



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciado en
Psicología Clínica**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autor:

Pablo Andrés Buitrón Jara

Director:

Mg. Paúl Marlon Mayorga Lascano

Ambato – Ecuador


Marzo 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **PABLO ANDRÉS BUITRÓN JARA**, con cédula de ciudadanía **1850208792**, autor del trabajo de graduación intitulado: "AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES", previa la obtención del título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2025



Pablo Andrés Buitrón Jara

CC. 1850208792

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

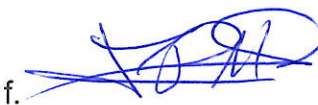
Autor:

Pablo Andrés Buitrón Jara

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

CC. 1801199868

CALIFICADOR

f. 

Mario Santiago Poveda Ríos, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Lucia Almeida Márquez, Dra. Mg.

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PROCURADURIA

Ambato – Ecuador

Marzo 2025

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios, mis abuelos maternos, mi tía “M” y en especial como un cierre, a mi tío abuelo Ernesto, quien fue como un padre para mí y el autor de que yo fuera servidor de Cristo, sé que desde aquel palacio de cristal y descansando en aquella mansión de prados verdes, él estará orgulloso de mí. Además, a todas las personas que me brindaron una mano en el desarrollo de esta investigación.

“El amor es sufrido, es benigno (...),
No se irrita, no guarda rencor,
No se goza de la injusticia, más se goza de la verdad,
Todo lo sufre, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta.”
1 de Corintios 13 : 4 – 7 | RVR1960

“Aunque ande en valle de sombra de muerte,
No temeré mal alguno,
porque tú estarás conmigo (...).”
Salmos 23 : 4 | RVR1960

*Nessum maggior dolore che ricordarsi
del tempo felice nella miseria.*

Infierno, V, 121 | La Divina Comedia de Dante Alighieri

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, quien es mi creador, sin él, nada de esto sería posible, pues el Señor es quien me ha traído hasta aquí junto a todo mi entorno.

A mis abuelitos maternos Nelly y Enrique, quienes son mis cuidadores, las personas que me criaron, me han apoyado para poder estudiar y han estado a mi lado a pesar de las adversidades; papi, cumplí mi promesa.

A mi madre, quien con su abrazo muchas veces calmó mis lágrimas.

A mi padre y toda mi ascendencia por parte de él, en especial a mi abuelita Anita, mis tías abuelas, Silvi y Jady, alado de mi tío abuelo Abel, mi tía Marylin, su esposo y su futura bebé y mis primas Oli, Dama y Andre, gracias por sus oraciones y cariño.

A mi pequeña hermana, Fer, tan solo con tu existir ya eres parte de mi motivación para ser alguien grande.

A mi tío Luis, niño, aunque nunca te lo digo, te quiero mucho, gracias por todo.

A mi tío abuelo Ernesto, en el cielo, junto a mi bisabuela paterna "Mami Tila" y mi tía abuela materna María.

A mis tíos abuelos, Mauro, Marco, Yoly y Ceci y tíos bisabuelos niño Galo, Ceci, Oli y Bachi que con gran cariño y sus consejos siempre mejoraron mi vida.

A mi gatita, mi hija Ágata Sofía Bellatrix, quien ha sido mi mayor compañía en los últimos años.

A mis mejores amigos, Belén, Amelia, Gabriel, Erick, quienes guiaron mi caminar académico y alentaron en medio de mi representación estudiantil.

A mis amigos, Ámbi, Mari, Andrés, Sebas, Daniel, Lizbeth, Dani, Aylin, Dino, Emilio, M.A., Martín, Xavi, Debi, Carla, Alejandro y Samuel, personas que tuvieron grandes palabras para mi vida y todos quienes trabajaron junto a mí en la FEUCE-A.

A mi tutor de tesis, mejor profesor, asesor y amigo, Dr. Marlon Mayorga, quien mediante la palabra y asesoramiento mejoró mi rienda.

A mis profesores Luis y Víctor que en un principio guiaron el plan de este proyecto, Ale quien me ayudó a afinar detalles, Rodri que me asesoró hasta el último día de clases, a Santi, Lucy, Anita, Cathy, quienes, en los momentos más difíciles, me dieron la mano; como no a Varna, que en gran parte apaciguó mi corazón.

Al Consejo Directivo del cual formé parte, encabezado por Jorgito, Catita y Miguelito; Osmany, Judith y Eleonor, que siempre me dirigieron hacia la investigación y buena práctica; a los estudiantes que solo me hicieron más fuerte, a los miembros del centro de lenguas y biblioteca, a cada secretaria que me dio la mano en especial a Olguita y Pattyta y a cada paciente que pude servir desde los diferentes centros que crucé.

A mis grandes pilares de prácticas, Hno. Alberto Redondo, Ps. Cl. Ma.Be. Almeida, Ps. Cl. Pamela Camacho y Dra. Gabriela Núñez.

A mi psicoanalista Dra. Tábata Naranjo, gracias Doc por hacerme ver que todo lo que necesito, ya está en mí.

A mis guaguas y alumnos de la Escuela Formativa de Basket “Dino”, profesores y demás miembros de las Unidades Educativas Victoria Vásconez Cuvi, UK (en especial a Gali) y Sagrada Familia, quienes desde mi llegada me comenzaron a llamar “Doctor” y que en poco tiempo se ganaron mi aprecio, pues su aporte fue muy grande.

De manera muy especial agradezco a Daniel, Jacky y Danny, líderes de la Iglesia Asamblea de Dios Latacunga, una comunidad de fe que con sus oraciones bendijeron mi vida y que con mi guitarra y voz permitieron que llegue a varias almas.

Al ocafo de mi corazón...

Y en sí, a todos los lectores de este trabajo, mis profesores, autoridades civiles y eclesiásticas, amigos, compañeros de trabajo, conocidos y familia, no solo desde la universidad, si no, de toda la vida, pues indivisiblemente, dejaron su huella en mí.

Gracias Dios por todo lo que has hecho y por todo lo que harás, Amén.

Al lector,

“Jehová te bendiga, y te guarde;
Jehová haga resplandecer su rostro sobre ti, y tenga de ti misericordia;
Jehová alce sobre ti su rostro, y ponga en ti paz.”

Números 6 : 24 – 26 | RVR 1960

Un recuerdo de mi primer pastor “Ely”

RESUMEN

Este estudio analiza la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes de 13 a 16 años en Latacunga, Ecuador. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el *Eating Attitudes Test* (EAT-12), se evaluaron 240 estudiantes en un diseño no experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal.

Los resultados descriptivos indican una autoestima media predominante ($M=27.67$, $D. T.=5.481$) y puntajes globales del EAT-12 ($M=25.65$, $D. T.=12.187$), cercanos a preocupaciones alimentarias moderadas. Además, el análisis de correlación mostró una asociación negativa significativa entre los puntajes totales de ambos instrumentos ($r=-.411$, $p<.01$), lo que indica que, a mayor autoestima, menor riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Este trabajo refuerza la importancia de intervenciones integrales para promover la salud mental y prevenir trastornos alimentarios en adolescentes.

Palabras clave: autoestima, conductas alimentarias, adolescencia

ABSTRACT

This study analyzes the relationship between self-esteem and eating behaviors in adolescents aged 13 to 16 in Latacunga, Ecuador. Using the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Eating Attitudes Test (EAT-12), 240 students were evaluated in a non-experimental, descriptive-correlational, and cross-sectional design.

Descriptive results indicate a predominant medium level of self-esteem ($M=27.67$, $SD=5.481$) and global EAT-12 scores ($M=25.65$, $SD=12.187$), close to moderate eating concerns. Furthermore, the correlation analysis showed a significant negative association between the total scores of both instruments ($r=-.411$, $p<.01$), indicating that higher self-esteem is associated with a lower risk of developing disordered eating behaviors. This study highlights the importance of comprehensive interventions to promote mental health and prevent eating disorders in adolescents.

Keywords: *self-esteem, eating behaviors, adolescence.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. Autoestima	6
1.2. Conducta alimentaria	14
1.3. Relación entre autoestima y conductas alimentarias en adolescentes	28
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	31
2.1. Metodología de la investigación	31
2.2. Procedimiento metodológico.....	40
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.1. Análisis descriptivo	42
3.2. Análisis correlacional.....	50
3.3. Interpretación general	52
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa una etapa crítica en el desarrollo humano, caracterizada por una serie de transformaciones físicas, emocionales y sociales que pueden tener un impacto significativo en la vida de los individuos (Papalia, Wendkos & Duskin, 2012). Durante este período, los adolescentes experimentan cambios en su identidad, autonomía y relaciones interpersonales, mientras que también enfrentan presiones y expectativas tanto internas como externas (Steinberg, 2014). Además, según Moreta-Herrera y Zumba (2022) “La población adolescente puede ser susceptible a la mecánica de autorregulación emocional debido al proceso de evolución que tiene” (p. 119). En este contexto, la autoestima y las conductas alimentarias juegan un papel crucial en el bienestar psicológico y emocional de los jóvenes (Harter, 2012).

La autoestima, definida como la evaluación subjetiva y global que un individuo hace de sí mismo, es un aspecto fundamental del desarrollo personal durante la adolescencia (Rosenberg, 1965). Una autoestima saludable se asocia con una mayor satisfacción con la vida, una mejor capacidad para enfrentar los desafíos y una menor susceptibilidad a los trastornos mentales (Mann et al., 2004). Por otro lado, las conductas alimentarias, entendidas como el conjunto de acciones, hábitos y decisiones que una persona adopta en torno a la alimentación, incluyendo la selección de alimentos, los patrones de consumo y las percepciones sobre el control del peso, pueden ser indicadores importantes del bienestar emocional y la salud mental de los adolescentes (Stice, 2002). Estas conductas pueden variar desde hábitos saludables hasta comportamientos de riesgo, como la restricción alimentaria o los atracones, y a menudo están influenciadas por factores psicológicos como la autoestima y la imagen corporal.

La relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en la adolescencia ha sido objeto de interés en la investigación psicológica, se ha observado que existe una conexión significativa entre estas dos variables (Bearman, Presnell, Martínez & Stice, 2006). Por ejemplo, se ha encontrado que los adolescentes con baja autoestima tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, como la anorexia

nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Grabe, Hyde & Lindberg, 2007). Además, se ha sugerido que las preocupaciones sobre la imagen corporal y el peso pueden influir en la autoestima de los adolescentes, creando un ciclo negativo en el que la insatisfacción corporal alimenta la baja autoestima y viceversa (Grogan, 2016).

Dada la importancia de comprender la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en la adolescencia, el presente estudio tiene como objetivo analizar estas variables en un grupo de adolescentes de 13 a 16 años, pertenecientes a una unidad educativa. Utilizando herramientas de evaluación psicológica, como la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) y el *Eating Attitudes Test* (EAT-12): Versión reducida (Garner & Garfinkel, 1979), se espera identificar patrones y correlaciones entre la autoestima y las conductas alimentarias en esta población. Los resultados de este estudio pueden proporcionar información valiosa para informar programas de intervención y prevención dirigidos a promover la salud mental y el bienestar de los adolescentes durante esta etapa crucial del desarrollo.

La adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de la identidad y la autoestima, que es la evaluación subjetiva y global que un individuo hace de sí mismo (Harter, 1999). Durante este periodo, los adolescentes experimentan numerosos cambios físicos, emocionales y sociales que pueden influir significativamente en su autoestima (Erikson, 1968; James, 1890). La autoestima se ha relacionado con una mayor satisfacción con la vida, una mejor capacidad para enfrentar los desafíos y una menor susceptibilidad a los trastornos mentales (Baumeister et al., 2003). Investigaciones han demostrado que los adolescentes con alta autoestima tienden a tener una mejor salud mental y relaciones interpersonales más saludables (Bandura, 1977; Rosenberg, 1996).

Las conductas alimentarias abarcan una amplia gama de comportamientos relacionados con la alimentación y el control del peso (Fairburn & Harrison, 2003). En la adolescencia, estas conductas pueden ser influenciadas por factores socioculturales, como los ideales de belleza y la presión para mantener un determinado tipo de cuerpo (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno

por atracón, son comunes en esta etapa y tienen serias implicaciones para la salud física y mental de los adolescentes (Hudson et al., 2007; Polivy & Herman, 2002).

La relación entre la autoestima y las conductas alimentarias ha sido ampliamente estudiada en la literatura psicológica (Stice & Shaw, 2002). Se ha encontrado que los adolescentes con baja autoestima tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Garner et al., 1982). Además, la insatisfacción con la imagen corporal puede contribuir a una baja autoestima, creando un ciclo negativo en el que la insatisfacción corporal y la baja autoestima se refuerzan mutuamente (Cash & Pruzinsky, 2002; Higgins, 1987). Comprender esta relación es crucial para el diseño de intervenciones efectivas que aborden ambos aspectos de manera integral (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Por otro lado, la adolescencia es un periodo marcado por cambios significativos en diversas áreas de la vida del individuo, incluyendo la afectiva, cognitiva y relacional (Erikson, 1968). Estos cambios pueden desencadenar una crisis que afecta constructos psicológicos clave como la autoestima, derivando en problemas psicoemocionales y, en algunos casos, en trastornos de conducta alimentaria (Harter, 1999). En la población de estudio, se han observado signos alarmantes como la pérdida significativa de masa corporal, aislamiento social y dismorfia corporal, lo que indica la presencia de prácticas alimentarias de riesgo y una posible baja autoestima (Bruch, 1973; Neumark-Sztainer, 2005).

La distorsión de la imagen corporal puede llevar a comportamientos extremos como dietas restrictivas y ejercicio compulsivo, afectando negativamente el bienestar emocional y psicológico de los adolescentes (Grabe, Ward, & Hyde, 2008).

Por lo tanto, es esencial establecer la conexión entre la autoestima y las conductas alimentarias para diseñar intervenciones que mejoren el bienestar integral de esta población (Fairburn & Harrison, 2003).

La hipótesis formulada en este estudio postula que existe una relación negativa entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes. Esto significa que, a medida que la autoestima de un adolescente disminuye, es más probable

que exhiba conductas alimentarias problemáticas o desordenadas. Por el contrario, una mayor autoestima se asociaría con conductas alimentarias más saludables.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes de 13 a 16 años de una unidad educativa.

Objetivos específicos

1. Fundamentar teóricamente la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes.
2. Evaluar la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes de 13 a 16 años de una unidad educativa.
3. Elaborar un análisis correlacional entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes de 13 a 16 años de una unidad educativa.

Este estudio ocupa una metodología de tipo cuantitativa con un diseño no experimental, y un alcance descriptivo, correlacional de corte transversal. Además, El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, mientras que, el método específico es de tipo estadístico. El número de participantes es de 240 adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa Victoria Vásquez Cuví de la ciudad de Latacunga que tienen una edad entre 13 y 16 años. Para recolectar los datos, se utilizará una ficha ad hoc sociodemográfica, como también, el cuestionario EAT-12 que determina las conductas alimentarias y la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual mide el nivel de autoestima.

Investigar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes es crucial debido a los niveles crecientes de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en esta población (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de la identidad personal, y la autoestima desempeña un papel fundamental en la salud mental y el bienestar de los jóvenes (Erikson, 1968). Comprender esta relación puede

proporcionar una base sólida para diseñar programas de intervención y apoyo que aborden tanto la autoestima como las conductas alimentarias, contribuyendo a reducir la incidencia de trastornos alimentarios y mejorar el bienestar integral de los adolescentes (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Este conocimiento es esencial para comprender mejor los factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios, informando la práctica clínica y el diseño de programas de prevención e intervención de manera integrada (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Además, dada la creciente prevalencia de los trastornos alimentarios en la población adolescente, este tipo de investigación es esencial para desarrollar estrategias de salud pública efectivas (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012).

Finalmente, esta investigación puede aportar un valioso conocimiento descriptivo a la institución educativa y al estado del arte, sirviendo como base para futuras investigaciones en el campo de la psicología adolescente y la salud mental. Dada la importancia de la autoestima y las conductas alimentarias para el bienestar de los adolescentes, los resultados esperados pueden informar políticas de salud pública y estrategias de prevención efectivas (Neumark-Sztainer, 2005).

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Autoestima

La autoestima es una evaluación subjetiva y global que un individuo hace de sí mismo, y constituye un componente esencial del bienestar psicológico y emocional. Según Rosenberg (1965), la autoestima puede definirse como un sentimiento general de autovaloración que refleja la actitud de una persona hacia sí misma. La autoestima se divide comúnmente en dos componentes: la autoestima global, que es la valoración general de uno mismo, y la autoestima específica, que se refiere a la valoración de capacidades o características particulares (Harter, 1999).

Modelos teóricos

La teoría de la autoevaluación de Rosenberg (1965) establece que la autoestima se construye a partir de la percepción y valoración que el individuo tiene de sí mismo en relación con otros y con sus propios ideales. Este modelo sostiene que el autoconcepto se forma mediante evaluaciones constantes de la valía personal, afectadas por normas sociales y comparaciones externas, lo cual impacta directamente en el sentimiento de autovaloración. De manera complementaria, la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977) plantea que la confianza en la propia capacidad para realizar acciones necesarias y alcanzar objetivos es fundamental para la autoestima. La autoconfianza, según Bandura, se desarrolla a partir de las experiencias de éxito o fracaso, que refuerzan o debilitan la percepción de la competencia personal. Esta idea destaca el papel de la autoeficacia como un componente crucial en la consolidación de una autoestima sólida.

Otra perspectiva relevante es la teoría de la discrepancia de Higgins (1987), que sugiere que la autoestima está influida por la distancia entre el “yo real” (cómo el individuo se percibe a sí mismo), el “yo ideal” (cómo desearía ser) y el “yo normativo” o “yo deber” (cómo cree que debería ser). Cuando estas representaciones difieren considerablemente, se generan sentimientos de insatisfacción y autocrítica, que pueden reducir la autoestima. Esta teoría aporta una visión sobre cómo las expectativas personales y las normas percibidas influyen

en la construcción de la autoestima, destacando las posibles tensiones internas que surgen de las discrepancias entre estos “yoes”.

La autoestima ha sido un tema de estudio recurrente desde el siglo XIX, cuando James (1890) propuso que la autoestima se comprende mediante la dualidad del “yo como conocedor” (el sujeto que observa) y el “yo como conocido” (el objeto de observación). James introdujo la idea de que el individuo desarrolla la autoestima al observar y evaluar sus propias capacidades y características. Esta conceptualización temprana sentó las bases para el análisis de la autoestima como una construcción compleja e influenciada tanto por el autoconcepto como por las percepciones externas.

Durante el siglo XX, la teoría de la congruencia de Rogers (1951) añadió que la autoaceptación y la coherencia entre el “yo real” y el “yo ideal” son esenciales para el bienestar psicológico. Rogers enfatizó que una autoestima saludable se deriva de la capacidad de aceptar las características reales de uno mismo, al tiempo que se persiguen los ideales personales, lo cual favorece el crecimiento emocional. Asimismo, Festinger (1954), a través de su teoría de la comparación social, propuso que la autoestima se ve afectada por la tendencia natural de los individuos a evaluar sus habilidades y actitudes en relación con las de los demás. Según Festinger, las comparaciones sociales juegan un rol crucial en la percepción de valor y competencia personal, influyendo en la autovaloración y, en última instancia, en la autoestima.

En conjunto, estas teorías aportan una comprensión profunda de los factores intrapersonales y sociales que intervienen en la construcción de la autoestima. Cada enfoque subraya distintos aspectos, como la autoevaluación, la autoconfianza, las discrepancias personales y la influencia de las comparaciones sociales, permitiendo un análisis integral sobre cómo se configura y se mantiene la autoestima en el individuo y cómo está afecta su bienestar psicológico.

Componentes

La autoestima se construye a partir de diversos componentes que abarcan aspectos cognitivos, emocionales y sociales, los cuales contribuyen a la percepción

y valoración que el individuo tiene de sí mismo (Rosenberg, 1965). Estos componentes, como la percepción de sí mismo, la autoimagen, la autoaceptación, la competencia social, la autoeficacia y la aprobación social percibida, conforman una estructura compleja que influye en la forma en que una persona se relaciona consigo misma y con los demás. El análisis de estos componentes es esencial para comprender el desarrollo y las variaciones de la autoestima en diferentes contextos y etapas de la vida, y son abordados en diversos modelos teóricos, como el modelo de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), que conceptualiza la autoestima como una estructura jerárquica compuesta por varios aspectos interrelacionados. A continuación, se describen los componentes clave de la autoestima:

- **Percepción de sí mismo.** Este componente incluye varios aspectos interrelacionados que forman la manera en que un individuo se ve a sí mismo. Entre estos aspectos se encuentran la autoimagen, la autodefinición, la autopercepción y el autoconcepto. La **autoimagen** se refiere a la representación mental que una persona tiene de sus propias características físicas y de personalidad (Cash & Pruzinsky, 2002). La **autodefinición** es cómo una persona describe y entiende su identidad en términos de roles y atributos personales (Erikson, 1968). La **autopercepción** abarca cómo una persona interpreta y evalúa sus propias habilidades y características (Harter, 1999). El **autoconcepto** es una colección de creencias sobre uno mismo, que incluye elementos cognitivos y afectivos sobre la identidad personal (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Estos elementos se consideran parte integral del modelo jerárquico de autoestima, que subraya la importancia de cómo se percibe y evalúa el individuo a sí mismo en distintos niveles de su identidad.
- **Imagen corporal.** La **imagen corporal** es una dimensión crucial de la autoimagen y se refiere a la percepción y actitud de una persona hacia su propio cuerpo. La insatisfacción corporal es común entre los adolescentes y puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y problemas de autoestima (Grabe et al., 2008). Este componente se relaciona con el modelo de Stice (2002), quien sostiene que la insatisfacción con la

imagen corporal puede actuar como un predictor de trastornos alimentarios en adolescentes.

- **Autoaceptación.** La **autoaceptación** se refiere a la capacidad de aceptar y reconocer las propias características y limitaciones sin autocríticas excesivas. Es un aspecto fundamental de la autoestima, permite que el individuo mantenga una actitud equilibrada hacia sí mismo, valorando tanto sus fortalezas como sus áreas de mejora (Rogers, 1951). La autoaceptación está estrechamente ligada al bienestar psicológico, reduce la autocomplacencia excesiva y fomenta una visión realista y comprensiva de uno mismo. Este componente se encuentra reflejado en el modelo humanista de Rogers, que enfatiza la importancia de la aceptación incondicional para el desarrollo de una autoestima saludable.
- **Competencia social.** Este componente implica la percepción de eficacia y habilidad en las interacciones sociales. La capacidad para establecer y mantener relaciones positivas influye directamente en la autoestima, dado que el reconocimiento y la validación de los demás pueden reforzar el valor personal percibido. Los adolescentes que desarrollan una competencia social sólida tienden a tener niveles más altos de autoestima, al sentirse seguros en sus relaciones interpersonales y en su capacidad para integrarse en su entorno social (Coopersmith, 1967). La competencia social está integrada en el modelo de Coopersmith, que considera las relaciones interpersonales como un factor determinante en la autoestima.
- **Autoeficacia.** Propuesta por Bandura (1977), la **autoeficacia** se refiere a la confianza en la capacidad de ejecutar acciones necesarias para alcanzar objetivos. Este componente es esencial para la autoestima, un sentido elevado de autoeficacia incrementa la motivación y la resiliencia ante los desafíos. Los individuos con una alta autoeficacia perciben los problemas como oportunidades de aprendizaje y desarrollo, lo cual contribuye positivamente a su autoconcepto y autoestima general. Este concepto se enmarca en la teoría social cognitiva de Bandura, quien destaca que la creencia en la capacidad personal es crucial para el bienestar emocional.

- **Aprobación social percibida.** Este componente representa la percepción de aceptación y valoración por parte del entorno social, incluyendo la familia, amigos y comunidad. La **aprobación social percibida** influye significativamente en la autoestima, el sentido de pertenencia y la validación externa pueden fortalecer o debilitar la autovaloración personal (Leary, 1999). Los adolescentes, en particular, suelen experimentar variaciones en su autoestima en función del nivel de apoyo y reconocimiento recibido en su contexto social. Este componente se encuentra en el concepto de la aceptación social, que sugiere que la validación externa tiene un impacto directo en la autoestima.

Etiología

La autoestima en la adolescencia está determinada por diversos factores que influyen en su desarrollo y estabilidad. Las influencias familiares, escolares, sociales y culturales, así como la imagen corporal promovida por los medios, son elementos clave que afectan la forma en que los adolescentes se perciben a sí mismos. Además, la autoestima puede manifestarse en distintos niveles bajo, medio y elevado, cada uno con características específicas que impactan el bienestar y la interacción social del individuo.

Diversos factores influyen en la formación y el mantenimiento de la autoestima durante la adolescencia. Las influencias familiares, como el estilo de crianza y el apoyo emocional de los padres, juegan un papel crucial (Baumrind, 1991). Asimismo, las influencias escolares, incluidas las experiencias académicas y las relaciones con los compañeros, afectan significativamente la autoestima (Harter, 1999). Las influencias sociales y culturales, como las normas y expectativas sociales, también son determinantes importantes (Twenge & Campbell, 2001). Finalmente, los medios de comunicación y la representación de la imagen corporal pueden tener un impacto considerable en la autoestima de los adolescentes (Grabe, Ward, & Hyde, 2008).

Por otro lado, existen 4 factores esenciales que conforman a la autoestima y derivan como una causa, por ejemplo, según Rojas (2020), está el sentimiento de seguridad y confianza, el cual, se desarrolla por el apego de sujeto frente a su cuidado, en

donde, la idea de refuerzo primaria es “eres importante” cimentando así la base de la autoestima. Otro de ellos es el conocimiento de sí mismo, el cual funciona en base a la percepción que tiene el sujeto de sí mismo en función de lo que le han dicho que es. En tercer lugar está el sentimiento de pertenencia a un grupo, en donde la aceptación, importancia y aporte social le da seguridad al sujeto. Por último, el sentimiento de eficacia, el cual, tiene que ver con la seguridad y confianza que tiene el sujeto en sus recursos y capacidades de afrontamiento hacia las nuevas experiencias.

- **Niveles de la autoestima**

Como se señala en el trabajo de Rosenberg (1965), según este autor, la autoestima no es un concepto unitario, sino que se puede desglosar en diferentes niveles que abarcan tanto la autoestima general (global) como las evaluaciones específicas de áreas particulares de la vida, como el aspecto físico, las habilidades sociales o la competencia académica, que se ven reunidos en tres niveles, los cuales, influyen en cómo los individuos se valoran a sí mismos y cómo se relacionan con los demás, a continuación su detalle:

- a) Autoestima baja.** Caracterizada por una percepción negativa de sí mismo, inseguridad y una tendencia a evitar desafíos debido al miedo al fracaso (Baumeister et al., 2003). De la misma manera, la baja autoestima está asociada con una variedad de problemas de salud mental, incluidos la depresión, la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo (Orth, Robins, & Roberts, 2008). Las experiencias adversas durante la infancia, la crítica constante o la falta de apoyo emocional pueden contribuir a una autoestima negativa. La baja autoestima puede afectar negativamente el rendimiento académico y las relaciones sociales, contribuyendo a una menor calidad de vida en general (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).
- b) Autoestima media.** Implica una percepción equilibrada de las propias capacidades y limitaciones, con una tendencia a sentirse generalmente aceptado por los demás (Harter, 1999). Cabe mencionar que, si la autoestima se encuentra en este nivel, el riesgo de T.C.A. o Conductas

Alimentarias de Riesgo es bajo, dado que la atención que el sujeto dirige hacia su autopercepción también se encuentra equilibrada; pues en el caso de autoestima elevada la fijación en esta última es mucho más excesiva y en el caso de autoestima baja es todo lo contrario.

- c) Autoestima elevada.** Se caracteriza por una fuerte autoconfianza, una percepción positiva de sí mismo y una disposición a asumir riesgos y desafíos (Rosenberg, 1965).

Alteraciones de la autoestima

La autoestima baja, frecuentemente asociada a influencias negativas del entorno familiar, escolar y social, puede conducir a diversas consecuencias perjudiciales para la salud mental y la adaptación social del adolescente. Con una percepción negativa de sí mismo, los adolescentes con baja autoestima suelen experimentar inseguridad, dificultades en la regulación emocional y una tendencia a la autocrítica severa, lo que incrementa el riesgo de trastornos como la depresión y la ansiedad (Orth, Robins, & Roberts, 2008). Además, la baja autoestima puede interferir en el desarrollo de habilidades interpersonales y en la formación de relaciones saludables, afectando la calidad de vida del individuo (Baumeister et al., 2003).

Una consecuencia particularmente relevante en este nivel es el aumento del riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo. La insatisfacción con la imagen corporal y la presión social por cumplir ciertos estándares físicos pueden desencadenar comportamientos como dietas restrictivas, atracones o purgas, especialmente en adolescentes que sienten una baja autoaceptación y valor propio (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Este tipo de conductas no solo afectan la salud física, sino que también perpetúan el ciclo de baja autoestima y autocrítica negativa (Twenge & Campbell, 2001).

La autoestima baja, frecuentemente asociada a influencias negativas del entorno familiar, escolar y social, puede conducir a diversas consecuencias perjudiciales para la salud mental y la adaptación social del adolescente. Con una percepción negativa de sí mismo, los adolescentes con baja autoestima suelen experimentar inseguridad, dificultades en la regulación emocional y una tendencia a la autocrítica

severa, lo que incrementa el riesgo de trastornos como la depresión y la ansiedad (Orth, Robins, & Roberts, 2008). Además, la baja autoestima puede interferir en el desarrollo de habilidades interpersonales y en la formación de relaciones saludables, afectando la calidad de vida del individuo (Baumeister et al., 2003).

Una consecuencia particularmente relevante en este nivel es el aumento del riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo. La insatisfacción con la imagen corporal y la presión social por cumplir ciertos estándares físicos pueden desencadenar comportamientos como dietas restrictivas, atracones o purgas, especialmente en adolescentes que sienten una baja autoaceptación y valor propio (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Este tipo de conductas no solo afectan la salud física, sino que también perpetúan el ciclo de baja autoestima y autocrítica negativa (Twenge & Campbell, 2001).

Una autoestima media, favorecida por influencias equilibradas en el entorno del adolescente, permite una autopercepción ajustada y una adecuada autoaceptación. Este nivel de autoestima está generalmente asociado con un bienestar emocional y psicológico estable, en el cual el adolescente puede reconocer sus habilidades y limitaciones sin caer en autocríticas extremas ni en un autoconcepto inflado (Harter, 1999). La autoestima media también facilita una actitud crítica y protectora ante la presión social y cultural, lo que reduce significativamente el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo.

La autopercepción equilibrada que caracteriza a este nivel de autoestima permite que el adolescente adapte su identidad de manera saludable y se relacione positivamente con su entorno, sin depender de la aprobación externa de forma excesiva. Este tipo de autoestima promueve un desarrollo social y emocional sólido, así como una disposición a enfrentar desafíos de manera constructiva, lo cual contribuye a un bienestar psicológico a largo plazo (Baumeister et al., 2003).

Una autoestima elevada, aunque en general promueve la autoconfianza y disposición para asumir riesgos, puede tener efectos adversos cuando se transforma en una autoevaluación desproporcionada. En estos casos, el adolescente puede desarrollar una autopercepción excesivamente positiva, ignorando sus propias limitaciones y rechazando las críticas externas, lo que

incrementa el riesgo de autocomplacencia y comportamientos narcisistas (Rosenberg, 1965). Esta tendencia hacia una percepción inflada de sí mismo puede derivar en una falta de empatía hacia los demás y dificultades para desarrollar relaciones interpersonales genuinas, el adolescente tiende a priorizar sus propias opiniones y necesidades sobre las de los demás (Baumeister et al., 2003).

Además, una autoestima elevada puede generar una obsesión por mantener una imagen de perfección, lo cual incrementa el riesgo de conductas alimentarias de riesgo. La presión por cumplir con ciertos estándares de autoimagen puede llevar a comportamientos como la sobreexigencia física o la restricción dietética, en un intento de sostener la percepción inflada de su propia valía (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Estos adolescentes pueden desarrollar una dependencia de su apariencia física para mantener su autoestima, perpetuando conductas que comprometen su salud y su relación con su propio cuerpo (Orth et al., 2008).

1.2. Conducta alimentaria

La investigación sobre las conductas alimentarias ha evolucionado desde los estudios iniciales sobre la obesidad y la ingesta calórica en la década de 1950 hasta la exploración actual de los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Bruch, 1973; Stunkard, 1959). La incorporación de enfoques psicológicos y socioculturales ha permitido una comprensión más profunda de los factores que influyen en estas conductas.

Las conductas alimentarias abarcan un amplio espectro de comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal. Estas conductas pueden ser saludables o desadaptativas, y tienen importantes implicaciones para la salud física y emocional de los individuos (Fairburn & Harrison, 2003).

Muchas veces se confunden los términos conducta alimentaria y hábitos alimenticios, puesto que, sus conceptos son ambiguos, por lo tanto, es necesario determinar sus diferencias. Los hábitos alimenticios se refieren al modelo de consumismo de alimentos que una persona realiza a diario, por ejemplo: elección de alimentos y horario de consumo; dada esta definición, la conducta alimentaria puede entenderse como una conducta normal asociada a los hábitos alimentarios.

Además, el comportamiento alimentario también incluye las experiencias previas, los sentimientos, las necesidades de una persona, sin mencionar la influencia del entorno que lo rodea, ya sea familia, sociedad, cultura, etc.

Una muestra de esto es el claro recuerdo de satisfacción a gusto que causan ciertos alimentos al sujeto, a partir de ello, comienzan a consumirlos, muchas veces de forma repetitiva, en este contexto se puede decir que, el sujeto ha concientizado el porqué de la ingesta de ciertos alimentos.

Las conductas alimentarias de riesgos conllevan un esquema biopsicológicos, puesto que, su afección afecta aspectos físicos y psíquicos, en donde estos pueden llegar a manifestarse como factores desencadenantes para un trastorno de conducta alimentaria.

Por otro lado, no se puede dejar de mirar que, los estereotipos e imposiciones de la sociedad afectan al buen consumo de alimentos, con lo cual se provoca este tipo de desórdenes con el mal objetivo de conseguir una estética acorde al pensamiento del Otro.

Modelos teóricos

La investigación sobre las conductas alimentarias ha incluido distintos modelos teóricos que explican las influencias biológicas, psicológicas y socioculturales sobre estos comportamientos. Estos modelos ayudan a entender tanto las conductas alimentarias saludables como las de riesgo, ofreciendo un marco de referencia para abordar los factores complejos que intervienen en estos comportamientos.

Uno de los modelos fundamentales en la comprensión de las conductas alimentarias es el Modelo Biopsicosocial, que integra factores biológicos, psicológicos y sociales. Este enfoque sugiere que las conductas alimentarias de riesgo son el resultado de una interacción entre predisposiciones genéticas, factores psicológicos como la baja autoestima y dificultades emocionales, y factores socioculturales como las normas de belleza y los estereotipos sociales. El modelo biopsicosocial permite entender cómo estos factores interactúan y contribuyen a la

aparición de conductas alimentarias de riesgo y trastornos como la anorexia y la bulimia (Fairburn & Harrison, 2003).

El Modelo de la Insatisfacción Corporal plantea que los problemas de la conducta alimentaria, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, suelen originarse en la insatisfacción con la imagen corporal. Según este modelo, la comparación social y la internalización de ideales de delgadez influyen significativamente en la percepción que una persona tiene de su propio cuerpo. Esta insatisfacción corporal puede llevar a conductas alimentarias restrictivas y a otros comportamientos de riesgo, en un intento por alcanzar un ideal corporal inalcanzable (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999).

El Modelo de la Regulación Emocional sugiere que las conductas alimentarias de riesgo pueden ser una forma de afrontar emociones difíciles. Este modelo enfatiza que personas que experimentan dificultades para gestionar emociones como la ansiedad, el estrés o la tristeza recurren a la comida como un medio de regulación emocional.

Las conductas como los atracones o la alimentación restrictiva pueden representar una respuesta a estos estados emocionales, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en individuos vulnerables (Heatherton & Baumeister, 1991).

Desde un enfoque psicoanalítico, el Modelo de la Oralidad y el Control sugiere que los trastornos alimentarios pueden interpretarse como expresiones de conflictos internos relacionados con el control y la autonomía. Este modelo considera que, al restringir la ingesta de alimentos o al establecer patrones alimentarios rígidos, el individuo manifiesta un intento de control sobre su entorno o sobre sus emociones. De esta manera, la conducta alimentaria se convierte en un medio simbólico para expresar y manejar conflictos inconscientes (Bruch, 1973).

Otro enfoque relevante es el Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social, que postula que las conductas alimentarias son en gran medida aprendidas a través de la observación y la imitación. Este modelo sugiere que los individuos, especialmente los adolescentes, pueden desarrollar conductas alimentarias de

riesgo al observar a familiares, amigos o figuras públicas que exhiben comportamientos como la dieta extrema o el rechazo de ciertos alimentos. Esta teoría enfatiza que los medios de comunicación y las redes sociales tienen una influencia importante en la internalización de ideales estéticos y en el fomento de conductas alimentarias poco saludables (Bandura, 1977).

El Modelo de la Cultura de la Delgadez también aporta una comprensión crítica de las conductas alimentarias de riesgo, al destacar la influencia de los ideales de belleza impuestos por la sociedad. Según este modelo, la presión por alcanzar un estándar de delgadez idealizado contribuye a la insatisfacción corporal y a la adopción de comportamientos alimentarios restrictivos o compensatorios. Esta teoría subraya el rol de los medios de comunicación, la publicidad y las redes sociales en la construcción de estos ideales y su impacto en las conductas alimentarias (Levine & Piran, 2001).

Finalmente, el Modelo Transdiagnóstico de los Trastornos Alimentarios propuesto por Fairburn et al. (2003) integra varios factores de riesgo comunes entre distintos trastornos alimentarios. Este modelo sugiere que las conductas alimentarias de riesgo como la restricción alimentaria, los atracones y las purgas son expresiones de procesos cognitivos disfuncionales similares, como la sobrevaloración de la figura corporal y el peso en la autoevaluación. Esta teoría sostiene que las conductas alimentarias de riesgo comparten factores causales y de mantenimiento, y que un tratamiento enfocado en estos procesos cognitivos puede ser efectivo para abordar múltiples tipos de trastornos alimentarios.

Estos modelos teóricos, en su conjunto, proporcionan un marco integral para comprender las complejidades de las conductas alimentarias y los factores de riesgo asociados a las mismas, resaltando tanto las influencias individuales como las sociales en la configuración de estos comportamientos.

Tipos de conductas alimentarias de riesgo

Las causas de las conductas alimentarias de riesgo son multifactoriales y pueden incluir factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Entre los factores biológicos se encuentran la predisposición genética y las alteraciones

neuroendocrinas. Los factores psicológicos incluyen la baja autoestima, la depresión y la ansiedad. Los factores socioculturales comprenden la presión social y mediática para alcanzar un ideal de belleza, así como la influencia de la familia y los amigos (Polivy & Herman, 2002). Por ello, se puede observar la existencia de indicadores de conductas alimentarias de riesgo que incluyen una preocupación excesiva por el peso y la figura, el uso de estrategias extremas para controlar el peso, y la presencia de episodios de atracones seguidos de comportamientos compensatorios (APA, 2013). A continuación, se definen algunos conceptos clave según diversos autores:

- **Hacer dieta.** La restricción dietética y los esfuerzos para controlar el peso son comunes entre los adolescentes y pueden estar motivados por preocupaciones sobre la imagen corporal (Polivy & Herman, 2002).
- **Control oral.** Este factor incluye conductas como la masticación excesiva o la evitación de ciertos alimentos para controlar la ingesta calórica (Polivy & Herman, 2002).
- **Alimentación restrictiva.** La alimentación restrictiva implica una limitación intencional y severa de la ingesta calórica diaria, a menudo con el objetivo de perder peso o evitar ganarlo. Este comportamiento puede llevar a deficiencias nutricionales, pérdida de peso extrema y trastornos metabólicos (Fairburn & Harrison, 2003).
- **Culpabilidad al comer.** Sentir culpabilidad al comer es un indicador significativo de una relación problemática con la comida. Los individuos que experimentan este sentimiento a menudo asocian la ingesta de alimentos con el fracaso personal y la falta de autocontrol, lo que puede resultar en patrones alimentarios irregulares y el desarrollo de trastornos alimentarios (Polivy & Herman, 2002).
- **Hábitos alimenticios extraños.** Los hábitos alimenticios extraños incluyen comportamientos inusuales relacionados con la comida, como evitar ciertos grupos de alimentos sin razones médicas, comer en horarios inusuales o preferir texturas y sabores específicos de manera obsesiva. Estos hábitos

pueden indicar un trastorno subyacente y contribuir a una dieta desequilibrada (Fairburn, 2008).

- **Evitar comidas familiares.** Evitar las comidas familiares es un comportamiento común entre aquellos que tienen conductas alimentarias de riesgo. Este indicador puede surgir del deseo de ocultar sus hábitos alimentarios restrictivos o anormales, y puede conducir al aislamiento social y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Troop & Bifulco, 2002).
- **Miedo excesivo hacia el sobrepeso.** El miedo excesivo hacia el sobrepeso, también conocido como obesofobia, se caracteriza por una preocupación desmedida por aumentar de peso. Este miedo puede impulsar conductas extremas para controlar el peso, como la restricción dietética severa, el uso de laxantes, o el ejercicio excesivo (Cash & Pruzinsky, 2002).
- **Actividad física obsesiva o vigorexia.** La vigorexia, también conocida como dismorfia muscular, se manifiesta como una obsesión por la actividad física y la búsqueda de un cuerpo musculoso. Las personas con vigorexia pueden dedicar horas al ejercicio intenso, a menudo en detrimento de su salud física y social. Este comportamiento puede estar acompañado de dietas extremadamente restrictivas y uso de suplementos o esteroides (Pope et al., 1997).
- **Creencia irracional de gordura.** La creencia irracional de gordura se refiere a la percepción distorsionada de una persona que se ve a sí misma como obesa, a pesar de tener un peso normal o incluso bajo. Esta distorsión cognitiva puede llevar a conductas alimentarias restrictivas y a otros comportamientos perjudiciales, como la evitación de alimentos o la purga (Cash & Pruzinsky, 2002).
- **Vómito inducido.** El vómito inducido es una práctica peligrosa utilizada para controlar el peso al expulsar los alimentos ingeridos antes de que sean digeridos y absorbidos. Este comportamiento es común en personas con

bulimia nerviosa y puede causar graves problemas de salud, como deshidratación, desequilibrios electrolíticos y daño esofágico (APA, 2013).

- **Ayuno Intermitente.** El ayuno intermitente es un patrón alimentario que alterna periodos de ayuno con periodos de alimentación. Aunque en algunos contextos puede ser parte de un enfoque saludable para el control del peso y la mejora de la salud metabólica, en el contexto de conductas alimentarias de riesgo, puede convertirse en un comportamiento problemático.

El ayuno intermitente se puede manifestar de varias formas, incluyendo el ayuno durante 16 horas y comer durante una ventana de 8 horas (método 16/8), ayuno durante 24 horas una o dos veces por semana (método *Eat-Stop-Eat*), o comer muy pocas calorías (aproximadamente 500-600) en dos días no consecutivos de la semana (método 5:2) (Patterson et al., 2015).

En adolescentes, el uso del ayuno intermitente sin supervisión médica puede ser especialmente riesgoso debido a las demandas nutricionales únicas durante el crecimiento y el desarrollo. La restricción calórica severa y las largas periodos sin comer pueden llevar a deficiencias nutricionales, retraso en el crecimiento, y problemas hormonales (Varady, 2011).

Además, el ayuno intermitente puede ser un signo de trastornos alimentarios cuando se utiliza de manera extrema o se acompaña de una obsesión por el control del peso y la imagen corporal. En estos casos, puede estar vinculado a la alimentación restrictiva, la culpabilidad al comer y otros indicadores de conductas alimentarias de riesgo. La práctica puede llevar a patrones de alimentación desordenados y contribuir al desarrollo de trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Trepanowski & Bloomer, 2010). El ayuno intermitente, cuando no se maneja adecuadamente, puede tener varias consecuencias negativas para la salud física y mental de los adolescentes.

Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo

Las consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo pueden ser severas y abarcan desde problemas de salud física, como desnutrición y enfermedades cardiovasculares, hasta problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. (Fairburn & Harrison, 2003; Mitchell & Crow, 2006). Además, estas conductas pueden interferir significativamente con el funcionamiento diario y la calidad de vida (Mitchell & Crow, 2006).

Las conductas alimentarias desadaptativas pueden tener graves consecuencias para la salud física y mental. Los problemas de salud física pueden incluir desnutrición, sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, y alteraciones metabólicas (Mitchell & Crow, 2006). En términos de salud mental, estos trastornos a menudo coexisten con otros problemas psicológicos, como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007).

- **Problemas metabólicos.** Cambios en el metabolismo basal y el desarrollo de resistencia a la insulina.
- **Problemas gastrointestinales.** Alteraciones en el tránsito intestinal y problemas digestivos.
- **Impacto psicológico.** Aumento de la ansiedad y la obsesión por la comida, y posibles contribuciones al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Hart et al., 2005).
- **Desnutrición.** La desnutrición ocurre cuando el cuerpo no recibe suficientes nutrientes para funcionar correctamente. Puede ser el resultado de una alimentación restrictiva severa, ayuno prolongado o vómito inducido. Los adolescentes con desnutrición pueden experimentar pérdida de peso extrema, debilidad muscular, fatiga crónica, sistema inmunológico debilitado, y problemas de crecimiento y desarrollo. La desnutrición también puede causar anemia, osteoporosis y problemas cardiovasculares (Golden et al., 2015). En caso de seguir la misma línea, se originarán escalas en los siguientes niveles:

- a) **Desnutrición leve.** La desnutrición leve se caracteriza por una ligera insuficiencia de nutrientes, que puede pasar desapercibida debido a la falta de síntomas graves, pero que afecta el crecimiento y desarrollo físico, especialmente en niños (Blössner & de Onis, 2005). En esta etapa, los individuos suelen presentar un peso bajo para su edad sin signos evidentes de emaciación. La intervención temprana es clave para evitar la progresión a niveles más severos (World Health Organization, 2009).
- a) **Desnutrición moderada.** La desnutrición moderada implica una deficiencia más marcada en la ingesta de nutrientes, lo cual suele reflejarse en un índice de masa corporal (IMC) más bajo de lo normal y en una pérdida visible de peso (Collins et al., 2006). Las personas en esta fase presentan síntomas como fatiga y una mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas debido a una respuesta inmunológica debilitada (Golden, 2009).
- b) **Desnutrición severa.** La desnutrición severa se caracteriza por una deficiencia extrema de nutrientes y energía, lo cual conlleva consecuencias graves para la salud, como emaciación significativa, atrofia muscular y edemas, conocidos como signos de kwashiorkor y marasmo en casos críticos (Black et al., 2008). Este tipo de desnutrición puede ser mortal sin tratamiento inmediato y especializado (Bhutta et al., 2013).
- **Sobrepeso.** El sobrepeso se define como tener un peso corporal que excede lo que se considera saludable para una determinada altura, a menudo debido a una acumulación excesiva de grasa. Puede ser el resultado de una dieta desequilibrada, falta de actividad física o ciertos trastornos alimentarios como el trastorno por atracón. El sobrepeso aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Kelsey et al., 2014). Cabe mencionar que, si no se da tratamiento a esta problemática, se dará paso a otros niveles, tales como:
 - a) **Obesidad grado I.** La obesidad grado 1, o leve, es una condición en la que el índice de masa corporal (IMC) está entre 30 y 34.9. Esta condición

puede resultar de un exceso de ingesta calórica en relación con el gasto energético y está asociada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas, y apnea del sueño. Los adolescentes obesos también pueden experimentar problemas psicológicos, como baja autoestima y depresión (Daniels, 2009).

- b) Obesidad grado II.** La obesidad grado 2, o moderada, se caracteriza por un IMC entre 35 y 39.9. Esta forma de obesidad está asociada con un riesgo significativamente mayor de desarrollar enfermedades graves, incluyendo diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, y ciertos tipos de cáncer. Además, los adolescentes con obesidad grado 2 pueden experimentar limitaciones físicas y problemas sociales debido a su peso (Ng et al., 2014).
- c) Obesidad grado III.** La obesidad grado 3, también conocida como obesidad mórbida, se define como tener un IMC de 40 o más. Esta condición es extremadamente peligrosa y está asociada con un alto riesgo de mortalidad debido a complicaciones como insuficiencia cardíaca, diabetes tipo 2 severa, enfermedades hepáticas y ciertos tipos de cáncer. La obesidad grado 3 también puede llevar a problemas de movilidad y calidad de vida significativamente reducida (Puhl & Heuer, 2010).
- **Otros problemas de salud.** Además de los problemas relacionados con el peso, las conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria pueden causar:
 - a) Problemas gastrointestinales.** Incluyen gastritis, esofagitis, y síndrome de intestino irritable, a menudo debido a vómito inducido y uso excesivo de laxantes.
 - b) Desequilibrios electrolíticos.** Pueden resultar de vómito crónico o uso de diuréticos, llevando a condiciones potencialmente mortales como hipopotasemia.

- c) Problemas cardiovasculares.** Incluyen arritmias cardíacas y miocardiopatía, a menudo causadas por deficiencias nutricionales severas y desequilibrios electrolíticos.
- d) Problemas dentales.** Como erosión dental severa y caries, que son comunes en personas con bulimia nerviosa debido al ácido del vómito inducido (Mitchell & Crow, 2006).
- **Otros indicadores.** Otros comportamientos que pueden indicar conductas alimentarias de riesgo incluyen el uso excesivo de laxantes y diuréticos, el ayuno prolongado, y la adherencia a dietas extremadamente restrictivas sin supervisión médica. Estos comportamientos reflejan una relación disfuncional con la comida y pueden tener consecuencias graves para la salud física y mental de los adolescentes (Polivy & Herman, 2002). Dada la popularidad creciente del ayuno intermitente, es fundamental educar a los adolescentes y sus familias sobre los riesgos asociados con su práctica inadecuada y promover una relación saludable con la alimentación que apoye tanto el bienestar físico como mental.

Trastornos de conducta alimentaria según el D.S.M.- IV y D.S.M.- V

Los trastornos alimentarios (TCA) son enfermedades mentales complejas y potencialmente mortales caracterizadas por patrones alimentarios anormales y preocupaciones por el peso, la imagen corporal y la comida. Los TCA incluyen trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y más. En la anorexia nerviosa, el individuo restringe severamente la ingesta de alimentos debido al miedo a ganar peso, lo que resulta en un peso corporal extremadamente bajo y una percepción distorsionada de la imagen corporal (APA, 2013).

Por otro lado, en la bulimia nerviosa, los individuos desarrollan una alimentación excesiva compulsiva seguida de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes para prevenir el aumento de peso.

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos sin las conductas compensatorias características de la bulimia, lo que resulta en sentimientos de culpa y vergüenza. Estas enfermedades no sólo afectan la salud física de un individuo, sino que también afectan significativamente su salud mental y su calidad de vida (APA, 2013).

- **Pica.** Este trastorno se caracteriza por la ingesta persistente de sustancias no nutritivas durante al menos un mes, inadecuada para el nivel de desarrollo del individuo (APA, 2013). En adolescentes, la prevalencia de pica puede estar asociada con deficiencias nutricionales y factores culturales (Bryant-Waugh & Lask, 2013).
- **Trastorno de rumiación.** Consiste en la regurgitación repetida de alimentos durante al menos un mes, que luego pueden ser remasticados, tragados nuevamente o escupidos (APA, 2013). Este trastorno puede llevar a desnutrición y otros problemas de salud física (Bryant-Waugh & Lask, 2013).
- **Trastorno de evitación / restricción de la ingestión de alimentos.** Introducido en el DSM-V, este trastorno implica una evitación o restricción significativa de la ingesta de alimentos, que resulta en una pérdida de peso significativa o una deficiencia nutricional (APA, 2013). Este trastorno puede estar motivado por la falta de interés en la alimentación o la preocupación por las consecuencias negativas de comer (Thomas & Eddy, 2019).
- **Anorexia nerviosa.** La anorexia nerviosa, además de sus características clínicas principales —restricción calórica severa, miedo intenso a ganar peso y percepción distorsionada del cuerpo (APA, 2013), se desarrolla como un trastorno que refleja profundas dinámicas psicológicas, familiares y culturales. Este trastorno, clasificado en dos subtipos (restrictivo y compulsivo/purgativo) (Fairburn & Harrison, 2003), se origina a menudo en un entorno familiar altamente perfeccionista, donde la madre actúa como un agente clave.

Según Rogers (s.f.), la exigencia y vigilancia materna generan en el sujeto una consideración condicionada de su valor personal, vinculada a la idea de

“valgo cuando soy perfecto”. Este perfeccionismo, que inicialmente se refleja en la relación madre-hijo, se transfiere en la adolescencia a la sociedad, donde el peso y la apariencia física adquieren una importancia central. Así, el adolescente internaliza el ideal de un Índice de Masa Corporal (IMC) extremadamente bajo como símbolo de perfección y aceptación.

Por su parte, Mayorga (2023) amplía este análisis al señalar que el perfeccionismo impulsa un círculo vicioso de insatisfacción constante. Cada vez que el individuo se ve en el espejo, confronta una percepción de insuficiencia y rechazo hacia sí mismo, lo que lo lleva a buscar un ideal inalcanzable de belleza y valor. En este sentido, el ideal corporal, a menudo asociado con figuras etéreas como hadas o elfos, se convierte en un estándar imposible que perpetúa el ciclo de autoexigencia y frustración.

Históricamente, la anorexia puede conectarse con ideales de pureza y control que han sido perpetuados a lo largo de los siglos. Desde un punto de vista filosófico, el concepto de controlar el cuerpo para elevar el espíritu tiene raíces profundas en tradiciones religiosas y culturales. En este contexto, el cuerpo se percibe como un objeto a disciplinar, lo que refuerza el deseo de alcanzar un ideal de pureza física y espiritual a través de la restricción alimentaria.

El vínculo entre perfeccionismo y valor personal también se observa en la influencia cultural de los estándares de belleza. La adolescencia, como etapa de desarrollo psicosocial, intensifica esta presión, los adolescentes buscan validación externa a través de la conformidad con estos ideales.

a) Ciclo de la anorexia El trastorno sigue un patrón autodestructivo que se puede representar de la siguiente forma, según Mayorga (2023):

- 1. Restricción:** Comienza con una reducción severa de la ingesta calórica, motivada por el deseo de alcanzar el ideal corporal.
- 2. Progreso aparente:** El sujeto percibe una sensación inicial de logro y control al perder peso.

3. **Insatisfacción:** A pesar del progreso, el sujeto no alcanza una sensación de suficiencia o aceptación.
4. **Intensificación:** La insatisfacción impulsa mayores restricciones o conductas compensatorias.
5. **Frustración:** Surge al no alcanzar el ideal deseado, lo que perpetúa el ciclo.

Este círculo vicioso no solo afecta el estado físico del paciente, sino que también refuerza sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza. El sujeto se ve atrapado en un estado de “ser insuficiente” que lo impulsa a buscar una perfección inalcanzable, lo que a menudo conduce a un deterioro severo de su salud física y mental.

b) Bulimia nerviosa. Implica episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes o el ejercicio excesivo (APA, 2013). Se clasifica en subtipos purgativo y no purgativo (Fairburn & Harrison, 2003).

La bulimia nerviosa, al igual que, la anorexia, tiene un origen infantil, además de, tener una carga moral muy fuerte. Desde el neoplatonismo, la moral toma en cuenta los dos componentes del sujeto, el espíritu y el cuerpo. Desde la iglesia, San Agustín definía al espíritu como lo bueno, siempre y cuando este esté en abstinencia de comida y sexo; por otra parte, el cuerpo era representado o visto como el mal, dado que este siempre cae en el deseo de comer y tener sexo (Mayorga, 2023).

Como tal, la bulimia aparece en la adolescencia media o tardía y es posterior a la anorexia, además, se ha observado que, para que el sujeto la desarrolle debe existir un factor dentro del hogar, en este caso con la madre, la cual, en primer lugar, debe ser muy crítica con el sujeto por una consideración negativa de los otros (Mayorga, 2023). Además, la madre debe ser muy distante, esto en el ámbito afectivo. De esta manera, el sujeto desarrolla una

consideración negativa de sí mismo y su resultado es la bulimia.

c) Ciclo de la bulimia. En este trastorno se produce un fenómeno circular de conductas compulsivas, según Mayorga (2023), este se da de la siguiente manera:

Dieta - No me gusta - Atracón - Culpa - Comida - Alivio - Nuevo compromiso - Vuelve

Este círculo cada vez es mucho más intenso y su explicación deviene de la concepción de hechos según el sujeto, mismos que, se ven de la siguiente forma:

Esfuerzo - No recibe aceptación (Resultado esperado) - Frustración - Culpa - Expiar - Alivio - Nuevo compromiso - Vuelve al círculo

- **Trastorno por atracones.** Reconocido en el DSM-V, este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos acompañados de una sensación de pérdida de control, sin comportamientos compensatorios regulares (APA, 2013).

1.3. Relación entre autoestima y conductas alimentarias en adolescentes

Diversos estudios han explorado la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes, evidenciando que esta relación es compleja y multifacética. La literatura científica ha sugerido que los adolescentes con baja autoestima son más propensos a adoptar comportamientos alimentarios desadaptativos, los cuales incluyen desde la restricción extrema de la ingesta hasta episodios de atracones seguidos de purgas (O'Dea & Abraham, 2000). Este hallazgo sugiere que una baja percepción de sí mismo puede actuar como un factor predisponente para la adopción de conductas alimentarias peligrosas, las cuales, a largo plazo, pueden desembocar en trastornos alimentarios más graves como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o el trastorno por atracón.

Un metaanálisis realizado por Stice (2002) apoyó estos hallazgos, identificando una correlación negativa significativa entre la autoestima y los trastornos alimentarios.

El análisis reveló que los adolescentes con una baja autoestima mostraban un mayor riesgo de desarrollar comportamientos alimentarios desordenados, sugiriendo que la percepción negativa de sí mismos podría ser un factor de vulnerabilidad que contribuye al desarrollo de trastornos alimentarios. En particular, la insatisfacción con la propia imagen corporal parece ser un componente clave en este proceso, los adolescentes que no se sienten conformes con su aspecto físico tienden a tomar medidas extremas en un intento por alcanzar un ideal de belleza percibido, lo que puede agravar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias disfuncionales (Grabe, Ward, & Hyde, 2008).

La imagen corporal juega un papel central en la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias desadaptativas. La insatisfacción con la imagen corporal, un fenómeno común en la adolescencia, puede llevar a una disminución de la autoestima, los adolescentes comienzan a percibir sus cuerpos como inadecuados o poco atractivos. Esta percepción negativa de sí mismos puede inducirles a buscar soluciones rápidas a través de dietas restrictivas, ejercicio excesivo o incluso el uso de sustancias para controlar el peso (Thompson & Stice, 2001). A su vez, esta baja autoestima alimenta el ciclo de insatisfacción corporal, lo que puede perpetuar las conductas alimentarias desadaptativas y aumentar el riesgo de trastornos alimentarios más graves.

Además, la presión social y mediática para cumplir con un ideal de belleza, que a menudo se presenta de manera inalcanzable en los medios de comunicación, contribuye a esta relación. La constante exposición a imágenes de cuerpos perfectos en la televisión, redes sociales y revistas genera una presión sobre los adolescentes para que se ajusten a estos estándares de belleza, lo que exacerba la insatisfacción corporal y refuerza la baja autoestima (Grabe et al., 2008). Esta presión externa puede llevar a los adolescentes a adoptar comportamientos alimentarios disfuncionales como una forma de cumplir con expectativas poco realistas, lo que, en muchos casos, desencadena trastornos alimentarios.

Por lo tanto, la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias desadaptativas en adolescentes no solo está influenciada por la percepción interna de la imagen corporal, sino también por factores externos como las normas sociales

y mediáticas. Estos factores pueden actuar en conjunto para crear un ciclo de insatisfacción con el cuerpo, baja autoestima y conductas alimentarias de riesgo. El entendimiento de esta relación es crucial para diseñar intervenciones que aborden tanto los aspectos emocionales como sociales que afectan la salud alimentaria y el bienestar general de los adolescentes.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de la investigación

El presente estudio se enmarca en la metodología de investigación científica utilizada en las ciencias sociales, adoptando un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, con un alcance correlacional de corte transversal. Este enfoque permite analizar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes, proporcionando datos estadísticos que permitan establecer posibles correlaciones entre las variables estudiadas (Kerlinger & Lee, 2000)

La investigación adoptará un enfoque cuantitativo, utilizando técnicas de recolección y análisis de datos numéricos. Este enfoque es adecuado para medir y analizar la magnitud y dirección de las relaciones entre las variables de autoestima y conductas alimentarias (Babbie, 2013). Por otro lado, según Naranjo-Reyes (2018), esta tipología se utiliza “tanto para la comprobación de la hipótesis planteada como para la explicación de los mismos.” (p. 72). Es decir, se utiliza para la comprobación de hipótesis bajo análisis numéricos.

El estudio tiene un diseño no experimental, por lo que se desarrollará sin manipular las variables independientes, observando y analizando las variables tal como se presentan en la realidad. Este enfoque es apropiado para investigaciones correlacionales donde se busca identificar relaciones entre variables sin establecer causalidad directa (Creswell, 2014).

El alcance descriptivo en una investigación se refiere a un enfoque que busca especificar las características fundamentales de un fenómeno, población o situación particular. Su objetivo principal es detallar, enumerar y describir cómo se manifiestan las variables estudiadas, sin establecer relaciones causales entre ellas. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), este tipo de alcance se emplea cuando se pretende "describir fenómenos tal y como son observados", proporcionando un panorama claro y estructurado del objeto de estudio. Es ideal para investigaciones que buscan explorar dimensiones, frecuencias o patrones dentro de un contexto específico, sirviendo como base para futuros estudios con alcances correlacionales o explicativos.

El alcance del estudio es correlacional, centrado en identificar y analizar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias en adolescentes. Este tipo de investigación es útil para explorar cómo varían estas variables conjuntamente y si existen patrones significativos de relación entre ellas (Gravetter & Wallnau, 2016).

El diseño de investigación de corte transversal se caracteriza por la recolección de datos en un solo momento del tiempo. Permite analizar la prevalencia de características o condiciones en una población, comparando grupos y buscando relaciones entre variables sin hacer inferencias sobre la causalidad (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Técnicas, herramientas e instrumentos

- **Técnicas**

- a) **Observación científica.** Se empleará la observación científica para recoger datos de forma sistemática y objetiva sobre las conductas alimentarias y la autoestima de los adolescentes. Esta técnica permitirá obtener información precisa y relevante para el análisis (Patton, 2015).
- b) **Psicometría.** La psicometría es una disciplina que se encarga de la medición de los procesos psicológicos a través de pruebas, cuestionarios y escalas. Su objetivo es cuantificar variables psicológicas como la inteligencia, la personalidad, o las actitudes, asegurando la validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados (Muñiz, 2010).

- **Herramientas**

- a) **Ficha Ad Hoc sociodemográfica.** Se diseñará una ficha ad hoc para recoger datos sociodemográficos de los participantes, incluyendo variables como edad, género, nivel educativo, entre otros. Esta información será fundamental para caracterizar a la muestra y realizar análisis más detallados.

- **Instrumentos**

a) Escala de autoestima de Rosenberg. La Escala de Autoestima de Rosenberg es un instrumento reconocido y validado para medir la autoestima global. Este test será crucial para evaluar el nivel de autoestima de los participantes y analizar su relación con las conductas alimentarias (Rosenberg, 1965). Además, esta herramienta sugiere que, ha sido traducida y validada en nuestro idioma. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87, por otro lado, su fiabilidad cuenta con un 0,80. Para seguridad de dicha afirmación, según Jurado et al. (2015), esta escala dividida en sus factores, fue sometida al proceso de confiabilidad de consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach, en donde rescataron un valor ALFA= .79. Aquel estudio confirma la validez de esta herramienta.

El método de clasificación de esta escala es el siguiente: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- **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.

Tabla 1. Alfa de Cronbach EAR

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.82	10

Nota: n= 240 participantes

La tabla 1 muestra las estadísticas de fiabilidad obtenidas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, calculado para un instrumento compuesto por 10 ítems. En este caso, el valor de 0.82 indica un nivel de fiabilidad alta, lo que significa que los ítems

del instrumento miden de manera consistente el constructo propuesto. Según George y Mallery (2003), un Alfa de Cronbach mayor a 0.80 es considerado adecuado para investigaciones psicológicas, lo que respalda la confiabilidad del instrumento utilizado.

En relación con la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), este nivel de fiabilidad es consistente con estudios previos que han reportado valores similares o superiores en diferentes contextos culturales. Por ejemplo, Schmitt y Allik (2005) encontraron que la EAR tiene una consistencia interna promedio de 0.81 en estudios internacionales, lo que refuerza su utilidad para evaluar la autoestima como un constructo único y estable. En este estudio, el Alfa de Cronbach refleja que los 10 ítems de la EAR se alinean adecuadamente para medir la autoestima de manera precisa y confiable.

Es relevante considerar que, aunque el Alfa de Cronbach garantiza la consistencia interna, esta medida no evalúa directamente la validez del instrumento. Por lo tanto, se recomienda complementarlo con otros análisis, como el análisis factorial confirmatorio, para verificar la estructura unidimensional de la EAR, que ha sido respaldada en estudios previos (Rosenberg, 1965). Además, dado el rango de edad de los participantes (13 - 16 años), la fiabilidad observada sugiere que los adolescentes comprenden los ítems de la escala y responden de manera coherente, lo que refuerza la aplicabilidad del instrumento en esta población.

b) Eating Attitudes Test (EAT-12): Versión Reducida. El EAT-12 es una herramienta validada y ampliamente utilizada para evaluar las actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación. Este test permitirá identificar patrones de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Por otro lado, según Huertas y Masías (2023),

El instrumento fue adaptado por Valdiney et al. (2010), quienes trabajaron con una muestra de 212 estudiantes de nivel universitario, entre las edades de 16 y 31 años ($M=19.4$; $SD=1.8$), mediante el análisis confirmatorio se mostraron los siguientes índices de ajuste: $\chi^2 (52) = 108.03$, $p < .001$; $\chi^2 / gl = 2.08$; GFI = .92; AGFI = .88; CFI = .94; y RMSEA

= .071, finalmente la confiabilidad se halló a través de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach, donde reportó que las tres dimensiones son aceptables; Hacer dieta (.87), Bulimia y preocupación por la alimentación (.60) y control oral (.52). Finalmente, en referencia al grupo de ítems obtuvo (.79). (p. 24)

Como se puede observar, el test se encuentra validado. Además, según las mismas investigadoras, Huertas y Masías (2023), se concluye que el test EAT-12, es una herramienta válida y confiable de evaluación, cabe mencionar que, las puntuaciones mayores a 21 se exponen como un alto indicativo de presentar un T.C.A.

Tabla 2.Alfa De Cronbach Eat-12

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.89	12

Nota: n= 240 participantes

La tabla 2 presenta las estadísticas de fiabilidad obtenidas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para la versión reducida de la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-12), que incluye 12 ítems. El valor de 0.89 indica una fiabilidad muy alta, lo que sugiere que los ítems son consistentes para medir el constructo evaluado, relacionado con actitudes alimentarias y conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Según Nunnally y Bernstein (1994), valores superiores a 0.80 son aceptables para investigaciones aplicadas, mientras que un valor de 0.89 asegura una calidad psicométrica óptima.

En el caso del EAT-12, estudios previos han reportado coeficientes similares, lo que refuerza su utilidad en contextos clínicos y de investigación. Por ejemplo, García-Campayo et al. (2005) encontraron un Alfa de Cronbach de 0.87 al validar la escala en poblaciones adolescentes españolas, lo que respalda su capacidad para detectar patrones alimentarios problemáticos. Este nivel de fiabilidad también coincide con investigaciones internacionales, donde la versión original y reducida del EAT ha demostrado ser adecuada para la detección temprana de conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes adultos (Garner et al., 1982).

Participantes

- **Estudiantes.** La población objetivo de este estudio está compuesta por estudiantes de la unidad educativa "Victoria Vásconez Cuvi, Simón Bolívar y Elvira Ortega" en el año lectivo 2024 – 2025.
- **Población**
 - a) **Población estimada.** La población estimada total es de 635 estudiantes. Esta población será la base para seleccionar una muestra representativa que permita generalizar los resultados del estudio.

Muestra

La muestra ha sido calculada en base a su fórmula matemática, la cual, dio como resultado $n= 240$, por lo tanto, este será el número de encuestados.

Las características sociodemográficas de la muestra incluirán variables como edad, género, nivel educativo, y otros datos relevantes que serán recolectados mediante la ficha ad hoc.

El método de muestreo adecuado para este estudio es el muestreo probabilístico estratificado, que permite dividir a la población en subgrupos o estratos homogéneos (como los niveles educativos noveno, décimo y primer año de BGU). De esta forma, se selecciona aleatoriamente una muestra de cada estrato para asegurar su representación en la muestra final, lo cual permite generalizar los resultados a la población total (Babbie, 2013, p. 213).

Los datos sociodemográficos de los participantes fueron recogidos mediante la Ficha Ad Hoc Sociodemográfica y analizados de manera descriptiva general, proporcionando una visión panorámica del perfil de la muestra. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas como género, estado civil, identificación étnica, tipo de familia, entre otras. Además, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para la variable continua, como la edad, lo que permitió conocer la distribución de los participantes en términos de su edad promedio y la variabilidad dentro de la muestra. Este análisis descriptivo permitió

obtener una comprensión básica de las características sociodemográficas de los participantes, estableciendo un contexto para interpretar los resultados de la investigación. **(Ver Tabla 3).**

Tabla 3. Variables sociodemográficas

Datos Sociodemográficos de los Participantes				
Variables	Mínimo	Máximo	Media	D. T.
Edad	13	16	15.1	1.06
Sexo	Frecuencia		Porcentaje	
Género				
Masculino	105		43.8	
Femenino	135		56.3	
Estado Civil				
Soltero	212		88.3	
En una relación	25		10.4	
Casado	2		0.8	
Unión libre	1		0.4	
Identificación Étnica				
Mestizo	228		95	
Indígena	12		5	
Procedencia				
Urbano	115		47.9	
Rural	125		52.1	
Tipo de Familia				
Nuclear	157		65.4	
Monoparental	46		19.2	
Reconstituida	7		2.9	
Extendida	30		12.5	
Persona a cargo				
Padres	152		63.3	
Otros	88		36.7	
Vive con				
Padres	139		57.9	
Pareja	36		15	
Hijos	2		0.8	
Otros	63		26.3	
Situación Económica Familiar				
Muy buena	8		3.3	
Buena	121		50.4	
Regular	111		46.3	

Datos Sociodemográficos de los Participantes		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Escuchar Música	2	0.8
Desarrollo de Espiritualidad	5	2.1
Tiempo Familiar	32	13.3
Dormir	56	23.3
Leer	13	5.4
Salir con Amigos	11	4.6
Variables Clínicas		
Apreciación Actual de Salud		
Muy buena	47	19.6
Buena	136	56.7
Regular	56	23.3
Mala	1	0.4
¿Recibe tratamiento psicológico?		
Si	7	2.9
No	233	97.1
Diagnóstico		
No	240	100
¿Tiene Antecedentes Psicológicos Personales?		
Si	15	6.3
No	225	93.8
Resultado Diagnóstico		
No	240	100

Nota: n= 240 observaciones.

La tabla 3 presenta los datos sociodemográficos de los 240 participantes del estudio, recogidos mediante la dicha Ad Hoc Sociodemográfica. La variable de edad muestra que los participantes tienen entre 13 y 16 años, con una media de 15.1 años y una desviación estándar de 1.06. Este rango etario es representativo de la adolescencia media, una etapa caracterizada por cambios físicos, sociales y psicológicos significativos que pueden influir en su bienestar (Santrock, 2016). En cuanto al género, el 56.3% de los participantes son femeninos y el 43.8% masculinos, lo que permite un análisis representativo de ambos géneros dentro del contexto del estudio.

Respecto al estado civil, el 88.3% de los adolescentes se identifican como solteros, mientras que el 10.4% mencionaron estar en una relación y el 0.8% reportó estar

casado o en unión libre. Estos datos reflejan patrones relacionales esperados en adolescentes de este rango etario, donde las relaciones sentimentales formales aún son minoritarias (Santrock, 2016). En términos de identificación étnica, la mayoría de los participantes se identifica como mestiza (95%), mientras que el 5% se identifica como indígena, lo cual coincide con los patrones demográficos de varias regiones latinoamericanas (INEC, 2022).

En relación con la procedencia, el 52.1% de los adolescentes residen en áreas rurales, mientras que el 47.9% viven en zonas urbanas. Esta distribución balanceada facilita el análisis de posibles diferencias en actitudes o comportamientos según el entorno geográfico, dado que el contexto rural y urbano influye en las oportunidades educativas, económicas y sociales (UNICEF, 2021). Sobre el tipo de familia, el 65.4% pertenece a familias nucleares, seguidas por un 19.2% de familias monoparentales, un 12.5% de familias extendidas y un 2.9% de familias reconstituidas. Estas cifras reflejan la predominancia del modelo nuclear en las dinámicas familiares en América Latina (ECLAC, 2020).

La variable de persona a cargo muestra que el 63.3% de los participantes son cuidados por sus padres, mientras que el 36.7% están a cargo de otras personas, lo cual puede implicar diferentes niveles de supervisión y apoyo emocional en la crianza (Santrock, 2016). En cuanto a la variable vive con, el 57.9% vive con sus padres, el 15% con otros, el 13.6% con pareja y el 0.8% con hijos. Este dato es consistente con la etapa adolescente, donde los jóvenes suelen residir con sus padres, a menos que circunstancias familiares particulares lo modifiquen.

La situación económica familiar muestra que el 50.4% de los participantes la consideran “buena”, el 46.3% “regular” y solo el 3.3% la perciben como “muy buena”. Estas percepciones económicas son comunes en poblaciones adolescentes y reflejan patrones socioeconómicos representativos de las clases medias (INEC, 2022). En relación a las actividades extracurriculares, el 50.4% de los adolescentes realizan deporte, el 23.3% mencionan dormir como actividad relevante, el 13.3% priorizan el tiempo familiar, mientras que leer y salir con amigos se reportan con menor frecuencia (5.4% y 4.6%, respectivamente). Este tipo de

actividades contribuyen al desarrollo emocional y social durante la adolescencia (García-Moya et al., 2015).

Finalmente, en las variables clínicas, el 56.7% de los adolescentes perciben su salud como “buena”, mientras que el 23.3% la consideran “regular”, un 19.6% la califican como “muy buena” y ningún participante la reporta como “mala”. Respecto a la pregunta de si reciben tratamiento psicológico, el 97.1% respondió que no y solo el 2.9% indicó que sí, lo cual podría reflejar un bajo uso de servicios psicológicos en la muestra, posiblemente debido a barreras de acceso o desconocimiento (OMS, 2021). En cuanto a la existencia de antecedentes psicológicos personales, el 93.8% respondió que no, mientras que el 6.3% señaló que sí. Es importante destacar que ninguno de los participantes reportó contar con un diagnóstico psicológico formal.

2.2. Procedimiento metodológico

En conocimiento que, el consentimiento informado es un proceso ético y legal mediante el cual se informa detalladamente a los participantes sobre los objetivos, riesgos, beneficios y procedimientos del estudio, asegurándose de que entienden esta información antes de aceptar voluntariamente su participación. Este proceso debe ser transparente y documentado, garantizando que los participantes puedan retirarse en cualquier momento sin repercusiones (Arnal, Del Rincón & Latorre, 2016).

Al inicio del formulario, se proporcionó a los participantes una descripción clara y detallada del estudio, incluyendo sus objetivos, la duración de la participación, los procedimientos a seguir, y los posibles riesgos y beneficios de su involucramiento. Esta información fue presentada en un lenguaje accesible y comprensible, evitando el uso de tecnicismos para garantizar la comprensión por parte de todos los participantes. Además, se explicó que su participación era completamente voluntaria, y que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto implicara ninguna repercusión. Se aseguró la confidencialidad de los datos proporcionados, mencionando que solo serían utilizados con fines de investigación y manteniendo el anonimato de los participantes.

Como siguiente paso, los participantes tuvieron que indicar su consentimiento explícito seleccionando la opción correspondiente en el formulario antes de proceder a responder el resto de las preguntas. Esta acción representaba la aceptación de las condiciones descritas y la autorización para el uso de los datos proporcionados dentro del marco del estudio. El consentimiento informado y las respuestas de los participantes fueron almacenados de manera segura dentro de la plataforma de *Google Forms*, asegurando que solo los investigadores responsables del estudio tuvieran acceso a dicha información.

La recolección de información se llevó a cabo mediante la administración de la Ficha Ad Hoc Sociodemográfica y los instrumentos de medición (EAT-12 y la Escala de Autoestima de Rosenberg) a los 240 estudiantes seleccionados. La Ficha Ad Hoc Sociodemográfica permitió recabar datos sobre las características sociodemográficas de los participantes, lo que facilitó el análisis y la segmentación de los resultados. Los test fueron administrados de manera estandarizada, siguiendo las instrucciones y procedimientos establecidos para cada instrumento. La aplicación de estos test se realizó en sesiones grupales bajo la supervisión de investigadores capacitados para garantizar la validez y fiabilidad de los datos.

Seguidamente, los datos recolectados fueron codificados y analizados utilizando técnicas estadísticas adecuadas para responder a las hipótesis planteadas en el estudio, mediante la herramienta SPSS Versión 27. Finalmente, los resultados estadísticos obtenidos fueron interpretados bajo el análisis de frecuencias, descripciones y correlaciones brindados por el SPSS Versión 27.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis descriptivo

Análisis descriptivo de la escala de autoestima de Rosenberg (EAR)

Está compuesta por 10 ítems que miden el nivel de autoestima, el cual, es ubicado entre autoestima elevada, autoestima media y autoestima baja. En la siguiente tabla 4, se muestran los resultados de Mínimo (m) , Máximo (M), Media (X) y Desviación Estándar (D. T.).

Tabla 4. Resultados Descriptivos EAR

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	Mínimo	Máximo	Media	D. T.
Total EAR	13	40	27.67	5.481

Nota: n= 240 participantes

La Tabla 4 presenta los resultados descriptivos de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), un instrumento ampliamente utilizado para medir los niveles de autoestima en individuos. Los resultados indican un puntaje mínimo de 13 y un máximo de 40, con una media de 27.67 y una desviación estándar de 5.481. La muestra está compuesta por 240 participantes.

La Escala de Autoestima de Rosenberg es un referente en la evaluación de la autoestima global, permitiendo identificar niveles de autoestima que van desde muy bajos hasta muy altos (Rosenberg, 1965). Los resultados presentados en esta tabla sugieren que, en promedio, los participantes de este estudio muestran niveles de autoestima que podrían considerarse moderadamente altos. Según estudios previos, una media en este rango es indicativa de una autoevaluación generalmente positiva, lo que podría estar relacionado con un buen ajuste emocional y social (Blascovich & Tomaka, 1991).

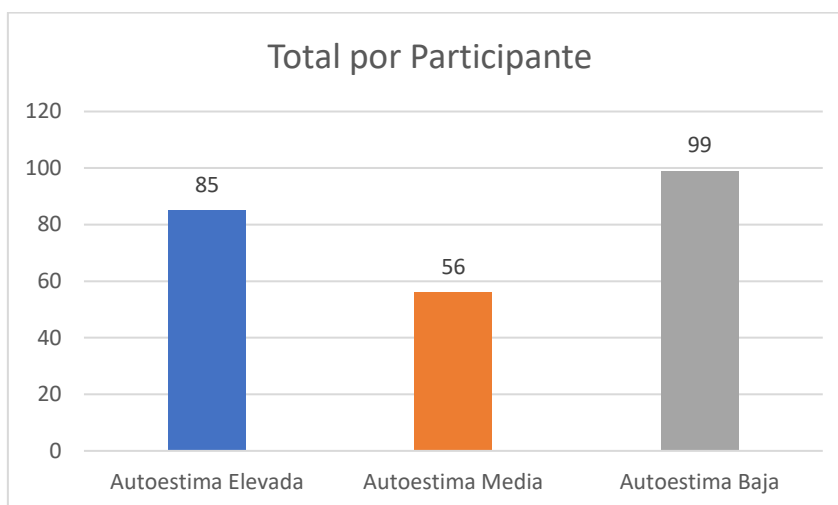
La desviación estándar de 5.481 indica una variabilidad moderada en las respuestas, lo que sugiere que aunque la mayoría de los participantes tienden a tener una autoestima relativamente alta, hay una dispersión significativa que podría incluir individuos con autoestima más baja. Esta variabilidad es consistente con estudios que han encontrado diferencias individuales significativas en los niveles

de autoestima, influenciadas por factores como la edad, el género, y las experiencias personales (Orth, Robins, & Widaman, 2012).

El puntaje mínimo de 13 es particularmente relevante, señala la presencia de individuos con niveles de autoestima que podrían considerarse preocupantemente bajos. Estos puntajes bajos pueden estar asociados con una serie de problemas emocionales y conductuales, incluyendo depresión, ansiedad y dificultades en las relaciones interpersonales (Harter, 1993). Por lo tanto, la identificación de estos individuos es crucial para intervenciones tempranas y efectivas.

Por otro lado, el puntaje máximo de 40 sugiere la existencia de participantes con una autoestima extremadamente alta. Si bien una autoestima elevada generalmente se asocia con resultados positivos como la resiliencia y la autoeficacia, es importante señalar que niveles extremadamente altos también pueden estar relacionados con comportamientos narcisistas y una percepción distorsionada de la realidad (Baumeister, Smart, & Boden, 1996).

En conclusión, los resultados descriptivos de la EAR en esta muestra proporcionan una visión general del nivel de autoestima entre los participantes, destacando tanto la presencia de una autoestima generalmente positiva como la variabilidad individual significativa. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar tanto los factores protectores como los de riesgo en el análisis de la autoestima, lo cual es esencial para el desarrollo de intervenciones personalizadas y efectivas en el ámbito de la salud mental.

Figura 1. Total por Participante

Fuente: elaboración propia

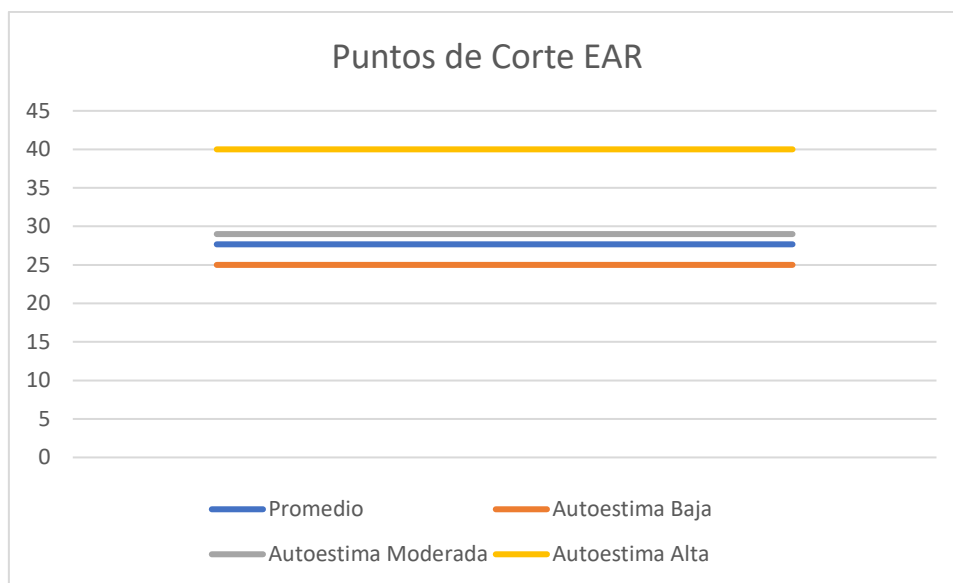
La figura 1 presentada refleja la distribución de los niveles de autoestima en una muestra de participantes, donde se identificaron tres categorías: autoestima elevada, media y baja. Los datos muestran que 99 participantes presentan un nivel de autoestima baja, siendo esta la categoría predominante. Por otro lado, 85 participantes tienen autoestima elevada, lo que sugiere que un número considerable de personas mantiene una percepción positiva de sí mismos. Finalmente, la autoestima media es la menos frecuente, con 56 participantes. Estos resultados destacan una tendencia significativa hacia extremos en la percepción de autoestima, con un predominio notable de niveles bajos y elevados, mientras que los valores intermedios son menos comunes. Esta distribución invita a reflexionar sobre las posibles causas subyacentes, tales como factores sociales, familiares o individuales, que pueden estar influyendo en la formación de la autoestima en la población estudiada.

La autoestima es un componente crucial en el bienestar emocional y en la interacción social. Según Rosenberg (1965), la autoestima baja se encuentra relacionada con una mayor vulnerabilidad psicológica, manifestándose a menudo en problemas como la depresión, la ansiedad y la baja satisfacción con la vida. Por otro lado, Harter (1999) señala que una autoestima elevada se asocia con mayores niveles de resiliencia, autoconfianza y habilidades sociales, lo que contribuye al desarrollo personal y al éxito en diversos ámbitos. Marsh y Shavelson (1985) argumentan que la autoestima no es un constructo uniforme, sino jerárquico y

multifacético, influenciado por diferentes áreas de la vida, como las relaciones interpersonales, el rendimiento académico y las experiencias personales. En este sentido, los niveles de autoestima observados en la muestra podrían estar condicionados por una variedad de factores específicos del contexto en el que se desenvuelven los participantes.

El predominio de la autoestima baja en la muestra resalta la necesidad de diseñar estrategias de intervención que fortalezcan esta dimensión psicológica. Programas escolares enfocados en el desarrollo de habilidades socioemocionales podrían jugar un papel importante en promover una autoestima saludable, especialmente en contextos educativos. Al respecto, investigaciones previas han demostrado que intervenciones orientadas a fortalecer el autoconcepto y las habilidades sociales pueden generar cambios significativos en la autoestima, reduciendo la incidencia de problemas emocionales y conductuales en jóvenes (Harter, 1999). Además, la implementación de programas familiares que fomenten la comunicación y el apoyo emocional podría ser una estrategia complementaria, dado el impacto del entorno familiar en la formación de la autoestima (Rosenberg, 1965). Estas acciones no solo beneficiarían a los individuos, sino que también contribuirían al desarrollo de comunidades más resilientes y cohesionadas.

En términos generales, los resultados obtenidos en esta muestra subrayan la importancia de comprender y atender los factores que impactan en los niveles de autoestima. La evaluación de estos factores debe considerar aspectos individuales, como la percepción de competencia personal, así como elementos contextuales, como las dinámicas familiares y escolares. La literatura existente, como la de Marsh y Shavelson (1985), destaca que un enfoque integral que abarque todas estas dimensiones es fundamental para promover una autoestima positiva. Finalmente, este análisis sugiere que la autoestima debe ser una prioridad en las políticas públicas de salud mental y educación, dado su papel central en el bienestar psicológico y en la prevención de problemáticas asociadas.

Figura 2. Puntos de Corte y Resultado de la Media EAR

Fuente: elaboración propia

La Figura 2 presenta la ubicación de los puntos de corte de la Escala de Autoestima de Rosenberg junto con la media obtenida en el estudio. La media se encuentra en 27.67, ubicándose en el rango correspondiente al nivel de autoestima moderada, definido entre los valores de 25 (autoestima baja) y 29 (autoestima moderada), quedando por debajo de la autoestima elevada que se ubica en 40.

Este tipo de análisis no solo permite comprender el estado psicológico de una población específica, sino que también sirve como base para la intervención en casos donde los niveles de autoestima son bajos. Tal como lo mencionan Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007), el uso de esta escala es clave en contextos clínicos y de investigación debido a su alta fiabilidad y validez psicométrica. Esto resalta la utilidad de la escala no solo como herramienta diagnóstica, sino también como guía para el diseño de estrategias terapéuticas y preventivas dentro de la psicología clínica.

Análisis descriptivo del *Eating Attitudes* (EAT-12: Versión Reducida)

Este test contiene un total de 12 ítems, los cuales se dividen en tres factores de 4 preguntas por cada uno. En la siguiente tabla 5, se muestran los valores de Mínimo (m), Máximo (M), Media (X) y Desviación Estándar (D. T.).

Tabla 5. Resultados Descriptivos EAT-12

Eating Attitudes Test (EAT-12)	Mínimo	Máximo	Media	D. T.
Total Factor I Hacer Dieta	4	24	10	5.417
Total Factor II Bulimia y Preocupación Oral	4	24	7.41	4.353
Total Factor III Control Oral	4	24	8.25	4.794
Total EAT	12	65	25.65	12.187

Nota: n= 240 participantes

La tabla 5 proporciona una visión detallada de los resultados obtenidos a través del *Eating Attitudes Test* (EAT-12), un instrumento ampliamente reconocido en el ámbito de la psicología para evaluar las actitudes y conductas alimentarias (Garner et al., 1982). Este test es particularmente útil para identificar posibles trastornos alimentarios, así como patrones preocupantes en relación con la alimentación en diversas poblaciones. Los resultados aquí presentados abarcan tres factores clave: Hacer Dieta, Bulimia y Preocupación por la Alimentación, y Control Oral, además del puntaje total del test.

El Factor I, que corresponde a Hacer Dieta, revela una media de 10 (D.T. = 5.417), con puntajes que oscilan entre 4 y 24. Este factor evalúa la preocupación de los individuos por el peso y sus intentos por controlarlo, lo que es consistente con investigaciones previas que subrayan la relación entre las preocupaciones dietéticas y la insatisfacción corporal (Stice, 2002). Los puntajes obtenidos en este factor sugieren una preocupación moderada en la muestra estudiada, lo que podría reflejar una tendencia hacia la auto-regulación del peso en ciertos subgrupos de adolescentes.

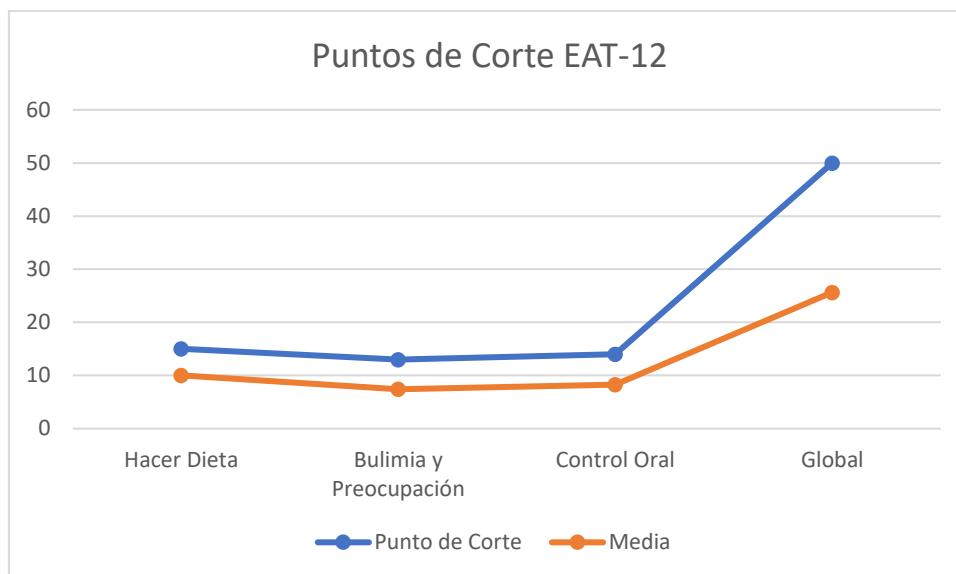
El Factor II, que mide Bulimia y Preocupación por la Alimentación, presenta una media de 7.41 (D.T. = 4.353), con un rango de 4 a 24. Este factor es esencial para evaluar la percepción de falta de control sobre la alimentación, así como la presencia de comportamientos compulsivos. La literatura sugiere que puntajes elevados en este factor están asociados con una mayor propensión a conductas alimentarias desordenadas, como el atracón y la purga (Fairburn & Harrison, 2003). No obstante, los resultados de este estudio indican que tales comportamientos no son predominantes en la muestra, lo que podría ser indicativo de una baja prevalencia de trastornos de tipo bulímico en esta población específica.

El tercer factor, Control Oral, tiene una media de 8.25 (D.T. = 4.794), con puntajes que también varían entre 4 y 24. Este factor se enfoca en la percepción del control externo que otros pueden ejercer sobre la alimentación del individuo, un aspecto relevante en la dinámica familiar y social de los adolescentes. Estudios previos han señalado que un alto control externo puede estar relacionado con sentimientos de pérdida de autonomía y autoestima baja (Birch & Fisher, 2000). Sin embargo, los resultados aquí presentados sugieren que la percepción de control externo no es predominante en la muestra estudiada, lo que podría reflejar un ambiente más autónomo o menos coercitivo en términos de hábitos alimentarios.

Finalmente, el puntaje total del EAT-12 muestra una media de 25.65 (D.T. = 12.187), con un rango que va de 12 a 65. Estos resultados se sitúan cerca del límite inferior de lo que se considera indicativo de preocupación alimentaria moderada, lo que sugiere que, en general, los participantes no presentan conductas alimentarias problemáticas significativas. Sin embargo, es importante considerar la variabilidad dentro de los factores, algunos subgrupos podrían requerir atención particular. Esto es coherente con estudios previos que han validado el EAT-12 como una herramienta eficaz para la detección de actitudes alimentarias de riesgo en adolescentes (Garner et al., 1982).

En conclusión, los resultados del EAT-12 en esta muestra proporcionan una visión integral de las actitudes y comportamientos alimentarios, destacando áreas de preocupación moderada que pueden ser relevantes para la intervención temprana en

ciertos subgrupos. La información obtenida es esencial para la planificación de estrategias de prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental y nutricional de los adolescentes.

Figura 3. Puntos de Corte EAT-12

Fuente: elaboración propia

Los datos presentados en la figura 3 reflejan una comparación entre las medias observadas y los puntos de corte establecidos para los factores del *Eating Attitudes Test-12* (EAT-12), incluyendo las subescalas de “Hacer Dieta”, “Bulimia y Preocupación”, “Control Oral” y el puntaje global. Según los resultados, las medias observadas en cada subescala son consistentemente más bajas que los puntos de corte establecidos, lo que sugiere que, en general, la muestra estudiada no presenta actitudes alimentarias problemáticas significativas. Por ejemplo, en la subescala “Hacer Dieta”, la media observada es de 10 puntos, considerablemente inferior al punto de corte de 15, lo que indica un nivel bajo de preocupación por las dietas en la población estudiada. Una tendencia similar se observa en “Bulimia y Preocupación”, con una media de 7.41 frente a un punto de corte de 13, y en “Control Oral”, con una media de 8.25 frente a un punto de corte de 14.

El puntaje global también muestra esta relación, con una media de 25.65 comparada con un punto de corte global de 50, lo que indica que, en promedio, los participantes no alcanzan niveles de riesgo significativo para actitudes alimentarias desordenadas. Estos resultados son consistentes con estudios previos que destacan la eficacia del EAT-12 para discriminar entre niveles de preocupación alimentaria, mostrando que puntuaciones bajas se asocian con menor riesgo de trastornos alimentarios (Garner & Garfinkel, 1979). La diferencia entre las medias observadas y los puntos de corte resalta la importancia de contextualizar los

resultados dentro de la población estudiada, factores como la edad, el género y el entorno sociocultural pueden influir significativamente en las actitudes hacia la alimentación (Toro et al., 2003). Por tanto, los resultados sugieren que la muestra presenta un perfil saludable en términos de actitudes alimentarias, al menos en los factores medidos por esta escala.

3.2. Análisis correlacional

El análisis correlacional es una técnica estadística utilizada para evaluar la relación entre dos o más variables, determinando la dirección y la fuerza de dicha relación. Este tipo de análisis no implica causalidad, sino que busca identificar si existe una asociación significativa entre las variables analizadas (Dancey & Reidy, 2017). Los coeficientes de correlación, como el de Pearson o Spearman, son utilizados para cuantificar la relación, donde un valor cercano a +1 o -1 indica una relación fuerte y un valor cercano a 0 indica una relación débil o inexistente. Este tipo de análisis es valioso en investigaciones que buscan explorar posibles vínculos entre fenómenos sin manipular las variables, permitiendo a los investigadores comprender cómo se comportan estas en conjunto (Gravetter & Wallnau, 2016). Es una herramienta crucial en estudios no experimentales, proporcionando una base para estudios futuros más específicos.

Análisis correlacional de la autoestima y las conductas alimentarias

En este apartado, se mide la relación que tienen las variables bajo la evaluación de los factores del EAT-12 y el EAR en concepto del Rho de Spearman, mismo que, es utilizado en variables de tipo ordinal, a continuación en la tabla 6, se muestra el análisis obtenido por el SPSS.

Tabla 6. Coeficientes de correlación Rho de Spearman.

Correlaciones					
Rho de Spearman	Total Factor I	Total Factor II	Total Factor III	Total EAT	Total EAR
Total Factor I	1	.573**	.365**	.812**	-.371**
Total Factor II		1	.548**	.830**	-.307**
Total Factor III			1	.738**	-.279**
Total EAT				1	-.411**
Total EAR					1

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

Nota: n= 240 participantes

La tabla 6 muestra los coeficientes de correlación obtenidos mediante el Rho de Spearman entre los factores del Eating Attitudes Test (EAT-12) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

Este análisis busca identificar la relación entre las actitudes alimentarias y los niveles de autoestima en una muestra de 240 participantes. Todas las correlaciones significativas se encuentran marcadas con doble asterisco (**), indicando significancia estadística al nivel $p < 0.01$ (bilateral).

El Factor I (Hacer Dieta) del EAT-12 muestra una correlación positiva fuerte con el puntaje total del EAT ($r = 0.812$), lo que es consistente dado que este factor contribuye significativamente al puntaje global del instrumento. Sin embargo, tiene una correlación negativa moderada con el total de la EAR ($r = -0.371$), lo que sugiere que mayores preocupaciones relacionadas con la dieta están asociadas con niveles más bajos de autoestima. Este hallazgo coincide con estudios previos que han vinculado actitudes restrictivas sobre la alimentación con una percepción negativa del autoconcepto (Garner et al., 1982).

El Factor II (Bulimia y Preocupación por la Alimentación) también presenta una correlación positiva fuerte con el total del EAT ($r = 0.830$) y una correlación negativa moderada con el total de la EAR ($r = -0.307$). Esto sugiere que los comportamientos relacionados con la bulimia o la preocupación excesiva por la comida están significativamente relacionados con niveles más bajos de autoestima. Este patrón es consistente con investigaciones que indican que los sentimientos de pérdida de control en la alimentación suelen estar relacionados con una percepción de menor valía personal (García-Campayo et al., 2005).

El Factor III (Control Oral), que mide la percepción de presión externa para comer, tiene una correlación positiva fuerte con el total del EAT ($r = 0.738$) y una correlación negativa más débil con la EAR ($r = -0.279$). Esto indica que, aunque las influencias externas sobre la alimentación contribuyen a las actitudes generales sobre la alimentación, su relación con la autoestima es menos pronunciada que la observada en los otros factores.

Finalmente, el puntaje total del EAT presenta una correlación negativa moderada con el puntaje total de la EAR ($r = -0.411$), lo que respalda la hipótesis de que una mayor disfunción en las actitudes alimentarias se asocia con niveles más bajos de autoestima. Este hallazgo es coherente con la literatura previa, que identifica la autoestima como un factor de riesgo o protección clave en la aparición de trastornos alimentarios (Garner et al., 1982; Schmitt & Allik, 2005).

3.3. Interpretación general

Los resultados confirman que existe una relación inversa significativa entre la autoestima (medida por la EAR) y las actitudes alimentarias problemáticas (medidas por el EAT-12). Los adolescentes con una autoestima más baja, tienden a reportar mayores preocupaciones sobre la dieta, comportamientos bulímicos o presión externa hacia la alimentación. Estas correlaciones destacan la importancia de abordar la autoestima como un factor central en las intervenciones dirigidas a prevenir o tratar conductas alimentarias disfuncionales en esta población.

CONCLUSIONES

- Se confirmó que existe una relación negativa significativa entre la autoestima y las actitudes alimentarias en adolescentes de 13 a 16 años. Los resultados evidenciaron que a medida que la autoestima disminuye, las actitudes alimentarias problemáticas, como la preocupación excesiva por la dieta y la comida, tienden a aumentar. Este hallazgo respalda la hipótesis planteada en el estudio y destaca la importancia de la autoestima como un factor clave para el desarrollo de conductas alimentarias saludables.
- El análisis global de las variables indicó que los adolescentes presentan, en promedio, niveles moderados de autoestima y actitudes alimentarias. Sin embargo, se identificaron casos con riesgo significativo, con un porcentaje de participantes con autoestima baja y puntajes elevados en el EAT-12, lo que señala la necesidad de intervenciones dirigidas a estos subgrupos vulnerables. Estas observaciones cumplen con el objetivo de analizar ambas variables en esta población.
- La revisión teórica y los datos obtenidos confirman que la autoestima es un factor protector frente a actitudes alimentarias problemáticas. Las conductas relacionadas con una baja percepción del valor personal están fuertemente vinculadas con patrones alimentarios desordenados, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas basadas en evidencia. Este marco teórico respalda el desarrollo de programas psicoterapéuticos y psicoeducativos dirigidos a adolescentes y sus familias.
- Los factores del EAT-12 mostraron correlaciones negativas significativas con la autoestima. El Factor I, relacionado con hacer dieta, tuvo el impacto más fuerte, seguido del Factor II, que mide bulimia y preocupación por la alimentación, y del Factor III, que evalúa el control oral.
- Esto destaca la influencia de las preocupaciones relacionadas con el peso y la alimentación en la disminución de la autoestima, siendo estas áreas prioritarias para intervenciones preventivas.

- El análisis correlacional evidenció una relación significativa entre las actitudes alimentarias y la autoestima en todos los factores evaluados. Estos resultados confirman que la autoestima es una variable determinante en la aparición de conductas alimentarias problemáticas. Esto proporciona una base sólida para orientar futuras investigaciones y diseñar estrategias que aborden estas problemáticas en la adolescencia, contribuyendo al bienestar integral de esta población.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas de fortalecimiento de la autoestima dirigidos a adolescentes, priorizando aquellos con niveles bajos o moderados. Estos programas deben incluir herramientas que promuevan la autoaceptación, la regulación emocional y la construcción de una imagen corporal positiva, buscando reducir las actitudes alimentarias problemáticas que afectan su desarrollo integral.
- Establecer evaluaciones periódicas en las instituciones educativas para identificar a tiempo a los adolescentes con puntajes bajos de autoestima o actitudes alimentarias disfuncionales. Estas evaluaciones permitirán generar diagnósticos tempranos y diseñar intervenciones personalizadas que respondan a las necesidades específicas de esta población en riesgo.
- Incorporar contenidos psicoeducativos en los currículos escolares que aborden la relación entre autoestima y alimentación. Estos contenidos deben estar dirigidos tanto a estudiantes como a sus familias y profesores, promoviendo un enfoque integral que fomente hábitos alimentarios saludables y reduzca los factores de riesgo asociados con una baja autoestima.
- Desarrollar estrategias de intervención específicas para los adolescentes que muestran mayor preocupación por la dieta y el peso, como los identificados en el Factor I del EAT-12. Estas estrategias pueden incluir campañas educativas que desmonten los ideales de belleza poco realistas y fomenten la aceptación de la diversidad corporal en la adolescencia.
- Fomentar nuevas investigaciones de tipo mixto que analicen la relación entre autoestima y conductas alimentarias en diferentes contextos culturales y sociales. Estas investigaciones permitirán diseñar programas más efectivos y contextualizados, que puedan aplicarse en diversos entornos para prevenir y abordar estas problemáticas de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association [APA]. (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Washington, DC: APA.
- Arnal, J., Del Rincón, D., & Latorre, A. (2016). *Investigación educativa: Fundamentos y metodología* (3ra ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Babbie, E. (2013). *The practice of social research* (13th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, *4*(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, *11*(1), 56–95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(2), 217–229. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9008-7>

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., ... & Black, R. E. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *The Lancet*, *382*(9890), 452–477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3), 539-549. <https://doi.org/10.1542/peds.101.3.S1.539>
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., & Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, *371*(9608), 243–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). Academic Press.
- Blössner, M., & de Onis, M. (2005). *Malnutrition: Quantifying the health impact at national and local levels*. Ginebra: World Health Organization.
- Borja, K. (2022). Relación entre autoestima y riesgo a presentar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa San José de la Salle, en Cuenca-Azuay, período 2021 (tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/3MdNHP4>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, *22*(6), 723–742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nueva York, NY: Routledge.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2013). Overview of the eating disorders. En B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (3ra ed., pp. 1–16). Nueva York, NY: Routledge.
- Calvopiña, D. (2014). Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba. Quito, 2013–2014 (tesis de licenciatura). PUCE, Quito, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/42KxmH2>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Castillo, A. (2005). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://bit.ly/3pr53yW>
- Collins, S., Dent, N., Binns, P., Bahwere, P., Sadler, K., & Hallam, A. (2006). Management of severe acute malnutrition in children. *The Lancet*, 368(9551), 1992–2000. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69443-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69443-9)
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Córdova, A. (2008). Estudio de la autoestima en adolescentes: Elaboración de un programa para su desarrollo según el modelo integrativo ecuatoriano (tesis de licenciatura). Universidad del Azuay.

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4ta ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2017). *Estadística para las ciencias de la salud* (7ma ed.). México: Pearson.
- Daniels, S. R. (2009). Complications of obesity in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33(S1), S60–S65. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.20>
- De la Cruz, I., & Ramos, I. (2020). Autoestima y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa de mujeres en Breña, Lima (tesis de licenciatura). Universidad Católica Sedes Sapientiae, Perú. Recuperado de <https://bit.ly/3Mdjolf>
- Díaz, L. (2018). *Biblia del Pescador. Evangelio de Mateo. Reina Valera 1960*. Nashville, TN: Holman.
- ECLAC. (2020). *Families, family policies and sustainable development in Latin America and the Caribbean*. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Eche Muro, D. C., Huayunga Yalta, L. K., & Velásquez Armijos, L. M. (2023). *Adaptación y validación del test de actitudes alimentarias versión reducida en estudiantes universitarias de Chiclayo*. Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología.

- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2004). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(8), 733–738.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York, NY: Norton & Company.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, *7*(2), 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4ta ed.). Londres: Sage.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in a population of patients with eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *33*(4), 232–236.
- García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., & Moreno, C. (2015). Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal*, *74*(6), 641–654. <https://doi.org/10.1177/0017896914555039>
- Garrido, V. (2012). *Desarrollo de competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario* (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de <https://bit.ly/44MuKdt>

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1982). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198221\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198221)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4ta ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Gideon, N., Hawkes, N., Larner, M., & Byrne, S. (1989). Assessment of eating disorders: Reliability and validity of the EAT-12. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(1), 125–132. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90010-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90010-7)
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Leech, N. L. (2011). *Research methods in applied settings: An integrated approach to design and analysis* (2da ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Golden, M. H. (2009). Evolution of nutritional management of acute malnutrition. *Indian Journal of Medical Research*, 130(5), 611–615.

- Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., ... & Kreipe, R. E. (2015). Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 56*(4), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.020>
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134*(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Grabe, S., Hyde, J. S., & Lindberg, S. M. (2007). Body objectification and depression in adolescents: The role of gender, body mass, and body dissatisfaction. *Journal of Research on Adolescence, 17*(4), 583–602. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00532.x>
- Gracia-Marco, L., Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Williams, C. A., & Moreno, L. A. (2010). Gender differences in physical fitness levels in European adolescents: The HELENA study. *Journal of Sports Sciences, 28*(8), 813–821. <https://doi.org/10.1080/02640414.2010.489305>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2016). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (9na ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2016). *Statistics for the behavioral sciences* (10ma ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2015). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think* (2da ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Grilo, C. M. (2010). Evidence-based cognitive behavioral strategies for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(3), 310–316. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>

- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (3ra ed.). Londres: Routledge.
- Hart, S., Abraham, S., Franklin, R., Russell, J., & Bakouris, H. (2005). Intermittent fasting: Potential for the reduction of risk of disease. *Bioessays*, 27(1), 27–37. <https://doi.org/10.1002/bies.20139>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2da ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Huertas, J., & Masías, Y. (2023). *Evidencias psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-12) en adolescentes de Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/117247/Huertas_AJE-Masías_GYN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- INEC. (2022). *Censo de población y vivienda*. Quito, Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 1). Nueva York, NY: Henry Holt and Company.
- Jurado, D., Jurado, S., López, K., & Querevalú, B. (2015). Validity of Rosenberg's Self-Esteem Scale on college students from Mexico City. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>
- Kelsey, M. M., Zaepfel, A., Bjornstad, P., & Nadeau, K. J. (2014). A review of the effects of obesity on cognition and brain structure and function across the lifespan: Implications for novel approaches to prevention and treatment. *Obesity Reviews*, 15(9), 776–797. <https://doi.org/10.1111/obr.12187>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of behavioral research* (4ta ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Lange, A., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press.

- Levine, M. P., & Piran, N. (2001). Body image development in adolescent girls. En R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 86–111). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10404-004>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2010). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2da ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Loor, J., & Patiño, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca 2016 (tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/3Mg9BB5>
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Márquez, P., & Salazar, C. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes de secundaria. *Revista de Psicología Educativa*, 22(2), 23-34.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.

- Marsh, H. W., & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107–123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
- Mayorga, M. (2023). *Trastornos de la conducta alimentaria. Intervenciones clínicas de la adultez*. Ambato, Ecuador: PUCESA.
- Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438–443. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>
- Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Eating disorder and its relationship with body image and self-esteem in adolescents (tesis de licenciatura). Universidad Veracruzana, México. Recuperado de <https://bit.ly/44RtbLe>
- Moreta-Herrera, C. R. & Zumba, D. (2022). Afectividad, Regulación Emocional, Estrés y Salud Mental en adolescentes del Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista De PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 10(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.801>
- Muñiz, J. (2010). *Teoría clásica de los tests* (2da ed.). Madrid: Pirámide.
- Naranjo-Reyes, T.R. (2018). *Relación de la Predisposición Cognitiva y la Búsqueda de Sensaciones en el Consumo Temprano de Alcohol en Adolescentes Escolarizados de 12 a 16 Años en la Ciudad de Latacunga – Sector Urbano*. Ambato, Ecuador. PUCESA. Recuperado de: <https://repositorio.puce.edu.ec/bitstreams/8aa4ad1f-1577-447a-acd7-936d4288d4d6/download>
- Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 220–227. <https://doi.org/10.1002/eat.20181>

- Neumark-Sztainer, D. (2005). *I'm, like, SO fat!: Helping your teen make healthy choices about eating and exercise in a weight-obsessed world*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *384*(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3ra ed.). Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Ochoa, D. (2015). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Colegio Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/3MdJr20>
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(1), 43–57. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D)
- OMS. (2021). *Informe mundial sobre salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 695–708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>

- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(6), 1271-1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Papalia, D. E., Wendkos, S. C., & Duskin, G. M. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). México: McGraw-Hill.
- Patterson, R. E., Laughlin, G. A., LaCroix, A. Z., Hartman, S. J., Natarajan, L., Senger, C. M., ... & Sears, D. D. (2015). Intermittent fasting and human metabolic health. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 115*(8), 1203–1212. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.02.018>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4ta ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health, 100*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Ruiz, M. (2014). Características de la dinámica familiar en las mujeres que presentan trastornos de conducta alimentaria: Estudio sistémico realizado en la Clínica Noos de la ciudad de Quito en el período de enero a agosto del 2014 (tesis de licenciatura). PUCE, Quito, Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/fd342f86-8497-47e5-911c-e351dce6929b/content>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Santrock, J. W. (2016). *Adolescence*. Nueva York, NY: McGraw-Hill Education.
- Scipione, F. (2018). *Trastornos alimentarios y calidad de vida en adolescentes de 15 a 21 años de edad de la ciudad de Paraná* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica de Argentina. Recuperado de <https://bit.ly/3px2riS>
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Steinberg, L. (2014). *Adolescence* (10ma ed.). Nueva York, NY: McGraw-Hill.

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985–993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9)
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284–295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Suárez, P. (2011). *Es la belleza estereotipada una influencia social que afecta a las adolescentes que presentan trastornos alimenticios en el Colegio de La Inmaculada de la ciudad de Ambato en la provincia de Tungurahua período 2010-2011* (tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de <https://bit.ly/42nNbDz>
- Toro, J., Castro, J., Grimaldo, A., Pineda, D., Guadalupe, E., Rodríguez, R., & Peláez, J. (2003). Eating disorders in adolescents: A comparison of two different Spanish-speaking populations. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 449-456. <https://doi.org/10.1002/eat.10234>

- Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2019). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case series. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 368–372. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10312-000>
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181–183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Trepanowski, J. F., & Bloomer, R. J. (2010). The impact of religious fasting on human health. *Nutrition Journal*, 9, 57. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-9-57>
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (2004). Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 314–328. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.3.314>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 321–344. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504_3
- UNICEF. (2021). *Informe sobre las condiciones de vida de adolescentes rurales*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Varady, K. A. (2011). Intermittent versus daily calorie restriction: Which diet regimen is more effective for weight loss? *Obesity Reviews*, 12(7), e593–e601. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00873.x>

Veloso, V., Lucena, S., Santos, W., Gouveia, R., & Cavalcanti, J. (2010). Test de actitudes alimentarias: Evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28–36.

World Health Organization. (2009). *WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children*. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Informe mundial sobre salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado (Virtual)

Estimado/a estudiante, por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo/a como participante en la presente investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato, está llevando a cabo en la ciudad de Latacunga durante el año 2024. Esta investigación lleva por título: “Conductas Alimentarias y su Relación con la Autoestima en Adolescentes.”. El objetivo de esta investigación es analizar las conductas alimentarias y la autoestima en adolescentes de 13 a 16 años de una unidad educativa.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar tres encuestas, en la que se harán diversas preguntas referidas a sintomatología psicológica. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo.

Su participación será anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso de que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido. Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento y prosiga con las siguientes secciones. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de llenarla o puede dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Si No

Pablo Buitrón Jara

Investigador Responsable

Anexo 2. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica

1. VARIABLES SOCIALES

1.1. Datos Informativos

Edad	Sexo Masculino () Femenino ()	Estado Civil Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Unión libre ()	Identificación étnica Mestizo () Indígena () Afro () Blanco ()
Procedencia Zona Urbana () Zona Rural ()	Tipo de Familia Nuclear () Monoparental () Reconstituida () Extendida ()		Persona encargada Padre () Pareja () Hijos () Otros ()

1.2. Organización Familiar

Vive con:	Padres ()	Pareja ()	Solo/a ()	Hijo/a ()	Otros ()
------------------	------------	------------	------------	------------	-----------

1.3. Nivel Educativo

Bajo ()	Medio ()	Alto ()
----------	-----------	----------

1.4. Economía y Trabajo

Situación económica familiar:	Muy buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
--------------------------------------	---------------	-----------	-------------	----------

1.5. Actividades Extracurriculares

Hacer deporte		Tiempo familiar	
Caminar en áreas verdes		Dormir	
Salir con amigos		Desarrollo de espiritualidad	
Ir al cine		Voluntariado	
Leer		Talleres de habilidades	
Escuchar música		Nada en especial	
Ir a comer		Beber alcohol o fumar	
Ver televisión		Otros	

2. VARIABLES CLÍNICAS

2.1. Apreciación actual de la salud

Muy buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
---------------	-----------	-------------	----------

2.2. ¿Recibiste tratamiento psicológico?

Si () Diagnóstico	No ()
--------------------------	--------

2.3. ¿Tiene antecedentes psicológicos personales?

Si () Diagnóstico	No ()
--------------------------	--------

Baremos

PERCENTILES	D1	D2	D3	NIVEL
Percentil 90-ésimo	19	17	19	
Percentil 80-ésimo	17	14	16	ALTO
Percentil 75-ésimo	16	14	15	
Percentil 70-ésimo	15	13	14	
Percentil 60-ésimo	14	12	13	
Percentil 50-ésimo	12	10	12	MEDIO
Percentil 40-ésimo	12	9	10	
Percentil 30-ésimo	10	8	9	
Percentil 25-ésimo	10	7	8	
Percentil 20-ésimo	9	6.8	8	BAJO
Percentil 10-ésimo	7	6	5.9	

Fuente: Eche et al (2023)

Anexo 4. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

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.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				