



UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**
**Caso estudio: 8avo semestre de la escuela de Psicología de la Universidad Arturo
Michelena, Valencia, Estado Carabobo.**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Licenciado en
Psicología, mención Clínica

Línea de Investigación:

Personalidad y Salud Mental

Autoras:

Br. González, María.

218009769@uam.edu.ve

0412.6477728

Br. Tablante, Ada.

218006773@uam.edu.ve

0424.4934621

Tutor:

Lcdo. Zambrano, Maiker.

maykerz20@gmail.com

0424.4507808

San Diego, Julio del 2022.



DEDICATORIA

El presente trabajo viene acompañado de momentos de mucho esfuerzo y amor, donde sin duda tuve personas valiosas que me incentivaron a seguir adelante, y poder lograr lo que tanto deseaba, incluso cuando el agotamiento físico y mental me lo impedían.

Te lo dedico a ti, Johanna Suárez; por haberme motivado, por estar a mi lado cuando más lo necesitaba, por inspirarme y ayudarme a ser la mujer que soy hoy en día.

A mi papá, Jeremy Tablante; por estar presente incluso en la distancia, te dedico este trabajo porque todos los días me enseñas que se requiere de esfuerzo y compromiso llegar a la meta.

A Vicente Barrios; por estar presente en mis logros y en mis derrotas. Por compartir conmigo tus conocimientos, experiencias, y consejos.

A mi hermana, Daniela Tablante; por no dejarme caer, por ser tan especial y por recordarme mis fortalezas cada vez que siento no poder más.

A ustedes abuelos, Arnaldo Tablante y Zoraida de Tablante; por impulsarme a cumplir mis sueños, por darme fortaleza cuando pienso que no puedo más, y por estar presentes en cada momento de mi vida.

A mi tío, Anderson Tablante; por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme lo valioso que es aprender y estudiar, por acompañarme y apoyarme en toda mi trayectoria universitaria.

Esta meta se la dedico a toda mi familia, por estar, apoyarme, y acompañarme desde mis inicios.

Ada Tablante



A mi madre, porque me has recordado constantemente mis fortalezas, aunque a veces tiendo a olvidarlas, por ser siempre mi modelo a seguir, y mi fiel ejemplo de resiliencia en la vida.

A mis futuras colegas, porque nunca creí que esas señoritas que conocí en el primer semestre de esta carrera tan reveladora, se iban a convertir en mi familia de la UAM.

Y, por último, le doy gracias a mi yo de hace 4 años, que a veces suele ser muy dura consigo misma; ¡mírate hoy!, estás a tan pocos meses de culminar tu carrera, y sigues con las mismas esperanzas y aún más conocimientos que en el momento en que decidiste convertirte en psicóloga, a pesar de las adversidades.

María Gabriela González



AGRADECIMIENTOS

Inicialmente le agradezco a la Universidad Arturo Michelena, por brindarme un lugar donde pudiese adquirir los aprendizajes que requería, un lugar donde conocí gente excepcional que permitieron construir la persona que soy hoy en día. Sin duda fue un reto que siempre valdrá el esfuerzo.

Le agradezco a los docentes que impartieron sus conocimientos con todo el amor, vocación y esfuerzo, agradezco haber tenido en mi camino a profesionales que me hicieron dar más de mi 100%, incluso cuando sentía que ya no podía.

Le agradezco a todos los compañeros y amigos que conocí durante toda esta trayectoria, sin duda siempre estarán y formarán parte de mí, como Lucia Verde, Willianny Miranda, Mariangel Sánchez, María Gabriela González, Gabriel Acosta, María Gabriela Galíndez, Iriana Bernard, Humberto Pachano, entre muchos otros.

Le agradezco a mi hermana Daniela Tablante, por nunca irse de mi lado, y estar para apoyarme y calmarme cuando en ocasiones la presión impedía que continuara. Y a toda mi familia por estar allí, y acompañarme en toda mi trayectoria.

Ada Tablante

Desde hace un tiempo, he logrado comprender la naturaleza de la condición humana en épocas de adversidades, y he llegado a la conclusión que las personas que tenemos cerca ejercen una gran influencia en esos momentos donde queremos desistir, o rendirnos. Es por eso que me tomo este espacio para hacer un alto en mi vida y genuinamente agradecer a todas esas personas que, de una u otra forma, me han ayudado a llegar hasta este momento.

Principalmente debo darles las gracias a mi madre, quien ha sido mi principal motor en este semestre, y mi guardiana de mi salud (física y emocional) durante toda mi vida. A mi papá,



por darme la mejor música para redactar este trabajo, amor, y apoyo durante la realización del mismo.

A mis primos Francisco González y Diego González, por ser mis propios psicólogos personales y atenderme en esos momentos de crisis, donde me siento perdida sobre cual rumbo debo tomar. Espero que nunca se cansen de contestar mis mensajes, porque voy a extrañar cuando no lo hagan. Muchísimas gracias a ti Kiko, sin tus consejos no hubiera podido alcanzar esta meta, parte de este logro es tuyo.

En este mismo orden, no puedo ignorar la presencia de distintos profesores que durante estos cuatro años me han hecho darme cuenta que el esfuerzo que hago realmente está valiendo la pena, y me han inspirado en convertirme en una excelente profesional. Uno de estos profesores, es el profesor Luis Bejarano, quien me enseñó a buscar el conocimiento más allá del contenido de una asignatura.

Gracias por toda esa biografía que decidiste compartir en el cuarto semestre, y enseñarme mi asignatura favorita de toda la carrera: Psicología de la Personalidad, además de responder (literalmente) todas las preguntas que te he hecho alrededor de los semestres con mucho amor y ternura, porque efectivamente han sido demasiadas; por si no fuera poco, me diste mi primera oportunidad laboral, siempre con tu mejor disposición para enseñarme.

Seguidamente, es necesario agradecer al profesor Emmanuel Arzola, por ser el mejor guía con sus audios-clases y enseñarnos la magia de enseñar con dedicación; tu originalidad y amor por la docencia quedarán marcados en mi corazón académico por siempre. Tus asignaturas también fueron mis favoritas por muchísimas razones; espero que nunca te sientas con ganas de no seguir siendo docente, tienes un don mágico para hacer reír, reflexionar, y re-significar muchísimas cosas.

Tampoco puedo dejar a un lado a un grupo de personas maravillosas, las cuales nos hemos apoyados una a las otras durante estos semestres; le doy las gracias a Iriana Bernad, Diviana Peréz, Valentina Cartagena, Esperanza Seijas, Luisana Guerrero, Reyliimar Morillo, y



Eva Cásseres por enseñarme la magia de tener un grupo de amigas con las que puedo reírme, hablar de tareas, y contarnos nuestros problemas, que al fin y al cabo, forman parte de nuestro día a día. Espero que podamos formar nuestra propia alianza entre psicólogas, con un Chigüire de logo.

Y por último, al Lcdo. Jhoussan Bello y al profesor Maiker Zambrano por su constante guía y esfuerzo para orientarnos en cada capítulo. Este trabajo no hubiera sido lo que es sin sus indicaciones, sin su paciencia, constancia y dedicación. Les agradezco desde el fondo de mi corazón que respondieran todas las preguntas y dudas que tuve en la travesía. No es nada fácil, pero gracias a ustedes, el camino se hizo más llevadero y sencillo.

María Gabriela González



UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

**Caso estudio: 8avo semestre de la escuela de Psicología de la Universidad Arturo
Michelena, Valencia, Estado Carabobo.**

Autoras: Br. González A., María G.
Br. Tablante S., Ada A.

Tutora: Lcdo. Zambrano, Maiker.

Fecha: julio, 2022.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar el tipo de relación existente entre la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo de los adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 30 años de edad de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena, Estado Carabobo. La investigación se enmarca en el enfoque Cognitivo Conductual, bajo un paradigma cuantitativo y con modalidad de estudio correlacional, debido a que se trata de determinar cuál es la relación que existe entre Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo. La población estuvo conformada por 96 alumnos, de los cuáles se extrajo una muestra constituida por 77 alumnos de sexo masculino y femenino. El trabajo fue de diseño no experimental, tipo de campo, y a nivel descriptivo. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993) y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011); dichos instrumentos fueron analizados a través del coeficiente de correlación de rangos Rho de Spearman (Rs), y una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Cuyos resultados obtenidos consistieron, en el Inventario de Coopersmith, en 40-30% de la muestra en “Medio Bajo”, y 30.80% en “Medio alto”, así como 15.50% en alto, y 10.40% en bajo. Posteriormente se obtuvo como resultado que, en la variable de Conductas Alimentarias de Riesgo, el 66.20 % de la muestra presenta Ausencia de riesgos, 19.50 % un alto riesgo y 14.30% un riesgo moderado. Respecto a la correlación entre variables, los resultados evidencian que se acepta la hipótesis de la investigación, la cual indica la relación existente entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en adultos jóvenes de la Escuela de Psicología del 8vo semestre.

Palabras Claves: Conductas Alimentarias de Riesgo, Autoestima, Adultez Emergente, Estudiantes Universitarios.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	17
Formulación del Problema	24
Interrogante Principal	24
Interrogantes Secundarias	24
Objetivos de la Investigación	25
Objetivo General	25
Objetivos Específicos	25
Justificación y Delimitación del Estudio	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
Antecedentes de la Investigación	28
Antecedentes Internacionales	28
Antecedentes Nacionales	30
Bases Teóricas Referenciales	32
Enfoque Cognitivo-Conductual	32
Autoestima	33
Teoría de la Autoestima de Coopersmith (1967)	34
Trastornos de Conducta Alimentaria	36
Teoría Transdiagnóstica de Fairburn (2003)	38
Conductas Alimentarias de Riesgo	39
Ejes Temáticos	40
Adulthood Emergente	40
Estudiantes universitarios bajo la Modalidad Semi-presencial	41
Fundamentos Normativos	42
Definición de Términos Básicos	44
Sistema de Variables	44



Formulación de Hipótesis	.....	45
Matriz de Variables	.....	46
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		
Paradigma Cuantitativo de la Investigación	.....	51
Diseño y Tipo de Investigación	.....	52
Fases Metodológicas de Investigación	.....	53
Nivel y Modalidad de Investigación	.....	55
Población y Muestra	.....	55
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	.....	63
Descripción de los Instrumentos	.....	63
Validez y Confiabilidad	.....	65
Técnicas de Análisis	.....	68
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		
Análisis de los Resultados Obtenidos	.....	70
Fase I	.....	70
Fase II	.....	77
Fase III	.....	84
CONCLUSIONES	.....	87
RECOMENDACIONES	.....	89
REFERENCIAS CONSULTADAS	.....	92
ANEXOS	.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Niveles de la Autoestima	35
Tabla N° 2. Dimensiones de la Autoestima	35
Tabla N°3. Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Conducta Alimentaria según el DSM-V	37
Tabla N° 4. Matriz de Variable	46
Tabla N° 5. Características de la Muestra	57
Tabla N°6. Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las edades	59
Tabla N°7. Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo al sexo	60
Tabla N°8. Categorías de Puntuación del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967), Formulario para adultos (Forma C).	64
Tabla N°9. Formas de interpretación del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (2011)	65
Tabla N°10. Leyenda de Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman	69
Tabla N°11 Leyenda de Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman	69
Tabla N°12. Resultados Individuales de las dimensiones de Autoestima según Coopersmith (1967)	70
Tabla N°13. Distribución de la muestra de Estudiantes de acuerdo a la Autoestima	74
Tabla N°14. Resultados Individuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo, según Altamirano, Vizmanos, y Unikel (2011)	77
Tabla N°15. Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las Conductas Alimentarias de Riesgo	80
Tabla N°16. Evaluación del coeficiente de prueba de bondad	



de ajuste para la Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo.	.....	84
Tabla N°17. Coeficiente de Correlación y Significancia entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo.	.....	85



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura Nro.1 Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las edades	59
Figura Nro.2 Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo al sexo	61
Figura Nro.3 Distribución de la muestra de acuerdo a la Autoestima	74
Figura Nro.4 Distribución de Frecuencias de relación a las dimensiones de Autoestima según Coopersmith (1967)	76
Figura Nro.5 Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las Conductas Alimentarias de Riesgo	81
Figura Nro.6 Distribución de frecuencias en relación a las Dimensiones de las Conductas Alimentarias de Riesgo según Altamirano, Vizmano y Unikel (2011)	82



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A-1: Consentimiento Informado	100
Anexo A-2: Consentimiento Informado	101
Anexo B-1: Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (forma c)	102
Anexo B-2: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011)	103

INTRODUCCIÓN

La autoestima es la predisposición a saberse apto para la vida y para satisfacer las propias necesidades, el sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo y merecedor de felicidad (Pérez, 2019). Es considerada una necesidad vital para el ser humano, al desempeñar un rol importante en las decisiones, elecciones, desarrollo, y supervivencia; además, representa un logro y reconocimiento individual.

Sin embargo, en ocasiones se realizan conductas con el propósito de modificar algún aspecto relacionado con la insatisfacción corporal, el cual puede considerarse un predictor de trastornos alimentarios según López (2012), pudiéndose dar inicio a la adquisición de conductas alimentarias de riesgo (CAR), prevaleciendo en adolescentes, adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 25 años, y considerándose un riesgo a la salud física y mental del individuo.

De esta manera, las afirmaciones anteriores nos indican a profundizar en el presente estudio del Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo con una línea de investigación denominada por la Escuela de Psicología de La Universidad Arturo Michelena como Personalidad y Salud Mental; las variables antes mencionadas se estudiaron en los estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología que cursan bajo la modalidad semipresencial en la Universidad Arturo Michelena, hecho que se realizó a través del Paradigma Cuantitativo, en un estudio correlacional, investigación no experimental descriptiva con el objetivo de establecer una relación directa entre las variables Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo a través del enfoque cognitivo-conductual.

De igual modo, la investigación estará estructurada de la siguiente manera: El Capítulo I contiene el planteamiento del problema, las interrogantes generadas de la investigación, el objetivo general, y el desglose de los objetivos específicos, y finalmente la justificación y delimitación de la investigación. Posteriormente, el Capítulo II, pretende establecer el marco teórico de la investigación, ubicándose antecedentes nacionales e internacionales de la investigación que sirven como sustento y aporte para el actual estudio. De igual manera, se

exponen las bases teóricas, que favorecen la comprensión de la investigación, y los respectivos sustentos normativos por los que se rige la investigación. Además, son definidos los términos básicos, el sistema de variables, la formulación de hipótesis planteadas, y finalmente, la matriz de variable, con el propósito de resumir las fases de investigación, con las respectivas variables a abordar, las dimensiones y los instrumentos.

A continuación, en el Capítulo III, se desglosa el marco metodológico de la investigación, el cual describe el paradigma cuantitativo de la investigación, se describe el diseño y tipo de investigación, son desglosadas las fases metodológicas a seguir en el respectivo estudio, así como también se desarrolla el nivel y modalidad, la población y los criterios utilizados para designar a la muestra. Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y confiabilidad de la investigación, las técnicas de análisis utilizadas.

Posteriormente, en el Capítulo IV, se presenta el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, estableciendo relación de acuerdo a los objetivos planteados y del marco teórico desarrollado que sirvió de soporte a la investigación, mediante la codificación y tabulación, los respectivos análisis estadísticos, y la interpretación de la información obtenida.

Finalmente, se presentan las conclusiones, relacionadas con los resultados, vinculando las mismas al planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y las investigaciones anteriores citadas en el marco teórico, enfocando el punto de vista de las investigadoras de acuerdo al enfoque psicológico como aporte al estudio; asimismo, las recomendaciones, donde se surgieren una serie de lineamientos a considerar en función sobre cómo profundizar futuras investigaciones que involucren ambas variables, tanto Autoestima como Conductas Alimentarias de Riesgo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Aunque no existe una conceptualización única de Autoestima, se considera uno de los indicadores más relevantes de salud y bienestar; es un constructo que ha cobrado interés reciente en la Psicología, y se utiliza para definir el sentido general de una persona sobre su propio mérito o valor personal. Según Coopersmith (1967) (citado en Lara et al., 1993) la autoestima hace referencia a “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta” (p. 248). Se trata así de la disposición permanente para enfrentarnos con nuestra propia individualidad, conforma nuestra personalidad, y le otorga un sentido a la misma.

Existen numerosos estudios con respecto a la Autoestima. Tanto Herrero (1994) cómo González Arratia et al (2000), concluyen que es una variable importante dentro del desarrollo humano, ya que influye directamente en el comportamiento de los individuos, pues la forma en que se evalúa a sí mismo la persona tiene repercusión en todas las áreas del desarrollo social, emocional, intelectual, y conductual. Uno de estos cambios que alteren la autoestima puede estar en relación con la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal, y para su comprensión, se utilizará la definición de Raich et al (1996), donde la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo.

De esta manera, en las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, han generado una importante atención social y un importante corpus científico, analizando su etiología, clínica asociada, y tratamientos eficaces. Raich (2000), afirma que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes, aunado a distorsiones perceptivas del tamaño corporal como un criterio diagnóstico; la alteración de la imagen corporal que se detecta principalmente, es la tendencia a ver el cuerpo con más tamaño que el real, lo que se denominó de forma general: sobreestimación.

Desde hace unos años, Saffon y Saldarriega (2014), manifiestan que se ha ido estableciendo la extrema delgadez como el ideal de belleza, aceptado en muchas culturas de Latinoamérica. Adoptando un enfoque sociocultural, el rol que cumple la internalización de este ideal, impuesto por la sociedad actual en el desarrollo de alteraciones en la imagen corporal y en los hábitos de alimentación se denota con un foco específico en el género femenino. Al tratar de comprender la literatura de la internalización del ideal de delgadez, se puede notar que se ha llegado a la conclusión de que esta no solo es un factor que predice cambios cognitivos y comportamentales en aquellas personas que intentan perseguir este ideal (Thompson y Stice, 2001), sino que es una variable mediadora entre otros factores de riesgo, cómo la insatisfacción corporal o la presencia de conductas alimentarias de riesgo (Jones et al., 2004), en tanto quienes las presentan, basan su autoestima en tener una figura corporal delgada.

Al mismo tiempo, el componente cognitivo de la Autoestima, que incluye ideas, opiniones, creencias, percepción, y procesamiento de información, se ve influenciando por lo que individuo aprueba, así como el grado en el cual comparte los valores específicos que dicta dicho ideal, hasta el punto en que estos se incorporan en su sistema personal de creencias, indica Thompson et al (2005), y el ideal de delgadez se vuelve un propósito personal que se perpetúa constantemente, incluso de manera automática. Diversos autores han propuesto que la internalización del ideal de delgadez es el resultado de la adopción de actitudes que son aprobadas por aquellos individuos que nos rodean y que son significativos o respetados, hasta convertirlos en una creencia y propósito personal, que se buscará alcanzar a toda costa, afirmado por Thompson y Stice (2001).

En algunos pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria, Celis y Roca (2011), afirman que:

La baja autoestima no consiste simplemente en pensar negativamente sobre una misma, como resultado de la incapacidad de controlar la ingesta o el peso; sino en la existencia de una autoimagen negativa permanente vista como parte de su propia identidad. Esta baja autoestima dificulta el cambio, principalmente a través de dos mecanismos: por un lado, les crea una sensación de desesperanza sobre la propia capacidad de cambio (perdiendo la confianza en el tratamiento), y por otro lado, las lleva a perseguir con determinación

logros en las áreas altamente valoradas (p.e. control sobre ingesta, peso y figura corporal) que son difíciles de alcanzar porque no son realistas ni están bajo su control (i.e. llegar a pesar una determinada cifra, utilizar una talla concreta de ropa, seguir dietas estrictas, etc.). Cuando no logran alcanzar dichas metas, ese “fracaso” se sobregeneraliza y se interpreta como confirmación de “ser una fracasada” (p.22)

Siguiendo este mismo orden de ideas, Toro (1996) (citado por Moreno y Ortiz, 2009), en cuanto a la relación entre niveles de Autoestima, destacan que:

La baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones (p. 183)

Asimismo, en estudio de Ochoa (2011) de España, demostró que en adolescentes femeninas con baja Autoestima (49.1 %), existe un mayor índice de insatisfacción corporal, depresión, y alexitimia. Por los motivos mencionados, es de suma importancia en la formación de los Trastornos de Conducta Alimentarias, el conocer cómo la persona ha ido forjando su propia Autoestima, profundizando en las bases materiales sobre las que ha construido su identidad y su proyecto vital, que generalmente, son las distorsiones e insatisfacciones corporales. La visión negativa del cuerpo favorece a conductas alimentarias de riesgo, mientras los métodos utilizados para adelgazar se convierten en fuente de nuevos riesgos.

Similarmente, se observa en un estudio de Padrón-Salas et al (2015) en México, donde el 52.9% eran mujeres con un promedio de edad de 21 años, donde a mayor nivel de autoestima, en menor peso se percibían. Este resultado guarda una estrecha relación con el núcleo psicopatológico en los Trastornos de Conducta Alimentaria; Celis y Roca (2011) indica, que es la sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso corporal y su control, que deriva en conductas dirigidas a reducir la ingesta, incluyendo medidas para controlar el peso. De la misma manera, ambas autoras indican que de esa manera, suelen aparecer los episodios de atracón, que

se pueden dar en cualquier TCA, aunque son menos comunes en pacientes con Anorexia Nerviosa.

Por su parte, la National Eating Disorders Association (NEDA) en el año 2016, evidenciaron una alta prevalencia de los TCA en Europa, Reino Unido y Estados Unidos; en este último estudio se realizó un estudio longitudinal a 496 mujeres adolescentes durante ocho años, en el cual se halló que un 5.2 % presentaban Anorexia y Bulimia Nerviosa, cumpliendo con los criterios del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Además de reportar que la población que mantiene un tratamiento es de 27 %, curación el 50 % y un 23 % convierte la enfermedad en crónica. Otros estudios recientes confirman que la prevalencia mundial de estos trastornos es alta, especialmente en mujeres, aumentando su tasa desde 3.5 % para el período 2000 – 2006, hasta 7.8 % para el período 2013 – 2018.

Del mismo modo, Solmi et al (2014) indican que las Conductas Alimentarias de Riesgo constituyen uno de los principales factores de riesgo para los TCA; no obstante, se presentan con menor frecuencia, intensidad y duración que en un trastorno de conducta alimentaria bien establecido (con la excepción del trastorno por atracón, donde no hay conductas purgativas); todas estas acciones que tienen como propósito perder peso corporal son dañinas para la salud y se asocian con los Trastornos Afectivos y de Ansiedad. Se pueden comprender cómo conductas y actitudes asociadas con el deseo de conseguir o mantener una figura corporal delgada.

En un estudio de México, titulado: Evolución de las Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos (2006-2018), realizado por Villalobos et al., (2018), mostraron que las conductas alimentarias normativas (las prácticas como ejercicio, restricción dietaria, o actitudes de preocupación por el peso corporal) se han incrementado de manera significativa entre 2006 y 2018-19, al pasar de 11.9 % de los adolescentes a 15.7 % en este periodo; este tipo de aumento se observó tanto entre los hombres como entre las mujeres, en los grupos de edad de 12 a 14 y 15 a 19 años.

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los Trastornos de Conducta Alimentaria entre las enfermedades mentales que tienen su inicio durante la niñez y la adolescencia, relacionándose con el riesgo para la salud que conllevan los mismos. Striegel Moore y Bulik (2007) señalan que en este tipo de trastornos, incluyen una variedad de factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, donde se destaca, según el estudio anterior, el uso de conductas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes lo experimentan.

En el mismo estudio de México, realizado por Villalobos et al., (2018), las Conductas Alimentarias de Riesgo no normativas (vómito autoprovocado o el uso de laxantes o diuréticos) se incrementaron también de manera significativa entre 2006 y 2018-2019, al pasar de 12.1 a 21.9 % en el periodo de análisis. Por tipo de conductas, se incrementó el porcentaje que reportó atracón, pérdida de control, vómitos y uso de diuréticos, incluso en zonas rurales y en hogares de bajo nivel socioeconómico, lo que muestra que México podría estar transitando a un patrón de alimentación desadaptativo, indicando una normalización cultural de éstas entre adolescentes mexicanos. El malestar psicológico producido por la percepción negativa del propio cuerpo, puede desencadenar que ciertos adolescentes comiencen a llevar a cabo este tipo de conductas; el cuerpo se convierte en el objeto a perfeccionar, hasta lograr la “belleza máxima” según los cánones culturales, sin importar las consecuencias.

Simultáneamente, en otro estudio de Caracas, Venezuela, García y Ramírez (2020) compararon la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo sugestivas de TCA en adolescentes de municipios de Caracas en dos muestras tomadas en años diferentes (2012 vs 2018). Los resultados muestran en general un incremento de la prevalencia de conductas sugestivas de TCA en el intervalo de tiempo considerado, desde un 6.4 % para el año 2012 hasta un 15.3 % en el año 2018. Según Facchini (2006), desde la adolescencia, se corre más riesgo de padecer este tipo de conductas; durante esta etapa evolutiva, se encuentran en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan pensar críticamente sobre la presión social que ejercen los modelos estéticos vigentes.

Se debe agregar que, Garfinkel y Garner (1982) señalan que elementos como la dieta restrictiva (para elevar el autocontrol y la autoestima ante situaciones como separación o pérdida), nuevas exigencias del ambiente, se encuentran influenciados con los agentes de socialización más importantes en la vida de las personas, como lo son los padres, amigos o familiares. Los mismos, pueden llegar a reforzar constantemente los estándares de belleza a través de comentarios y/o acciones que resultan en la perpetuación y promoción de la internalización del ideal de delgadez. Específicamente, Lawler y Nixon (2010) los estudios han mostrado que en el contexto de las relaciones de pares, este ideal de belleza se puede perpetuar por medio de mecanismos tales como la crítica por el sobrepeso, el alentar a realizar una dieta específica, y la glorificación de los modelos ultra-delgados.

De acuerdo con la Fundación Ayúdate (2020), en Venezuela, donde cada día la situación económica se vuelve un poco más compleja, ocasionando que parte de la población no tenga recursos para tener una alimentación nutritiva, también coexisten trastornos de alimentación. La institución destacó que TCA como los atracones, bulimia y anorexia son los que más se encuentran en el país. Andreína Ramírez, directora de Fundación Ayúdate, explicó para el medio *Contrapunto* que, en la población venezolana de 16 a 21 años, la prevalencia de estos trastornos alimenticios es de 12.48 %. Destacó que durante la cuarentena observaron que se ha ido incrementando la cifra, en específico, han recibido más casos de anorexia y atracones.

Del mismo modo, “Hay un desconocimiento de la enfermedad en el país. Durante años se hablaba de que esta enfermedad era de la clase alta y media alta, pero nosotros la hemos observado en personas de menor poder adquisitivo” (Ramírez, 2020, párrafo 2). En un estudio, realizado por Fundación Ayúdate en escuelas de Chacao, en Caracas, se determinó que existe una prevalencia importante de TCA en esa localidad. Los resultados indicaron que 80.8 % de la población femenina encuestada posee riesgo de padecer TCA, mientras que el municipio Sucre (otra zona donde aplicaron la encuesta) el porcentaje es de 85.7%.

A continuación, se presenta este testimonio de CR, de 22 años, estudiante femenina del octavo semestre de Psicología, para un mayor entendimiento de la problemática antes planteada. En este sentido, depende de la noción que la persona tenga sobre sí misma, del valor que le otorga a sus habilidades, destrezas e incluso su aspecto físico, la interpretación que el sujeto

realiza sobre sí mismo y su figura corporal, empleando conductas de modificación de hábitos alimenticios para alcanzar algún tipo de estándar de delgadez:

Considero que mi autoestima se vio muy afectada cuando era adolescente, específicamente a los 18 años. Soy de contextura gruesa, o corpulenta, musculosa, y siempre me ha acomplejado porque mis amigas eran más delgadas; siempre he estado en constante pelea para ser más delgada, y eventualmente se transformó en un ciclo de querer alcanzar estándares de delgadez extrema, y seguir perdiendo grasa para que la ropa me quede de cierta manera. Sin embargo, he llevado una dieta de restricción de harinas de trigo, por mi resistencia a la insulina, así como de ayuno intermitente, pero solo por dos semanas. Me he restringido muchísimas veces de comer alimentos que me hagan aumentar grasa, pero debo reconocer que he tenido episodios de atracones, principalmente producto de la ansiedad, donde puedo llegar a perder control de los alimentos que consumo. (Comunicación virtual, 17 de enero del 2022)
(Consentimiento informado: Anexo A)

Con el testimonio anteriormente expuesto, estos factores socioculturales, pueden imponer, en algunas personas, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal y llevarles a seguir una dieta estricta que les hace adelgazar; la posterior malnutrición produce alteraciones psicológicas añadidas o incrementa las que hay existían, y fisiológicas que lleva a mantener la dieta como único modo de conseguir una autovaloración y equilibrio, cerrándose el círculo vicioso en el que la persona con algún tipo de Trastorno de Conducta Alimentaria queda atrapada.

Se debe agregar que este testimonio de MP, 18 años, estudiante femenina del octavo semestre de Psicología, demuestra que los estereotipos referentes a la imagen corporal tienen una importancia especial en la aparición de los TCA, especificando la delgadez asociada al éxito, la seguridad, la belleza, el estar en forma, la salud, y ser aceptado socialmente:

Definitivamente, mi autoestima se ve muy afectada por mi imagen corporal; creo que todavía no sé cómo desligar ese valor propio que me doy a mi misma de mi cuerpo... Siento que podrán haber muchas cosas buenas de mí, que siento que me

definen, que valoro acerca de mí, pero no tienen mucho peso al lado de mi imagen corporal. Me atrevería a decir que mi imagen corporal, tiene mucho más peso sobre muchísimas cosas, si la desprecio, influye bastante y llega a anular otros atributos, entonces soy exigente conmigo misma. Me he sentido muy presionada, en distintas ocasiones, de seguir un ideal de delgadez. Siempre ha estado presente desde que soy pequeña, no es nada nuevo. Desde los 6 años recuerdo que no usaba disfraces que mostraran mi panza, que al final, es una panza de una niña pequeña. Me sentía gorda, y sentía esa necesidad de estar delgada. También recuerdo en mi infancia, que debía de meter “panza” o de sentarme en cierta posición para “meter los rollitos”. Nunca me he sentido con la libertad de ponerme lo que quiero, sin antes preguntarme a mí misma: ¿Cómo me veo? ¿Se me sale un rollito?; es una de las razones por las cuales no muestro mi cuerpo con confianza o seguridad. Hasta que no cumpla con mis propios estándares de delgadez, prefiero no mostrar mi figura. He pensado en adquirir hábitos alimenticios que no son saludables para mí, cómo “A partir de hoy, vomito después de comer”, pero nunca lo he llevado a cabo; he llegado a saltarme comidas, porque sentía que estaba comiendo demasiado y necesitaba bajar de peso. Después, recuerdo haber adelgazado demasiado y muchísimas prendas me quedaban grandes, pero no llegué a un punto grave. No me sentía bien en muchos aspectos, y el esfuerzo mental de “No te puedes comer eso”, me atormentaba todo el tiempo. (Comunicación virtual, 14 de enero del 2022) (Consentimiento informado: Anexo B)

De esta manera, Celis y Roca (2011), señalan, que en los Trastornos Alimentarios en general existe una alteración en la percepción de la figura y el peso corporal cómo notamos en el testimonio antes mencionado. También se encuentra alterada la conducta alimentaria; por ejemplo, en la Bulimia nerviosa el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación donde se juzgan a sí mismos principalmente en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura, su peso corporal o a su capacidad para controlarlos. Por lo tanto, en este tipo de trastornos las creencias irracionales y distorsiones cognitivas estarán relacionadas con el miedo a engordar, el peso y la imagen corporal, así como en el nivel de autoexigencias y de autoestima.

Mediante ambos testimonios, se pudo observar la necesidad que existe de identificar la relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en adultos jóvenes universitarios del 8avo semestre de la carrera de Psicología; si se parte de la premisa de que la autoestima se encuentra entrelazada a la autovaloración de sí mismo y que esta influye en la percepción del mundo del individuo, se puede decir que, dependiendo de cómo sea el nivel de la misma, se van a emitir conductas directamente proporcionales a cambiar patrones de alimentación para alcanzar ciertos estándares sociales, sobretodo en el género femenino, lo que ocasiona una conducta alimentaria alterada, principalmente a consecuencia de restricciones en la ingesta, o episodios de sobre ingesta, junto con una serie de prácticas para compensar los efectos de la misma, manteniendo el control del peso y la figura corpórea. En función de ello, se plantearon las siguientes interrogantes en el estudio:

Formulación del Problema

Interrogante Principal

¿Qué tipo de relación existe entre la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes universitarios del Octavo Semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena?

Interrogantes Secundarias

1. ¿Cuáles son los niveles de Autoestima en los estudiantes universitarios del Octavo semestre de la Escuela de Psicología en la Universidad Arturo Michelena?
2. ¿Qué tipo de conductas alimentarias de riesgo se presentan en los estudiantes universitarios del Octavo semestre de la Escuela de Psicología en la Universidad Arturo Michelena?
3. ¿Cuál es la correlación entre los niveles de Autoestima y las Conductas Alimentarias de riesgo en los estudiantes universitarios del Octavo semestre de la Escuela de Psicología en la Universidad Arturo Michelena?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar el tipo de relación entre la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Objetivos Específicos

1. Medir los niveles de autoestima en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).
2. Identificar las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).
3. Calcular la relación que existe entre la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo en los estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Justificación y Delimitación del Estudio

El presente estudio permitió contribuir en el área científica del entendimiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria, correspondiendo a la línea de investigación referente a la Personalidad y Salud Mental de la Universidad Arturo Michelena; la presente línea, brinda el estudio científico de todo rasgo, patología, características psicológicas, y forma de relacionarse del individuo.

Seguidamente, se reconoce que el concepto que posea el individuo de su imagen corporal, es decir, de la representación física y cognitiva de su cuerpo, influye en las actitudes de aceptación o rechazo sobre sí mismo, por lo que se considera fundamental para la construcción

de su autoestima, y además, posee una posible relación en la presencia de diversas conductas alimentarias de riesgo (CAR).

El estudio y conocimiento de estas conductas, tiene una importancia fundamental para las comunidades y su evolución; pueden observarse a través de individuos con la necesidad excesiva de hacer ejercicios, o que restringen sus alimentos a un punto en el que podría considerarse poco saludable y más perjudicial, debido a que en la actualidad existen elementos y estímulos que incitan al cambio de la imagen corporal producto de altas expectativas y estándares impuestos por la sociedad, perjudicando la autoestima del individuo.

En los Trastornos de Conducta Alimentaria, los comportamientos relacionados con la apariencia se acentúan, y realizan un estilo de vida alrededor de su preocupación corporal: mirarse al espejo, arreglarse mucho tiempo, “camuflar” defectos, siempre utilizar prendas del color negro o una ropa determinada, centros de estética, mucho ejercicio físico, continuas mediciones, alteraciones alimentarias o dietas restrictivas.

Por ende, el estudio en curso adquiere posibilidades de brindar aportes para la comunidad de estudiantes y futuros psicólogos, a la Universidad Arturo Michelena, a la Escuela de Psicología, y a las cátedras Psicología de la Personalidad, Psicología Social, Psicopatología I y II, Psicología de la Salud, Trastornos de la Alimentación, entre otras, cuya búsqueda se encuentre relacionada con las variables de Conductas Alimentarias de Riesgo y Autoestima. Para finalizar, la presente investigación busca contribuir con la comunidad estudiantil.

El estudio se realizó a cabo en el semestre comprendido de mayo a agosto de 2022, dentro de los espacios de la Universidad Arturo Michelena, con una muestra de 77 sujetos que pueden presentar condiciones que favorecen la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria; tenemos factores predisponentes (demandas socioculturales, factores biológicos y de personalidad), o auto evaluación basada únicamente en el peso, la figura o apariencia que pueden contribuir al mantenimiento del trastorno. De entre todos los factores de riesgo, los relacionados con la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por el peso son considerados como elementos clave en la psicopatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

De la Cruz y Ramos (2020), en su investigación: *Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima*, para optar al grado académico de título profesional de licenciado en Psicología en la Universidad Católica Sedes Sapientiae en Perú, tuvieron como objetivo principal determinar la relación entre Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una institución educativa de mujeres en Breña, Lima, para lo cual, emplearon una metodología de diseño no experimental, transversal, contó con una muestra de 300 estudiantes mujeres del nivel secundario de 11 a 18 años, utilizando el Inventario de Autoestima Forma Escolar de Coopersmith (1958), la Escala de Autoinforme de Actitudes y Síntomas de los Trastornos Alimenticios (EAT – 26) de Garner y Garfinkel (1982) y una ficha sociodemográfica.

Los resultados de este estudio reflejaron que se encontró una relación negativa significativa entre Autoestima y RTCA (Riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria) ($r_s = -.427$; $p = .000$), así como una relación negativa significativa entre las dimensiones de la Autoestima y el RTCA. Un 22.33 % presentó “Riesgo” y un 24.33 % “Baja Autoestima”. Este estudio, pudo concluir que la Autoestima correlacionó con RTCA, esto indica que en la etapa de la adolescencia (población vulnerable), la cual se caracteriza por diferentes cambios físicos como psicológicos, podrían afectar el desarrollo de la autoestima y la aparición de conductas alimentarias en riesgo, como la restricción de alimentos.

Esta investigación aporta al presente trabajo esclarecimiento acerca de la modalidad de investigación, que es Estudios Correlaciones. También aporta teoría sobre las Conductas Alimentarias de Riesgo, donde se explica la teoría sobre el Riesgos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y el modelo Modelo Multifactorial de Garner y Garnfinke (1982).

Angostini (2017), en su investigación: *Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes*, para optar al grado académico de Licenciada en Psicología, en La Universidad Argentina de la Empresa en Argentina, tuvo como objetivo principal identificar la relación existente entre la autoestima y el riesgo a padecer un trastorno alimenticio en adolescentes de entre 13 a 18 años de edad con 120 alumnos de dos colegios: uno de gestión pública de la Provincia de Buenos Aires y otro de gestión privada ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires empleando una metodología cuantitativa de diseño no experimental, transversal . Fueron aplicados tres instrumentos: un cuestionario socio-demográfico elaborado para dicha investigación, la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y finalmente el Test de Actitudes hacia la comida (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979).

Los resultados obtenidos, demostraron que la autoestima incide significativamente sobre la dieta y preocupación por la comida, sobre la presión social percibida y el malestar con respecto a la alimentación; se pudo observar que aquellos adolescentes entre 16 a 18 años tienen mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio que aquellos entre 13 a 15 años de edad. Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa e inversa en relación a las variables a estudiar; a menor autoestima, mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio de riesgo. Esta investigación constituye un aporte relevante al presente trabajo, al brindar esclarecimiento sobre la medición de la variable: Conductas Alimentarias de Riesgo, desde una perspectiva Cognitiva-Conductual, al poder utilizar el Test de Actitudes hacia la comida (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979), y entendimiento de la base teórica acerca de la variable CAR.

Escobar y Fuentes (2019), en su investigación: *Insatisfacción de la Imagen Corporal y Autoestima en Estudiantes de una Universidad Privada de Lima Norte en el 2019* para optar al grado académico de Licenciada en Psicología, en La Universidad Privada de Lima Norte en Perú, tuvieron como principal objetivo demostrar la correlación entre las variables de insatisfacción corporal y la autoestima en base a los constantes estándares de belleza construidos socialmente. Así mismo, delimitar el grado de insatisfacción con la imagen corporal en los estudiantes de una Universidad Privada.

La metodología de investigación fue de diseño no experimental, modalidad correlacional. La escala utilizada para la medición de insatisfacción corporal fue el Body Shape Questionnaire (BSQ: Cooper et al. 1987) que cuenta con tres dimensiones y para la medición de la autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (RSE: Rosemberg, 1995) es unidimensional. La muestra estuvo conformada por 601 estudiantes de las carreras de nutrición y psicología que pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Norte, entre las edades de 16 a 40.

Se encontró una correlación significativa entre las variables de insatisfacción corporal y autoestima tal como lo demuestran los resultados estadísticos obtenidos mediante la prueba estadística Rho de Spearman se evidencia que el grado de relación es inversa moderada (Coef. de Correl. $-0,48$) y la significancia estadística indica que existe una influencia significativa ($p=0.038$). Por tanto, se concluye que la preocupación por el peso se relaciona en un nivel moderado con la autoestima en los estudiantes de una Universidad Privada de Lima Norte. Esta investigación constituye un aporte relevante al presente trabajo; brinda teoría acerca de la Autoestima y su relación con la imagen corporal; la misma puede incitar a conductas alimentarias de riesgo para la salud realizadas con la finalidad de modificar la imagen corporal, lo que nos brinda otra variable de interés: insatisfacción corporal.

Antecedentes Nacionales

Liberati y Villamizar (2021), en su investigación: *Estudio correlacional entre Imagen Corporal, Autoestima y Distorsiones Cognitivas en adolescentes bailarinas de ballet* en la Universidad Arturo Michelena de Venezuela, para optar al grado académico de Licenciado en Psicología Mención Clínica, tuvo como objetivo principal analizar el tipo de relación que existe entre la imagen corporal, la autoestima y las distorsiones cognitivas en adolescentes bailarinas residenciadas en el Municipio Valencia, Edo. Carabobo, basándose en un diseño no experimental de campo, regida bajo la modalidad de estudio correlacional.

De esta manera, la muestra estuvo conformada por 40 adolescentes bailarinas de ballet con edades correspondidas entre los 12 y 18 años, a las cuales se administró el Cuestionario de la

forma corporal (BSQ) Body shape questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun, 1987, adaptado y estandarizado por Castrillón, Luna, Avendaño, y Pérez, 2007) para valorar la imagen corporal, seguido del Inventario de autoestima (Coopersmith, 1967, Adaptado y estandarizado por Díaz y Chahuayo, 1996) para medir la autoestima y, por último, el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991) para identificar las distorsiones cognitivas con mayor prevalencia. Tras el análisis y la interpretación de los resultados, se concluye que existe relación significativa entre la imagen corporal, la autoestima y las distorsiones cognitivas en las adolescentes bailarinas de ballet.

De este modo, las puntuaciones de la autoestima total indicaron que el 45% de la muestra (18 adolescentes) se ubica en el rango promedio. Seguidamente, el 28% de la muestra (11 adolescentes) obtuvieron una puntuación de autoestima total moderadamente alta, mientras que un 20 % (8 adolescentes) presentaron puntuaciones ubicadas en el rango alto. No obstante, el 8 % de la muestra restante (3 adolescentes) presentó puntuaciones en el rango moderadamente bajo de la puntuación total de Autoestima. Esta investigación aporta al presente trabajo Instrumentos para medir la variable de Autoestima, como el Inventario de Coopersmith (1967); de la misma manera, brinda entendimiento de las bases teóricas, específicamente de que autores se pueden emplear para el entendimiento teórico de la variable del Autoestima.

Linares y López (2020), en su investigación: *Autoestima y Dependencia Emocional en adultos jóvenes masculinos con orientación homosexual en la Universidad Arturo Michelena de Venezuela*, para optar al grado académico de Licenciado en Psicología Mención Clínica, tuvieron como objetivo principal analizar el tipo de relación existente entre la Autoestima y Dependencia Emocional en 35 adultos jóvenes masculinos con orientación homosexual con edades comprendidas entre los 18 y 29 años de edad de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena, Estado Carabobo bajo el paradigma cuantitativo, utilizando un diseño no experimental, utilizando una modalidad de estudio descriptivo correlacional.

Los datos representados en los resultados se obtuvieron a través de la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C) y el Cuestionario de Dependencia Emocional (Adaptación de Lemos y Londoño, 2006). Cuyos

resultados obtenidos consistieron en que el 42.86 % de la muestra posee un nivel de autoestima global “Media Alta”; más de la mitad de la muestra en estudio, correspondiente al 57 %, no presenta dependencia emocional a nivel global. Y el otro 43 % de la muestra la presenta en un nivel normal.

Similarmente, la presente investigación se utiliza como antecedente debido a que trabaja con la variable autoestima y brinda fundamento teórico acerca de la Teoría de Coopersmith (1967), incluyendo los niveles el que el autor explica; también del Enfoque Cognitivo Conductual y definición de términos básicos.

Bases Teóricas Referenciales

Enfoque Cognitivo-Conductual

Ingram y Scott (1990), desglosan que en las Terapias Cognitivo-Conductuales, los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos en sí mismos, por lo que el aprendizaje está mediado cognitivamente, y las cogniciones representan la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino, más bien, que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y, entonces, afecta a estas variables (y viceversa).

De este mismo modo, Ingram y Scott (1990), señalan que al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas y ser alteradas; alterando las mismas, se pueden cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales. Al mismo tiempo, las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Esto no implica que no haya también otros mecanismos causales significativos, pero las variables cognitivas son fundamentales en la constelación de los procesos que elicitán el comienzo y curso de un trastorno mental.

A su vez, Rosello y Bernal (2007), exponen sobre la terapia cognitivo conductual que “está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos” (p. 3). A

partir de este hecho, el sistema de interrelación del sujeto puede estructurarse en un esquema de conducta y de pensamiento que puede afectar las emociones y sentimientos. Si bien es cierto, este sistema de cogniciones consiste Según, Batlle (op.cit) en que “El individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante” (p. 6).

De modo que dentro del enfoque un comportamiento es adquirido a partir de experiencias que engloban la observación, repetición, condicionamiento e incluso la manera en que es percibida y asimilada, las cuales se establecen dentro del marco de las conductas funcionales o desadaptativas. Siendo estas últimas tanto pensamiento como emociones distorsionadas que Ellis (citado por Hernández y Sánchez, 2007) explica con más profundidad a continuación:

Cuando un individuo experimenta emociones disfuncionales es porque sus pensamientos o sistema de creencias son irracionales y tienen alguna de las cuatro características básicas: 1. Piensa que alguien o algo debería ser necesario o tiene que ser diferente de cómo es en realidad; 2. Lo encuentra horrendo, terrible, horroroso cuando es de esa manera; 3. Piensa que no puede sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y por eso concluye que no debería haber sido así; 4. Piensa que el u otras personas han cometido errores horribles o los siguen cometiendo, y porque no deben actuar como lo hacen, no valen para nada bueno en la vida y merecen reprobación, por lo que pueden ser legítimamente catalogados como canallas, podridos o despreciables. (p.30)

Autoestima

Según Coopersmith (1967, citado en Lara et al, 1993) la autoestima hace referencia a “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta” (p. 248). Conceptuándola así, como la evaluación que el individuo realiza de sí mismo, donde expresa una actitud de aprobación o desaprobación.

En tal sentido, la autoestima corresponde a la estimación personal de los méritos y cualidades que el sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su autoconcepto y en la conciencia de sus propios valores. García (2013) indica que si se contempla como una actitud, nos referimos a la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Se genera como resultado de la historia de cada persona, no es innata; es el resultado de una larga secuencia de acciones y sentimientos que se van sucediendo en el transcurso de la cotidianidad.

Teoría de Autoestima de Coopersmith (1967)

Según Coopersmith (Citado por Rea, 2018) “La autoestima es un aspecto de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad” (p. 24). Por tanto, el grado de autoestima que una persona puede presentar dependerá de la percepción que vaya adquiriendo sobre sí mismo a lo largo de las experiencias y aprendizajes en los ámbitos de su vida y el valor positivo o negativo que le confiera a las mismas.

De este modo, Coopersmith (citado por Alvarenga, 2012) sostiene que la autoestima “Es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo” (p. 33). En este sentido, existen múltiples autores que plantean bases teóricas explicando la definición, implicación y características que la componen. Dentro del cual, se plantean los niveles de la autoestima, que se mencionan a continuación.

Niveles de Autoestima

Según Coopermsith (1967, citado en Mendoza 2018) existen diferentes niveles de autoestima, puesto que cada individuo experimenta una situación de forma notablemente diferente, ya que cuentan con expectativas diferentes respecto a las relaciones afectivas y su propio autoconcepto. Estos niveles oscilan entre:

Tabla N° 1. Niveles de la Autoestima

<i>Niveles de Autoestima</i>	<i>Definición</i>
Autoestima Alta	Corresponde a sujetos expresivos, asertivos, con desenvolvimiento académico y social, quienes suelen manifestar confianza en sus propias percepciones.
Autoestima Media	Conciernen a sujetos expresivos, aquellos que toman en cuenta la aceptación social; igualmente, tienen alto número de afirmaciones positivas siendo, más moderadas en sus expectativas y competencias.
Autoestima Baja	Corresponde a personas generalmente desanimadas, quienes consideran no poseer atractivo, teniendo en ocasiones dificultad para expresarse.

Fuente: Coopersmith (citado Universidad Privada San Juan Bautista, 2019). **Adaptación:** González y Tablante (2022).

Dimensiones de la Autoestima

La autoestima engloba varias áreas del ciclo vital, las cuales se caracterizan por su amplitud e influencia sobre el individuo. De tal manera, Díaz y Chahuayo (1996) señalan las siguientes áreas a considerar en el estudio de la autoestima:

Tabla N° 2. Dimensiones de la Autoestima

<i>Dimensiones de Autoestima</i>	<i>Definición</i>
Área social	Agrupar los dotes y habilidades en las relaciones con amigos y colaboradores, así como relaciones con extraños en diferentes marcos sociales.
Área sí mismo	Incluye las habilidades y atributos personales, así como la consideración de sí mismo en comparación a otros, las defensas hacia la crítica y los atributos personales.
Área hogar-padres	Abarca las cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, así como concepciones

propias acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar.

Área escolar Hace referencia a la forma en la que el individuo afronta las principales tareas en la escuela, además de la manera en que se lleva a cabo el estudio de forma individual y grupal

Fuente: Coopersmith (citado Universidad Privada San Juan Bautista, 2019). **Adaptación:** González y Tablante (2022).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son caracterizados por una alteración de la percepción de la figura y el peso corporal; las personas que padecen estos trastornos presentan una patrón de conducta alimentaria desconfigurado, principalmente a consecuencia de restricciones en la ingesta o episodios de sobre ingesta, en conjunto con una serie de prácticas realizadas con el objetivo de “compensar” los efectos de la ingesta y de controlar el peso y la figura que conllevan importantes riesgos para la salud.

Las posibles causas de los TCA incluyen una variedad de factores que sugieren la interacción entre aspectos socioculturales que fomentan la insatisfacción con la imagen corporal, variables familiares y, sobre todo, factores de riesgo individuales como: antecedentes de obesidad (García et al.; 2009), rasgos de personalidad como la necesidad de control (Polivy y Herman, 2002) o seguir dietas. En este rubro se incluyen diferentes categorías diagnósticas; en la Anorexia Nerviosa existe un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales, mientras que la Bulimia Nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones de alimento, seguidos de prácticas compensatorias inapropiadas, como vómito autoinducido.

También se encuentra el Trastorno de Atracones, el cual se caracteriza por episodios repetidos de atracones al menos una vez por semana durante tres meses y la sensación de pérdida

de control para parar de comer, sin asociación con conductas compensatorias. El DSM-V (APA, 2013) define como atracón a la ingesta de alimento en cantidad mayor a la que cualquier individuo comería en la misma situación y en el mismo tiempo, por lo general menor a dos horas.

Tabla N° 3. Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Conducta Alimentaria según el DSM-V.

<i>Trastorno de la Conducta Alimentaria</i>	<i>Criterios Diagnósticos según el DSM-V</i>
Anorexia Nerviosa	<ol style="list-style-type: none">1. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso o comportamiento que interviene en la ganancia de peso.3. Alteración en la forma en que se experimenta o percibe el peso o figura, influencia indebida del peso o figura en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del peso bajo.
Bulimia Nerviosa	<ol style="list-style-type: none">1. Presencia de atracones frecuentes. (Ingesta en un periodo de dos horas de una cantidad de alimentos superior a lo que la mayoría de las personas consume, y sensación de falta de control sobre lo que se ingiere en el episodio).2. Conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso.3. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas al menos una vez a la semana durante tres meses.4. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y figura corporal.
Trastorno por Atracón	<ol style="list-style-type: none">1. Atracones recurrentes.2. Atracones asociados al menos a tres de las siguientes conductas:<ul style="list-style-type: none">• Comer mucho más rápido de lo normal,• Comer hasta sentirse incómodamente lleno• Comer grandes cantidades de comida en ausencia

de hambre.

- Comer sin compañía por sentimientos de vergüenza por lo mucho que se consume,
- Sentirse a disgusto con uno mismo, triste o muy culpable después de un atracón.

3. Malestar significativo.

4. Atracónes: al menos una vez a la semana durante tres meses.

5. Atracón no asociado a conductas compensatorias inadecuadas, como en la Bulimia Nerviosa; no ocurre exclusivamente en el curso de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa.

Fuente: Unikel, Díaz, y Rivero (2017). **Adaptación:** González y Tablante (2022).

Teoría Transdiagnóstica de Fairburn (2003)

Fairburn et al (2003), ha extendido el modelo Cognitivo Conductual para el entendimiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria, denominándolo “Teoría Transdiagnóstica”. Según esta reformulación, en ciertos pacientes, varios de los procesos mantenedores adicionales actúan obstaculizado el cambio. Los cuatro mecanismos adicionales mantenedores, planteados por Fairburn et al. (2003) son: el perfeccionismo clínico, baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales.

De esta manera, Fairburn (2008) indica que la restricción alimentaria rígida, o el vómito autoinducido, son conductas que comparten todos los Trastornos de Conducta Alimentaria. Así, sugiere que los TCA pueden ser vistos como una sola entidad patológica y no como categorías excluyentes. La diferencia entre los distintos trastornos alimentarios es el balance de la restricción alimentaria y la sobrealimentación. En la Anorexia Nerviosa, la restricción es más exitosa y en la Bulimia Nerviosa hay un equilibrio entre la restricción y la sobrealimentación.

Este modelo describe a los TCA como trastornos cognoscitivos que comparten una psicopatología categorizada como general. Los rasgos centrales en la psicopatología específica para los TCA son la sobrevaloración de la figura y el peso, y las conductas comunes en todos

ellos son la restricción alimentaria que se lleva a cabo de manera rígida, el vómito autoinducido, el uso de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo. Los sujetos diagnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria hacen juicios sobre sí mismos basándose exclusivamente en su figura, su peso y su habilidad para controlarlos.

Conductas Alimentarias de Riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los Trastornos de Conducta Alimentaria, pero no cubren sus criterios diagnósticos; dentro de las mismas, se incluyen la práctica de atracones, el seguimiento de dietas restrictivas, el uso de laxantes, diuréticos, enemas, la práctica excesiva de ejercicio y el vómito autoinducido, todas ellas con la intención de perder peso corporal.

Si bien la presencia de CAR no conlleva un diagnóstico clínico para ser clasificado como un TCA, y se desconoce a ciencia cierta si son condiciones sub-clínicas, pródromos o factores de riesgo para este conjunto de trastornos según Stice et al (2010), son reconocidas como conductas dañinas para la salud en sí mismas que conducen a deficiencias en el funcionamiento psicosocial debido a que, Solmi et al., 2014 indica que presentan niveles similares de comorbilidad psiquiátrica con trastornos del afectivos y de ansiedad, así como la aparición posterior de trastornos de la conducta alimentaria, representando un problema de salud mental en sí mismas, en tanto quienes las presentan basan su autoestima en tener una figura corporal delgada.

Clasificación de las Conductas Alimentarias de Riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo se pueden clasificar en tres dimensiones: Atracón-Purga donde Fairburn (1998) concreta los rasgos que caracterizan un episodio de atracón, son la importante cantidad de alimentos ingeridos en un determinado tiempo, así como el sentimiento de pérdida de control. Después de un episodio de atracón, es común remediarlo con una conducta purgativa, acción por la cual la persona intenta deshacerse del alimento consumido. También las medidas Compensatorias: Las medidas compensatorias son acciones que las personas realizan en

un intento de compensar por haber comido y consumido calorías. Abarca conductas como vomito auto inducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Añadido a las demás, se encuentra la dimensión de la Restricción, que refiere al desinterés en la comida, fundamentado en un rechazo basado en las características del alimento, así como en la preocupación por las consecuencias de la ingesta, lo cual no permite cubrir las necesidades nutricionales y energéticas, asociándose a pérdida significativa de peso, deficiencia nutricional importante, dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales, así como interferencia con la función psicosocial.

Ejes Temáticos

Adulthood Emergente según Papalia (2009)

Para la mayoría de la gente joven en las sociedades industrializadas, el periodo entre los 18 o 19 años hasta los 25 o 29 años se ha convertido en una etapa distinta del curso de la vida. Se trata de una etapa exploratoria, y una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida. En esencia, es un periodo durante el cual la gente joven ya no es adolescente, pero todavía no se han asentado en los roles adultos, indica Furstenberg et al (2005), ya que la madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres, o el desarrollo de un sistema de valores propios.

Del mismo modo, algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos, sino por indicadores internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal, que es más un estado mental que un evento discreto (Arnett, 2004). Desde este punto de vista, algunas personas nunca llegan a ser adultas, sin que importe su edad cronológica. No obstante, según Arnett (2006) para los legos la adultez se define por tres criterios: 1) aceptar las responsabilidades propias, 2) tomar decisiones independientes, y 3) obtener la independencia financiera.

Este periodo único y heterogéneo, presenta características específicas que pueden variar dependiendo de la cultura en la cual se desarrolle el individuo. En Estados Unidos, el autor mencionado en el párrafo anterior, ha descrito cinco características distintivas de esta etapa: (a) Exploración de la identidad; (b) Inestabilidad; (c) Gran optimismo y posibilidades; (d) Estar centrado en sí mismo; y (e) Ser una etapa de sentirse “en el medio” entre la adolescencia y la adultez (Arnett, 2000, 2004). La teoría afirma que esta etapa de vida es un período culturalmente construido, se plantea la posibilidad de que la forma en que esta se desarrolle en cada sociedad podría tener características culturales distintivas, dependiendo de cuál grupo de jóvenes sea objeto de estudio.

Estudiantes Universitarios bajo la Modalidad Semi-Presencial

De acuerdo a Vega y López (2020) expresan que ser un estudiante universitario significa: Convertirse en el protagonista de su propio crecimiento personal a través de una actitud emprendedora, despertando el interés por investigar y multiplicando los deseos de superación personal. (párr. 3). La pandemia ocasionada por el COVID-19 ha venido generando cambios y disrupciones en amplios sectores de la actividad humana.

La educación ha sido uno de los más afectados debido a la imposición administrativa del cierre total de los centros educativos en gran parte de los países del mundo. Hasta ahora, en términos generales, la educación virtual estaba más bien reservada a experiencias aisladas que aportaban estrategias innovadoras de enseñanza y aprendizaje de manera complementaria a la educación presencial.

De hecho, desde hace varias décadas se trabaja en la incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como herramientas puestas al servicio de la educación, lo que representa una revisión de los procesos de enseñanza y aprendizaje tradicionales, y un desafío para el rol docente (Almirón y Porro, 2014). Según Bonilla (2016), la educación virtual ha sido definida como la educación a distancia a través del ciberespacio, posible mediante la conexión y uso de internet, que no necesita de un tiempo y espacio específicos, que permite establecer un nuevo escenario de comunicación entre docentes y estudiantes.

Fundamento Normativo

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Artículo 20. “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de las demás y del orden público y social”.

Artículo 57. “Toda persona tiene derecho a expresar libremente sus pensamientos, sus ideas u opiniones de viva voz, por escrito o mediante cualquier otra forma de expresión, y de hacer uso para ello de cualquier medio de comunicación y difusión, sin que pueda establecerse censura”.

Entre los fines establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999) “Se pretende establecer una sociedad, que consolide los valores de libertad, independencia, la paz, solidaridad y el bien común; además, que asegure el derecho a la vida, a la cultura, a la justicia social y la igualdad sin discriminación alguna”

Los artículos previamente mencionados correspondientes a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 del año 1.999, presentan una estrecha relación con la investigación debido a que se pretende analizar la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo a través de las experiencias y conocimientos de la comunidad en estudio, sin impedir el libre desenvolvimiento de su personalidad, además, se incentiva a la comunidad en estudio, a expresar libremente todo pensamiento, opinión e ideas, de manera que sus testimonios aporten información valiosa en el área de la salud, y así se pueda velar por el derecho a la vida del ciudadano en caso de requerir asistencia por parte de profesionales en el ámbito médico, o terapéutico.

Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N° 36.579 (1998)

Artículo 28. “La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondiente”.

Cabe destacar que a través de la presente investigación se pretende conocer la relación entre la Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo, por lo que presenta una relación con dicho artículo, ya que al obtener información sobre un tema valioso, se podrán emprender actividades que prevengan, promuevan o rehabiliten de manera asertiva a la comunidad con la problemática correspondiente.

Código de Ética Profesional del Psicólogo (1981)

Artículo 55. “La investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas”.

Por consiguiente, la investigación en curso se desarrollará bajo la supervisión de psicólogos calificados, y rigiéndose de normativas de la Escuela de Psicología, en la Universidad Arturo Michelena.

Artículo 60. “El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a ellos”.

El artículo anteriormente descrito, garantiza la integridad de los sujetos participantes en la investigación, por lo que posee una relación con el artículo anterior, al velar por el anonimato de la información adquirida.

Definición de Términos Básicos

Adulthood Temprana: La adultez temprana es el estadio entre la adolescencia y la adultez media. Dicho periodo se da desde los 20 hasta los 40 años, aproximadamente. (Berger, 2001)

Autoestima: Es la totalidad de los pensamientos y sentimientos del individuo con referencia a sí mismo, en base a una autoevaluación general positiva o negativa hacia su persona. (Rosenberg, 1965).

Conducta Alimentaria de Riesgo: Son aquellos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los Trastornos de Conducta Alimentaria. (Nuño, 2009)

Imagen Corporal: Son los aspectos perceptivos con respecto a la figura corporal, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluyendo información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes. (Pruzinsky y Cash, 1990)

Insatisfacción Corporal: Es el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia la apariencia física. Puede originarse por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente, por el descontento con el propio cuerpo. (Order, 2003).

Internalización de Delgadez: La interiorización del ideal estético de la delgadez refleja el grado en que alguien valora las imágenes socialmente estructuradas que definen la belleza y que involucran conductas relacionadas con dicho estereotipo para alcanzarlo (Thompson y Stice, 2001).

Sistema de Variables

Variables Relacionadas:

- Conductas Alimentarias de Riesgo
- Autoestima

Variables de Control

- Estudiantes del Octavo semestre de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).
- Mayores de Edad.
- Disposición a participar en el estudio.

Variables intervinientes

- Influencia de las redes sociales.
- Clima familiar y social.
- Hábitos alimenticios.

Formulación de Hipótesis

1. H_i : Existe relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgos en estudiantes universitarios del Octavo semestre en la Universidad Arturo Michelena.

2. H_0 : No existe relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgos en estudiantes universitarios del Octavo semestre en la Universidad Arturo Michelena.

Matriz de Variables

La matriz de variables se incorpora a continuación para sintetizar las fases y pasos que se llevarán a cabo para el estudio de las variables, sus dimensiones e instrumentos, observándose la información antes mencionada en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4
Matriz de Variables

Objetivos Específicos	Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Técnicas	Instrumento	Ítems
1. Medir los niveles de autoestima en estudiantes del octavo semestre de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).	Autoestima	Sí Mismo	La autoestima es un aspecto de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad; es decir, el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor (Coopersmith, citado por Rea, 2018; p.24)		Inventario	Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C)	1-25
				Adaptación			1 y 7
				Insatisfacción			3
				Toma de Decisiones			4
				Aceptación			12 y 24
				Autopercepción			13
				Autoconcepto			15, 18, y 25
				Comunicación			19
Motivación	23 y 10						

Nota. Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 4 (Continuación)
Matriz de Variables

Objetivos Específicos	Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Técnicas	Instrumento	Ítems
		Social	Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos; así como referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional. (Coopersmith, citado Universidad Privada San Juan Bautista, 2019)	Pánico Escénico			2
				Simpatía			5
				Popularidad			8
				Influencia			14 y 21
				Ambiente laboral			17
		Familiar	Se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia. (Coopersmith, citado Universidad Privada San Juan Bautista, 2019)	Enojo			6
				Comprensión			9 y 20
				Expectativa			11
				Huida			16
				Presión			22

Nota. Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 1 de la investigación. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 4 (Continuación)
Matriz de Variables

Objetivos Específicos	Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Técnicas	Instrumento	Ítems
2. Identificar las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del octavo semestre de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).	Conductas Alimentarias de Riesgo.	Atracón-Purga	Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son conductas y actitudes asociadas con el deseo de conseguir o mantener una figura corporal delgada. Las CAR se asocian con la aparición posterior de trastornos de la conducta alimentaria y son un problema de salud mental en sí mismas. (Shisslack, y Crago, 1995)		Cuestionario Breve	Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de riesgo de (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011).	1-10
				Atracón			2
				Falta de control			3
				Purga			4
				Ayunos			5

Nota. Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 2 de la investigación. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 4 (Continuación)
Matriz de Variables

Objetivos Específicos	VARIABLES	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTO	ÍTEMS
		Medidas compensatorias	Son aquellos comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta no saludable, mediante la ejecución de una conducta que el individuo considera saludable (Andrade, 2021)	Pastillas			8
				Diuréticos			9
				Laxantes			10
		Restricción	Consiste en el desinterés por la comida; rechazo basado en las características del alimento; preocupación por las consecuencias de la ingesta que no permitan cubrir las necesidades nutricionales y energéticas (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta ed; DSM-V, 2013)	Aumento de peso			1
				Dieta			6
				Ejercicio físico			7

Nota. Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 2 de la investigación. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 4(Continuación)
Matriz de Variables

Objetivo Específico	Variable	Dimensión	Definición	Indicadores	Técnicas	Instrumento	Ítems
3. Calcular la relación que existe entre la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo en los estudiantes del octavo semestre de la Universidad Arturo Michelena (San Diego- Estado Carabobo).	Correlación entre las variables Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo.	Estadística	El coeficiente de correlación de Spearman sirve como una medida de asociación entre dos variables que requiere que ambas estén medidas en al menos una escala ordinal, de manera tal que los objetos o individuos en estudio puedan ser colocados en rangos en dos series ordenadas (Castellán, 1995; citado por Manzano y Salazar, 2019; p.77).	Puede variar de -1.00 = Correlación negativa perfecta +1.00 = Correlación positiva perfecta 0.00 = No existe correlación entre las variables	Coefficiente de de Correlación de Rho de Spearman		No aplica

Nota. Operacionalización de la variable medida en el objetivo específico 3 de la investigación. **Fuente:** González y Tablante (2022)

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

Paradigma Cuantitativo de la Investigación

Según Tamayo y Tamayo (2003) el marco metodológico es: “Un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (p. 37). Por consiguiente, el marco metodológico explica los procedimientos sobre cómo se realizará el estudio para otorgarle respuestas al problema planteado. Ahora bien, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) establecen:

El enfoque Cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos; el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis.
(p. 4)

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), en el paradigma cuantitativo el investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas. La recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis), desenvolviéndose en procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos.

Como en este paradigma se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse en el “mundo real”. En el proceso se busca el máximo control para lograr

que otras explicaciones posibles distintas o “rivales” a la propuesta del estudio (hipótesis), sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente (Creswell, 2005, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible; esto significa evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Unrau, Grinnell y Williams, 2005, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño y Tipo de Investigación

El presente trabajo de grado se llevó a cabo en base a un diseño de investigación no experimental, dentro del cual, las variables no son manipuladas intencionalmente; es decir, se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se desenvuelven en su contexto natural. De esta manera, lo expone Hernández (2010): “Se trata de la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es un estudio donde no se hace variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (p.149).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el diseño de investigación:

Se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. En el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza su o sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para aportar evidencia respecto de los lineamientos de la investigación (si es que no se tienen hipótesis). (p. 120)

Con respecto al tipo de investigación, se entiende como “La clase de estudio que se va a realizar. Orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger las informaciones o datos necesarios” (Palella y Martins, 2012, p. 88). Partiendo del concepto anterior, la presente investigación se enmarcó dentro de un tipo de investigación de campo, la

cual según los autores Palella y Martirns (2012), refieren que “Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos sin manipular o controlar variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural” (p. 88).

A su vez, se basó en un diseño transversal, debido a que se refiere a una investigación que marca su enfoque y objetivos de estudio en un lapso de tiempo y espacio específico. Como lo expone Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Estos diseños se esquematizan de manera que la recolección de datos sucede en un momento único; pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. (p.152)

Fases Metodológicas de la Investigación

Fase I: Medición de los niveles de autoestima en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Actividades:

- Aplicar el Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), Adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993).
- Corregir el instrumento.
- Tabular y analizar los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento del Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C).

Resultado Obtenido: Niveles de Autoestima en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Fase II: Identificación de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Actividades:

- Aplicar el Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011)
- Corregir el instrumento.
- Tabular y analizar los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento del Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011)

Resultado Obtenido: Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Fase III: Relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Actividades:

- Calcular el coeficiente de relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).
- Analizar la correlación entre ambas variables e interpretar descriptivamente los resultados obtenidos.

Resultado Obtenido: Tipo de relación existente entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Nivel y Modalidad de la Investigación

Según Arias (1997, citado en Palella y Martins, 2012) por nivel de investigación se entiende como el “grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno” (p. 92). La presente investigación se sustentó en un nivel descriptivo. Asimismo, según Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren; su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.80)

No obstante, la modalidad hace referencia al modelo de investigación que se adopta para ejecutar la misma (Palella y Martins, 2012). De este modo, la presente investigación estuvo regida bajo la modalidad de estudio correlacional, puesto que su finalidad consiste en determinar el grado de relación o asociación existente entre dos o más variables (Arias, 2006). Esto quiere decir, que los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas, presuntamente relacionadas, para cuantificar y analizar dicha vinculación.

Población y Muestra

Dentro del enfoque cuantitativo, la población se define según Arias (2012) como: “Un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p.81). En este trabajo de grado, según la coordinación de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena se cuenta con una población accesible de mil ciento veinte (1.120) estudiantes de la Escuela de Psicología entre el primero y decimo semestre.

Sin embargo, en el Octavo semestre de la Escuela de Psicología, hay 96 alumnos, siendo esta, la población finita mostrada a la que se tiene acceso y en base a la que se trabajó. Arias

(op.cit) define la población finita muestrada como “Agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran. Además, existe un registro documental de dichas unidades” (p.82). Por otro lado, la muestra, según Hernández et al (2010) se refiere a “Un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población” (p.173).

Con respecto al tamaño de la muestra, se establece una referencia del tamaño de está aplicando la fórmula para el cálculo de poblaciones finitas. Morales (2012) expone:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2 (N - 1)}{z^2 pq}}$$

Donde:

N: 96 (Número de unidades que conforman la población)

e: 0,05 (error de estimación al 5%)

pq: 0,25 (varianza de la población)

z: 1,96 (nivel de confianza al 95%)

Considerando la fórmula explicada anteriormente se obtuvo el siguiente resultado:

$$n = \frac{96}{1 + \frac{0,05^2 (96 - 1)}{1,96^2 (0,50)(0,50)}}$$

$$n = \frac{96}{1 + \frac{0,0025 (95)}{3,8416 (0,250)}}$$

$$n = \frac{96}{1 + \frac{0,2375}{0,9604}}$$

$$n = \frac{96}{1 + 0,2473}$$

$$n = \frac{96}{1,2473}$$

$$n = 76,9662$$

Criterios de Inclusión de la Muestra

- Estudiantes del Octavo semestre de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).
- Mayores de Edad.
- Disposición a participar en el estudio.

Descripción de la Muestra

Tabla N° 5

Características de la Muestra

Sujeto	Iniciales	Sexo	Edad
1	M.S.	Femenino	21 años
2	L.M.	Masculino	19 años
3	A.M.	Femenino	21 años
4	J.A.	Masculino	20 años
5	S.E.	Femenino	20 años
6	M.P.	Femenino	23 años
7	L.G.	Femenino	21 años
8	V.C.	Femenino	22 años
9	C.O.	Masculino	25 años
10	D.P.	Femenino	21 años
11	G.M.	Femenino	21 años
12	A.G.	Masculino	21 años
13	V.D.	Masculino	21 años
14	J.S.	Otro	20 años
15	M.J.	Femenino	20 años
16	I.R.	Femenino	19 años
17	B.A.	Femenino	18 años
18	G.M.	Masculino	20 años
19	L.M.	Femenino	19 años
20	V.G.	Femenino	20 años
21	A.C.	Femenino	21 años
22	L.R.	Femenino	20 años
23	V.A.	Femenino	19 años
24	M.A.	Femenino	23 años
25	M.J.	Femenino	21 años
26	S.E.	Femenino	20 años
27	A.F.	Femenino	22 años
28	I.M.	Femenino	19 años
29	K.M.	Femenino	21 años
30	D.M.	Femenino	20 años
31	M.Y.	Femenino	19 años
32	S.M.	Femenino	19 años
33	K.A.	Femenino	20 años
34	N.B.	Femenino	21 años

Nota. Datos recogidos de la muestra del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 5

Características de la Muestra (Continuación)

Sujeto	Iniciales	Sexo	Edad
35	M.R.	Otro	19 años
36	C.R.	Femenino	23 años
37	D.C.	Masculino	22 años
38	R.H.	Femenino	22 años
39	M.R.	Femenino	21 años
40	Y.B.	Femenino	21 años
41	M.M.	Femenino	22 años
42	D.F.	Femenino	19 años
43	R.P.	Masculino	19 años
44	J.P.	Masculino	23 años
45	N.M.	Femenino	20 años
46	A.L.	Femenino	20 años
47	O.A.	Femenino	23 años
48	C.F.	Femenino	20 años
49	I.D.	Femenino	24 años
50	G.B.	Masculino	20 años
51	I.A.	Masculino	21 años
52	S.S.	Femenino	19 años
53	L.B.	Masculino	24 años
54	I.S.	Femenino	22 años
55	D.C.	Femenino	19 años
56	J.D.	Femenino	27 años
57	J.B.	Femenino	22 años
58	M.B.	Femenino	20 años
59	M.D.	Femenino	20 años
60	M.A.	Femenino	30 años
61	G.C.	Femenino	22 años
62	H.Q.	Femenino	21 años
63	L.J.	Masculino	22 años
64	R.C.	Masculino	20 años
65	A.Q.	Femenino	20 años
66	R.E.	Femenino	19 años
67	J.B.	Femenino	23 años
68	V.F.	Femenino	20 años
69	O.P.	Masculino	19 años
70	A.M.	Femenino	23 años
71	J.R.	Masculino	20 años
72	M.I.	Femenino	23 años
73	V.A.	Masculino	22 años
74	W.Q.	Femenino	20 años
75	G.A.	Masculino	21 años
76	P.O.	Femenino	23 años
77	H.P.	Masculino	22 años

Nota. Datos recogidos de la muestra del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

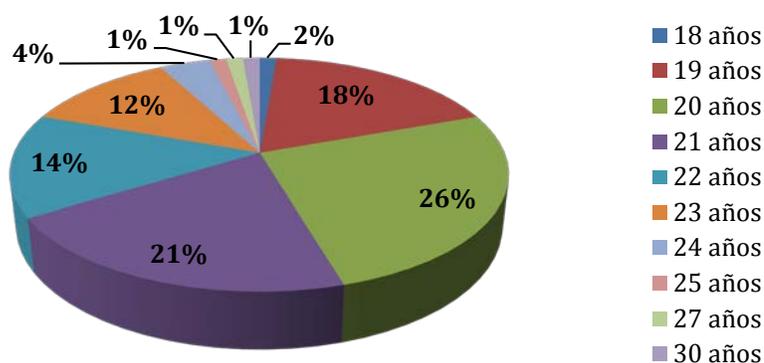
De la tabla Nro. 5 se extraen las tablas de distribución porcentual y sus respectivos gráficos para el análisis y descripción de las características de la muestra de 77 estudiantes, de acuerdo a edades y sexo, ya que la muestra se encuentra cursando actualmente el 8vo semestre de psicología en la Universidad Arturo Michelena.

Tabla N° 6
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las edades

Edades	fr	(%)
18	1	1.30 %
19	14	18.20 %
20	20	26.00 %
21	16	20.80 %
22	11	14.30 %
23	9	11.70 %
24	3	3.90 %
25	1	1.30 %
27	1	1.30 %
30	1	1.30 %
Total	77	100.00 %

Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Figura Nro. 1
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las edades



Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

En la tabla Nro. 6 y la figura Nro. 1 se denota la ponderación con mayor participación en la muestra de 77 estudiantes de 8vo semestre en la Universidad Arturo Michelena de acuerdo a las edades, siendo el más elevado con 26.00 % (20 estudiantes) aquellos con 20 años de edad. Posteriormente se encuentra, con 20.80 % (16 estudiantes), los que poseen 21 años

respectivamente, con un 18.20 % (14 estudiantes) los que tienen 19 años y un 11.70 % (9 estudiantes) con 23 años. El resto, presentó un porcentaje menor, con el 3.90 % (3 estudiantes) los identificados con 24 años y, por último, con solo el 1.30 % (1 estudiante) aquellos con 18, 25, 27 y 30 años respectivamente.

La mayoría de la muestra se encuentra ubicada dentro de la Adulthood Joven o Adulthood Emergente; Arnett Jensen (2008) establece que es una etapa donde el individuo comienza a adquirir roles sociales y familiares, desenvolviéndose en una consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida, dándose el surgimiento de una crisis experiencial que se supera con el paso a la adultez media. De la misma forma, el adulto joven se enfrenta a la toma de muchas decisiones y responsabilidades. Uriarte (2005), establece:

La adultez emergente está caracterizada sobre todo por factores sociales, y en consecuencia se considera maduro/adulto al sujeto que es capaz de vivir independientemente, sin la necesidad de ser tutelado emocional, social, afectiva y económicamente, aunque la independencia es más una posibilidad que una realidad total. Una de las cuestiones que subyace a esta investigación es intentar conocer si los jóvenes de hoy en día pueden pasar de la adolescencia a la adultez e incluso madurar psicológicamente desde una posición de cohabitación con sus padres, manteniendo ciertas dependencias de ellos. (p, 148)

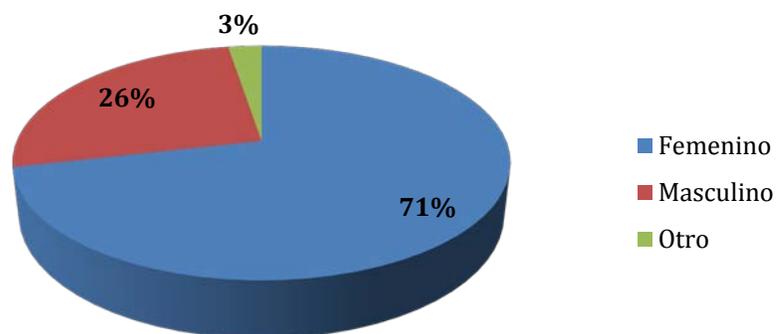
De la misma manera, Arnett Jensen (2000) señala hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, llevándose a cabo metas, propósitos, o hábitos que el adulto joven interiorice como propios; se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter, los cuales se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad, influenciado por el funcionamiento intelectual consolidado. Por ejemplo, el periodo de la universidad, puede ser un periodo de exploración, el cual incluye una fase crucial para la toma de decisiones sobre, por ejemplo: la carrera escogida, vivir solos por primera vez, o participar de actividades en la universidad. En cada contenido sujeto a decisiones el estudiante debe evaluar distintas opciones y decidir prioridades de forma gradual y con responsabilidad, teniendo como marco de referencia sus creencias y valores. Tales decisiones, pueden guiar su proyección laboral, o personal.

Tabla N° 7
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo al sexo

Sexo	fr	(%)
Femenino	55	71.40 %
Masculino	20	26.00 %
Otro	2	2.60 %
Total	77	100.00%

Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Figura Nro. 2
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo al sexo



Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Según la tabla Nro. 7 y figura Nro. 2 la ponderación más elevada corresponde al sexo femenino con el 71.40 % (50 estudiantes) en relación al masculino que tiene solo un 26.00 % (20 estudiantes). Cabe destacar que un 2.60 % (2 estudiantes) optaron por identificar la opción “otro” agregada en la aplicación de los instrumentos. En el sexo femenino, el ideal social de belleza se encuentra relacionado de manera estrecha a la importancia de estar ubicado dentro de parámetros de delgadez; el componente del ideal social de belleza que concierne al peso y la figura es el que tiene mayor efecto en lo relacionado con las alteraciones de la imagen corporal y de los hábitos de alimentación, cómo lo indica Thompson y Stice (2001).

Indiscutiblemente, se puede inferir una relación entre el rol de género tanto con la Autoestima cómo con las Conductas Alimentarias de Riesgo; según Behar et al., (2001) la etiología de las disfunciones alimentarias es compleja y requiere conceptualizaciones que abarquen diferentes dimensiones. La orientación del rol genérico, y, particularmente la

socialización vinculada a la identidad de género femenina, posiciona a las mujeres en riesgo para desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria, principalmente durante el período de adolescencia y adultez joven, cómo se ha mencionado anteriormente en párrafos anteriores.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Descripción de los Instrumentos

Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), Adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993).

El inventario de Autoestima de Coopersmith original surge a partir de la Teoría de Autoestima de Coopersmith (1967) como un test psicológico escolar para niños que evalúa 4 aspectos: sí mismo general, social, familiar y escolar compuesto por 58 ítems. Este fue adaptado en su versión para adultos, en el que se tomó como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes al de las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” y unificando las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que se denomina “Área Social”.

Además de las dos áreas antes mencionadas, el inventario mide un total de tres (3) áreas; el área del Sí mismo, se refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológica (compuesto por 13 ítems: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25); social, que se encuentra construida por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional (compuesto por 6 ítems: 2, 5, 8, 14, 17, 21); y el área familiar, donde se manifiestan las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia (compuesto por 6 ítems: 6, 9, 11, 16, 20, 22).

En cuanto a las indicaciones del instrumento, su administración puede ser individual y colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. La prueba se encuentra diseñada para

medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. En cuanto al puntaje y calificación, es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de verdadero o falso (SÍ/NO) siendo estas 25 afirmaciones, que miden el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo: Sí (0) o No (1).

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas y se procede a la calificación. Las claves de respuesta son las siguientes:

- Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.
- Ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

El Puntaje se obtiene sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave), multiplicando el resultado final por cuatro (4), siendo al final el puntaje máximo 100 %. Estas puntuaciones obtenidas se agrupan dentro de cuatro categorías de puntuación que indican el nivel de autoestima en el cual, se ubica la persona.

Tabla N° 8
Categorías de Puntuación del Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967,
Formulario para Adultos (Forma C)

Puntaje	Niveles
0 – 24	Bajo
25 – 49	Medio bajo
50 – 74	Medio Alto
75 – 100	Alto

Fuente: Coopersmith (1967, citado por Universidad Privada San Juan Bautista, 2019)

Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011)

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) fue elaborado por Altamirano, Vizmanos y Unikel en el año 2011, con el objetivo de medir las conductas características de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) utilizando como sustento los criterios diagnósticos del DSM-IV, en un estudio sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol Estudiantil del Distrito Federal de 1997.

Seguidamente, el cuestionario presenta un tipo de respuesta múltiple, con cuatro (4) opciones que van desde: nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia (dos veces en una semana) o con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana), siendo calificadas a menor ponderación 0 y a mayor ponderación 3, concluyendo en que una mayor ponderación corresponde a una superior cantidad de conductas alimentarias riesgosas. Dicho instrumento evalúa tres dimensiones, la primera se denomina “atracción-purga” incluye los primeros cuatro ítems (1, 2, 3 y 4), la segunda dimensión es denominada “medidas compensatorias”, abarca tres ítems (5, 6 y 7), la última dimensión corresponde a la “restricción” englobando los ítems (8, 9 y 10).

El CBCAR es calificado de manera directa con el objetivo de identificar el riesgo alimenticio, en donde el individuo responderá de acuerdo a la afirmación y frecuencia que lo represente, para así finalmente sumar los resultados y definir si el individuo se encuentra en un grupo de riesgo.

Tabla N° 9
Formas de Interpretación del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, 2011.

<i>Frecuencia de CAR</i>	<i>Punto de corte</i>
Ausencia de Riesgos	Menor a 7
Moderado	7-10 puntos
Alto	Mayor a 11

Fuente: Unikel, Díaz, y Rivero (2017)

Validez y Confiabilidad

La validez y confiabilidad toman relevancia en los estudios de investigación, al permitir reconocer el nivel de precisión y evidencia de los instrumentos aplicados, que brindan coherencia en el estudio, describe Ventura (2017). Son utilizados en las investigaciones cuantitativas indicando la efectividad de un determinado instrumento, además, permiten evaluar la excelencia y calidad de una investigación.

La confiabilidad y la validez de un instrumento no son cualidades ajenas o independientes, ya que un instrumento de medición que carezca de confiabilidad, no puede ser válido, al ser incongruente, errático, e inexacto, impidiendo una medición válida de la variable

estudiada, expresa Santos (2017). Seguidamente, define que “la confiabilidad indica el grado en el que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto, produzca los mismos resultados, y la validez de refiere al grado en el que un instrumento mide lo que se supone debe medir”. Es necesario conocer la confiabilidad y validez del instrumento utilizado en la investigación para poder definir si las variables en estudio son coherentes y verdaderas (p.1).

Se entiende como validez en la investigación a lo que se considera verdadero, o está próximo a la verdad. Generalmente se considera que los resultados obtenidos de una investigación serán válidos cuando el estudio se encuentre libre de errores, asegura Villasís et al (2018). La validez permite responder interrogantes del lector que cuestionen la confianza y veracidad de los resultados. De acuerdo a estos autores, se define la confiabilidad como:

Los resultados de un estudio pueden considerarse confiables cuando tienen un alto grado de validez, es decir, cuando no hay sesgos. Sin embargo, este término se utiliza más cuando se están desarrollando instrumentos o escalas clínicas (por ejemplo, para evaluar depresión, calidad de vida, gravedad de enfermedades). Así, una vez que se establece que una escala es reproducible y consistente, entonces puede concluirse que es confiable. (p. 416)

La confiabilidad, también es conocida como precisión, abarca al grado con que los puntajes de una medición se encuentran libres de error de medida, en otras palabras, se refiere a la repetición de las mediciones en condiciones constantes, las cuales deben ser similares, expresa Santos (p. 2, 2017)

Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), Adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993).

El inventario de autoestima de Coopersmith original compone una variedad de versiones de las cuales, se plantean las propiedades psicométricas. De modo, que según Coopersmith (1967, citado por Polard, 2017) en el formulario de adultos (para mayores de 16 años, Formulario C):

Se han descrito tres, cinco u ocho factores empíricos en los diversos estudios que exploran la estructura factorial del Inventario de Autoestima de Coopersmith (por ejemplo, Coopersmith 1987; Myhill y Lorr 1978; Roberson y Miller 1986). La medida expone una consistencia interna relativamente alta y una confiabilidad de prueba-prueba. Las diversas formas del inventario tienen un coeficiente de consistencia interna de entre 0.80 y 0.92 en diversas poblaciones culturales (Coopersmith 2002; Lane et al. 2002; Turan y Tufan 1987). Se encontró que el inventario tenía una fiabilidad test-retest de aproximadamente 0.70 para adolescentes (Formulario A) durante períodos de 5–156 semanas y 0.80 para adultos (Formulario C) durante períodos de 6-58 semanas.

Con respecto a la confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopermish (Forma C), Lara (1993) señalan a través de un estudio realizado a una población mexicana compuesta por una muestra de 411 adultos, un coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.81. De acuerdo a la validez de este mismo instrumento, Díaz y Chahuayo (1996) desarrollaron una adaptación del instrumento en una muestra de 5852 estudiantes, pertenecientes a estudios públicos y privados del Perú, en donde se obtuvo una validez de 0.88 en la población, y 0.82 en la población femenina, a través de los coeficientes de correlación encontrados.

Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011)

Seguidamente, la confiabilidad del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, obtenida a partir del estudio de validación en mujeres estudiantes y pacientes diagnosticadas con TCA, las cuales acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en México, 2002. Se obtuvo un resultado total de alfa de Cronbach de 0.83.

El presente cuestionario, fue dividido en tres dimensiones que abarcaban el 64.7% de la varianza total en siete iteraciones, el primero, denominado “atracción purga” obtuvo una varianza de 0.74 abarcando el 42.30 % de la varianza total; seguidamente, la dimensión denominada “medidas compensatorias” sostuvo una varianza de 0.72, abarcando el 12% de la varianza total,

y finalmente, la última dimensión denominada “restricción” se encargó de abarcar el 10.2% de la varianza total, obteniendo una varianza de 0.76.

Técnicas de Análisis

Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov–Smirnov

Con el objetivo de analizar los resultados es necesario utilizar una prueba de bondad de ajuste, que según Romero–Saldaña (2016) “Se utilizan para contrastar si los datos de la muestra pueden considerarse que proceden de una determinada distribución o modelo de probabilidad” (p. 105). Por ende, para analizar los resultados se procederá a realizar la prueba Kolmogorov–Smirnov debido a la cantidad de muestra utilizada. Al realizarse bajo un intervalo de confianza del 95 %, la significancia de las variables debe ser mayor a 0.050 para ser catalogada como una muestra normal estadísticamente significativa.

Coefficiente de Correlación de Rho de Spearman

Según Pacheco (2021), describe el objetivo de la técnica del coeficiente de Rho de Spearman el cual “busca examinar la dirección y magnitud de la asociación entre dos variables cuantitativas, encontrándose en este tipo de asociación, no necesariamente lineal”. Dicha aplicación permitirá determinar si los valores de una de las variables en estudio tienden a disminuir o aumentar respecto a la otra variable, es decir, pretende determinar la correlación entre variables. La fórmula designada para el análisis de los resultados, es la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6\sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Tabla N° 10

Leyenda de coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

n= Cantidad de sujetos que se clasifican

xi= Rango de sujetos i con respecto a la variable x

yi= Rango de sujetos i con respecto a la variable y

$d_i = x_i - y_i$, es la diferencia entre los rangos X y Y

Fuente: Montes et al (2021)

De acuerdo a Montes et al (2021) el coeficiente de correlación de rangos puede puntuarse desde -1.0 hasta +1.0, y es interpretado de la siguiente manera:

- ✓ Los valores que se encuentren cerca de +1.0 indican que sí existe una fuerte asociación entre las variables, en otras palabras, refiere que a medida que una variable aumente, la otra lo hará de igual manera.
- ✓ Los valores cercanos a -1.0 indican que existe una asociación negativa, a medida que una variable aumente, el otro disminuye,
- ✓ Cuando el valor es 0.0, indica que no existe relación alguna.

Tabla °11

Leyenda de coeficiente de Correlación de Rho de Spearman

Rango	Relación
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a 0.75	Correlación negativa considerable
0.11 a 0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
0.01 a 0.10	Correlación positiva débil
0.11 a 0.50	Correlación positiva media
0.51 a 0.75	Correlación positiva considerable
0.76 a 0.90	Correlación positiva muy fuerte
0.91 a 1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Montes et al (2021)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Según Palella y Martins (2012) la interpretación de los resultados permite analizar los datos recolectados, aclarando cuales elementos fueron los más adecuados para captar la complejidad del objeto de investigación. De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando mediante la ejecución de las fases metodológicas establecidas para llevar a cabo el presente estudio, basado en analizar el tipo de correlación entre Autoestima y Conductas Alimentarias en Riesgo en adultos jóvenes universitarios de la carrera de Psicología. Caso de estudio: Universidad Arturo Michelena, resulta oportuno la exposición de los resultados obtenidos.

Fase I: Medición de los niveles de autoestima en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

En primer lugar, para medir el nivel de la autoestima que poseen los adultos jóvenes, estudiantes que cursan el 8vo semestre de la carrera de Psicología de la Universidad Arturo Michelena con edades comprendidas de 18 a 30 años, se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993). Los resultados son mostrados en tablas de puntuaciones, abarcando un tipo de respuesta dicotómico de opciones “Sí” y “No”. De igual forma se llevó a cabo el análisis de las puntuaciones obtenidas en sus tres dimensiones, siendo las mismas: Sí Mismo, Social y Familiar. Se presenta las tablas y gráficos obtenidos para el análisis e interpretación.

Tabla N° 12

Resultados individuales de las dimensiones de Autoestima según Coopersmith (1967)

N	Sexo	Edad	Autoestima	Dimensiones		
				Sí Mismo	Social	Familiar
1	Femenino	21	36	12	16	8
2	Masculino	19	60	32	12	16
3	Femenino	21	56	32	8	16
4	Masculino	20	36	20	8	8

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 12 (Continuación)
Resultados individuales de las dimensiones de autoestima según Coopersmith (1967)

N	Sexo	Edad	Autoestima	Dimensiones		
				Sí Mismo	Social	Familiar
5	Femenino	20	32	16	8	8
6	Femenino	23	36	24	4	8
7	Femenino	21	44	12	16	16
8	Femenino	22	52	36	16	0
9	Masculino	25	28	12	8	8
10	Femenino	21	36	24	0	12
11	Femenino	21	20	8	4	8
12	Masculino	21	48	20	8	20
13	Masculino	21	64	32	24	8
14	Otro	20	36	20	12	4
15	Femenino	20	64	36	12	16
16	Femenino	19	48	36	8	4
17	Femenino	18	64	36	16	12
18	Masculino	20	76	44	20	12
19	Femenino	19	52	36	8	8
20	Femenino	20	68	40	16	12
21	Femenino	21	28	20	8	0
22	Femenino	20	24	12	4	8
23	Femenino	19	40	24	12	4
24	Femenino	23	56	20	16	20
25	Femenino	21	20	8	4	8
26	Femenino	20	44	24	12	8
27	Femenino	22	32	16	4	12
28	Femenino	19	76	44	20	12
29	Femenino	21	84	44	24	16
30	Femenino	20	52	32	12	8
31	Femenino	19	36	20	12	4
32	Femenino	19	60	44	12	4
33	Femenino	20	44	28	12	4
34	Femenino	21	52	28	20	4
35	Otro	19	28	12	12	4
36	Femenino	23	88	44	24	20
37	Masculino	22	88	52	16	20
38	Femenino	22	64	36	20	8
39	Femenino	21	28	8	8	12
40	Femenino	21	68	44	16	8
41	Femenino	22	32	12	12	8
42	Femenino	19	44	28	8	8
43	Masculino	19	80	40	20	20
44	Masculino	23	48	32	12	4
45	Femenino	20	20	12	0	8
46	Femenino	20	36	20	12	4
47	Femenino	23	96	52	24	20
48	Femenino	20	80	40	24	16

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 12 (Continuación)
Resultados individuales de las dimensiones de autoestima según Coopersmith (1967)

N	Sexo	Edad	Autoestima	Dimensiones		
				Sí Mismo	Social	Familiar
49	Femenino	24	92	48	20	24
50	Masculino	20	56	32	8	16
51	Masculino	21	60	32	8	20
52	Femenino	19	52	36	12	4
53	Masculino	24	68	36	16	16
54	Femenino	22	48	28	12	8
55	Femenino	19	68	40	16	12
56	Femenino	27	88	52	12	24
57	Femenino	22	44	24	8	12
58	Femenino	20	48	32	12	4
59	Femenino	20	52	32	8	12
60	Femenino	30	52	36	8	8
61	Femenino	22	32	28	0	4
62	Femenino	21	32	20	8	4
63	Masculino	22	80	44	24	12
64	Masculino	20	76	44	20	12
65	Femenino	20	44	32	4	8
66	Femenino	19	56	24	16	16
67	Femenino	23	40	28	8	4
68	Femenino	20	24	20	4	0
69	Masculino	19	12	8	0	4
70	Femenino	23	60	40	12	8
71	Masculino	20	64	36	20	8
72	Femenino	23	28	16	8	4
73	Masculino	22	52	40	12	0
74	Femenino	20	20	16	4	0
75	Masculino	21	36	16	8	12
76	Femenino	23	8	8	0	0
77	Masculino	22	52	28	20	4
Media			44.97	28.57	11.84	9.56
Moda			52	32	12	8
Mediana			48	28	12	8
Varianza			409.50	144.72	41.50	36.70

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

En la Tabla Nro. 12 se pueden observar los indicadores de tendencia central y dispersión para la distribución formada por los resultados de la muestra en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967), Formulario para Adultos (Forma C), adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993). Las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoestima referida al Sí Mismo abarcan entre el 8 y el 52, con una media, mediana y moda de 28, 57, 28, y 32 puntos, respectivamente, siendo la varianza de 144.72 puntos. Por su parte, la Escala de Autoestima

Social obtuvo puntuaciones entre 0 y 24, con una tendencia central caracterizada por una media de 11.84, mediana y moda de 12, siendo la varianza de 41.50. En el caso de la Autoestima Familiar, la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 24, con una media de 9.56 y moda y mediana, de 8 puntos, respectivamente, con una varianza de 36.70.

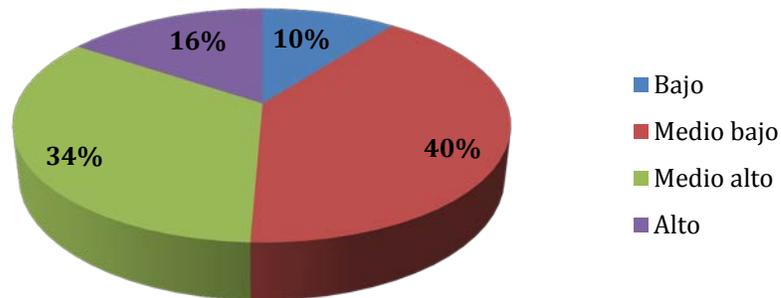
En cuanto a la Escala Global de Autoestima, se obtuvo sumando el número de ítems respondiendo en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando este por cuatro (4), siendo al final el puntaje máximo 100.00 %. De este modo, las puntuaciones abarcaron un rango entre 8 y 96, lo cual denota niveles de autoestima que van desde el bajo hasta el alto. Las medidas de tendencia fueron 44.97 de media, moda de 52 y mediana de 48 puntos, lo cual se ubica en la clasificación de autoestima media-baja, sugiriendo que este es el nivel de autoestima predominante en la muestra. La varianza, por su parte, fue de 409.50 denotando una muestra muy heterogénea, es decir, cuya distribución abarcó ampliamente el rango de puntuaciones y de niveles de autoestimas de la escala global del instrumento.

Del mismo modo, los resultados en la tabla Nro. 13 y figura Nro. 3, se puede visualizar como se encuentra distribuida la muestra en función a la frecuencia, porcentaje y los niveles de autoestima obtenidos a partir de los resultados adquiridos en la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C). Predomina el nivel medio bajo con un 40.30 % (31 estudiantes) debido al puntaje obtenido en la aplicación del instrumento. Añadido a esto, se observó un porcentaje de 30.80 % (26 estudiantes) con un nivel medio alto, un porcentaje de 15.50 % (12 estudiantes) en el nivel identificado como alto y, por último, siendo el resultado menos elevado al tener un 10.40 % (8 estudiantes) el nivel bajo. A continuación, se presentan la figura correspondiente a la puntuación obtenida en las dimensiones de la variable.

Tabla N° 13***Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a la Autoestima***

Niveles	fr	(%)
Bajo	8	10.40 %
Medio bajo	31	40.30 %
Medio alto	26	33.80 %
Alto	12	15.50 %
Total	77	100.00 %

Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Figura Nro. 3***Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a la Autoestima***

Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

En base a los resultados obtenidos se pudo evidenciar que la mayoría de la muestra se posiciona en la clasificación de autoestima “medio-baja” del baremo, lo que significa que estas personas presentan conductas, pensamientos y sentimientos desvalorativos en una mayor medida que participantes de la muestra que se encuentren ubicados en “Alto”. Es decir, tienden a ser indecisos, a tener dificultades para tomar decisiones, miedo a cometer equivocaciones, y dificultad para llevar a cabo sus metas, pensando que no lo van a lograr.

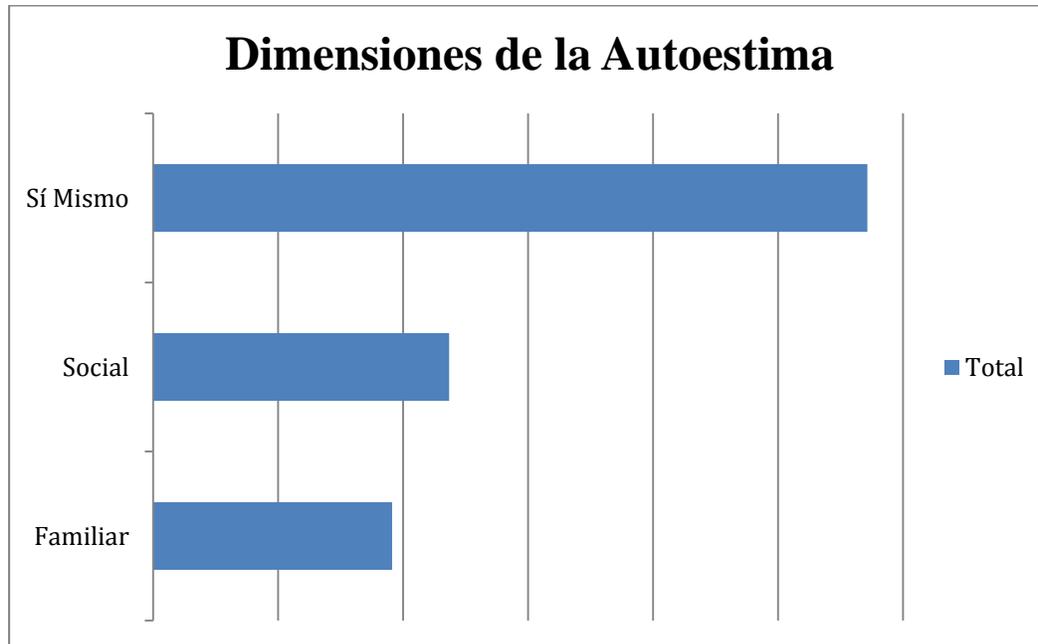
En este mismo orden de ideas, tratan de evitar los desafíos por temor al fracaso, buscando constantemente el apoyo y la aprobación de los demás para ocultar sus verdaderos sentimientos y pensamientos cuando creen que éstos no concuerdan con ellos. Por eso, presentan gran necesidad de sentirse querida y valorada y, como es dependiente de los demás para su autovaloración, presenta una especial sensibilidad ante cualquier actitud de los otros que le haga sentirse

postergada o rechazada. Pueden exteriorizar dificultad en establecer sanas relaciones de dependencia y plantear claramente sus ideas por miedo al rechazo.

Asimismo, otro porcentaje de la muestra presentó un nivel de autoestima “Medio Alto”, arrojando así, que estas personas tienen cierta tendencia a presentar una evaluación y autopercepción valorativa y adaptativa sobre sí mismos, así como un grado positivo de conocimiento y aceptación con respecto a sus habilidades y competencias en diferentes áreas de su vida. Incluyendo a estas características, se puede agregar que reconocen sus atributos y trabajar en sus potencialidades, es decir, son personas expresivas, pero dependen de la aceptación social para asumir riesgos y enfrentar los fracasos y frustraciones como oportunidades para aprender a crecer. En este mismo orden de ideas, estas personas son más receptivas, aprenden a pedir ayuda, empatizan y se desenvuelven de forma espontánea ante los demás. Manifiestan cierto grado de productividad, creen en sí mismos para ser capaces, importantes y digno; tienden a confiar y tener una actitud de aprobación ante los que son y quieren ser.

También se puede visualizar que una pequeña muestra presento un nivel de autoestima “alto”, logrando inferir que estos sujetos se sienten completamente cómodos, sienten seguridad, autoconfianza, autorrespeto, y un sentimiento de aprecio y afecto positivo sí mismos y sobre lo que son en cuanto a su autopercepción, encaminándose hacia metas realistas; además, mantienen un estilo de vida, saludable y adaptativo, dentro del cual, se encuentran involucradas relaciones interpersonales estables y saludables. Por último, el menor porcentaje de la muestra presento un nivel de autoestima “bajo”, dentro del cual, se pueden describir como personas que no se valoran de manera adecuada, incluyendo a sus talentos y potenciales. Tienen miedo a los aspectos nuevos de su vida y evitan los riesgos, posicionándose en repetidas ocasiones con una actitud ansiosa y/o nerviosa. Experimentan un constante sentimiento de inferioridad y de incapacidad e inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, expresándose en culpa por temor a vivir con plenitud.

Figura Nro. 4
Distribución de frecuencias en relación a las dimensiones de la Autoestima según Coopersmith (1967)



Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Según lo visto en los resultados en la figura Nro. 4 predomina la dimensión Sí Mismo sobre la Social y la Familiar debido a los puntajes obtenidos en cada una de ellas. Demostrando así la dimensión más involucrada en la muestra de estudiantes de psicología cursantes del 8vo semestre en la Universidad Arturo Michelena.

Esta dimensión abarca las actitudes que presenta el sujeto frente a su auto percepción, auto concepto y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas, es decir, las opiniones o autovaloraciones que estos individuos hacen de sí mismos y su repercusión en el desarrollo del ser humano, incluyendo no sólo los juicios cognoscitivos de los individuos sobre sus capacidades sino también sus reacciones afectivas ante estas autoevaluaciones.

Por lo tanto, esta dimensión se considera esencial en tanto se traduce en un juicio personal sobre el propio valor que se expresa en las actitudes que el individuo asume según el rol

que desea demostrar, así cómo su caracterización por su respectiva relación con su imagen corporal, con sus cualidades personales, su evaluación personal, y productividad, importancia y capacidad implícita en el juicio personal hacia sí mismo, describe Sparisci (2013).

Fase II: Identificación de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Altamino et al (2011), señala que las conductas alimentarias de riesgo (CAR) incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, dirigidos de manera específica a controlar o reducir el peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, o el vómito autoinducido.

Seguidamente, se aplica a la misma muestra el Cuestionario breve de Conductas Alimentarias de riesgo de Altamirano, Vizmanos y Unikel realizado en 2011. Para identificar las conductas se puntúa las opciones tipo Likert de cuatro niveles que va desde nunca o casi nunca a con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana). Dicho instrumento evalúa tres dimensiones, las cuales son Atracón-purga, Medidas compensatorias y Restricción. Se presenta las tablas y gráficos obtenidos para el análisis e interpretación.

Tabla N° 14

Resultados individuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo según Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011)

N	Sexo	Edad	CAR	Dimensiones		
				Atracón-Purga	Medidas Compensatorias	Restricción
1	Femenino	21	8	5	3	0
2	Masculino	19	0	0	0	0
3	Femenino	21	4	1	2	1
4	Masculino	20	3	2	1	0
5	Femenino	20	2	2	0	0
6	Femenino	23	11	4	7	0
7	Femenino	21	4	1	3	0

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 14 (Continuación)
Resultados individuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo según Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011)

N	Sexo	Edad	CAR	Dimensiones		
				Atracón-Purga	Medidas Compensatorias	Restricción
8	Femenino	22	11	7	4	0
9	Masculino	25	7	3	4	0
10	Femenino	21	16	9	6	1
11	Femenino	21	7	3	4	0
12	Masculino	21	5	3	2	0
13	Masculino	21	5	3	2	0
14	Otro	20	21	12	9	0
15	Femenino	20	0	0	0	0
16	Femenino	19	1	0	1	0
17	Femenino	18	16	5	8	3
18	Masculino	20	6	1	5	0
19	Femenino	19	0	0	0	0
20	Femenino	20	3	3	0	0
21	Femenino	21	4	2	2	0
22	Femenino	20	11	6	4	1
23	Femenino	19	6	3	3	0
24	Femenino	23	10	6	4	0
25	Femenino	21	5	3	2	0
26	Femenino	20	7	4	3	0
27	Femenino	22	3	0	3	0
28	Femenino	19	4	1	2	1
29	Femenino	21	4	4	0	0
30	Femenino	20	0	0	0	0
31	Femenino	19	12	5	6	1
32	Femenino	19	8	2	6	0
33	Femenino	20	4	3	1	0
34	Femenino	21	2	2	0	0
35	Otro	19	5	1	4	0
36	Femenino	23	13	4	7	2
37	Masculino	22	4	4	0	0
38	Femenino	22	8	4	4	0
39	Femenino	21	2	2	0	0
40	Femenino	21	4	2	2	0
41	Femenino	22	5	3	2	0
42	Femenino	19	16	9	7	0
43	Masculino	19	3	3	0	0
44	Masculino	23	6	4	2	0
45	Femenino	20	0	0	0	0
46	Femenino	20	12	5	3	4
47	Femenino	23	1	1	0	0
48	Femenino	20	5	2	3	0
49	Femenino	24	0	0	0	0

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

Tabla N° 14 (Continuación)
Resultados individuales de las Conductas Alimentarias de Riesgo según Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011)

N	Sexo	Edad	CAR	Dimensiones		
				Atracón-Purga	Medidas Compensatorias	Restricción
50	Masculino	20	3	1	2	0
51	Masculino	21	4	2	2	0
52	Femenino	19	4	3	0	1
53	Masculino	24	6	4	2	0
54	Femenino	22	3	2	1	0
55	Femenino	19	7	5	2	0
56	Femenino	27	0	0	0	0
57	Femenino	22	1	1	0	0
58	Femenino	20	12	5	6	1
59	Femenino	20	0	0	0	0
60	Femenino	30	5	3	2	0
61	Femenino	22	4	3	1	0
62	Femenino	21	5	4	1	0
63	Masculino	22	13	7	6	0
64	Masculino	20	0	0	0	0
65	Femenino	20	8	5	3	0
66	Femenino	19	2	1	1	0
67	Femenino	23	4	2	2	0
68	Femenino	20	12	7	5	0
69	Masculino	19	16	9	5	2
70	Femenino	23	2	2	0	0
71	Masculino	20	4	3	1	0
72	Femenino	23	10	6	4	0
73	Masculino	22	7	5	2	0
74	Femenino	20	5	4	1	0
75	Masculino	21	2	1	1	0
76	Femenino	23	20	10	8	2
77	Masculino	22	2	1	1	0
Media			5.91	3.18	2.47	0.26
Moda			4	3	0	0
Mediana			5	3	2	0
Varianza			23.90	6.68	5.49	0.51

Nota. Datos recogidos en la aplicación del estudio. **Fuente:** González y Tablante (2022)

De esta manera, En la tabla Nro. 14 se pueden observar los indicadores de tendencia central y dispersión para la distribución formada por los resultados de la muestra en la aplicación del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011) en sus tres (3) dimensiones. El intervalo de puntuaciones que se obtuvo en la primera

dimensión de Atracón-Purga va desde los 0 a los 12 puntos, con una media de 3.18 puntos, una mediana y moda de 3 puntos, y una varianza de 6.68 puntos.

Del mismo modo, el intervalo de puntuaciones que se obtuvo en la segunda dimensión de Medidas Compensatorias va desde los 0 a los 2 puntos, con una media de 2.47 puntos, una mediana de 2 puntos, una moda de 0 puntos y una varianza de 5.49 puntos. Siguiendo este mismo orden de idas, el intervalo de puntuaciones que se obtuvo en la tercera dimensión de Restricción va desde los 0 a los 4 puntos, con una media de 0.26 puntos, una mediana de 0 puntos, una moda de 0 puntos y una varianza de 0.51 puntos.

En cuanto a la Escala Global de Conductas Alimentarias, se obtuvo sumando el número de ítems según la Escala de Likert, siendo al final el puntaje máximo 100.00 %. De este modo, las puntuaciones abarcaron un rango entre 0 y 21, lo cual denota niveles de Conductas Alimentarias de Riesgo que van desde el bajo hasta el alto. Las medidas de tendencia fueron 5.91 de media, moda de 4 y mediana de 5 puntos, lo cual indica ausencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. La varianza, por su parte, fue de 23.90 puntos.

Tabla N° 15

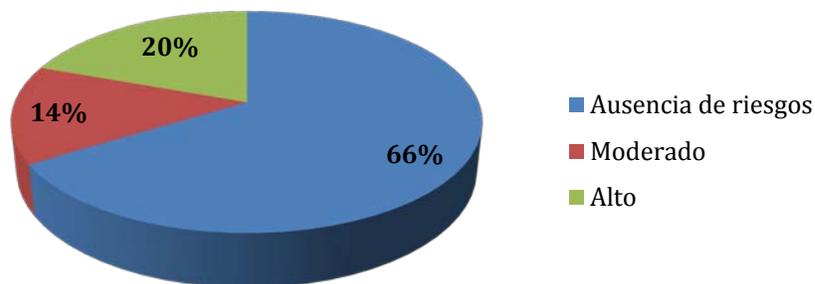
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las Conductas Alimentarias de riesgo

Frecuencias	Fr	(%)
Ausencia de riesgos	51	66.20 %
Moderado	11	14.30 %
Alto	15	19.50 %
Total	77	100.00 %

Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

En los resultados de la tabla Nro. 15 y figura Nro. 5 se visualiza la frecuencia Ausencia de riesgos con un 66.20 % (51 estudiantes), siendo la más elevada en la muestra. Por otro lado, con un 19.50 % (15 estudiantes) se puntúa la frecuencia alto y, teniendo un resultado similar, con un 14.30 % (11 estudiantes) la descrita como moderado. A continuación, se presentan la figura correspondiente a la puntuación obtenida en las dimensiones de la variable:

Figura Nro. 5
Distribución de la muestra de estudiantes de acuerdo a las Conductas Alimentarias de Riesgo



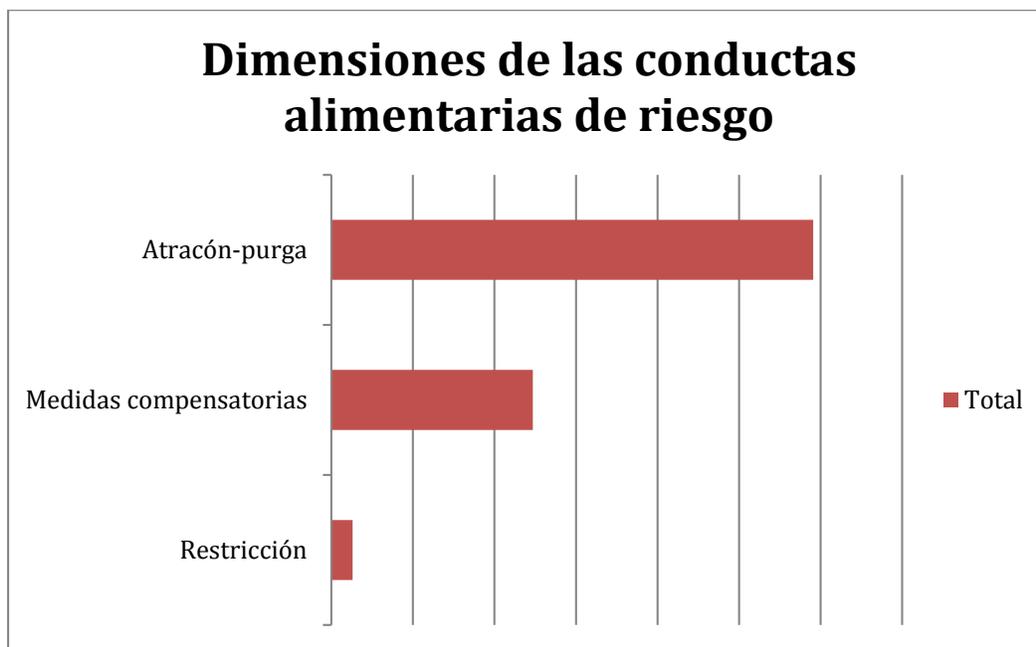
Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Cómo se observa en la figura Nro. 5, la mayoría de nuestra muestra presenta ausencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. Esto puede inferir, que estas personas presentan estilos de vida saludables, por lo que nuevos hábitos y formas de alimentarnos no han modificado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Cuando los mismos se modifican, surgiendo así un patrón de alimentación nutricional y calórica desequilibrada, incluyen la pérdida de la capacidad para regular la ingesta, que puede ser excesiva hasta la restricción total de ésta, que caracteriza a las conductas alimentarias patológicas para el individuo.

De esta manera, 14.00 % de la muestra, presentan un nivel moderado CAR, lo que se vinculan con una serie de consecuencias nocivas para la salud, indica Lora-Cortez (2006) tales como desnutrición, déficits de nutrientes esenciales o alteraciones fisiológicas de diverso tipo, como osteoporosis, anemia o efectos negativos durante el embarazo. Además, presentan mayor riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria; en este tipo de trastornos, tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, indica Staudt y Rojo (2006), lo que motiva, según Herpertz (2009) la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta de alimentos.

De la misma manera, otro pequeño porcentaje presenta un nivel alto de Conductas Alimentarias de Riesgo; las mismas tienen una etiología multifactorial, incluyendo factores genéticos, familiares o individuales. Su extensión a nivel poblacional se ha asociado con la presión sociocultural para alcanzar un ideal de belleza que incluye una figura corporal delgada. Asimismo, la insatisfacción con la figura experimentada por muchas mujeres como el resultado de una norma cultural que imponía no sólo la delgadez, sino también las prácticas empleadas para conseguirla. Mientras que en décadas previas esta norma pesaba principalmente sobre las mujeres, cómo se observa en el 71.40 % de nuestra población de sexo femenino, en el contexto de la preocupación por el sobrepeso y la obesidad los mensajes sobre el control de peso se dirigen a toda la población.

Figura Nro. 6
Distribución de frecuencias en relación a las Dimensiones de las Conductas Alimentarias de Riesgo según Altamirano, Vizmanos y Unikel (2011)



Nota. Fuente: González y Tablante (2022)

Finalmente, la figura Nro. 6 predomina la dimensión atracón-purga sobre las demás, siendo estas medidas compensatorias y restricción, debido al puntaje corregido en cada una de ellas. Demostrando así la dimensión más presente en la muestra de estudiantes de psicología

cursantes del 8vo semestre en la Universidad Arturo Michelena. Esta dimensión se encuentra estrechamente con el Trastorno Por Atracón, donde Baile (2014) indica que se especifica por un estilo de alimentación fundamentado por el comportamiento compulsivo a través de atracones, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se consume.

Pero ¿qué entendemos por comer de manera compulsiva? Este concepto no se refiere a una casual y simple ruptura del patrón alimentario del sujeto. Este trastorno, según el DSM-V (APA, 2014) se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno.

De esta manera, como un antecedente temprano en la temática, según Casado (2013), sería A.J. Stunkard en 1959, a través de observaciones con pacientes obesos, quien emplea concretamente el término atracón «binge», para definir el tipo de sobreingesta que creía caracterizaba a esta población concreta, estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y lo que sería el futuro del Trastorno Por Atracón. Siguiendo este mismo orden de ideas, el comportamiento purgativo más conocido es el vómito, pero no es el único.

Entendemos por conducta purgativa, la acción por la cual la persona intenta deshacerse del alimento consumido. Nos referimos fundamentalmente al vomito y/o uso de laxantes. Las purgas suelen aparecer tras los atracones de comida y/o cuando la persona toma una cierta cantidad de alimento que considera “hipercalórica”. En la Anorexia Nerviosa, el DSM-V, diferencia dos diferentes subtipos. La anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas (antes llamada compulsivo-purgativa, en la que el individuo con desnutrición, además de restringir la ingesta calórica y/o hacer ejercicio excesivo, cursa con atracones y conductas purgativas) y la anorexia nerviosa de tipo restrictiva (en la que el individuo con desnutrición sólo restringe la ingesta calórica y/o realiza ejercicio excesivo, sin recurrir a conductas purgativas).

Fase III: Relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes del Octavo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena (San Diego-Estado Carabobo).

Para establecer una correlación entre las variables autoestima y conductas alimentarias de riesgo en la muestra de 77 estudiantes en el presente estudio, se llevó a cabo una prueba de bondad de ajuste para comprobar la normalidad de los datos presentados.

Tabla N° 16
Evaluación del Coeficiente de la prueba de bondad de ajuste para la Autoestima y las Conductas Alimentarias de Riesgo

	Kolmogorov – Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Autoestima	0.093	77	0.099
Sí mismo	0.106	77	0.033
Social	0.153	77	0.000
Familiar	0.199	77	0.000
Conductas alimentarias de riesgo	0.184	77	0.000
Atracón-purga	0.151	77	0.000
Medidas compensatorias	0.486	77	0.000
Restricción	0.093	77	0.099

Nota. Datos recogidos en la evaluación de las variables del estudio.

Fuente: González y Tablante (2022)

La tabla Nro. 16 demuestra que los datos significativos encontrados en las dimensiones de autoestima y las ubicadas en las conductas alimentarias de riesgo en la muestra 77 estudiantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 30 años pertenecientes al 8vo semestre de la escuela de Psicología en la Universidad Arturo Michelena, no presentan una normalidad estadística para el análisis empleado debido a que la mayoría de los datos, en su significancia, no posee un número más elevado que 0.050.

Tabla N° 17
Coefficiente de Correlación y Significancia entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo

Coefficiente de correlación obtenido (Rho de Spearman)		Autoestima	Sí mismo	Social	Familiar
Conductas alimentarias de riesgo	Coefficiente de correlación	- 0.269	- 0.226	- 0.091	- 0.347
	Sig. (bilateral)	0.018	0.048	0.429	0.002
	N	77	77	77	77
Atracón-purga	Coefficiente de correlación	- 0.252	- 0.201	- 0.083	- 0.354
	Sig. (bilateral)	0.027	0.080	0.471	0.002
	N	77	77	77	77
Medidas compensatorias	Coefficiente de correlación	- 0.280	- 0.266	- 0.126	- 0.275
	Sig. (bilateral)	0.014	0.019	0.274	0.015
	N	77	77	77	77
Restricción	Coefficiente de correlación	- 0.096	- 0.074	- 0.093	- 0.096
	Sig. (bilateral)	0.406	0.523	0.421	0.406
	N	77	77	77	77

Nota. Datos recogidos en la evaluación de las variables del estudio. Fuente: González y Tablante (2022)

La tabla Nro. 17 presenta el coeficiente de correlación obtenido entre Autoestima y Conductas Alimentarias De Riesgo, resultando en un p-valor a $- 0.269$, valor que, según Montes et al., (2021) se encuentra en el rango $- 0.11$ a $- 0.50$, el cual interpreta la relación de ambas variables en una muestra de 77 estudiantes de psicología de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 30 años pertenecientes al 8vo semestre en la Universidad Arturo Michelena, ubicada en San Diego, estado Carabobo como una correlación negativa media.

Añadido a ello, el nivel de la significación estadística obtenido en base al coeficiente de correlación encontrado fue de 0.018, por lo que este coeficiente obtenido es significativo en forma estadística y se rechaza la hipótesis nula de la investigación, es decir, existe relación entre Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgos en estudiantes universitarios del octavo semestre en la Universidad Arturo Michelena. Este resultado puede afirmarse con 95 % de certeza para generalizar en muestras de estudiantes con características similares a la estudiada.

De esta manera, se puede interpretar como que a la medida en que el sujeto manifiesta actitudes favorables y positivas frente a su autopercepción y propia experiencia, resultará fortalecida su seguridad y autovaloración, y por lo tanto, el sujeto no presentará conductas alimentarias de riesgo, específicamente en aquellos comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta no saludable mediante la ejecución de una que el individuo considera saludable, como las conductas ubicadas en Atracón-Purga; el atracón se caracteriza por la ingesta de un alimento en un corto período de tiempo, una cantidad superior a la que la mayoría de personas consumen, y las purgativa se entiende como la acción por la cual una persona intenta deshacerse de un alimento a través del uso de laxantes o vómitos.

Así como también, se puede presentar que a la misma medida en la que el sujeto presente déficit y carencias en cuanto a su propia autovaloración, tiene predisposición a experimentar cogniciones referidas al peso, al cuerpo y a la alimentación que generen Conductas Alimentarias de Riesgo. Este tipo de contenido cognitivo, según Fairburn (2000) y Cooper et al (2004) es específico de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Las cogniciones específicas incluyen la percepción del peso y la alimentación como base de la aprobación de los otros, la creencia de que un autocontrol rígido es fundamental para su autoestima y un excesivo énfasis en una regulación rígida del peso basado en esquemas cognitivos desadaptativos en los sujetos.

Young (1990) asume que estas creencias o esquemas han sido desarrolladas a través de experiencias disfuncionales con las personas significativas en la temprana infancia e incluyen contenidos referidos al sí mismo y a las relaciones interpersonales propias. Estas creencias, según Cooper et. al (2006) poseen mecanismos de auto perpetuación, por lo cual resultan más difíciles de modificar que las creencias subyacentes. Algunas de las creencias básicas descritas se refieren a la pérdida de control, la imperfección, temor al fracaso, aislamiento social y dependencia.

CONCLUSIONES

La investigación estuvo direccionada en analizar la relación entre los niveles de Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en adultos jóvenes de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena. Con ese objetivo se procedió a la aplicación de los instrumentos Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C), adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993) y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011). En este mismo orden de ideas, la técnica de análisis estadístico que se procedió a utilizar fue el coeficiente de correlación Rho de Spearman con el fin de conocer el tipo de relación entre las variables, además de una prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Smirnov para conocer la normalidad estadística de ambas variables.

Para los criterios de selección de la muestra se trabajó con setenta y siete (77) estudiantes del Octavo Semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena con edades comprendidas entre los dieciocho (18) y treinta (30) años de edad, muestra obtenida por medio de la realización de la aplicación de los instrumentos. La distribución en cuanto a edades fue de 26.00 % (20 estudiantes), aquellos con 20 años de edad, continuando con un 20.80 % (16 estudiantes), los que poseen 21 años respectivamente, 18.20 % (14 estudiantes) los que tienen 19 años y un 11.70 % (9 estudiantes) con 23 años. El resto, presentó un porcentaje menor, con el 3.90 % (3 estudiantes) los identificados con 24 años y, por último, con solo el 1.30 % (1 estudiante) aquellos con 18, 25, 27 y 30 años respectivamente.

Entre los resultados más resaltantes de la investigación se pudo apreciar que un 33.80% de la muestra posee un nivel de Autoestima global “Media Alta”, esto quiere decir, que la mayoría de los estudiantes sienten aprecio, afecto, empatía y autovaloración sobre sí mismos; sintiendo, de este modo, seguridad y confianza sobre sus actitudes, habilidades y competencias, desarrollándose de forma adaptativa y saludable en los ámbitos de su vida. Sin embargo, un 40.30% posee un nivel de Autoestima “Medio Bajo”, esto quiere decir que tratan de evadir los desafíos por temor al fracaso, buscando constantemente el apoyo y la aprobación de los demás para ocultar sus verdaderos sentimientos y pensamientos, presentando una gran necesidad de

sentirse querida y valorada; como dependen de los demás para su autovaloración, presenta una especial sensibilidad ante cualquier actitud de los otros que le haga sentirse postergada o rechazada.

En este mismo orden de ideas, vale la pena destacar que la distribución de la muestra en cuanto a los niveles de Conductas Alimentarias de Riesgo es casi semejante e indica que la mayoría, no presenta este tipo de conductas que se encuentran asociadas a la insatisfacción con la figura experimentada por sujetos, como el resultado de una norma cultural que impone no sólo la delgadez, sino también las prácticas empleadas para conseguirla. De esta manera, prácticas como el ejercicio y la restricción dietaria, además de las actitudes de preocupación por el peso corporal que cuando son llevadas al extremo forman parte de las CAR, resultan normativas en este contexto.

Por otro lado, se determinaron las relaciones entre las variables de estudio. Y de este análisis estadístico se obtuvo correlaciones significativas negativas inversamente proporcionales, con una fuerza entre débil y media entre las dimensiones de las variables Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo. Aceptándose la hipótesis de investigación H_1 que establece que sí existe relación entre los niveles de Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo de los adultos jóvenes, tanto masculinos como femeninos del 8avo semestre de Psicología con edades comprendidas entre los 18 y 30 años de edad de la Escuela de Psicología de la Universidad Arturo Michelena.

Entre tanto, es importante mencionar que la naturaleza de la correlación entre las variables consiste en que a la medida que los niveles de autoestima de los estudiantes son mayores, menor será la probabilidad de que experimenten algún tipo de conducta alimentaria que sea nociva para su integridad psíquica y física. Y a su vez, hay estudiantes que mientras menores sean los niveles de autoestima, mayores son las probabilidades de que pueda presentar alguna conducta alimentaria de riesgo. Demostrando que la valoración, autopercepción, autoevaluación y aprecio que estos sujetos tienen sobre sí mismo, tiene una gran influencia en el desarrollo del patrón de comportamiento característico de la alimentación y satisfacción corporal. Basado en la variedad de correlaciones que existen con la dimensión del sí mismo de la autoestima.

A su vez, se destacan las correlaciones existentes entre las dimensiones de la dimensión familiar, con respecto a la variable de las Conductas Alimentarias de Riesgo. Entre las cuales resalta la correlación de las dimensiones Atracón-Purga y Medidas Compensatorias por su nivel de significancia de hasta un 99 % según la distribución de la muestra. Lo cual, se toma como una demostración del amplio significado e influencia que tienen los aspectos autoevaluativos y la valoración del ambiente familiar.

Por ejemplo, una característica de las relaciones entre pares dentro de la cultura de apariencia puede ser la burla con respecto al peso. Este concepto hace referencia a los comentarios con tono humorístico en los que se señala un aspecto sobre el físico de la persona. Dichos comentarios tienden a ser ambiguos en su propósito, y entre sus efectos, a generar alteraciones en la imagen corporal y en los hábitos alimenticios de aquellos que reciben estos comentarios. Asimismo, se puede incluir conversaciones, positivas, negativas o neutrales, que se dan en el día a día entre pares y que están relacionadas con la apariencia, y más específicamente con el peso.

RECOMENDACIONES

Inicialmente, para futuras investigaciones donde se aspire a estudiar ambas variables (Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo), se sugiere expandir la población, incluyendo más semestres y poblaciones de la Universidad Arturo Michelena, y observar la comparación entre toda la muestra seleccionada para profundizar en cuanto a resultados y conclusiones finales, lo que contribuirá a obtener mayores datos acerca del análisis de correlación entre ambas variables. Se recomienda incluir a la escuela de Comunicación Social, por el énfasis en la preocupación con respecto a la figura corporal en presentadores de Televisión.

Asimismo, se recomienda emplear un censo estudiantil con preguntas que incluyan variables relevantes que podrían contribuir al riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria, por ejemplo, factores individuales según el modelo de Garfinkel y Garner (1982), cómo preocupaciones por autonomía e identidad, pubertad temprana; factores familiares, cómo clase social, relación de padres-hijos, tipo de alimentación, y factores culturales, cómo la presión para alcanzar el ideal de delgadez.

De igual forma, se recomienda incluir la variable de Imagen Corporal, que es la imagen que se forma en la mente respecto al propio cuerpo, incluyendo la forma en que el individuo piensa, siente, percibe y cree que es su cuerpo; Garner y Garfinkel (1981, citado por Espina et al, 2001) señalan que las alteraciones de la imagen corporal están asociadas a la distorsión perceptiva de la talla que refiera a la sobreestimación de partes del cuerpo, y a la insatisfacción y/o preocupación por la figura corporal, utilizando el Cuestionario de la Forma Corporal (Body Shape Questionnaire (BSQ) de Copper, Taylor, Cooper y Fairbun, del año 1987, adaptado y estandarizado por Castrillón, Luna, Avendaño, y Pérez (2007).

De este modo, es importante resaltar que para evaluar la variable Autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967, Formulario para Adultos (Forma C). Ante lo que es de suma relevancia, considerar la aplicación en investigaciones posteriores, de otro instrumento que mida la variable y arroje características más completas de la autoestima en cuanto a las propiedades psicométricas, o bien, crear una versión o adaptación del Inventario de

Coopersmith, para mejorarlo en cuanto a los baremos de sus dimensiones y niveles. También es conveniente, utilizar la escala de autoestima de Pope, McHale y Craighead (1988), específicamente la adaptación de Caso (1999), que incluyen dimensiones de la percepción de sí mismo, percepción de competencia negativa, relaciones familiares y enojo.

Asimismo, es recomendable desarrollar programas de intervención con respecto a las variables previamente estudiadas que permitan brindar y desarrollar las herramientas adecuadas para el aumento de la Autoestima, y la reducción de riesgos de adquisición de Conductas Alimentarias de Riesgo, tanto en poblaciones en riesgo, como en las que no; brindando así los amplios conocimientos, para la prevención de complicaciones médicas o riesgos de suicidio. Finalmente, es indispensable que los profesionales en el área se encarguen de impartir conversatorios y actividades sobre las CAR, a modo de conocer sus características, riesgos, evolución, periodos de mantenimiento, factores de influencia, evitando que un porcentaje superior de la población adquiera un diagnóstico de Trastorno Alimenticio, ya que, un buen pronóstico, reducirá los riesgos.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Fuentes Bibliográficas

- Agostini, A. (2017). *Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes*. Universidad Argentina de la Empresa. Argentina.
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación*. 6ta edición. Editorial: Episteme. Caracas, Venezuela.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, Edición 55, pág. 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach (2nd ed.)*. Upper Saddle River, New Jersey. Estados Unidos.
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, Edición 142, pág 138- 39.
- Carrero, M. y Rivera, M. (2021) *Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento en una muestra de adultos mayores Institucionalizados*. [Tesis de pregrado publicada]. Universidad Arturo Michelena.
- Casado, M. I. (2013). *Obesidad y Trastorno por Atracón*. Grupo 5. España.
- Celis, A y Roca, E (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*. Volumen 8, pág 21-33.
- Cooper, M., Rose, K. S., & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behavior*. Edición 7, pág 27-35.
- Coopersmith, S. (1967). *Escala de Autoestima de Coopersmith*. Estados Unidos.
- Cruz, S., y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473. México.
- Dallas E. Johnson (2000). *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*. International Thomson Editores, S.A. de C.V. Educación, México.
- De la Cruz, I; Ramos, E (2020) *Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima*. [Tesis de pregrado publicada]. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Perú.

- Díaz, B., y Chahuayo, A., (1996). *Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith (1967)*. Manual adaptado y estandarizado.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. Edición 13, pág 532-538.
- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia. ¿es un tema de varones?. (2006). *Arch.argent.pediatr*, Edición 104, pág 177-184
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, Edición 41, pág 509-528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. The Guilford Press. Nueva York, Estados Unidos.
- Furstenberg, F, Rumbaut, R, Settersten, R (2004). On the Frontier of Adulthood: Emerging Themes and New Directions. *University of Chigago Press*. Edición 1.
- García C.E., Ramírez A., (2020) Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes de Caracas: 2012 vs. 2018. *Revista Salud Pública y Nutrición*, Edición 19, pág 9-18.
- Garfinkel, P.E., y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner/Mazel Editores, Estados Unidos.
- Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, C., y Coscina, D.V. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Ediciones D.M. Garner y P.E. Garfinkel, Estados Unidos.
- González-Arratia, N. I. (1996). *El autoconcepto y la autoestima en madres e hijos, sus repercusiones en el rendimiento escolar, en niños de 6° año de primaria, de tres diferentes tipos de escuela*. [Tesis de Maestría Publicada] Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. McGraw Hill Educación Interamericana Editores, México.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel de apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Ingram, R. E. y Scott, W. D. (1990). *Cognitive behavior therapy*. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*, 2 ed. (pp. 53-65). Nueva York, Estados Unidos.

- Jones, D.C., Vigfusdottir, T.H., Lee, Y. (2004). Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Adolescent Research*, Edición 19, pág 323-339.
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L., Chams, M., y Hoeck, H. W. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, Edición 29, pág 363-371.
- Lawler, M. & Nixon, E. (2010). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*. Edición 40 , pág 59-71.
- López, Chima, M. (2012) *Conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes de la zona de influencia de la UMF*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Xalapa, Veracruz.
- Mendoza, A (2018) *Autoestima en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad Central de Venezuela*. [Tesis de pregrado publicada]. Universidad Central de Venezuela.
- Molina, Peña, Fernández, García y Jiménez (2010). *Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la Conducta Alimentaria con el índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México
- Morales Vallejo, P. (2007). *La fiabilidad de los test y escalas*. Universidad Ponticia Comillas. Madrid, España.
- Ochoa, I (2016) La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, pág. 106-124. España.
- Pacheco, F. (2021) *Estudio Correlacional entre Distorsiones Cognitivas y Ansiedad en adultos jóvenes homosexuales con experiencias de Acoso Sexual*. [Tesis de pregrado publicada]. Universidad Arturo Michelena.
- Padrón-Salas, A., Hernández-Gómez, J. F., Nieto-Caraveo, A., Aradillas-García, C., Cossío-Torres, P. E. y Palos-Lucio, A. G. (2015). *Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios*. Acta Universitaria, Edición 25, pág 76-78.
- Palella, S., y Martins, F., (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Papalia D. (2009). *Desarrollo Humano*. Undécima edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

- Quintero E., Pérez A. C., Montiel, C., Pirela, D., Acosta, M. F., y Pineda, N. (2003). *Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado de Zulia*. Investigación Clínica. Edición 44 (179-93). Venezuela.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Pirámide. Madrid, España.
- Raich, R.M., Torras, J. Y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, Edición 5, pág 55-70.
- Ricciardelli, L.A. & McCabe, M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, Edición 21, pág 325-344.
- Ríos, A., Machado, T., Rísquez, F. y Ortega, M. (1994). *Detención de actitudes Sugestivas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años de edad, del Área Metropolitana de Caracas*. Trabajo de investigación. Conicit. Caracas, Venezuela.
- Rojas, Natalia. (2009). *Attitudes towards body size and physical appearance among colombian and american collage students: a multicultural study*. Tesis de Maestría. Universidad Estatal de Texas.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press. Estados Unidos.
- Saffon, S. y Saldarriaga, L. (2014). La internalización de ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, Edición 6,75-90.
- Santos, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con LUPUES, Puebla*. Trabajo de investigación. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Zaragoza, México.
- Schlinder, P. (1950): *The image and appearance of the human body*. International Universities Press. Nueva York, Estados Unidos.
- Shiltz, T. (1997). *Eating Concerns Support Group Curriculum Grades*. Greenfield: Community Recovery Press.
- Tamayo M. y Tamayo M. (2003). *El Proceso de la Investigación Científica*. Limusa Noriega Editores. 4ta Edición. México.
- Thompson, J.K. y 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*, Edición 10, pág.181-183.

- Thompson, J.K., Roehrig, M., Cafri, G. y Heinberg, L.J. (2005). *Assessment of Body Image Disturbance*. En J.E. Mitchell y C.B. Peterson (Eds.), *Assessment of Eating Disorders* (pp.175-202). New York: Guilford Press.
- Thompson, J.K., Van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A.S., y Heinberg, L.J. (2003). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (sataq-3): Development and Validation. *International Journal of Eating Disorders*, Edición 35. Estados Unidos.
- Unikel, Díaz, y Rivero (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Editorial Series Académicas. Primera Edición. México.
- Villalobos A, Unikel C, Hernández-Serrato MI, Bojórquez I (2019). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública*, Edición 62, pág. 734-744.
- Villasís A, Márquez H, Nallely J, Miranda G y Escamilla A (2018). *El protocolo de investigación VII. Validez y Confiabilidad de las mediciones*. Colegio Mexicano de Inmunología Clínica A.C. México.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange. Florida, Estados Unidos.

Fuentes Electrónicas

- Almirón, M. E. y Porro, S. (2014). Las TIC en la enseñanza: un análisis de casos. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Edición 16, pág. 152-160. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol16no2/contenido-almiron-porro.html>
- Arias, G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme, C.A. Sexta Edición. Venezuela. Recuperado de <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-C3%93N-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>.
- Alvarenga, D. (2012) *Aplicación de un Programa de Psicoterapia basado en el Modelo Cognitivo Conductual a Estudiantes con problemas de Autoestima de primer año de Bachillerato del Instituto Nacional de Santa Elena, Municipio de Santa Elena, Departamento de Usulután, durante el año de 2012*. El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/5089/>
- Battle, S. (2009). *Clasificación en Paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: cognitivo-conductual*. Barcelona. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo.pdf

- Behar, R., De La Barrera, M., Michelotti, J (2001). Identidad de género y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Chile*. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900005
- Bonilla, G. (2016). Deliberación entorno a la Educación Virtual. Interconectando Saberes. Recuperado de: <http://is.uv.mx/index.php/IS/article/view/1112>
- Díaz, A., Celis, J., Hernández, B., Mendoza, M., León, C., (2021). *Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio de Fisioterapia*. Cuerpo Académico de Probabilidad y Estadística BUAP. México. Recuperado de: <https://www.fcfm.buap.mx/SIEP/2021/Extensos%20Carteles/Extenso%20Juliana.pdf>
- Escobar, S. A., y Fuentes, N. M. (2021). Insatisfacción de la imagen corporal y autoestima en estudiantes de una universidad privada de Lima Norte en el 2019 (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11537/27489>
- Lara, M., Verduzco, M., Acevedo, M., y Cortés, J., (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de: <https://xurl.es/6v5x8>
- Montes, A., Ochoa, J., Juárez, B., Vazquez, M., Díaz, C., (2021) *Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio de fisioterapia*. Cuerpo Académico De Probabilidad y Estadística BUAP. Recuperado de: <https://www.fcfm.buap.mx/SIEP/2021/Extensos%20Carteles/Extenso%20Juliana.pdf>
- Moreno, M., y Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Researchgate. Recuperado de: <https://xurl.es/eh0cv>
- Pérez, H. (2019). *Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal*. Universidad Alvar. Puebla de Zaragoza, México. Recuperado de: <https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>
- Rea, L. (2018). *Autoestima y el rendimiento académico en matemática en estudiantes de tercer grado de secundaria*. Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16043/Rea_ALM.pdf.txt;jsessionid=ACD4A9E2A1FDE89C1DB7CF7B73A2F13C?sequence=4
- Romero-Saldaña, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, Edición 6, pág 105-114. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5633043.pdf>
- Rosellò, J. y Bernal, G. (2007). *Adaptación para Adolescentes Puertorriqueños*. Puerto Rico. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf

- U, Joy (2020). *En Venezuela existen casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. El Diario. Recuperado de: <https://eldiario.com/2020/11/30/venezuela-trastornos-conducta-alimentaria/>
- Universidad Privada San Juan Bautista. (2019). *Escala de Autoestima de Coopersmith Adultos*. Recuperado de <https://www.studocu.com/es/document/universidad-privada-san-juan-bautista/procesos-afectivos-y-motivacionales/apuntes/autoestima-coopersmith-asy/5960930/view>
- Vegas, N. y López, B (2020). ¿Qué significa ser un estudiante universitario? Facultad de Ciencias de la Comunicación Turismo y Psicología USMP. Recuperado de <http://fcctp.usmp.edu.pe/noticias/vida-universitaria/que-significa-ser-estudianteuniversitario>
- Ventura, Luis (2017). *La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición*. Universidad Privada del Norte. Lima, Perú. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700955#:~:text=En%20ese%20sentido%2C%20la%20confiabilidad,conclusiones%20coherentes%20en%20el%20estudio.

Fuentes Normativas

- Código de Ética profesional del Psicólogo de Venezuela (1981) *Federación de Psicólogos de Venezuela*. Caracas Venezuela, Editorial La Torre.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), *Gaceta oficial Extraordinario No. 36.860*. Caracas, Venezuela.
- Ley Orgánica de Salud (1998), *Gaceta Oficial No.36.579*. Venezuela



ANEXOS



ANEXO A-1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Claudia Riera**, titular de la Cédula de Identidad N° **V-26.581.821**, en mi condición de Estudiante Universitario, por medio de la presente, **AUTORIZO** a las Bachilleres: **María Gabriela González y Ada Tablante**, titulares de la Cédula de Identidad N° **V- 29.547.064** y **V- 27.764.668**, quienes se encuentra en proceso de elaboración de su Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Psicología de la Universidad Arturo Michelena, para que publique en el mencionado informe lo que he afirmado, con la finalidad de cumplir con el precepto de veracidad y confiabilidad de los datos obtenidos.

Constancia que se entrega a solicitud de parte interesada a los 16 días del mes de Febrero de 2022.

Claudia Sofía Riera Molina
C.I: 26.581.821

ANEXO A-2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **María Paula Pachas Saldivia**, titular de la Cédula de Identidad N° **V-30.334.873**, en mi condición de Estudiante Universitario, por medio de la presente, **AUTORIZO** a las Bachilleres: **María Gabriela González y Ada Tablante**, titulares de la Cédula de Identidad N° **V- 29.547.064** y **V-27.764.668**, quienes se encuentra en proceso de elaboración de su Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Psicología de la Universidad Arturo Michelena, para que publique en el mencionado informe lo que he afirmado, con la finalidad de cumplir con el precepto de veracidad y confiabilidad de los datos obtenidos.

Constancia que se entrega a solicitud de parte interesada a los 8 días del mes de Febrero de 2022.



María Paula Pachas Saldivia
C.I: 30.334.873

ANEXO B-1**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH 1967, FORMULARIO PARA ADULTOS (FORMA C), *Adaptación de Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, y Cortés (1993).***

Instrucciones: Lea cada pregunta y marque la respuesta eligiendo entre las alternativas que se le presenten. Si una frase describe cómo se siente generalmente, responda "SÍ"; si la frase no describe cómo se siente generalmente responda "NO". Si ninguna alternativa corresponde a su caso marque la respuesta que más se parezca a su situación teniendo el cuidado de no dejar ninguna respuesta sin contestar. Tenga presente que no hay respuestas correctas o incorrectas.

		SÍ	NO
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco.		
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.		
3	Si pudiera cambiar cambiaría muchas cosas de mí.		
4	Puedo tomar una decisión fácilmente.		
5	Soy una persona simpática.		
6	En mi casa me enoja fácilmente.		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy popular entre las personas de mi edad.		
9	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10	Me doy por vencido (a) fácilmente.		
11	Mi familia espera demasiado de mí.		
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13	Mi vida es muy complicada.		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15	Tengo mala opinión de mí mismo (a).		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17	Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.		
18	Soy menos guapo (a) que la mayoría de la gente.		



19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20	Mi familia me comprende.		
21	Los demás son mejor aceptados que yo.		
22	Siento que mi familia me presiona.		
23	Con frecuencia me desanimo en lo que hago.		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25	Se puede confiar muy poco en mí.		

ANEXO B-2**CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
(ALTAMIRANO, VIZMANOS Y UNIKEL, 2011)**

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo				
En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)				
	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				



7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es):				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es):				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Específica cuál(es):				