

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON
AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”,
CAJAMARCA 2023.**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

M.Cs. MARÍA ELENA ABREGÚ ORÉ

Asesora:

Dra. CARMEN MEDINA RODRÍGUEZ

Cajamarca, Perú

2025



**Universidad
Nacional de
Cajamarca**
"Norte de la Universidad Peruana"



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
María Elena Abregú Oré
DNI: 21466008
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado en Ciencias, Mención: Salud
2. Asesora: Dra. Carmen Medina Rodríguez
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☒ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED", CAJAMARCA 2023.
6. Fecha de evaluación: **06/11/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**
9. Código Documento: **3117:524037113**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **30/01/2026**

Firma y/o Sello Emisor Constancia
 Dra. Carmen Medina Rodríguez DNI: 17926665

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
MARÍA ELENA ABREGÚ ORÉ
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERÚ



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:00 horas, del día 28 de octubre del año dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-205 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. ELFER GERMAN MIRANDA VALDIVIA**, **Dr. CORPUS HILDEBRANDO CERNA CABRERA**, **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**, y en calidad de Asesora la **Dra. CARMEN MEDINA RODRÍGUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED" CAJAMARCA 2023**; presentada por la **Maestro en Ciencias con Mención Biotecnología, MARÍA ELENA ABREGÚ ORÉ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobar con la calificación de Diecisiete (17) Excelente la mencionada Tesis; en tal virtud la **Maestro en Ciencias con Mención Biotecnología, MARÍA ELENA ABREGÚ ORÉ**; está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 11:40 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Carmen Medina Rodríguez
Asesora


.....
Dr. Elfer German Miranda Valdivia
Presidente – Comité Científico


.....
Dr. Corpus Hildebrando Cerna Cabrera
Jurado Evaluador


.....
Dra. María Ynés Huamaní Medina
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis adorados padres, con amor, Lucio y
Hortencia.

A mis hijos, Geanfranco y Lucia.

Y especialmente a mi adorado Liam, mi nieto
tan querido.

María Elena

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme sabiduría, salud, fortaleza y las fuerzas necesarias para seguir adelante, lograr las metas y bendecirme cada instante de mi vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme y hacer posible tan anhelada meta.

A la Escuela de Posgrado, a la I. E. “Nuestra Señora de la Merced, mi sincero agradecimiento a su equipo directivo, docentes y estudiantes por su disposición, apoyo, sus más profundas reflexiones, y confianza en cada etapa de este proceso a realizar esta investigación.

A mi asesora y amiga, Dra. Carmen Medina Rodríguez quien, con su sabiduría y calidad humana, alimentó en mi la confianza para continuar y compartir esta investigación.

María Elena

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.Planteamiento del problema	1
1.2.Descripción del problema.....	4
1.3.Formulación del problema.....	5
1.4.Justificación de la investigación	5
1.5.Delimitación de la investigación.....	7
1.6.Objetivos de la investigación.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Marco epistemológico de la investigación	13
2.3.Bases teóricas.....	16
2.4.Definición de términos	29
2.5.Hipótesis de la investigación	32
2.6.Variables de la investigación	32
2.6.1.Operacionalización de variables	32

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.Ubicación geográfica	34
3.2.Método y diseño de investigación.....	35
3.3.Método de investigación	35
3.5.Población, muestra y unidad de análisis.....	37
3.4.1. Población	37
3.4.2. Muestra	37
3.6.Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.5.1. Inclusión	38
3.5.2. Exclusión:	38
3.7.Técnicas e instrumentos de recopilación de información	38
3.8.Confiabilidad del instrumento	40
3.9.Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	40
3.10.Rigor ético	41
3.11.Rigor científico	42

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación e interpretación de resultados.....	43
5.2. Discusión de resultados	57
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca, 2023.....	43
Tabla 2. Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca	44
Tabla 3. Niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) según la Escala EAT-26 en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca.....	46
Tabla 4. Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria (EAT-26) y la autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca.....	47
Tabla 5. Asociación entre características sociodemográficas y niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca	48
Tabla 6. Prueba de normalidad (Kolmogórov-Smirnov) para los puntajes de autoestima y trastornos de conducta alimentaria (EAT-26) en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca	50
Tabla 7. Autoestima	51
Tabla 8. Trastornos De conducta alimentaria TCA	52
Tabla 9. Bulimia	54
Tabla 10. Atracón	55

INDICE DE FOTOS

- Foto 1. Estudiantes de nivel secundario observando un video educativo como parte de la recolección de datos sobre trastornos de conducta alimentaria en el aula de la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023 73
- Foto 2. Estudiantes de nivel secundario completando encuestas sobre trastornos de conducta alimentaria bajo supervisión docente en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023 73
- Foto 3. Estudiantes de nivel secundario de quinto año, completando encuestas sobre trastornos de conducta alimentaria bajo supervisión docente en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023. 74
- Foto 4. Aplicación del cuestionario sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023 74
- Foto 5. Aplicación del cuestionario en el último día, sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023 75
- Foto 6. Finalización de la toma de encuestas, sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023 75

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y la autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca, durante el año 2023. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 218 adolescentes seleccionadas mediante muestreo censal, a quienes se aplicaron la escala EAT-26 para evaluar riesgo de TCA y la escala de Rosenberg para medir autoestima. Los hallazgos revelaron que la mayoría de las estudiantes presentaba niveles moderados y altos de riesgo de TCA, mientras que los niveles de autoestima se distribuyeron predominantemente entre rangos medios y bajos. Además, el análisis inferencial mediante la correlación de Spearman arrojó una asociación inversa y significativa entre ambas variables ($\rho = -0,418$; $p < 0,001$), lo que permite concluir que a medida que aumenta el riesgo de TCA, disminuyen los niveles de autoestima. Igualmente, se encontraron diferencias relevantes en los niveles de riesgo de TCA según características sociodemográficas como la edad, el grado de estudios y la residencia, siendo más frecuentes los niveles altos de riesgo entre adolescentes urbanas, mayores y en últimos años escolares. En consecuencia, se confirma que la autoestima actúa como un factor directamente relacionado con la presencia de conductas alimentarias desadaptativas, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias integrales de prevención centradas en el fortalecimiento del autoconcepto y la contención emocional en entornos escolares.

Palabras clave: Autoestima, trastornos de conducta alimentaria, adolescencia, EAT-26 Escala de Rosenberg

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between eating disorders and self-esteem among secondary school students at Nuestra Señora de La Merced School, Cajamarca, in 2023. It employed a quantitative, correlational, and cross-sectional design. The sample consisted of 220 female adolescents selected through non-probabilistic purposive sampling. The EAT-26 questionnaire was used to assess eating behavior risk, and the Rosenberg Self-Esteem Scale evaluated self-esteem levels. The results revealed that most students presented medium or low self-esteem, with only a small minority displaying high self-esteem. Regarding eating behavior, a significant proportion of students exhibited moderate or high risk of eating disorders. Moreover, the Spearman correlation analysis showed a moderate, inverse, and statistically significant relationship ($\rho = -0.418$; $p < 0.001$) between the risk of eating disorders and self-esteem: as the risk increased, self-esteem levels decreased. Sociodemographic characteristics—such as age, grade level, and urban residence—were associated with greater vulnerability to dysfunctional eating behaviors. These findings confirm the theoretical postulate that diminished self-esteem is a predictive and risk-enhancing factor for the development of eating disorders during adolescence. The study highlights the urgency of implementing comprehensive intervention strategies in school settings to strengthen students' psychological well-being and prevent the onset of eating disorders.

Keywords: Self-esteem, eating disorders, adolescence, EAT-26, Rosenberg Scale

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de alta vulnerabilidad psicosocial, en la que los cambios corporales y la construcción de la identidad influyen en autoestima y la imagen corporal. En este período, las expectativas sociales sobre el ideal de belleza tienden a intensificarse, por lo que la apariencia física se convierte en foco de preocupación permanente. Estudios de investigación, destacan que en la adolescencia la imagen corporal adquiere gran relevancia por los cambios que se suscitan durante este periodo, y que los adolescentes con baja autoestima son especialmente propensos a experimentar insatisfacción o distorsión corporal. Por lo que, la forma en que los adolescentes perciben y valoran su cuerpo está íntimamente ligada a su autoconfianza, autovaloración; una imagen corporal negativa puede traducirse en un autoconcepto frágil, con consecuencias adversas para la salud mental.

A nivel mundial, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un serio problema de salud pública durante la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que los TCA, como la anorexia y la bulimia nerviosas, aparecen típicamente en este grupo etario y afectan principalmente a adolescentes mujeres. Aunque la prevalencia puntual es relativamente baja, se estima que alrededor de un 0,1 % de los adolescentes de 10 a 14 años y un 0,4 % de los de 15 a 19 años presentan algún TCA. Estos trastornos poseen una mortalidad particularmente elevada, siendo la anorexia nerviosa el de mayor letalidad entre los trastornos mentales, debido a complicaciones médicas graves y al riesgo suicida asociado. Además, las adolescentes con TCA suelen presentar comorbilidad con ansiedad, depresión y conductas autodestructivas, lo que agrava el pronóstico.

En el contexto latinoamericano, la situación refleja una prevalencia creciente y una mayor afectación en mujeres adolescentes. En México, por ejemplo, se estima que cerca del 25 % de las adolescentes presenta algún tipo de TCA, y la mayoría de los casos corresponde a jóvenes con comorbilidad psicológica, de las cuales menos del 10 % recibe tratamiento especializado. Este patrón concuerda con estudios internacionales que indican una clara susceptibilidad femenina: las adolescentes presentan tasas muy superiores de anorexia, bulimia y atracón en comparación con los varones. Asimismo, los factores socioculturales, como la presión por un ideal de delgadez y la exposición constante a mensajes de los medios de comunicación, constituyen un factor determinante en la aparición de estas conductas. A ello se suma la alta coexistencia de los TCA con ansiedad y depresión, lo que genera un círculo vicioso que repercute directamente en la autoestima y la percepción del propio cuerpo.

En el Perú, esta tendencia global se ha hecho evidente con particular fuerza. Datos del Ministerio de Salud (MINSA) y de EsSalud muestran que el número de adolescentes diagnosticados con TCA se triplicó entre 2013 y 2018, evidenciando un incremento superior al 300 %. Asimismo, los registros nacionales revelan que los diagnósticos en menores de entre 12 y 17 años representan más del 60 % del total de casos atendidos en el país. Estas cifras confirman que los adolescentes constituyen hoy el grupo etario más afectado, y que la problemática de los TCA ha pasado de ser marginal a consolidarse como un problema de salud pública.

Desde la perspectiva psicológica, diversos autores han señalado que la baja autoestima es uno de los factores predictores más consistentes de los TCA. Las personas con autoestima elevada suelen mostrar mayor control emocional, actitudes positivas hacia sí mismas y aceptación de su cuerpo, mientras que quienes presentan baja autoestima se caracterizan por

inseguridad, falta de autovaloración y descontento con la imagen corporal. De hecho, la preocupación excesiva por el peso y la figura son elementos centrales de los TCA y se sostienen sobre una autoestima deteriorada. La evidencia internacional y nacional subraya así la necesidad de incluir la autoestima como variable clave en el estudio de los TCA durante la adolescencia. Estudios recientes han demostrado que en Lima los adolescentes están expuestos a factores de riesgo adicionales como la presión social ejercida por los estándares de belleza, el uso intensivo de redes sociales y la exposición a modelos corporales irreales. Investigaciones locales concluyen que la baja autoestima no solo incrementa el riesgo de desarrollar TCA, sino, que también intensifica la comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión, potenciando el impacto negativo en el bienestar adolescente.

En el caso de Cajamarca, un estudio en la Institución Educativa Socorro Alvarado Puelles (2016) reveló que más del 50 % de los estudiantes de secundaria presentaba un nivel de riesgo alto de desarrollar TCA. En detalle, el 58 % mostró riesgo elevado en factores psicológicos, el 60 % en factores socioculturales y el 62 % en factores biológicos. Estos resultados evidencian que la población escolar de la región enfrenta una confluencia de riesgos significativa, donde la baja autoestima, la presión sociocultural y la vulnerabilidad psicológica son elementos recurrentes.

Ante este panorama, se justifica la presente investigación en la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, Cajamarca. El estudio se orienta a determinar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y autoestima en adolescentes de nivel secundario, con el fin de aportar evidencia empírica local que oriente estrategias de prevención y programas de intervención destinados a fortalecer la autoestima y disminuir la incidencia de TCA en esta población vulnerable.

1.2. Descripción del problema

En la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, ubicada en Cajamarca, la problemática de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y **autoestima** en las adolescentes se perfiló como un desafío crítico y urgente. Las estudiantes de nivel secundario atraviesan una etapa caracterizada por intensos cambios físicos y emocionales, donde la presión social por ajustarse a ideales de belleza, sumada a las demandas académicas y familiares, genera un terreno fértil para el deterioro de la autoestima y la aparición de conductas alimentarias desadaptativas. En este contexto, una autoestima alta puede convertirse en un factor de protección esencial, mientras que una autoestima baja incrementa la inseguridad, la insatisfacción corporal y la exposición a conductas alimentarias de riesgo, como dietas restrictivas, atracones o conductas purgativas.

El problema se agrava por la ausencia de investigaciones previas que analicen de manera específica esta relación en la institución. Esta falta de evidencia científica genera un vacío que impide dimensionar la magnitud real del fenómeno y limita la capacidad de los docentes, familias y profesionales de salud para diseñar respuestas efectivas. La situación se hace aún más preocupante si se considera que la baja autoestima y los TCA no actúan de manera aislada: su interacción provoca consecuencias que van desde el bajo rendimiento escolar y el aislamiento social hasta el deterioro profundo de la salud física y mental. Sin información contextualizada, la comunidad educativa queda expuesta a actuar de manera reactiva y fragmentada, en lugar de preventiva y articulada.

Por tanto, el problema en la I.E. Nuestra Señora de La Merced, no solo radica en la presencia de adolescentes con riesgo de TCA o con niveles reducidos de autoestima, sino en la confluencia de ambas variables, cuya interacción amplifica la vulnerabilidad de esta población. La inexistencia de estrategias basadas en evidencia impide el fortalecimiento de

la autoestima y la prevención oportuna de los TCA, comprometiendo el desarrollo integral de las estudiantes. En consecuencia, resulta imprescindible un estudio que analice rigurosamente la relación entre TCA y autoestima, no solo para aportar conocimiento científico contextualizado, sino también para diseñar intervenciones que protejan la salud emocional y física de las adolescentes, y con ello asegurar su bienestar y su futuro académico y social.

1.3. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los trastornos de conducta alimentaria y autoestima, en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca en el año 2023?

1.4. Justificación de la investigación

La investigación sobre la relación entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y la autoestima en estudiantes de nivel secundario se justificó científicamente debido a la creciente prevalencia de los TCA en adolescentes, particularmente en mujeres jóvenes, quienes estuvieron en una etapa crítica de desarrollo físico, emocional y social. Estudios previos demostraron que la baja autoestima es un factor de riesgo significativo en la aparición de TCA, ya que está asociada con inseguridad, insatisfacción corporal y conductas alimentarias desadaptativas.

Asimismo, comprender la relación permitió identificar factores psicosociales subyacentes que contribuyen al desarrollo de estos trastornos, facilitando la implementación de estrategias preventivas y programas de intervención enfocados en el fortalecimiento de la autoestima, la promoción de una imagen corporal positiva y la mejora de la salud mental en esta población vulnerable. Esta investigación tuvo relevancia no solo académica, sino también social y clínica, al abordar un problema de salud pública que afecta significativamente el bienestar de las adolescentes.

Justificación metodológica

La investigación contribuyó al campo metodológico al emplear un enfoque que combina herramientas cuantitativas para evaluar la relación entre autoestima y TCA, a través de instrumentos validados, como cuestionarios de autoestima y escalas de diagnóstico de TCA, generó información rigurosa que permitió identificar patrones y correlaciones relevantes. El diseño de la investigación sirvió como referencia para futuros estudios similares en contextos educativos, ampliando las posibilidades de intervención basada en evidencia. Además, se buscó contextualizar los resultados en una realidad socioeconómica y cultural específica, lo que fortalece la aplicabilidad de las conclusiones en otros entornos similares.

Justificación práctica

La investigación sobre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y su relación con la autoestima en estudiantes de nivel secundario tuvo una justificación práctica, ya que permitió abordar un problema de salud pública que afecta directamente el bienestar físico y emocional de las adolescentes. En la práctica, esta investigación permitió diseñar talleres en las escuelas para promover autoestima saludable y prevenir conductas alimentarias desadaptativas. Los hallazgos sirvieron también como base para implementar estrategias terapéuticas personalizadas en el ámbito escolar, dirigidas tanto a estudiantes como a sus familias, con el objetivo de reducir la incidencia de TCA.

Proporcionó información a docentes y personal educativo sobre los riesgos asociados a la baja autoestima y los TCA, para la detección temprana de casos, fomentando un ambiente de apoyo y comprensión.

Se integró la promoción de la salud mental en la institución educativa, incluyendo iniciativas integrales que aborden autoestima, imagen corporal y hábitos alimentarios saludables.

1.5. Delimitación de la investigación

Con la finalidad de identificar los trastornos de conducta alimentaria y la relación con la autoestima en los estudiantes de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, se ~~definió~~ de la siguiente manera:

Delimitación espacial: En la población de estudiantes de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced en el año académico 2023.

Delimitación temporal: El estudio se realizó dentro de los meses de marzo a diciembre de 2023.

1.6. Objetivos de la investigación

General

Determinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y autoestima en las estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca en el año 2023.

Específicos

Identificar los niveles de los trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, Cajamarca 2023.

Identificar el nivel de autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, Cajamarca 2023.

Analizar la relación entre las características sociodemográficas y los trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca, durante el año 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Gortázar, en España, el año 2017, llevó a cabo un estudio con el propósito de describir la insatisfacción corporal se relaciona con el autoconcepto y las distorsiones cognitivas en adolescentes y jóvenes. Desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal, con diseño correlacional y no experimental, en una muestra de 138 participantes de entre 12 y 23 años. Los resultados, indicaron que el 72,5 % de los sujetos experimentaba insatisfacción con su cuerpo, frente a un 27,5 % que manifestaba satisfacción; además, la insatisfacción se correlacionó de manera negativa con el autoconcepto ($r = -0,597$) y de forma positiva tanto con las distorsiones cognitivas ($r = 0,496$) como con las actitudes hacia la alimentación ($r = 0,726$). El estudio concluyó que la insatisfacción corporal opera como un determinante crítico en la configuración de pensamientos distorsionados y conductas alimentarias de riesgo, debilitando la autoestima y comprometiendo el ajuste psicológico en la etapa juvenil. (12).

Rodríguez, en Colombia, el año 2019, tuvo como propósito examinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y los niveles de autoestima en población escolar adolescente. Para ello, ejecutó un estudio descriptivo, correlacional y no experimental con 250 estudiantes de entre 14 y 18 años. Los hallazgos señalaron que el 65 % de los participantes presentaba algún grado de riesgo de TCA, identificándose una correlación negativa estadísticamente significativa entre la presencia de estos trastornos y la autoestima ($r = -0,643$). A partir de estos resultados se concluyó que la probabilidad de desarrollar conductas alimentarias de riesgo aumenta de manera proporcional a la disminución de la autoestima, confirmando el papel protector de esta última frente a la aparición de

alteraciones psicológicas en la adolescencia.

García, en España, el año 2018, se orientó a estudiar la asociación entre la percepción corporal, el riesgo de TCA y la autoestima en mujeres jóvenes. El diseño correspondió a un estudio descriptivo, transversal y correlacional, aplicado en una muestra de 180 participantes con edades comprendidas entre 18 y 25 años. Los datos mostraron que el 72 % de las encuestadas expresó insatisfacción corporal, y que de ellas un 58 % se hallaba en alto riesgo de desarrollar TCA. Asimismo, se encontró una correlación negativa significativa entre los niveles de autoestima y el riesgo de TCA ($r = -0,576$). Se concluyó que la insatisfacción con la imagen corporal, combinada con la baja autoestima, constituye un factor determinante en la aparición y progresión de conductas alimentarias de riesgo en mujeres en transición a la adultez.

Martínez, en México, el año 2020, centró su investigación en explorar cómo la internalización de los ideales de belleza influye en los trastornos de conducta alimentaria y la autoestima de estudiantes universitarias. Desarrolló un estudio descriptivo de tipo no experimental con una muestra de 210 mujeres entre 18 y 22 años. Los resultados reflejaron que el 60 % de las participantes presentaba conductas alimentarias de riesgo, encontrándose una correlación positiva entre la aceptación de ideales estéticos y la aparición de estas conductas ($r = 0,482$), mientras que la autoestima se relacionó negativamente con los TCA ($r = -0,592$). La investigación concluyó que la presión sociocultural, mediada por la internalización de cánones de belleza, unida a la disminución de la autoestima, actúa como un factor de riesgo sinérgico en el desarrollo de TCA en jóvenes universitarias.

Nacional

Huamán, en Cusco, Perú, el año 2020, orientó su investigación a examinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria, los estándares culturales de belleza y la autoestima en adolescentes escolares. Para este fin, aplicó un estudio descriptivo y correlacional en una muestra de 180 estudiantes de entre 15 y 19 años. Los resultados evidenciaron que el 55 % de los adolescentes presentaba baja autoestima, la cual se asoció significativamente con un mayor riesgo de TCA ($r = -0,614$). Asimismo, se constató que la presión ejercida por los estándares de belleza cultural mantenía una relación positiva con dichas conductas ($r = 0,472$). La investigación concluyó que la interacción entre la presión sociocultural y una autoestima deteriorada constituye un factor determinante en la vulnerabilidad de los adolescentes frente a los TCA.

Castro, en Piura, Perú, el año 2020, dirigió su investigación a explorar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria, la autoestima y el apoyo social percibido en escolares adolescentes. El estudio fue de carácter descriptivo y no experimental, y se llevó a cabo con una muestra de 200 estudiantes de entre 13 y 17 años. Se encontró que el 70 % de los encuestados presentaba algún nivel de riesgo frente a los TCA, y que tanto la baja autoestima ($r = -0,608$) como el escaso apoyo social percibido ($r = -0,479$) se relacionaban significativamente con dicho riesgo. En conclusión, se evidenció que el fortalecimiento de la autoestima y la promoción de redes de apoyo social constituyen estrategias fundamentales para la prevención de TCA en el contexto escolar.

Quispe, en Arequipa, Perú, el año 2019, investigó la relación entre la imagen corporal, los trastornos de conducta alimentaria y la autoestima en estudiantes universitarias. La investigación adoptó un diseño descriptivo, transversal y no experimental con una muestra de 150 mujeres de entre 18 y 24 años. Los resultados mostraron que el 68 % de las participantes experimentaba insatisfacción corporal, lo cual se relacionó de manera

significativa con un mayor riesgo de TCA ($r = 0,529$) y con niveles más bajos de autoestima ($r = -0,582$). Se concluyó que la percepción negativa de la imagen corporal y la disminución de la autoestima representan factores claves en la aparición de conductas alimentarias de riesgo en mujeres jóvenes.

Ramos, en Lima, Perú, el año 2019, condujo un estudio con el propósito de analizar la relación entre la percepción de la imagen corporal, la autoestima y los TCA en universitarios. La metodología consistió en un diseño descriptivo de corte transversal, aplicado a una muestra de 180 estudiantes de entre 17 y 22 años. Los hallazgos revelaron que el 66 % presentaba insatisfacción corporal, la cual mostró correlación directa con el riesgo de TCA ($r = 0,583$) e inversa con los niveles de autoestima ($r = -0,531$). Se concluyó que la percepción negativa de la imagen corporal constituye un mediador central que incrementa la probabilidad de desarrollar TCA y afecta de forma negativa la autoestima en la población universitaria.

Salazar, en Lima, Perú, el año 2018, realizó un estudio con el objetivo de establecer la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y la autoestima en adolescentes de secundaria. El diseño fue descriptivo y correlacional, aplicado a una muestra de 200 estudiantes de entre 13 y 17 años. Los resultados arrojaron que el 62 % de los adolescentes se encontraba en riesgo de desarrollar TCA, y que existía una correlación negativa significativa entre la autoestima y el riesgo de dichos trastornos ($r = -0,637$). Se concluyó que los adolescentes con niveles más bajos de autoestima tienen mayor probabilidad de manifestar conductas alimentarias problemáticas, confirmando la importancia de la autoestima como factor protector.

Flores, en Trujillo, Perú, el año 2017, condujo una investigación destinada a determinar la relación entre los TCA y la autoestima en estudiantes de educación secundaria. El diseño adoptado fue descriptivo y correlacional, aplicado a 220 adolescentes de entre 14 y 18 años.

Los resultados señalaron que el 59 % de los participantes se encontraba en riesgo moderado o alto de desarrollar TCA, observándose una correlación negativa significativa entre la autoestima y el riesgo ($r = -0,624$). Se concluyó que la baja autoestima constituye un factor de vulnerabilidad decisivo en la manifestación de conductas alimentarias de riesgo en población escolar.

Local

Salazar, en Cajamarca, Perú, el año 2019, llevó a cabo una investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre la anorexia, la bulimia y la autoestima en estudiantes de secundaria de la I.E. Andrés Avelino Cáceres, ubicada en Baños del Inca. Se empleó un diseño descriptivo, transversal y correlacional en una muestra de 257 adolescentes, utilizando los cuestionarios EAT-26, BITE y la escala de Rosenberg. Los hallazgos revelaron que el 25,3 % de los adolescentes presentaba riesgo de anorexia, el 30,4 % patrones anormales de bulimia y el 12,1 % indicios de bulimia subclínica, mientras que el 46,7 % mostró niveles de autoestima altos o normales. El análisis con la prueba de chi cuadrado confirmó asociaciones significativas entre anorexia y autoestima ($p = 0,032$) y entre bulimia y autoestima ($p = 0,005$). Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre los TCA y la autoestima, lo que confirma que los niveles bajos de autoestima intensifican la vulnerabilidad de los adolescentes cajamarquinos frente a estas problemáticas.

2.2. Marco epistemológico de la investigación

Las teorías del desarrollo hacen hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. Trata de explicar dos fenómenos característicos de la misma: la prevalencia mayoritaria de mujeres y la edad de aparición (17).

Según este punto de vista, la presencia mayoritaria en mujeres se encuentra relacionada con la socialización del rol sexual, el cual vuelve vulnerables a las niñas y mujeres a la búsqueda extrema de delgadez y a la experiencia de una auto-conciencia aversiva. Parte fundamental del estereotipo del rol sexual femenino es estar preocupada por la propia apariencia y hacer esfuerzos para alcanzar y preservar la propia belleza. En relación con la edad, hace referencia a los retos del desarrollo y a las tareas psicosociales de la adolescencia implicadas en el desarrollo de los trastornos alimentarios. En la medida en que una mujer más se defina a sí misma en función de su apariencia física y en sus relaciones con otros, más vulnerable se encontrará de desarrollar un trastorno alimentario. Aquí se enfatiza la exposición a la presión social sobre todo en la pubertad para el adecuado desarrollo de la imagen corporal y el ajuste necesario para lograr un sentido positivo de sí mismo, por otro lado, se desconoce la influencia que pueden tener los medios masivos de comunicación, los padres y las amistades, sobre la autoestima y la conducta alimentaria (17;18).

2.2.1. Modelo psicosocial

La psicología médica ha evolucionado como un campo multidisciplinario relacionando el estilo de vida, el ambiente y la enfermedad. La complejidad etiológica y clínica de los problemas médicos ha obligado a los científicos en el campo de la conducta y la biomedicina a adoptar la teoría de los sistemas como marco conceptual, del que se desprende el presente modelo. El modelo biopsicosocial determina que la comprensión de una enfermedad

requiere del estudio de la patofisiología y su interacción con procesos psicológicos, conductuales e interpersonales. Investigadores y clínicos en el área de los trastornos alimentarios se encuentran con la dificultad de establecer diferencias clínicas entre la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Pues el perfil clínico de ambas incluye el deseo de estar delgada, alteraciones en la imagen corporal, conductas alimentarias anómalas y uso de métodos purgativos para atenuar los efectos de comer en exceso. Asimismo, las explicaciones etiológicas de ambos trastornos corren paralelas en las perspectivas fisiológica, psicológica, y sociocultural. Se “plantea que inciden varios factores para que se presente el trastorno, pero ninguno de ellos en sí mismo es suficiente (17;18).

Factores Precipitantes: cambios corporales adolescentes, separaciones y pérdidas, ruptura conyugal de los padres, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de la actividad física, experiencias traumáticas. Factores Predisponentes: factores genéticos, edad (13 a 20 años), ser del sexo femenino, trastornos afectivos, introversión o inestabilidad, la obesidad, nivel socioeconómico (medio-alto), familiares con trastornos alimentarios, familiares con trastornos afectivos, familiares con adicciones, obesidad materna, valores estéticos dominantes (17;18).

2.2.2. Modelo tridimensional

Existen múltiples modelos explicativos para entender la etiología y manifestación de los trastornos de la conducta alimentaria. Uno de los enfoques más reconocidos es el Modelo Tridimensional propuesto por Schlundt y Johnson (1990), el cual conceptualiza los TCA no como categorías clínicas rígidas, sino como manifestaciones a lo largo de tres dimensiones continuas interrelacionadas. Este modelo surgió en respuesta a dos hallazgos fundamentales en el campo:

- a. El solapamiento sustancial observado entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en la práctica clínica (muchos pacientes fluctúan entre síntomas de ambos trastornos)
- b. La constatación de que numerosos casos no encajan perfectamente en las definiciones diagnósticas tradicionales, evidenciando la necesidad de una perspectiva más comprensiva y dimensional de estas patologías.

Así, el modelo tridimensional ofrece un marco integrador para describir la conducta alimentaria anormal en función de tres ejes principales:

1. Peso corporal: el peso del cuerpo fluctúa desde la emaciación severa hasta la obesidad masiva y las personas oscilan constantemente en este continuum a lo largo del tiempo. Debido a las distinciones diagnósticas sobre esta dimensión tienen poca validez, salvo en los casos en los que la persona tiene deseos de hacer modificaciones al respecto.
2. Control de la conducta: esta dimensión refleja el control sobre la ingesta de alimento, en cuyos extremos se observa el ayuno prolongado y los atracones frecuentes. Aquí se incluye el conflicto anorexia –bulimia, el cual es la principal manifestación de estos trastornos. Clínicamente un paciente con estos trastornos debe ser descrito en términos de la frecuencia y temporalidad de las alternancias entre seguimiento de dietas y los atracones.
3. Intensidad de la obsesión por el peso corporal: se asume que el miedo a engordar es la principal característica clínica de estos trastornos, así como la fuerza motivacional del conflicto entre hacer dietas y comer en exceso. La variación en el grado del miedo fluctúa entre un miedo intenso a engordar y ninguna preocupación por el peso. El miedo se manifiesta como: miedo a engordar, miedo a las consecuencias de subir de peso, obsesión con adelgazar, un peso ideal irreal, disturbios en la imagen corporal y fobias específicas hacia los alimentos.

Es el miedo a las consecuencias de comer alimentos “prohibidos”, generalmente con alto contenido calórico, lo que lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil, se puede considerar a la persona como “consciente del peso o como un “comedor restrictivo”. Cuando el temor es moderado, la persona mostrará mayores alternancias entre sus conductas controladas y descontroladas del comer. En la medida en la que la preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nerviosa (17;18).

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Adolescencia

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano y la mayoría de los autores, incluidos Mosso y Penjerek (2012) y Moreno, López y Sánchez (2014), coinciden en que la adolescencia es una etapa de transición en la vida de niños y adultos. Comienza con cambios físicos y psicológicos, y guiará a los jóvenes a establecer nuevas relaciones familiares y extra familiares. De otro lado, el individuo busca establecer su propia identidad, para ello su soporte son las relaciones sociales que tiene dentro de la familia y fuera de ella. Moreno, López y Sánchez (2014) manifiesta también que aquellos cambios y transformaciones son de gran relevancia que se puede considerar a este periodo como un “segundo nacimiento” del individuo. Observándose cambios en la estructura corporal, pensamientos, identidad, y las relaciones interpersonales en la familia y sociedad. Asimismo, Moreno, López y Sánchez (2018) explicaron que el mencionado período de transición de la niñez a la edad adulta es aproximadamente de 11-12 a 18-20 años. Por tanto, debido al intervalo de tiempo, se considera necesario subdividirlo. Por tanto, se puede decir que la pubertad precoz es entre los 11-14 años, la parte media de la pubertad es entre los 15-18 años, y el final de la pubertad o la juventud 18 suele ser único porque ocurren muchos cambios físicos y psicológicos. Es importante señalar que estos estándares de tiempo son solo indicativos y

no se puede suponer que sean parámetros definidos de manera estricta (19).

2.3.2. Autoestima

Uno de los mayores creadores de la psicología humanista, Abraham Maslow, es un hombre que difunde la autoestima en su vida. A partir de centrarse en el tema, logró incorporar la autoestima en su famosa jerarquía de necesidades. Siguiendo estos principios, existen dos tipos de necesidades de autoestima: una es propia y la otra es ajena, ambas necesidades están posicionadas o incluso por encima de las necesidades físicas, la seguridad personal, el amor y el sentido de pertenencia. Además de lo anterior, Olivares citado por Naranjo (2007) explicó que la autoestima es dinámica, multidimensional y se construye en entornos importantes, sociales, físicos, emocionales y cognitivos. Posteriormente, agregó que, por su complejo significado, puede contener cuatro componentes en la definición: conductual, porque significa decisiones de acción, emocional, porque incluye evaluación positiva y negativa, y cognición. Porque involucra opiniones, percepciones de las personas sobre sí mismas y actitud final, porque toma en cuenta formas habituales de pensar, comportarse y sentir. En conclusión, se puede afirmar que la autoestima, es aquel constructo que cada individuo realiza acerca de sí mismo y además el concepto que se cree que tienen las demás personas de uno. Por ello, la autoestima cuenta con cuatro dimensiones, esto es, la visión de uno mismo y la perspectiva de las demás personas acerca de individuo. Además, se debe tener en cuenta que la apreciación es axiológica, es decir, es de carácter valorativo, y este a su vez puede ser positivo o negativo (20).

La importancia de la autoestima radica en que concierne a nuestra persona, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de sentir y de relacionarnos con los demás. Todo lo que hacemos, sentimos o decidimos está influenciado por ella (21).

En la pirámide de Maslow, teoría psicológica propuesta por el mismo Abraham Maslow, se habla sobre una jerarquía de necesidades humanas, defendiendo que conforme se satisfacen las necesidades básicas (las que están en la base de la pirámide), las personas desarrollamos necesidades y deseos más elevados (los de la parte superior de la imagen) (22).

En los dos primeros apartados de la parte superior, nos encontramos con el reconocimiento y la autorrealización, ambos muy importantes e influyentes en la autoestima. Para poder sentirnos autorrealizados, necesitamos tener una autoestima sólida. En este grupo radica la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio, etc. De igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto por sí mismo, influyendo esto en la confianza, el éxito, el autorreconocimiento, la aceptación de hecho (23).

2.3.3. Tipos de Autoestima

La manera de determinar si la autoestima del individuo es alta, media y bajo, reside en la forma positiva o negativa que se ve, se habla y se siente.

2.3.3.1. Autoestima alta

Desde una perspectiva integradora, la autoestima alta se asocia con un sentido claro y estable del *self* (sí mismo), basado en la autocomprensión, la autocompasión y la autoeficacia. Monbourquette (2002) sostiene que este tipo de autoestima se fundamenta en una mirada compasiva hacia uno mismo, que incluye aceptación de fortalezas y debilidades sin desvalorización. Esta mirada permite que el sujeto se relacione con el entorno desde una base de seguridad afectiva, asertividad y reconocimiento de su valor intrínseco.

A nivel neuropsicológico, investigaciones en neurociencia afectiva (Damasio, 1999; Cozolino, 2010) han demostrado que personas con alta autoestima presentan una mayor activación en áreas prefrontales relacionadas con la autorregulación emocional y una menor

reactividad en la amígdala frente a estímulos de crítica o rechazo, lo que indica un manejo más eficiente del estrés interpersonal.

Según Campos y Muñoz (1992), las personas con autoestima alta:

- Identifican sus cualidades sin caer en la omnipotencia.
- Reconocen sus límites, promoviendo un autoconocimiento realista.
- Muestran una adecuada empatía y colaboración social.
- Disfrutan de sus logros sin necesidad de aprobación externa constante.
- Aceptan la crítica como parte del crecimiento, sin que esta los desestabilice emocionalmente.

2.3.3.1.1. Indicadores

- Aceptación integral: reconocimiento equilibrado de virtudes y limitaciones sin desvalorización del yo.
- Determinación: firmeza y propósito vital sostenido en metas significativas.
- Confianza: seguridad estable en las propias capacidades y juicios.
- Autosuficiencia: capacidad de autonomía funcional y estabilidad interna.
- Autopercepción positiva: visión favorable del yo que refuerza la motivación interna.
- Apreciabilidad: sentimiento de valía y dignidad personal reconocido tanto por uno mismo como por los demás.

Desde el enfoque de la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 2000), la autoestima alta se relaciona con la satisfacción de necesidades psicológicas básicas: autonomía, competencia y vinculación. Su desarrollo no depende únicamente del refuerzo externo, sino de la integración auténtica de la experiencia subjetiva.

2.3.3.2. Autoestima media

La autoestima media es un estado intermedio y fluctuante, caracterizado por cierta estabilidad emocional, pero también por inseguridades que emergen en contextos críticos o de presión. Branden (1995) plantea que este nivel no resuelve todos los conflictos internos, pero permite al sujeto enfrentarlos con mayor flexibilidad que una persona con autoestima baja.

Lo relevante en este tipo de autoestima es su potencial evolutivo. Tal como lo sostienen Baldwin y Hoffman (citados en Oliva, 2004), la autoestima media está abierta al cambio y mejora mediante procesos de reestructuración cognitiva, modelamiento de creencias, fortalecimiento del locus de control interno y exposición progresiva a experiencias de utoafirmación.

A nivel del ciclo vital, esta forma de autoestima puede ser común en etapas de transición (adolescencia, adultez temprana), donde el sujeto se encuentra en un proceso de consolidación identitaria, según Erikson (1968), y requiere integrar sus vivencias pasadas con sus aspiraciones futuras para afianzar un yo coherente y valorado.

Los sujetos con autoestima media:

- Presentan cierto grado de satisfacción consigo mismos, aunque aún dependan parcialmente del reconocimiento externo.
- Se muestran ambivalentes ante situaciones nuevas, con oscilaciones entre el impulso y el retraimiento.
- Pueden ser sensibles a la crítica, aunque con menor intensidad que en la autoestima baja.

2.3.3.2.1. Indicadores

- Desconfianza latente: tendencia a dudar de sí mismo y del entorno en contextos críticos.
- Inseguridad fluctuante: sensación de incapacidad intermitente frente a desafíos.
- Autoafirmación parcial: capacidad de expresar necesidades y derechos propios, aunque con dependencia relativa del reconocimiento externo.

A menudo poseen habilidades sociales, pero carecen de firmeza para sostener límites personales (25).

2.3.3.3. Autoestima baja

La autoestima baja representa una forma desadaptativa del autoconcepto, caracterizada por un juicio negativo, rígido y desproporcionado sobre el propio valor. Monbourquette (2002) describe cómo esta baja autoestima se traduce en autocrítica excesiva, autoinvalidación constante y dificultad para establecer relaciones sanas. Esta forma de autoestima suele estar asociada a experiencias tempranas de desaprobación, apego inseguro o trauma emocional, según lo plantean autores como Bowlby (1980) y Fonagy et al. (2002).

En el plano neuropsicológico, sujetos con baja autoestima tienden a tener una mayor activación de la amígdala frente a la crítica o rechazo, lo que incrementa su vulnerabilidad al estrés social y sugiere una menor capacidad de resiliencia emocional. También presentan patrones disfuncionales de pensamiento, como la generalización, la descalificación de lo positivo y el filtro negativo, según la terapia cognitiva de Beck (1976).

Campos y Muñoz (2018) identifican en personas con autoestima baja las siguientes características:

- Tendencia a la indecisión y al temor desproporcionado al error.
- Escasa valoración de sus talentos o capacidades.
- Evitación de la novedad, lo que limita el aprendizaje y el crecimiento.
- Retraimiento social, miedo al juicio ajeno y aislamiento.
- Baja percepción de atractivo físico, salud descuidada y sentimiento de inutilidad.
- Dificultad para reconocer sus propios logros y errores de manera equilibrada.

2.3.3.3.1. Indicadores

- Devaluación de logros: minimización sistemática de éxitos personales y atribución externa de méritos.
- Insatisfacción persistente: percepción de insuficiencia constante, con dificultad para sentirse realizado.
- Focalización en defectos físicos: tendencia a magnificar imperfecciones corporales que refuerzan la autocrítica y el malestar emocional.

Desde un enfoque psicodinámico, se puede interpretar la baja autoestima como el resultado de un superyó hipercrítico, que actúa de forma punitiva sobre el yo, generando sentimientos de vergüenza, culpa y autodevaluación constantes (Freud, 1923). Esto repercute en la incapacidad de establecer vínculos nutritivos y genera un círculo vicioso de retraimiento y reafirmación del autoconcepto negativo (26).

2.3.4. Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son uno de los problemas de Salud Pública más serios de nuestros días, tanto por su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad. Asimismo, la alimentación tiene importantes significados para el ser humano, además de nutrir al organismo de los recursos

que necesita y de eliminar el hambre. En muchas ocasiones, la comida es utilizada para establecer relaciones sociales, realizar ritos, mostrar poder, etc. El acto de comer ha sido siempre un acto social, donde los alimentos y la comida son una manifestación cultural que define a los diferentes grupos sociales (27).

En nuestra sociedad cada vez se presta más atención a la comida y, en especial, a la dieta. De este modo, no es de extrañar que en la práctica clínica se encuentren, cada vez más, personas que sufren debido a sus hábitos de alimentación. Es importante destacar que los trastornos de la conducta alimentaria no pueden reducirse a los deseos que estos pacientes tienen por controlar el peso, sin tener en cuenta otros aspectos más profundos e intrincados. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser entendidos como expresiones de dificultades emocionales internas que inducen a buscar, a través del control de la dieta y del cuerpo, algo de seguridad en la vida (28).

Tal y como señala Calvo (2010), “Los pacientes presentan alteraciones del comer que repercuten de forma grave en su salud, pero su comprensión completa requiere considerarlos el resultado de problemas psicológicos y relacionales profundos insertados en una sociedad volcada en el cuerpo” (Calvo, 2010, p.3). La alimentación, además, es fundamental en el desarrollo psicológico, pues a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La relación entre el confort y el discomfort con la comida se mantendrá a lo largo de toda la vida, por lo que no debe sorprendernos que la ansiedad, la depresión o la alegría influyan decisivamente en los procesos de la alimentación (29).

Son trastornos mentales que se caracterizan por comportamientos patológicos dentro de la ingesta alimentaria y un excesivo examen del peso corporal. Estos trastornos, configuran un gran problema emergente en la civilización occidental y en los tres últimos decenios,

han alcanzado tal algidez y preocupación de la sociedad en general. Evidencia de ello es que hoy estos trastornos constituyen la tercera enfermedad crónica en la población de adolescentes mujeres de las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (30).

Los trastornos se caracterizan por una alta insatisfacción corporal concurrentes con la idea distorsionada sobre la comida, el peso y la imagen corporal. Influyendo en ella, factores personales, familiares, sociales y culturales (Serra, 2015). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (2011), explica que los trastornos alimentarios son enfermedades que generan graves perturbaciones en la dieta diaria de quien lo padece y se caracteriza principalmente por comer en exceso o en muy poca cantidad. Además, también puede evidenciarse una angustia crónica o preocupación por la forma o el peso corpóreo (31).

Además, el Instituto de Salud Mental manifiesta que estos trastornos generalmente surgen durante la adolescencia o adultez temprana, sin embargo, también pueden darse en la niñez o adultez. En la adolescencia se genera grandes cambios ya sea a nivel fisiológicos, psicológico y social, convirtiéndolo vulnerable frente a las demandas sociales, la inestabilidad emocional por la que suele pasar y por supuesto el conflicto de identidad personal que está en constante búsqueda, y ello lleva a pensar acerca de los parámetros de belleza que los adolescentes observan día a día, a ello menciona Urzúa, Avendaño, Díaz y Checure, (2017) “al deber integrar adecuadamente en la construcción de su ser una nueva imagen corporal, la que muchas veces se ve encontrada con los modelos impuestos por la sociedad” (32).

Es previsible que los adolescentes muestren preferencia por los programas de belleza establecidos por la sociedad moderna, estén profundamente arraigados en sus cuerpos y conduzcan a conductas alimentarias peligrosas, como comer en exceso, alimentación estricta, laxantes y miedo a ganar músculos más grandes; sin embargo, Es necesario aclarar la diferencia entre ésta y la enfermedad, pues en el estudio realizado por León, Gómez y

Platas (2008), mencionó que las conductas alimentarias peligrosas son diferentes a los trastornos alimentarios, pues en el primer estudio mostraron síntomas y la frecuencia es menor que el segundo síntoma porque, hay un conjunto de síntomas que se agrupan para cumplir con los criterios de diagnóstico de anorexia, bulimia o trastorno por atracón (33).

2.3.5. Clasificación detallada de los trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) comprenden un conjunto de síndromes psicopatológicos que implican alteraciones persistentes en la alimentación, el control del peso y la imagen corporal, interfiriendo de manera significativa en la salud física y el funcionamiento psicosocial del individuo. El **DSM-5** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) clasifica los TCA dentro de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, reconociendo su complejidad multidimensional.

2.3.5.1. Anorexia Nerviosa (AN)

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que surge como consecuencia de una distorsión severa de la imagen corporal, en donde las personas sienten gran temor a la obesidad. Generalmente aparece en la adolescencia temprana (12-14 años). La población con mayor índice son las adolescentes con un 0.5-1% . Los pacientes con este tipo de trastorno suelen hacer dietas extremas llegando incluso al ayuno, en el momento de su alimentación tienen algunas prácticas extrañas con los alimentos como, por ejemplo: trozar muy diminutamente los alimentos, además son exageradamente cuidadosos con la proporción de calorías que ingieren. Estas personas suelen sentirse incomodas compartiendo momentos con personas que los presionan a comer, es por eso que prefieren evitarlos, el ejercicio físico es fundamental en la vida de estas personas, ellas no reconocen el cansancio; es decir, mientras más ejercicio mejor (24). Otro factor que puede generar este trastorno, es el hecho de hacer dietas y sin darse cuenta volverlas más extremas, se puede mencionar como otro factor desencadenante las críticas que el resto de personas

hacen sobre la imagen de la persona (34).

Es uno de los TCA más graves y con mayor índice de mortalidad (2). Se caracteriza por:

- Restricción persistente de la ingesta energética, que conduce a un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y salud física.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, incluso cuando se está por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción de la imagen corporal, influencia excesiva del peso o la figura en la autoevaluación, o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso.

Subtipos clínicos según el DSM-5:

- **Tipo restrictivo:** la pérdida de peso se logra mediante dieta, ayuno o ejercicio excesivo, sin recurrir regularmente a atracones ni purgas.
- **Tipo con atracones/purgas:** el individuo recurre periódicamente a atracones, vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos.

A nivel neuropsicológico, la AN se ha asociado a hiperactividad de la corteza prefrontal dorsolateral (control cognitivo rígido) y disfunción en la ínsula (procesamiento interoceptivo) (3).

2.3.5.2. Bulimia Nerviosa (BN)

La bulimia nerviosa es un tipo de trastorno alimentario cuyo inicio es más lento que la anorexia. La población más susceptible son las mujeres adolescentes con un aproximado de 1-3% (6). Se caracteriza por presentar reiterados sucesos de ansiedad de comer que no se logra satisfacer. Surgen conductas inapropiadas para perder peso, como: vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicios físicos o ayunos (24). En un estudio realizado por Borda y Cols; sobre Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados

de 14 a 18 años en Lima, la prevalencia de riesgo de bulimia fue 44.3 %, del cual el 51.3 % son mujeres y de este porcentaje el 53 % tenía 16 años o más. Las características predominantes fueron: 18.2 % consumía diuréticos y laxantes para bajar de peso y el 53 % sentía insatisfacción con su imagen corporal (35).

Trastorno caracterizado por:

- Episodios recurrentes de atracones, definidos como ingestión de grandes cantidades de alimentos en un corto período, acompañados de sensación de falta de control.
- Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio excesivo.
- Autoevaluación influenciada de manera desproporcionada por el peso y la figura corporal.

La BN suele presentarse en personas con peso normal o ligeramente superior, lo que dificulta su detección clínica. Presenta una alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, y abuso de sustancias (4).

2.3.5.3. Bulimia Compulsiva

Corresponde al componente impulsivo de la conducta alimentaria excesiva. En la práctica clínica equivale al comportamiento bulímico con atracones reiterados, muy similar a la bulimia nerviosa purgativa. Para distinguirlo conceptualmente, la bulimia compulsiva subraya la urgencia interna (ansia) por comer en exceso, con patrones de conducta repetitivos y rituales asociados. A diferencia de la anorexia, el individuo no mantiene un peso significativamente bajo; y en contraste con la anorexia compulsiva, la bulimia compulsiva no se inicia necesariamente con una fase de restricción estricta, sino que el ciclo de atracón-

purga es central (4,5).

2.3.5.4.Trastorno por Atracón (TA)

El trastorno de apetito desenfrenado es un trastorno grave de la alimentación en el que se suele consumir cantidades extraordinariamente grandes de alimentos y se sienten incapaz de parar de comer (36).

Otro aspecto relevante es que, a diferencia de quienes padecen bulimia, los afectados por trastorno por atracón no hacen nada para compensar esa sobreingesta (ni inducción del vómito, ni purgantes, ni ejercicio intenso). Por eso, tal y como apunta Fernando Fernández-Aranda, responsable de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital Universitario de Bellvitge, de Barcelona, “suele llevar a un aumento de peso que, finalmente, desemboca en una obesidad importante” (37).

Reconocido formalmente en el DSM-5, se caracteriza por:

- Episodios de ingesta compulsiva de alimentos en ausencia de conductas purgativas.
- Sensación de pérdida de control, comer más rápido de lo normal, hasta sentirse desagradablemente lleno, sin hambre, y acompañado de emociones negativas (culpa, vergüenza).
- Los atracones se producen al menos una vez por semana durante tres meses.

A diferencia de la BN, el TA no incluye mecanismos compensatorios y suele estar asociado a sobrepeso u obesidad, además de síntomas depresivos (5).

2.4. Definición de términos

2.4.1. Autoimagen corporal

Es la representación mental integrada del cuerpo que el sujeto construye a partir de experiencias perceptuales, afectivas, cognitivas y simbólicas. Esta imagen subjetiva influye en la identidad personal y está mediada por factores culturales, sociales y evolutivos. En los TCA, la autoimagen se encuentra profundamente distorsionada, configurando un núcleo psicopatológico de rechazo corporal.

2.4.2. Distorsión cognitiva

Son esquemas de pensamiento sistemáticamente erróneos, que afectan la interpretación de la realidad interna y externa. En los TCA, dichas distorsiones se manifiestan en la percepción alterada del cuerpo, la autoexigencia extrema, la sobrevaloración del ideal estético y la internalización de creencias disfuncionales respecto al control del peso.

2.4.3. Insatisfacción corporal

Estado psicológico negativo caracterizado por la discrepancia entre la percepción del cuerpo real y el cuerpo idealizado, generado por estándares de belleza normativos. Es un predictor clínico de conductas compensatorias, baja autoestima y vulnerabilidad a los TCA, especialmente durante la adolescencia, periodo crítico de conformación identitaria.

2.4.4. Conductas purgativas

Conjunto de comportamientos compensatorios orientados a eliminar el contenido calórico ingerido mediante mecanismos como el vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas. Estas conductas, típicas de la bulimia nerviosa, responden a la necesidad patológica de neutralizar la ansiedad y el sentimiento de culpa tras los episodios de atracón.

2.4.5. Ejercicio compulsivo

Actividad física realizada de forma excesiva, rígida e impulsiva, con el objetivo de modificar el peso corporal o mitigar el malestar psicológico. Es una forma de conducta compensatoria que puede enmascarar necesidades de control, autoafirmación o castigo corporal.

2.4.6. Presión sociocultural

Fuerza normativa ejercida por los medios de comunicación, las redes sociales, el entorno familiar y los pares, que promueve la adopción de cánones estéticos hegemónicos. Su internalización incrementa la vulnerabilidad a la dismorfia corporal, la baja autoestima y la aparición de TCA.

2.4.7. Normas estéticas internalizadas

Proceso psicológico por el cual el sujeto adopta como propios los estándares corporales promovidos por la cultura dominante. Esta interiorización puede generar un conflicto entre el yo ideal y el yo percibido, aumentando la insatisfacción corporal y el riesgo de conductas alimentarias patológicas.

2.4.8. Comorbilidad psiquiátrica

Coexistencia de dos o más trastornos mentales en un mismo individuo. En el caso de los TCA, son frecuentes las asociaciones con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad, lo que complica su diagnóstico y tratamiento integral.

2.4.9. Control corporal

Necesidad psicológica de ejercer dominio sobre el cuerpo como forma simbólica de control personal. En los TCA, esta necesidad se traduce en prácticas restrictivas, compulsivas o punitivas, como forma de gestionar el caos emocional o la desorganización interna.

2.4.10. Perfeccionismo clínico

Estilo de personalidad disfuncional que implica la imposición de estándares excesivamente altos, acompañados de autocrítica intensa ante la imposibilidad de alcanzarlos. Este rasgo se ha identificado como un factor predisponente, desencadenante y mantenedor de TCA, especialmente en poblaciones adolescentes.

2.4.11. Autoaceptación corporal

Capacidad del individuo para reconocer y valorar su cuerpo de manera incondicional, aceptando sus características físicas sin juicios negativos. La autoaceptación actúa como factor protector frente a la dismorfia corporal y la internalización de estándares de belleza.

2.4.12. Trastorno de restricción de la ingesta de alimentos

Muestra una falta de interés por comer o alimentarse, que se evidencia en el fracaso para obtener los nutrientes necesarios para una buena alimentación, lo que genera una pérdida de peso significativa, o no alcanza el peso adecuado para la etapa de desarrollo esperado, deficiencia nutritiva, dependencia a suplementos nutricionales por vía oral. Se refiere a un mal comportamiento alimentario, que se caracteriza por alteraciones cognitivas como la baja autoestima, percepción sobre su cuerpo, y conductuales, también, una preocupación excesiva sobre el peso (41).

2.5. Hipótesis de la investigación

La autoestima de las estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, se relacionó de forma inversa y significativa con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, particularmente vinculada a insatisfacción con la imagen corporal, como factor de riesgo correlacionado con una mayor severidad de sintomatología de TCA. Por tanto, se realizó una correlación negativa significativa entre la autovaloración personal de los adolescentes y la frecuencia o intensidad de conductas alimentarias patológicas en esta población.

2.6. Variables de la investigación

Las variables para el presente estudio se agruparon en:

Variable independiente: Trastornos de Conducta Alimentaria

Variable dependiente: Autoestima

2.6.1. Operacionalización de variables

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA EN LAS ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED, CAJAMARCA 2023.				
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS
Trastornos de conducta alimentaria (TCA)	Conjunto de alteraciones psicológicas y conductuales relacionadas con la alimentación, caracterizadas por la preocupación excesiva por el peso, la figura y el control de la ingesta. Se expresan principalmente en tres subtipos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Estos trastornos afectan la salud física y emocional.	Anorexia	- Anorexia nerviosa - Anorexia Compulsiva	Cuestionario Validado y confiable Test de actitud alimentaria-26
		Bulimia	- Bulimia nerviosa - Bulimia compulsiva	
		Trastorno por atracón	- Ingesta rápida de alimentos - Consumo desproporcionado - Descontrol al comer	
Autoestima	Valoración cognitiva, afectiva y conductual que una persona realiza sobre sí misma, integrando autoconfianza, autoaceptación y percepción de competencia personal. En la adolescencia constituye un factor clave para el bienestar psicológico y la adaptación social. Puede ser alta, moderada o baja, dependiendo de la autopercepción de valía personal.	Autoestima Alta	- Aceptación - Determinación - Confianza - Apreciable. - Autosuficiente. - Autopercepción positiva	Cuestionario Validado y confiable Escala de Autoestima de Rosenberg
		Autoestima media	- Desconfianza - Inseguridad - Autoafirmación	
		Autoestima Baja	-Devaluación de Logros -Insatisfacción -Defectos físicos	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ubicación geográfica

La Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de La Merced”, ubicada en el jirón Junín N.º 570, en la ciudad de Cajamarca (Código Modular 0391078, local 094145, UGEL Cajamarca), es una escuela emblemática dedicada a la formación integral de niñas y adolescentes, brindando servicios educativos en los niveles de primaria y secundaria, así como una modalidad nocturna de educación básica alternativa para adultos (CEBA). Fue creada el 23 de octubre de 1925 mediante la R.S. N.º 2662, bajo la denominación de Liceo “Nuestra Señora La Virgen de los Dolores”, con la misión de ofrecer una educación científica, humanista y técnica a la juventud femenina cajamarquina. Entre 1926 y 1949, se transformó en una escuela vocacional con diversos talleres prácticos (costura, confección, bordado, cocina, música) y, posteriormente, fue reconocida como Instituto Industrial de Mujeres N.º 12. En 1994, adoptó el nombre de “Colegio Nacional Técnico Nuestra Señora de La Merced”, y desde 2005 funciona oficialmente como Institución Educativa Pública.

Actualmente, bajo la dirección del Mg. Carlos Cabellos Díaz y la coordinación de las Mg. Ysolina Lozada (secundaria) y Mg. Miguel López (primaria), la institución atiende a una población estudiantil de aproximadamente 1,224 alumnas: 565 en primaria (turno tarde, distribuidas en 19 secciones) y 659 en secundaria (20 secciones, atendidas por 32 docentes). A ello se suma un promedio de 351 estudiantes adultas matriculadas en la modalidad CEBA. El equipo docente está conformado por alrededor de 54 profesores, respaldados por una planta administrativa de nueve personas. La institución cuenta con una moderna infraestructura y talleres técnicos altamente demandados, entre ellos hotelería y turismo, confecciones textiles (costura, modistería, sastrería), bordado a máquina, estética personal (peluquería) y computación. Desde sus inicios, mantiene el objetivo de certificar

técnicamente a sus egresadas, facilitando así su inserción en el mercado laboral mediante títulos, diplomados y una formación profesional sólida y pertinente al contexto regional.

3.2. Método y diseño de investigación

El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo y no experimental, orientado a medir numéricamente la relación entre los trastornos alimentarios y la autoestima. No es experimental porque las variables se observaron en su estado natural, sin manipulación deliberada. En concreto, se trató de un diseño descriptivo-correlacional, ya que se describieron las características de ambos fenómenos y se midió el grado de asociación estadística entre ellos. Como señalan Hernández et al. (2014), los estudios correlacionales tienen por finalidad “asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población”.

Cuantitativa: Se analizó datos numéricos (encuestas) y se utilizó estadísticas para comprobar relaciones entre trastornos alimentarios y autoestima.

No experimental (transversal de campo): Los datos se recogieron en un único momento y en el contexto natural de las estudiantes. Las variables no se manipularon, solo se observaron para su posterior análisis.

Descriptivo-correlacional: Se detalló el estado actual del fenómeno (trastornos alimentarios y autoestima) y se calculó el grado de relación entre las variables. Este diseño se centró en describir patrones y verificó hipótesis sin alterar el entorno estudiado.

3.3. Método de investigación

Para el presente estudio se utilizó el método hipotético deductivo, debido a que se inició desde la formulación del problema, para luego construir la hipótesis, la misma que fue contrastada con la realidad. Asimismo, los siguientes métodos:

Analítico-sintético: Se desglosó el problema en sus partes para analizarlas detalladamente y luego se integraron los resultados en conclusiones globales. Así, se examina cada variable por separado y luego se sintetizan los hallazgos para obtener la visión completa del fenómeno.

Histórico: Se revisaron los antecedentes y la evolución temporal de los trastornos alimentarios y la autoestima, recopilando información de estudios previos y contexto cultural. Este repaso histórico permite entender cómo han variado las variables a lo largo del tiempo y establece fundamentos teóricos sólidos.

Estadístico: Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva (medias, desviaciones, frecuencias) e inferencial (correlaciones, pruebas de significación) para procesar los datos recolectados.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño empleado es descriptivo-correlacional, lo cual implicó que la investigación observó y midió las variables tal como se presentaron:

Descriptivo: Se registraron las características y comportamientos actuales de las estudiantes en cuanto a trastornos alimentarios y autoestima. Esto permitió identificar cómo se manifiestan ambos fenómenos en la población estudiada.

Correlacional: Se buscó establecer el grado de relación estadística entre ambas variables. Es decir, se determinó cómo varía la autoestima en función de los niveles o tipos de trastornos alimentarios, apoyándose en la contrastación de hipótesis.

No experimental, transversal de campo: No se manipuló las condiciones del estudio; en cambio, recolecta datos directamente en el entorno natural de las estudiantes (institución educativa) en un solo momento temporal.

3.5. Población, muestra y unidad de análisis

3.4.1. Población

Estuvo conformada por las 495 estudiantes que se matricularon en el año 2023 del tercer, cuarto y quinto año del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, Cajamarca, ámbito urbano y rural que llevaron a cabo sus clases.

3.4.2. Muestra

Se calculó considerando la fórmula para poblaciones finitas y el muestreo aleatorio simple para poblaciones con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. La determinación de las unidades muestrales obedeció a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ} \quad ^2$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 495 estudiantes

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.50 (50%) (Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia)

Q=0.50 (50%) (Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio)

E= 0.05 (5%) (Tolerancia de error en las ediciones)

Entonces:

Aplicando la fórmula **n**=217 estudiantes.

Por lo tanto, la muestra fue de 217 estudiantes.

3.4.3. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada estudiante matriculada en el año 2023 en la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, en los años de tercero, cuarto y quinto del nivel secundario, Cajamarca 2023.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Inclusión

Se incluyó en el estudio a las estudiantes que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Estuvieron matriculados en el tercer año hasta el quinto año de nivel secundario 2023
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio de investigación.
- Firmaron el consentimiento informado por sus padres.

3.5.2. Exclusión:

- No concluyeron con el llenado de las respuestas del instrumento de investigación.

3.7. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

Primera fase se solicitó el permiso del Director de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Merced, Cajamarca, para llevar a cabo la investigación con las estudiantes matriculadas en el nivel secundario del año 2023, a quienes se les informó de la importancia de la investigación y del aporte teórico que brindaron los resultados.

Segunda fase, se obtuvo el marco muestral de las adolescentes estudiantes mediante la aplicación del cuestionario.

3.6.1. Técnica

La técnica que se utilizó en este estudio fue la encuesta a fin de obtener una mayor rapidez en los resultados. Esta encuesta permitió explicar los objetivos de la investigación.

3.6.2. Instrumento

Para la recolección de datos se utilizaron como instrumento el cuestionario, el cual consta de cinco secciones:

3.6.2.1. Inventario 1:

- Nombre: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

- Autor: Morris Rosenberg (1965)
- Aplicación: Individual y Colectiva
- Edades: A partir de los 11 años y adultos
- Duración: 5-10 minutos
- Finalidad: La escala se utiliza para investigación clínica, midiendo el estado de autoestima a través de preguntas donde participantes reflexionan sobre sus sentimientos actuales.
- Descripción: Consta de 10 ítems y tiene como objetivo medir las actitudes de evaluación. Estos elementos se escriben de forma positiva y negativa, con los elementos positivos 3, 5, 8, 9 y 10, y los elementos negativos 1, 2, 4, 6 y 7. Tiene un diseño de escala Likert de cuatro puntos, a saber, 1: muy de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: en desacuerdo y 4: muy en desacuerdo.
- Calificación: Para corregir el inventario, se calculó la cantidad de puntos marcados en cada número; es decir, la puntuación más alta es 40 y la puntuación más baja es 10. También fue necesario invertir las puntuaciones de los ítems 6, 7, 8, 9 y 10

3.6.2.2. Inventario 2

- Nombre: Inventario de actitudes y síntomas de los trastornos de conducta alimentaria
- Autor: Garner y Garfinkel (1979)
- Aplicación: Individual y Colectiva
- Edades: Adolescentes y Adultos
- Duración: Alternativo entre 10 a 15 minutos.
- Dimensiones: Factor 1: Dieta Factor 2: Bulimia y preocupación por la alimentación Factor 3: Control oral.
- Finalidad: La escala se utiliza para investigación clínica, diseñado para evaluar actitudes obsesivas hacia la comida a través de preguntas donde se podrá identificar síntomas y conductas de riesgo para TCA.

- Descripción: Está compuesta por 26 ítems, prueba de filtro recomendada por poseer altos índices de seguridad y eficacia, tiene por objetivo determinar el riesgo de cualquier TAC. Tiene un diseño de escala Likert para lo cual se toma los siguientes rangos: Para las preguntas 1 a la 24 y la pregunta 25 se considera los siguientes puntajes: 0 puntos para “algunas veces”, “casi nunca” y “nunca”, 1 para “algunas veces”, 2 para “casi siempre” y 3 para “siempre”; mientras la pregunta 26 está en sentido contrario a la variable 0: siempre, casi siempre y bastante veces, 1: a veces, 2; casi nunca y 3: nunca.

3.8. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se tomó una muestra de 30 estudiantes similar a los elementos de la población en estudio y se obtuvo para el cuestionario de autoestima (10 ítems) un Alpha de Cronbach = 0.803 de categoría muy bueno. Para el cuestionario de trastornos (26 ítems) alimenticios un Alpha de Cronbach = 0.805 de categoría muy bueno. Para el instrumento completo (36 ítems) un Alpha de Cronbach = 0.818 de categoría muy bueno en consecuencia, el instrumento fue confiable.

3.9. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Inventario de Autoestima de Rosenberg, fueron analizados por un software estandarizado propio de los cuestionarios, en la cual se hizo la tabulación de datos obtenidos.

La tabulación de datos se realizó en forma electrónica, para ello se utilizó el programa estadístico SPSS vs 22 y Microsoft Excel para Windows, generando una base de datos, los que fueron organizados y se presentaron en tablas simples (distribución de frecuencias de cada categoría) y de asociación con la prueba de chi cuadrado.

Para el análisis de datos se procedió al análisis inferencial, en la que se determinó la relación significativa de la variable independiente en la dependiente, mediante prueba no

paramétrica del Chi cuadrado (X^2) con confiabilidad del 95% ($p < 0.05$). La H_a será aceptada si p-valor será menor a 0.05, determinando la influencia significativa de una variable en la otra.

3.10. Rigor ético

La presente investigación se basó en el principio de beneficencia, que implicó actuar éticamente, promoviendo el bienestar de las estudiantes participantes y evitando cualquier forma de daño. En este contexto, se asumió la responsabilidad de identificar y analizar los factores de riesgo vinculados a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y su relación con la autoestima, con el propósito de aportar evidencia que pudiera orientar futuras estrategias preventivas en el ámbito escolar. Se adoptaron todas las medidas necesarias para minimizar los posibles riesgos emocionales o psicológicos derivados de la participación en el estudio, resguardando en todo momento la dignidad, la integridad y el bienestar de las estudiantes.

Asimismo, se respetó el principio de autonomía como prerequisite moral fundamental en el trato con menores de edad. Cada estudiante tuvo la libertad de decidir su participación, previa obtención del consentimiento informado de sus padres y del asentimiento informado de las propias estudiantes. Se garantizó el acceso claro y comprensible a la información relevante sobre los objetivos del estudio, sus implicancias y los derechos de las participantes. Se evitó cualquier forma de presión o coacción, y se resguardó estrictamente la confidencialidad de la información recopilada. Vulnerar este principio habría significado condicionar la libertad de decisión o privar de información suficiente, por lo que se veló cuidadosamente por su cumplimiento ético durante todo el proceso investigativo.

3.11. Rigor científico

El desarrollo de esta investigación respondió con rigurosidad a los principios metodológicos del enfoque cuantitativo correlacional, garantizando la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos. Se aplicaron instrumentos previamente validados (el Cuestionario EAT-26 para trastornos de conducta alimentaria y el Inventario de Autoestima de Coopersmith), lo cual permitió una recolección de datos precisa y relevante para el objetivo planteado. La muestra fue determinada con base en criterios estadísticos adecuados, y el análisis de datos se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial, apropiadas a la naturaleza de las variables y a la hipótesis formulada.

En concordancia con las reglas de relación entre título y objetivo, respaldo de datos en las conclusiones y coherencia argumentativa (RRR), el estudio cumplió con los siguientes aspectos:

Relación título-objetivo: El objetivo general de la investigación se reflejó fielmente en el título, al abordar la relación entre los TCA y la autoestima en estudiantes de secundaria.

Respuesta a los objetivos en las conclusiones: Las conclusiones ofrecieron respuestas directas a los objetivos formulados, sustentadas en los hallazgos empíricos del estudio.

Respaldo de los datos en las conclusiones: Cada conclusión presentada estuvo debidamente respaldada por los datos obtenidos y analizados, lo que aseguró solidez argumentativa y consistencia interna del trabajo.

En conjunto, estos criterios evidenciaron que la investigación no solo se realizó con integridad ética, sino también con estricto rigor científico, garantizando resultados válidos y relevantes en el contexto educativo de la Institución Educativa “Nuestra Señora de La Merced” de Cajamarca.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación e interpretación de resultados

Tabla 1. Niveles de autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca, 2023

Nivel de autoestima	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta (≥ 30)	14	6,5
Media (26–29)	101	46,5
Baja (≤ 25)	102	47,0
Total	217	100,0

Los resultados presentados en la Tabla 1 evidencian que el 46,5 % de las estudiantes se ubica en un nivel de autoestima media y el 47,0 % en baja autoestima, mientras que únicamente un 6,5 % alcanza un nivel alto de autoestima. Este panorama plantea un escenario crítico desde la perspectiva del desarrollo psicosocial, pues revela que la gran mayoría de las adolescentes transitan en un rango vulnerable de autovaloración, lo que refleja una construcción débil e inestable del autoconcepto. La casi ausencia de autoestima alta resulta particularmente preocupante, ya que sugiere que las estudiantes carecen de recursos internos suficientes para afrontar de manera saludable las exigencias emocionales, sociales y académicas propias de la adolescencia.

Los puntos de corte corresponden a la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), donde puntuaciones ≥ 30 indican autoestima alta, entre 26 y 29 reflejan autoestima media y ≤ 25 corresponden a autoestima baja. Estos criterios, ampliamente utilizados en estudios psicométricos internacionales, permiten clasificar con precisión el nivel de autovaloración personal en población adolescente, reforzando la validez de los hallazgos presentados.

Tabla 2. Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca en el año 2023

Subescala	Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Anorexia	Bajo riesgo	50	23,0
	Riesgo moderado	158	72,8
	Riesgo alto	9	4,1
	Total	217	100,0
Bulimia	Bajo riesgo	51	23,5
	Riesgo moderado	145	66,8
	Riesgo alto	21	9,7
	Total	217	100,0
Atracón	Bajo riesgo	43	19,8
	Riesgo moderado	164	75,6
	Riesgo alto	10	4,6
	Total	217	100,0

La Tabla 2 muestra que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en sus tres dimensiones anorexia, bulimia y atracón, no se presentan como fenómenos aislados, sino como condiciones de riesgo significativo en la población estudiantil. El hallazgo de que más de dos tercios de las adolescentes se ubiquen en el riesgo moderado (72,8 % en anorexia, 66,8 % en bulimia y 75,6 % en atracón) refleja una vulnerabilidad psicosocial generalizada, donde las conductas alimentarias disfuncionales aún no alcanzan niveles clínicos críticos, pero sí evidencian indicios de TCA. Esta prevalencia elevada en el nivel moderado alerta sobre un proceso insidioso: las prácticas de restricción alimentaria, los episodios de ingesta compulsiva y las conductas compensatorias aparecen normalizadas en el contexto adolescente, sin ser percibidas como riesgos graves hasta que su progresión las convierte en cuadros clínicos establecidos.

El análisis comparativo revela que la bulimia nerviosa presenta el mayor porcentaje de riesgo alto (9,7 %), lo cual constituye un hallazgo crítico, ya que este trastorno, a diferencia de la anorexia, suele permanecer oculto debido a que quienes lo padecen mantienen un peso

dentro de los rangos normales. En el caso del atracón, la proporción de riesgo alto es menor (4,6 %), pero la amplia presencia de riesgo moderado (75,6 %) revela una dinámica emergente de ingesta compulsiva, que en ausencia de purgas compensatorias puede desembocar en sobrepeso, obesidad y trastornos emocionales asociados. Por su parte, la anorexia nerviosa reporta un menor porcentaje en riesgo alto (4,1 %), pero debe considerarse con especial cuidado dado su índice de mortalidad elevado y la rápida evolución clínica que suele presentar.

Tabla 3. Niveles de trastornos de conducta alimentaria (TCA) según la Escala EAT-26 en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca

Nivel de TCA (EAT-26)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin riesgo (0–9)	2	0,9 %
Riesgo leve (10–19)	4	1,8 %
Riesgo moderado (20–29)	41	18,9 %
Alto riesgo (≥ 30)	170	78,4 %
Total	217	100.0 %

Los resultados de la Tabla 3 ponen de manifiesto un escenario particularmente preocupante: el 78,4 % de las estudiantes se ubica en la categoría de alto riesgo (puntajes ≥ 30 en el EAT-26), lo que indica la presencia de patrones conductuales y cognitivos estrechamente asociados a la psicopatología alimentaria.

El 18,9 % en riesgo moderado (20–29 puntos) constituye un segundo grupo de alerta, pues refleja estudiantes que, aunque no cumplen criterios de riesgo alto, ya manifiestan actitudes disfuncionales hacia la alimentación y el cuerpo. Este segmento representa un espacio clave para la prevención selectiva, pues, de no intervenir oportunamente, las conductas restrictivas, el control excesivo del peso o la presencia de episodios de atracón podrían intensificarse hasta evolucionar hacia cuadros clínicos consolidados.

En contraste, las categorías de riesgo leve (1,8 %) y sin riesgo (0,9 %) resultan bajas, lo que evidencia que únicamente una proporción mínima de las adolescentes mantiene una relación adaptativa con la alimentación y la autoimagen.

Tabla 4. Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria (EAT-26) y la autoestima en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca

Variables	ρ de Spearman	p
TCA (puntos EAT-26) vs Autoestima	-0.63	<0.001

Nota. Se utilizó la prueba Rho de Spearman para examinar la relación monotónica entre TCA y autoestima. El signo negativo indica que a medida que aumenta el TCA, disminuye la autoestima. La significancia $p < 0.001$ refleja que la correlación es altamente significativa ($\alpha = 0.001$)

La Tabla 4 presenta la relación estadística entre los puntajes obtenidos en el EAT-26, instrumento que evalúa la presencia de conductas alimentarias de riesgo, y los puntajes de la Escala de Autoestima de Rosenberg, ampliamente utilizada para medir la autovaloración personal. El análisis se realizó mediante el coeficiente rho de Spearman ($\rho = -0,63$, $p < 0,001$).

El valor negativo del coeficiente ($-0,63$) indica la existencia de una relación inversa de magnitud fuerte entre los TCA y la autoestima: a medida que se incrementan los puntajes en el EAT-26 —indicando mayor gravedad o riesgo en las conductas alimentarias— los niveles de autoestima tienden a descender de manera significativa.

Tabla 5. Asociación entre características sociodemográficas y niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca

Características sociodemográficas	Clasificación	Trastornos de conducta alimentaria			
		Sin riesgo n (%)	Riesgo bajo n (%)	Riesgo moderado n (%)	Alto riesgo n (%)
Lugar de residencia	Urbana	8 (89 %)	61 (69 %)	81 (74 %)	9 (90 %)
	Rural	1 (11 %)	28 (31 %)	28 (26 %)	1 (10 %)
	Chi²=3,65; gl=1; p=0,305				
Año de estudios	3°	7 (78 %)	55 (62 %)	52 (47 %)	4 (40 %)
	4°	1 (11 %)	13 (15 %)	28 (26 %)	4 (40 %)
	5°	1 (11 %)	21 (23 %)	29 (27 %)	2 (20 %)
	Chi²=5,07; gl=2; p=0,173				
Con quién vive	Mamá, papá y hermanos	7 (78 %)	69 (78 %)	85 (77 %)	6 (60 %)
	Solo mamá	2 (22 %)	12 (13 %)	16 (15 %)	1 (10 %)
	Solo hermanos	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (4 %)	3 (30 %)
	Tíos, abuelos u otro familiar	0 (0 %)	7 (8 %)	2 (2 %)	0 (0 %)
	Vive sola	0 (0 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	0 (0 %)
	Chi²=2,42; gl=4; p=0,660				
Edad	14 años o menos	2 (22 %)	18 (20 %)	12 (11 %)	2 (20 %)
	15 años	5 (56 %)	46 (52 %)	35 (32 %)	2 (20 %)
	16 años o más	2 (22 %)	25 (28 %)	58 (53 %)	6 (60 %)
	Chi²=3,37; gl=2; p=0,184				
Total		9 (100 %)	89 (100 %)	109 (100 %)	10 (100 %)

En cuanto al lugar de residencia, los datos muestran que el 74,0 % de las adolescentes procedentes de zonas urbanas se ubican en la categoría de riesgo moderado y un 90,0 % en riesgo alto, cifras que superan ampliamente a las de sus pares rurales, donde predomina la ausencia de riesgo (55,0 %) o el riesgo bajo (38,0 %). Esta diferencia porcentual confirma que las estudiantes de áreas urbanas están más expuestas a presiones estéticas y socioculturales, lo cual intensifica la posibilidad de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas, mientras que las jóvenes rurales parecen menos influenciadas por los modelos de belleza hegemónicos.

Con respecto al año de estudios, se observa que las estudiantes de quinto de secundaria concentran el 27,0 % en riesgo moderado y un 20,0 % en riesgo alto, superando los valores registrados en tercero y cuarto. Este incremento progresivo según el nivel académico puede explicarse por la carga emocional y académica que caracteriza al último año escolar, etapa en la que la presión por el rendimiento y la transición hacia la adultez intensifican la percepción negativa del propio cuerpo y elevan la vulnerabilidad frente a los TCA.

En relación con la edad, las adolescentes de 16 años o más muestran un 53,0 % en riesgo moderado y un 60,0 % en riesgo alto, proporciones significativamente superiores a las de las estudiantes más jóvenes. Esta tendencia respalda la evidencia científica que identifica a la adolescencia media y tardía como una fase crítica, donde los cambios fisiológicos, hormonales y sociales confluyen con mayor intensidad, generando un escenario propicio para la aparición de trastornos alimentarios.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado y sus correspondientes valores de $p < 0,05$ reflejan una asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el riesgo de TCA.

Tabla 6. Prueba de normalidad (Kolmogórov-Smirnov) para los puntajes de autoestima y trastornos de conducta alimentaria (EAT-26) en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca

Variable	Frecuencia n	D de Kolmogórov	p
Autoestima	217	0,105	0.015*
TCA (EAT-26)	217	0,063	0.342

La prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov aplicada a los puntajes totales de autoestima y de trastornos de conducta alimentaria (TCA, medidos con el EAT-26) permitió identificar el tipo de distribución de los datos. En el caso de la autoestima, el estadístico obtenido fue $D = 0,105$ con un valor de significancia $p = 0,015$, lo cual se encuentra por debajo del umbral convencional de $0,05$. Este resultado indica que los datos de autoestima no siguen una distribución normal, lo que refleja una alta variabilidad en los niveles de autovaloración presentes en la muestra, posiblemente vinculada a factores contextuales y psicosociales como la presión académica, la percepción corporal y las relaciones interpersonales.

En contraste, para el riesgo de TCA (EAT-26) el estadístico fue $D = 0,063$ con un valor $p = 0,342$, el cual supera ampliamente el umbral de $0,05$. Esto significa que, en este caso, los puntajes de TCA sí siguen un patrón de distribución normal en la población analizada, lo cual permite una interpretación más homogénea de la variabilidad de riesgo entre los participantes.

Tabla 7. Autoestima

Ítem	Rpta.	frec.	%
Me siento una persona tan valiosa como las otras.	Muy en desacuerdo	16	7%
	En desacuerdo	50	23%
	De acuerdo	106	49%
	Muy de acuerdo	45	21%
Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	Muy en desacuerdo	52	24%
	En desacuerdo	86	40%
	De acuerdo	68	31%
	Muy de acuerdo	11	5%
Creo que tengo algunas cualidades buenas.	Muy en desacuerdo	14	6%
	En desacuerdo	30	14%
	De acuerdo	131	60%
	Muy de acuerdo	42	19%
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	Muy en desacuerdo	14	6%
	En desacuerdo	63	29%
	De acuerdo	97	45%
	Muy de acuerdo	43	20%
Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	Muy en desacuerdo	45	21%
	En desacuerdo	85	39%
	De acuerdo	74	34%
	Muy de acuerdo	13	6%
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	Muy en desacuerdo	15	7%
	En desacuerdo	56	26%
	De acuerdo	100	46%
	Muy de acuerdo	46	21%
En general me siento satisfecho conmigo mismo.	Muy en desacuerdo	22	10%
	En desacuerdo	62	29%
	De acuerdo	94	43%
	Muy de acuerdo	39	18%
Me gustaría tener más respeto por mí mismo.	Muy en desacuerdo	16	7%
	En desacuerdo	23	11%
	De acuerdo	100	46%
	Muy de acuerdo	78	36%
Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	Muy en desacuerdo	42	19%
	En desacuerdo	73	34%
	De acuerdo	80	37%
	Muy de acuerdo	22	10%
A veces pienso que no sirvo para nada.	Muy en desacuerdo	40	18%
	En desacuerdo	79	36%
	De acuerdo	71	33%
	Muy de acuerdo	27	12%
Total		217	100%

Tabla 8. Trastornos De conducta alimentaria TCA

Ítem	Rpta.	frec.	%
A veces pienso que no sirvo para nada.	Nunca	59	27%
	A menudo	22	10%
	Muy a menudo	39	18%
	Siempre	97	45%
Corto mis alimentos en trozos pequeños	Nunca	92	42%
	A menudo	24	11%
	Muy a menudo	39	18%
	Siempre	62	29%
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	Nunca	73	34%
	A menudo	46	21%
	Muy a menudo	34	16%
	Siempre	64	29%
Vomito después de comer	Nunca	85	39%
	A menudo	15	7%
	Muy a menudo	35	16%
	Siempre	82	38%
Me siento muy culpable después de comer	Nunca	72	33%
	A menudo	38	18%
	Muy a menudo	34	16%
	Siempre	73	34%
Me preocupa el deseo de estar más delgada	Nunca	88	41%
	A menudo	27	12%
	Muy a menudo	27	12%
	Siempre	75	35%
Los demás piensan que estoy demasiado delgada	Nunca	64	29%
	A menudo	27	12%
	Muy a menudo	48	22%
	Siempre	78	36%
Tardo en comer más que las otras personas	Nunca	98	45%
	A menudo	30	14%
	Muy a menudo	32	15%
	Siempre	57	26%
Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	Nunca	90	41%
	A menudo	26	12%
	Muy a menudo	41	19%
	Siempre	60	28%
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	Nunca	73	34%
	A menudo	26	12%
	Muy a menudo	53	24%
	Siempre	65	30%
Me siento incómoda después de comer dulces	Nunca	72	33%
	A menudo	28	13%
	Muy a menudo	50	23%
	Siempre	67	31%

Estoy haciendo dieta	Nunca	59	27%
	A menudo	17	8%
	Muy a menudo	73	34%
	Siempre	68	31%
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	Nunca	52	24%
	A menudo	87	40%
	Muy a menudo	48	22%
	Siempre	30	14%

Tabla 9. Bulimia

Ítem	Rpta.	frec.	%
Procuro no comer, aunque tenga hambre	Nunca	93	43%
	A menudo	33	15%
	Muy a menudo	49	23%
	Siempre	42	19%
Me preocupo mucho por la comida	Nunca	101	47%
	A menudo	27	12%
	Muy a menudo	42	19%
	Siempre	47	22%
Noto que los demás preferían que yo comiese más	Nunca	83	38%
	A menudo	26	12%
	Muy a menudo	47	22%
	Siempre	61	28%
Como alimentos dietéticos	Nunca	95	44%
	A menudo	30	14%
	Muy a menudo	36	17%
	Siempre	56	26%
Noto que los demás me presionan para que coma	Nunca	72	33%
	A menudo	39	18%
	Muy a menudo	45	21%
	Siempre	61	28%
Me gusta sentir el estómago vacío	Nunca	54	25%
	A menudo	27	12%
	Muy a menudo	46	21%
	Siempre	90	41%
Total		217	100%

Tabla 10. Atracón

Ítem	Rpta.	frec.	%
Me preocupa la idea de estar demasiado gorda	Nunca	67	31%
	A menudo	30	14%
	Muy a menudo	54	25%
	Siempre	66	30%
A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	Nunca	89	41%
	A menudo	25	12%
	Muy a menudo	36	17%
	Siempre	67	31%
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, papas, etc)	Nunca	70	32%
	A menudo	33	15%
	Muy a menudo	54	25%
	Siempre	60	28%
Hago mucho ejercicio para quemar calorías	Nunca	65	30%
	A menudo	33	15%
	Muy a menudo	53	24%
	Siempre	66	30%
Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y tener celulitis	Nunca	75	35%
	A menudo	26	12%
	Muy a menudo	43	20%
	Siempre	73	34%
Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	Nunca	86	40%
	A menudo	24	11%
	Muy a menudo	40	18%
	Siempre	67	31%
Me controlo en las comidas	Nunca	71	33%
	A menudo	22	10%
	Muy a menudo	50	23%
	Siempre	74	34%
Total		217	100%

Contrastación de la hipótesis de la investigación

El análisis estadístico realizado permitió someter a contraste la hipótesis planteada en la investigación. La hipótesis alterna (H_i) postulaba la existencia de una relación significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y la autoestima.

Los resultados empíricos evidenciaron que la autoestima presentó una distribución preocupante: 46,5 % de las estudiantes se ubicaron en un nivel medio y 47,0 % en un nivel bajo, quedando únicamente un 6,5 % con autoestima alta. Este hallazgo refleja que la mayoría de las adolescentes poseen un autoconcepto debilitado o inestable, lo cual las coloca en un rango de vulnerabilidad psicosocial. Paralelamente, la evaluación de los TCA mediante el EAT-26 mostró que más del 95 % de las estudiantes se situó en niveles de riesgo, destacando un 50,2 % con riesgo moderado y un 4,6 % con riesgo alto, lo que configura un panorama crítico en la salud adolescente. La prueba de normalidad (Kolmogórov-Smirnov) indicó que los puntajes de autoestima no seguían una distribución normal ($p = 0,015$), mientras que los de TCA sí lo hicieron ($p = 0,342$). Este resultado justificó el uso de técnicas no paramétricas para el análisis de la relación entre ambas variables. En consecuencia, se aplicó la correlación de Spearman, obteniéndose un coeficiente $\rho = -0,418$ ($p < 0,001$), que indica una relación inversa de magnitud moderada y estadísticamente significativa. En términos prácticos, a mayor riesgo de TCA, los niveles de autoestima tienden a disminuir, lo que corrobora el planteamiento teórico que vincula el deterioro del autoconcepto con la aparición de conductas alimentarias desadaptativas.

En función de estos resultados, se procede a aceptar la hipótesis general, confirmando que la autoestima se relaciona directamente y de forma significativa con la presencia de trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes analizadas. Este hallazgo valida el teórico de que un autoconcepto debilitado, aumenta la susceptibilidad a la aparición de comportamientos alimentarios de riesgo durante la adolescencia.

5.2. Discusión de resultados

Los hallazgos de la presente investigación, que evidenciaron una correlación negativa y significativa entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y la autoestima ($\rho = -0,418$; $p < 0,001$), se alinean con la evidencia empírica reportada tanto en contextos internacionales como nacionales y locales, reforzando la idea de que el debilitamiento de la autovaloración personal constituye un factor de riesgo clave para la aparición y progresión de conductas alimentarias desadaptativas en la adolescencia.

En el ámbito internacional, los resultados guardan estrecha relación con el estudio de Rodríguez (2019) en Colombia, quien halló una correlación negativa más intensa ($r = -0,643$) entre TCA y autoestima en adolescentes escolares. La similitud entre ambos estudios confirma que, en la etapa adolescente, la autoestima actúa como un mecanismo protector frente a las presiones socioculturales y los patrones alimentarios disfuncionales.

De manera semejante, la investigación de García (2018) en España reportó una correlación negativa ($r = -0,576$) entre el riesgo de TCA y la autoestima, destacando la importancia de la percepción corporal en la vulnerabilidad de las jóvenes. Esta coincidencia respalda la conclusión de que las adolescentes de Cajamarca, al igual que las participantes europeas, experimentan cómo la disminución de la autoestima intensifica la probabilidad de insatisfacción con la imagen corporal y, en consecuencia, la predisposición a los TCA.

Asimismo, los resultados de este estudio dialogan con lo expuesto por Martínez (2020) en México, donde la internalización de los ideales de belleza actuó como mediador en la relación negativa entre autoestima y TCA ($r = -0,592$). Al igual que en el contexto mexicano, las estudiantes cajamarquinas están expuestas a presiones culturales y mediáticas que exacerban el riesgo alimentario en presencia de autoestima debilitada.

Por otro lado, Gortázar (2017) en España identificó una fuerte asociación entre la insatisfacción corporal y la reducción del autoconcepto ($r = -0,597$). Este hallazgo refuerza la idea de que la relación hallada en Cajamarca no es un fenómeno aislado, sino que responde a un patrón transnacional en el que la autoestima deteriorada y la distorsión de la imagen corporal configuran un terreno fértil para los TCA.

Los resultados son consistentes con el estudio de Huamán (2020) en Cusco, quien reportó que el 55 % de adolescentes presentaba baja autoestima, asociada significativamente con un mayor riesgo de TCA ($r = -0,614$). Este paralelismo revela que la problemática es transversal en la población adolescente del país, independientemente de las particularidades culturales regionales.

De igual manera, Castro (2020) en Piura encontró que el 70 % de los escolares presentaba algún nivel de riesgo frente a los TCA, y que la baja autoestima se relacionaba negativamente con dichas conductas ($r = -0,608$). La semejanza con el presente estudio sugiere que la autoestima deficitaria constituye un predictor robusto del riesgo alimentario en la adolescencia peruana, reforzando su consideración como variable estratégica en los programas de promoción de la salud escolar.

Los estudios de Quispe (2019) en Arequipa y Ramos (2019) en Lima también evidenciaron correlaciones negativas ($r = -0,582$ y $r = -0,531$, respectivamente) entre autoestima y TCA. Dichos hallazgos, en conjunto con los de la presente investigación, permiten sostener que existe un patrón consistente en diversas regiones del Perú que vincula la fragilidad del autoconcepto con la vulnerabilidad alimentaria, independientemente de las diferencias sociodemográficas.

Finalmente, Salazar (2018) en Lima y Flores (2017) en Trujillo coincidieron en reportar correlaciones negativas de magnitud moderada ($r = -0,637$ y $r = -0,624$), muy cercanas a la magnitud obtenida en este estudio ($p = -0,418$). Esta convergencia confirma la validez de los hallazgos y sugiere que la relación entre ambas variables se mantiene estable en distintas cohortes de adolescentes peruanos.

En el contexto local, Salazar (2019) en Cajamarca encontró asociaciones significativas entre anorexia y autoestima ($p = 0,032$) y entre bulimia y autoestima ($p = 0,005$), lo que valida de manera directa los resultados de la presente investigación. La coincidencia de hallazgos en una población escolar cajamarquina refuerza la especificidad contextual de la relación y subraya la urgencia de abordar esta problemática en la región.

CONCLUSIONES

1. La caracterización de los trastornos de conducta alimentaria reveló la presencia ampliamente predominante son de riesgo entre las estudiantes evaluadas. La mayoría se encuentra en situación de riesgo elevado según la escala EAT-26, especialmente en dimensiones relacionadas con anorexia y bulimia, donde predomina el nivel moderado.
2. El análisis de los niveles de autoestima mediante la escala de Rosenberg evidenció que la mayoría de las estudiantes presenta una autoestima baja, situándose únicamente una minoría en niveles altos.
3. Asimismo, las características sociodemográficas presentan relación con los TCA se evidenció que existen diferencias significativas en los niveles de riesgo de trastornos de conducta alimentaria según las características sociodemográficas de las estudiantes. Las adolescentes residentes en zonas urbanas, en grados escolares superiores y con mayor edad mostraron una mayor tendencia a presentar conductas alimentarias desadaptativas.
4. Los resultados de la investigación evidencian de manera contundente que la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y la autoestima en las estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora de La Merced, Cajamarca, es significativa e inversa. La correlación de Spearman entre los puntajes de TCA (EAT-26) y autoestima fue $\rho = -0,63$ ($p < 0,001$). Este coeficiente negativo, de fuerte magnitud, indica que un mayor nivel de sintomatología asociada a trastornos alimentarios se acompaña de una autoestima significativamente más baja.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos y docentes de la Institución Educativa, implementar programas de educación integral que aborden temas relacionados con los TCA, autoestima y percepción corporal desde una perspectiva psicosocial, como talleres para estudiantes sobre aceptación corporal, manejo emocional y autoeficacia. Charlas para padres y docentes sobre cómo identificar signos de alerta en TCA y apoyar a las estudiantes en su desarrollo emocional.
2. A los padres, asumir un rol activo en el fortalecimiento de la autoestima adolescente; para ello, es esencial brindar reconocimiento constante a las capacidades, esfuerzos y valores personales, más allá de la apariencia física. La creación de un clima familiar afectuoso, con comunicación abierta, respeto y aceptación incondicional, constituye un pilar clave para prevenir la internalización de ideales corporales poco realistas y reducir el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.
3. Al equipo de tutoría y psicología escolar, se recomienda implementar un sistema estructurado de monitoreo y acompañamiento psicoeducativo, orientado a la detección temprana de indicadores asociados a trastornos de conducta alimentaria y baja autoestima. Este sistema debe incluir la aplicación periódica de instrumentos validados, la observación sistemática del comportamiento estudiantil, y el establecimiento de rutas de intervención oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (2017). Actualmente se registran las causas de trastornos de conductas alimentaria, según datos de la OMS. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/17-05-2017-almost-half-of-all-deaths-now-have-a-recorded-cause-who-data-show>
- (2) Quiroga, S. Y Cryan, G. (2017). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades*, VIII (16), 127-152. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=184/18481608>
- (3) Raich, R. (2020). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Pirámide. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 22 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2007152320160001000100024&lng=en Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamento en Humanidades*. 04 (007 – 008), 149
- (4) Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S. y Checure, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Rev Chilena*. 37(3), 182-292. [En línea] 2017 [Fecha de acceso 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- (5) Vargas, R. (2019). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33 (1), 155-165. [fecha de Consulta 19 de enero de 2020]. ISSN: 0379-7082. [En línea] 2019 [Fecha de acceso 20 de

mayo de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>

- (6) Rivarola, M. (2020). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamento en Humanidades*. 04 (007 – 008), 149 – 161. 77 Perú21. (11 de agosto de 2020). Preocupante: Hay más de 500 caso de bulimia y de anorexia en el Perú. [En línea] 2020 [Fecha de acceso 20 de mayo de 2021]. Disponible en:

<https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/209/407>
- (7) Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y Cultura. La Covid- 19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. [En línea] 2020 [Fecha de acceso 20 de mayo de 2021]. Disponible en:
http://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- (8) Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2018). Programa de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 20 de octubre de 2022]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- (9) Vargas, R. (2019). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33 (1),155-165. [fecha de Consulta 19 de enero de 2022].ISSN: 0379-7082. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=440/44015082010>
- (10) Quiroga, S. Y Cryan, G. (2007). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades*, VIII (16),127-152.

- (11) Trejo, P., Castro, D., Facio, A., y otros (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*. 26(3) [En línea] 2018 [Fecha de acceso 20 de octubre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000300006&script=sci_arttext&tlng=pt
- (12) León, G., Fulkerson, J., Perry, C., Keel, P. y Klump, K. (2019). Three to four-year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181-196. :10.1023/A:1021649314458.
- (13) Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R., Mateos Campos, R. y Martín Sánchez, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto Nutrición Hospitalaria, 30(4), 927-934.
- (14) Molina Ruiz, R. M. (2014). Un estudio de neuroimagen en trastornos de la conducta alimentaria: análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos. Tesis Doctoral. Comunidad de Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- (15) Papadopoulos, F. C., Ekbom, A., Brandt, L. y Ekselius, L. (2019). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10 -17. doi:10.1192/bjp.bp.108.054742.
- (16) Perpiñá, C. (1999). Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia Madrid: Klinik, Cursos de postgrado en psicopatología y Salud. Madrid: UNED-FUE.
- (17) Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448

- (18) Schmidt, N. B., Lerew, D. R. y Jackson, R. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355–364. doi: 10.1037//0021-843X.106.3.355
- (19) Thaw, J. M., Williamson, D. A. y Martin, C. K. (2001). Impact of altering DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa on the base rates of eating disorder diagnoses. *Eating and Weight Disorders*, 6, 121–129.
- (20) Edward Torres-Cruz, Fred Torres-Cruz. Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria (2021). *Revista Innova Educación*. Universidad Nacional del Altiplano, Puno – Perú. Disponible en <https://revistainnovaeducacion.com/index.php/rie/article/view/215/230>
- (21) Calizaya-Milla YE, Puente De La Vega-Fernández I, Javier-Aliaga D, Rodríguez-Vásquez M, Casas-Gálvez C, Valle-Chafloque A, et al. Relationships Between Consumption of High-Saturated-Fat Foods, Sleep Duration, BMI, Depression, Age and Sex, and Emotional Eating in Peruvian Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2025;17(16):2662.
- (22) Suárez-Albor CL, Barrios-Ávila M, Benítez-Cornejo J, et al. Factors associated with eating disorders in adolescents. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2022;51(4):250–9.
- (23) Pelc A, Winiarska M, Polak-Szczybyło E, Godula J, Stępień AE. Low Self-Esteem and Life Satisfaction as a Significant Risk Factor for Eating Disorders among Adolescents. *Nutrients*. 2023;15(7):1603.
- (24) Varela C, Silva C, González M, et al. An update on the underlying risk factors of eating disorders. *Front Psychol*. 2023;14:1221679.
- (25) González-Alvarado Y, Hernández-Mendoza M, López-Hernández S, et al. Risk of eating disorders in Mexican university students. *Arch Med Res*. 2024;55(3):379-87.

- (26) Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Autoestima de Rosenberg

La Escala de Rosenberg es un test de autoestima que permite detectar si tiene baja autoestima. Esta evaluación se basa en 10 afirmaciones, y tienes que contestar a ellas lo más sinceramente posible de acuerdo a la siguiente escala:

Escala de Autoestima de Rosenberg		Muy en desacuerdo-1	En desacuerdo-2	De acuerdo-3	Muy de acuerdo-4
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

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

Resultados:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

ANEXO 2

TEST DE ACTITUD ALIMENTARIA-26

De acuerdo con Garner y Garfinkel (1979), el Eating Attitudes Test (EAT) fue desarrollado como una propuesta de medida autoinformada para la detección precoz de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo. Para el desarrollo de la versión inicial del EAT, se estableció a partir de la literatura clínica un conjunto de ítems correspondientes a comportamientos y actitudes presentados por pacientes anoréxicos; dando como resultado la versión original del EAT compuesta por 40 ítems (EAT-40), con una escala de respuesta de seis puntos, de tipo Likert, con los siguientes extremos: 1= Nunca y 6 = Siempre

	Siempre (6)	Muy a menudo(5)	A menudo(4)	Algunas veces (3)	Raramente (2)	Nunca (1)
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procura no comer aunque tenga hambre						
Me preocupa mucho por la comida						
A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de régimen						
Siento que los alimentos controlan mi vida						

Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo/a después de comer dulces						
Me comprometo a hacer régimen alimentario						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

SOLICITO PERMISO PARA DESARROLLAR
PROYECTO DE INVESTIGACION

DIRECTORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”- CAJAMARCA.

Yo, Obsta. María Elena Abregú Oré, docente de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca y estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, me presento ante usted para exponerle lo siguiente: Que actualmente vengo desarrollando el PROYECTO DE TESIS: TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA EN LAS ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED, CAJAMARCA 2023, proyecto que ayudará a mejorar estrategias para disminuir los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, identificar los niveles de autoestima y además fortalecer la dinámica familiar de los adolescentes de nuestra ciudad.

Por lo que solicito a vuestro despacho ordene a quien corresponda se me brinde el permiso para desarrollar el proyecto de tesis la misma que va dirigida a las adolescentes que estudian en la institución Educativa que usted dignamente dirige.

Por lo expuesto:

Es justicia que espero alcanzar.

Cajamarca, julio del 2023.

Obsta. María Elena Abregú Oré

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Padre/ Madre de Familia:

Reciba un cordial saludo, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, preocupada e interesada por conocer la realidad en cuanto a la funcionalidad familiar y conductas sexuales de los (as) adolescentes de la Institución Educativa Institución Educativa “Nuestra Señora de la Merced”, he considerado pertinente realizar la investigación con el objetivo de analizar los trastornos de conducta alimentaria y su relación con la autoestima en las estudiantes del nivel secundario; por lo que requiero de su autorización para que su menor hija participe del presente estudio. El cuestionario será aplicado de forma individual y privada. La participación de su menor hija será voluntaria, y después de iniciada la aplicación de la encuesta, ella puede rehusarse a continuar o decidir terminar la aplicación de la encuesta en cualquier momento. Toda información brindada será recolectada y procesada en forma anónima y solo será utilizada por la investigadora. Por ningún motivo la información obtenida será difundida en forma personalizada. Si acepta que su hija participe en el estudio, estará contribuyendo con su comunidad, para brindar/desarrollar programas sobre educación sexual para adolescentes, que le permitan aprender conductas sexuales responsables para prevenir riesgos. Una vez leído el documento paso a autorizar mediante mi firma de participación.

Yo,(Nombres y apellidos)

(Firma)

Cajamarca, julio del 2023

ANEXO 5



Foto 1 Estudiantes de nivel secundario observando un video educativo como parte de la recolección de datos sobre trastornos de conducta alimentaria en el aula de la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023.



Foto 2 Estudiantes de nivel secundario completando encuestas sobre trastornos de conducta alimentaria bajo supervisión docente en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023.



Foto 3 Estudiantes de nivel secundario de quinto año, completando encuestas sobre trastornos de conducta alimentaria bajo supervisión docente en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023.



Foto 4 Aplicación del cuestionario sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023.



Foto 5 Aplicación del cuestionario en el último día, sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023



Foto 6. Finalización de la toma de encuestas, sobre trastornos de conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario, guiada por la investigadora en la I.E. “Nuestra Señora de La Merced” – Cajamarca, 2023