autoestima (2018 diciembre 18). *Autoestima y trastornos alimentarios*.  
Recuperado de:

<https://www.miautoestima.com/autoestima-obesidad-bulimia-anorexia/>

Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). *Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes*. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004)

Organización Mundial de la Salud (1995). *La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza*. Ginebra: OMS.

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*. (Tesis Licenciatura). Recuperado de:  
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Perez-Victoria.pdf>

Perez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de:  
<https://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>

- Peru21 (agosto del 2014). *Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú*. Recuperado de: <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>
- Quequezana, N. (2017). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, 2017. Tesis de Licenciatura. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Recuperado de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6282/70.2232.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quesada, G. y Salas, R. (2003). *Las imágenes de masculinidad y de feminidad que la publicidad televisiva transmite a un grupo de jóvenes*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de: <http://oimp.ciem.ucr.ac.cr/node/140>.
- Raich, R. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. 2000. España: Pirámide.
- Ramírez, D. (2018 Diciembre 18). *La anorexia y la bulimia*. Recuperado de: [https://issuu.com/mike9155/docs/la\\_anorexia\\_y\\_la\\_bulimia](https://issuu.com/mike9155/docs/la_anorexia_y_la_bulimia)
- Rincón, O. (2002). *Televisión, video y subjetividad*. Bogotá: Editorial Norma.
- Rivarola, M. y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 71-72.
- Rodríguez, A. (2003). Comunicación corporal en los medios. *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*, 83, 34-41.
- Rodríguez, C. y Cano, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12(3), 389-403.

- Rosas, K. (2016). Relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Union. Recuperado de:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/237/Karlidith\\_Tesis\\_bachiller\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/237/Karlidith_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Sánchez, J. (2000). La importancia de la autoestima como base del proceso educativo. *Revista bimestral de orientación psicopedagógica* Godella (Valencia) 2000, n. 468, septiembre-octubre ; p. 41-47.
- Salazar, M. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Salazar, Z. (2011). *Informe Final de Investigación. Adolescencia y trastornos alimenticios: Influencia de los modelos televisivos*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. Recuperado de:  
[http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/informe4\\_0.pdf](http://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/informe4_0.pdf)
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Valencia, C. (2011). *La autoestima: consejos para mejorar la autoestima*. Recuperado de: <http://www.laautoestima.com/inseguridad-en-si-mismo.htm>
- Vicente, J. (2007). *Se amigo de ti mismo*. Madrid: Editorial Sal Terrae.

## **ANEXOS**

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS, AREQUIPA, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS
<b><u>Problema general</u></b> ¿Existe relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?	<b><u>Objetivo general</u></b> Determinar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa	<b><u>Hipótesis general</u></b> Hi: Es probable que la autoestima se relacione significativamente con las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa	<b><u>VARIABLE (x)</u></b> Autoestima <b>Dimensiones:</b> Autoestima positiva Autoestima negativa <b>Indicadores:</b> Nivel de autoestima positiva	<b><u>Tipo</u></b> Es un estudio de tipo descriptivo, de nivel relacional y de diseño correlacional.	<b><u>Población</u></b> La población estará integrada por 750 estudiantes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa.	<b>Variable (X):</b> Autoestima <b>Instrumento:</b> Escala de autoestima de Rosenberg <b>Autor:</b> Morris Rosenberg (1965)

	Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.	Micaela Bastidas, Arequipa, 2018. Ho: Es probable que la autoestima no se relacione significativamente con las conductas alimentarias de riesgo para la salud en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.	Nivel de autoestima negativa		<b>Muestra</b> El muestreo será de tipo probabilístico, aleatorio simple.	<b>Variable (Y):</b> Conductas alimentarias de riesgo para la salud <b>Instrumento:</b> EDI-2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria <b>Autor:</b> David M. Garner, PH.D.
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específico</b>		<b>VARIABLE (y)</b>			
a) ¿Cuál es el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?	a) Identificar el nivel de autoestima en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.		Conductas alimentarias de riesgo para la salud <b>Dimensiones:</b> Factor 1: Personal Factor 2: Social Factor 3: Corporal			
b) ¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes en adolescentes de la	b) Identificar las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes en	<b>Hipótesis específicas</b> H <sub>1</sub> : Es probable que el nivel de autoestima sea bajo en adolescentes de la Institución Educativa	<b>Indicadores:</b> • Obsesión por la delgadez (DT) • Bulimia (B)			

<p>Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018?</p>	<p>adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.</p>	<p>Micaela Bastidas, Arequipa, 2018. <b>H<sub>2</sub></b>: Es probable que las conductas alimentarias de riesgo para la salud más frecuentes sean la bulimia y anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción Corporal (BD)</li> <li>• Ineficacia (I)</li> <li>• Perfeccionismo (P)</li> <li>• Desconfianza Interpersonal (ID)</li> <li>• Conciencia Introceptiva (IA)</li> <li>• Miedo a la Madurez (MF)</li> <li>• Ascetismo (A)</li> <li>• Impulsividad (IR)</li> <li>• Inseguridad Social (SI)</li> </ul> <p><b>VARIABLES INTERVINIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de estudios</li> <li>• Edad</li> </ul>			
--	---	--	--	--	--	--

## Anexo 2

### INSTRUMENTOS

#### INVENTARIO DE TRASTORNO DE CONDUCTAS

##### ALIMENTARIAS EDI - 2

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Debes contestar todas las cuestiones.

**NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO, ANOTA TODAS**

**TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.**

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.

8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me considero muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.

27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí, resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.

46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incomodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.

64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.

83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

A continuación vas a encontrar una lista de frases que describen formas de ser y de sentirse.

Piensa en qué medida estás de acuerdo con estas frases y responde siguiendo la numeración del 1 al 4 que se recoge en la siguiente tabla.

Tomemos como ejemplo la frase *hago bien los trabajos escolares*, si estás “muy en desacuerdo” con esta frase marca el 1, si por el contrario estás “muy de acuerdo” marca el 4.

No existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás-----	1	2	3	4
2. Creo que tengo numerosas cualidades positivas-----	1	2	3	4
3. En general, tiendo a pensar que soy un fracaso-----	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente-----	1	2	3	4
5. Creo que no tengo motivos para estar orgulloso/a de mí mismo/a-----	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a-----	1	2	3	4
7. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a-----	1	2	3	4
8. Desearía sentir más respeto por mí mismo/a-----	1	2	3	4
9. A veces me siento realmente inútil-----	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada-----	1	2	3	4

### **Anexo 3**

#### **Consentimiento informado**

Hola, mi nombre es Patricia Katherine Díaz Hanco, soy estudiante de Psicología de la Universidad Alas Peruanas, filial Arequipa. Actualmente, me encuentro realizando una investigación sobre lo que piensan los adolescentes acerca de sí mismos y de algunos problemas alimenticios. En este sentido, solicito tu participación voluntaria como parte de este estudio. Los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial, es decir, tu identidad no será revelada en ningún momento de la investigación, ni después de ella, y los resultados de las pruebas aplicadas servirán para los fines académicos del estudio. Si estás de acuerdo con participar, por favor marca con un aspa la alternativa correspondiente. Finalmente, se te hará entrega de una copia de esta hoja de consentimiento firmada por mí para que la guardes.

Desde ya agradezco tu participación.

Acepto participar como parte de este estudio ( X ).

.....

Firma