



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA**

**Tesis**

Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el autoestima en estudiantes de  
secundaria del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024

**Para optar el Título Profesional de**  
Médico Cirujano

**Presentado por:**

**Autor:** Valverde Estrada, Yamill Isaac


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-6568-7533>

**Asesor:** Dr. Contreras Carmona, Pavel Jaime

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7949-0393>

**Lima – Perú**

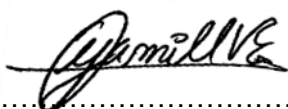
**2025**

|  |   |                                    |                          |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|
| <br>Universidad<br>Norbert Wiener | <b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b> |                                    |                          |
|  | <b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>   | <b>VERSIÓN: 01</b><br>REVISIÓN: 01 | <b>FECHA: 08/11/2022</b> |

Yo, Yamill Isaac Valverde Estrada, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "PREVALENCIA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DEL COLEGIO HANS CHRISTIAN OERSTED, LIMA, 2024" Asesorado por el docente: Pavel Jaime Contreras Carmona. DNI 32981670. ORCID 0002-7949-0393, tiene un índice de similitud de 13 (TRECE) % con código oid: 14912:462655148, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....

Firma de autor  
 Yamill Isaac Valverde Estrada  
 DNI: 71820053



.....

Firma de asesor  
 Pavel Jaime Contreras Carmona  
 DNI: 32981670

Lima, 19 de mayo de 2025

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor, dedico este trabajo a Dios por ser mi guía, a mi madre y a mis abuelos, quienes siempre son mi guía y fortaleza en cada paso del camino. A mi familia, por su apoyo constante e incondicional y su fe en mí, que me ha impulsado a seguir adelante. Este logro es nuestro.

## AGRADECIMIENTO

A Agradezco a Dios, por ser mi fuente de fortaleza y esperanza a lo largo de este proceso. Su guía y protección me permitieron mantener la fe incluso en los momentos más difíciles, dándome la claridad y determinación necesarias para avanzar.

Agradezco a mi madre por ser el pilar de mi vida, por guiarme y apoyarme en lo personal y profesional, por enseñarme el valor del esfuerzo y perseverancia sin límites. A mis abuelos, mi familia, gracias por su paciencia, apoyo y confianza en mí. Su amor incondicional y palabras de ánimo fueron el motor que me impulsó a seguir adelante, incluso en las situaciones más complicadas.

Expreso mi agradecimiento a mi universidad por haberme proporcionado un entorno enriquecedor donde pude crecer académica y personalmente. Mi gratitud también está dirigida a los docentes y personal académico, cuyas enseñanzas, guía y apoyo inquebrantable fueron fundamentales para mi formación. Cada clase, cada conversación y cada consejo dejaron una huella significativa en mi desarrollo como estudiante e investigador.

Agradezco a mi asesor, el Dr. Pavel Contreras Carmona por guiarme durante este proceso de investigación y ayudarme a lograr mi objetivo.

Por último, quiero reconocer a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron al desarrollo de esta tesis. Sus aportes, palabras de aliento y compañía durante este trayecto académico han sido invaluable. Este logro no es solo mío, sino también de quienes caminaron junto a mí en este viaje.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento por ser parte de este importante capítulo de mi vida.

## ÍNDICE GENERAL

|  |      |
|--|------|
| DEDICATORIA .....                            | i    |
| AGRADECIMIENTO .....                         | ii   |
| ÍNDICE GENERAL .....                         | iii  |
| ÍNDICE DE TABLAS .....                       | vi   |
| RESUMEN .....                                | vii  |
| ABSTRACT.....                                | viii |
| INTRODUCCIÓN .....                           | ix   |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....                 | 1    |
| 1.1. Planteamiento del problema.....         | 1    |
| 1.2. Formulación del problema .....          | 5    |
| 1.2.1. Problema general .....                | 5    |
| 1.2.2. Problemas específicos .....           | 5    |
| 1.3. Objetivos de la investigación .....     | 5    |
| 1.3.1. Objetivo general.....                 | 6    |
| 1.3.2. Objetivo Específico.....              | 6    |
| 1.4. Justificación de la investigación ..... | 6    |
| 1.4.1. Teórica .....                         | 6    |
| 1.4.2. Metodológica .....                    | 7    |
| 1.4.3. Práctica.....                         | 8    |
| 1.5. Limitaciones de la investigación.....   | 9    |

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....                            | 10 |
| 2.1.    Antecedentes de la investigación .....              | 10 |
| 2.1.1.  Antecedentes Internacionales.....                   | 10 |
| 2.1.2.  Antecedentes Nacionales .....                       | 13 |
| 2.2.    Bases teóricas.....                                 | 16 |
| 2.3.    Definición de términos básicos.....                 | 30 |
| 2.4.    Hipótesis .....                                     | 31 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....                             | 32 |
| 3.1.  Método de la investigación .....                      | 32 |
| 3.2.  Enfoque de la investigación.....                      | 32 |
| 3.3.  Tipo de investigación.....                            | 32 |
| 3.4.  Diseño de investigación .....                         | 32 |
| 3.4.1.  Nivel o alcance.....                                | 33 |
| 3.5.  Población, muestra y muestreo .....                   | 33 |
| 3.5.1.  Población.....                                      | 33 |
| 3.5.2.  Muestra .....                                       | 34 |
| 3.5.3.  Muestreo .....                                      | 35 |
| 3.6.  Variables y operacionalización.....                   | 38 |
| 3.7.  Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... | 42 |
| 3.7.1.  Técnica.....  | 42 |
| 3.7.2.  Descripción de instrumentos.....                    | 43 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.7.3. Validación .....                                       | 50  |
| 3.7.4. Confiabilidad.....                                     | 59  |
| 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos .....          | 63  |
| 3.9. Aspectos éticos.....                                     | 64  |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ..... | 65  |
| 4.1. Resultados .....   | 65  |
| 4.1.1. Análisis de los resultados de la encuesta .....        | 65  |
| 4.1.2. Discusión de resultados .....                          | 87  |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....               | 105 |
| 5.1. Conclusiones .....                                       | 105 |
| 5.2. Recomendaciones.....                                     | 106 |
| REFERENCIAS.....  | 108 |
| Anexos .....  | 121 |
| Anexo 01. Matriz de Consistencia .....                        | 121 |
| Anexo 02. Instrumento.....                                    | 123 |
| Anexo 03. Solicitud de investigación.....                     | 129 |
| Anexo 04. Informe Turnitin .....                              | 130 |
| Anexo 05. Consentimiento informado .....                      | 131 |
| Anexo 06. Asentimiento Informado.....                         | 133 |
| Anexo 07: Galería fotográfica.....                            | 134 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1</b> Validación del instrumento BDDQ y sus adaptaciones .....  | 51 |
| <b>Tabla 2</b> Distribución de los datos recolectados con respecto a las características de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima .....   | 65 |
| <b>Tabla 3</b> Distribución de frecuencias de la encuesta (BDDQ) Body Dysmorphic Disorder Questionnaire aplicada a los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima .....                                  | 66 |
| <b>Tabla 4</b> Distribución de frecuencias de la encuesta Escala de Autoestima de Rosenberg aplicada a los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima.....   | 71 |
| <b>Tabla 5</b> Distribución de frecuencias con respecto a la prevalencia del TDC y el nivel de autoestima en los estudiantes .....   | 76 |
| <b>Tabla 6</b> Distribución de frecuencias de los niveles de autoestima en relación con sus datos demográficos con respecto al sexo de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima .....            | 77 |
| <b>Tabla 7</b> Distribución de frecuencias de los niveles de autoestima en relación con sus datos demográficos con respecto al grado de estudio de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima..... | 79 |
| <b>Tabla 8</b> Distribución de frecuencias sobre las áreas de preocupación física con respecto al género de los estudiantes .....  | 80 |
| <b>Tabla 9</b> Distribución de frecuencias del tipo de vínculo parental con respecto al padre que tienen los estudiantes .....   | 83 |
| <b>Tabla 10</b> Distribución de frecuencias del tipo de vínculo parental con respecto a la madre que tienen los estudiantes .....  | 84 |
| <b>Tabla 11</b> Distribución de frecuencias de los resultados sobre la asociación entre el TDC y la autoestima en los estudiantes .....  | 86 |

## RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un problema de salud mental caracterizado por una preocupación excesiva por defectos percibidos en la apariencia física, afectando particularmente a los adolescentes. Aunque existen estudios sobre el TDC, la falta de investigaciones en contextos escolares peruanos resalta la necesidad de explorar esta problemática y su asociación con la autoestima, una variable crítica para el bienestar emocional.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y el nivel de autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.

**Metodología:** El método de investigación fue deductivo, con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, diseño no experimental y nivel descriptivo. La población estuvo compuesta por 300 estudiantes, y la muestra final fue de 152 alumnos.

**Resultados:** Se encontró que el 35.5% de los estudiantes presenta síntomas de Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), mientras que el 64.5% no los presenta. Entre los estudiantes con síntomas de TDC, el 97.1% tiene autoestima baja, el 2.63% reporta autoestima media y el 0.66% presenta autoestima alta. Estos resultados muestran que la mayoría de los estudiantes con síntomas de TDC también presentan autoestima baja. Incluso entre los estudiantes sin síntomas de TDC, la mayoría también presenta autoestima baja, lo que indica que este problema está generalizado en la población estudiantil.

**Conclusiones:** Se determinó que la alta prevalencia del TDC está acompañada de niveles bajos de autoestima, lo que podría afectar el bienestar emocional y social de los estudiantes.

**Palabras clave:** Trastorno Dismórfico Corporal, autoestima, estudiantes, estudio descriptivo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a mental health problem characterized by excessive concern about perceived defects in physical appearance, particularly affecting adolescents. Although there are studies on BDD, the lack of research in Peruvian school contexts highlights the need to explore this problem and its relationship with self-esteem, a critical variable for emotional well-being. **Objective:** To determine the prevalence of Body Dysmorphic Disorder (BDD) and the level of self-esteem in high school students at the Hans Christian Oersted School in Lima, 2024. **Methodology:** The research method was deductive, with a quantitative approach, applied type, non-experimental design and descriptive level. The population consisted of 300 students, and the final sample was 152 students. **Results:** It was found that 35.5% of students exhibit symptoms of Body Dysmorphic Disorder (BDD), while 64.5% do not. Among students with BDD symptoms, 97.1% have low self-esteem, 2.63% report average self-esteem, and 0.66% have high self-esteem. These results show that the majority of students with BDD symptoms also exhibit low self-esteem. Even among students without BDD symptoms, the majority also exhibit low self-esteem, indicating that this problem is widespread in the student population. **Conclusion:** It was determined that the high prevalence of TDC is accompanied by low levels of self-esteem, which could affect the emotional and social well-being of students.

**Keywords:** Body Dysmorphic Disorder, self-esteem, high school students, prevalence, descriptive study.

## INTRODUCCIÓN

La percepción corporal y el nivel de autoestima en los adolescentes son factores esenciales para su bienestar emocional y psicológico, especialmente en una etapa de formación tan importante como la secundaria. Los estudiantes de este nivel se encuentran en una fase de desarrollo caracterizada por cambios físicos y emocionales que pueden influir en cómo se ven a sí mismos y cómo se valoran. En este contexto, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se presenta como una preocupación significativa, ya que puede afectar de manera profunda la autoestima de los jóvenes, conduciendo a una serie de consecuencias emocionales y sociales.

La prevalencia del TDC en la población general oscila entre 1.7% y 2.5%, pero puede aumentar hasta 15% en unidades de ingreso psiquiátrico, 10-40% en consultas de psiquiatría y 8-53% en dermatología y cirugía plástica. Se estima que aproximadamente dos tercios de los casos comienzan en la adolescencia, con síntomas subclínicos desde los 12 años y un diagnóstico más evidente a los 14-16 años (1). Además, este trastorno conlleva un alto riesgo de suicidio, con tasas 6 a 45 veces mayores que en la población general. Alrededor del 80% de los pacientes con TDC presentan ideación suicida y 25% han intentado suicidarse (1). La adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo del TDC, ya que en este período suelen manifestarse las preocupaciones dismórficas y la insatisfacción con la imagen corporal, factores estrechamente relacionados con una baja autoestima. Diversos estudios han señalado que los adolescentes con TDC suelen presentar una percepción negativa de su apariencia, acompañada de conductas de evitación social, angustia emocional severa y una constante comparación con estándares de belleza poco realistas (2). En este sentido, se ha observado que hasta un 25% de los adolescentes experimentan preocupaciones dismórficas sin llegar a desarrollar el trastorno, lo que indica que la insatisfacción con la imagen corporal es un fenómeno frecuente en esta etapa del desarrollo. Asimismo, la baja autoestima, junto con rasgos

perfeccionistas e hipersensibilidad a la crítica, incrementa la probabilidad de desarrollar TDC, especialmente en un contexto donde la validación social y la autoimagen desempeñan un papel central en la identidad adolescente (2).

El colegio Hans Christian Oersted, ubicado en Lima, proporciona un entorno ideal para analizar la asociación entre la prevalencia del TDC y la autoestima en los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de secundaria. La adolescencia es un periodo crítico para la formación de la autoimagen y el autoconcepto, y los estudiantes de este colegio no están exentos de enfrentar presiones sociales y expectativas en torno a la apariencia física, lo que puede derivar en un trastorno dismórfico corporal y afectar negativamente su autoestima.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal y su asociación con los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del colegio Hans Christian Oersted durante el año 2024. La investigación busca aportar información relevante que sirva de base para desarrollar estrategias y programas de apoyo dentro del entorno escolar, fomentando una mejor comprensión de estos trastornos y promoviendo una autoestima saludable entre los adolescentes.

La investigación se estructura en cinco capítulos. El primer capítulo se enfoca en el planteamiento del problema, la justificación y la delimitación del estudio. El segundo capítulo abarca el marco teórico, los antecedentes y definición de términos básicos. En el tercer capítulo se desarrolla la metodología, que incluye la descripción de la población, la muestra y las técnicas e instrumentos de investigación utilizados. El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos y su análisis. Finalmente, el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones. Al final del documento se incluyen la bibliografía y los anexos.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Nuestra imagen propia y cómo nos valoramos son cruciales para nuestro bienestar general. Nuestra percepción de nosotros mismos, relacionada estrechamente con la autoestima, no solo determina cómo nos sentimos con respecto a nosotros mismos, sino que también influye en nuestras acciones y conductas. Una baja autoestima puede conducir a descuidar el cuidado personal, evitar las interacciones sociales con extraños y experimentar síntomas depresivos (3).

Cuando esta baja autoestima se manifiesta como una preocupación excesiva por características físicas reales o imaginarias que se perciben como defectos, puede desarrollarse el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Esta condición afecta no solo la salud mental, sino también el bienestar físico, el rendimiento académico y las interacciones sociales, especialmente en la adolescencia. Diversos estudios han reportado que el TDC se presenta con frecuencia junto con niveles bajos de autoestima en esta población (2). La preocupación excesiva por supuestas imperfecciones puede provocar sentimientos de vergüenza e inseguridad, lo que lleva a los adolescentes a evitar situaciones sociales o actividades que impliquen mostrar su cuerpo (3).

Además, se debe considerar la presión y valoración social diferencial que existe sobre los estereotipos y roles de género. Las diferencias en los procesos de

socialización, tanto a nivel familiar como cultural, otorgan a los varones un abanico más amplio de posibilidades y experiencias. Uno de los factores que contribuye a este escenario es la percepción negativa del cuerpo por parte de las adolescentes (4). Estas tienden a tener una actitud más crítica hacia su apariencia, menor satisfacción con la forma de su cuerpo y emiten evaluaciones más negativas de su imagen corporal. Estos aspectos cobran especial importancia considerando que, en la adolescencia, la autoestima global se encuentra íntimamente ligada a la percepción de la apariencia física (5). Diversos estudios han señalado que el tipo de lazo parental también influye significativamente en la formación de la autoestima durante la adolescencia (6, 7).

En los últimos años, el TDC ha cobrado mayor atención a nivel mundial, en parte debido a la influencia creciente de los medios de comunicación y las redes sociales sobre los ideales de belleza. Diversas investigaciones han demostrado una relación entre el uso excesivo de redes sociales y la insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en adolescentes. Por ello, es fundamental reconocer y prevenir el impacto que estas plataformas pueden tener en la percepción de la imagen corporal de los jóvenes, así como el uso problemático de las mismas (8, 9, 10).

En el Perú, como en otros países, la preocupación por la imagen corporal ha crecido, particularmente entre los adolescentes. Según Johanna Rubianes, psicoterapeuta del hospital Hermilio Valdizán, algunas personas son más propensas a desarrollar TDC. Este incremento se atribuye, en parte, al papel de las redes sociales y los medios de comunicación en la construcción de los estándares de belleza y la autoimagen (11). Los adolescentes son especialmente vulnerables a estas influencias, ya que se encuentran en una etapa donde la aceptación social y la aprobación de sus pares son determinantes para el desarrollo de su identidad. Esta situación afecta no

solo su salud mental, sino también su rendimiento académico y sus relaciones personales. El descontento con la apariencia y la baja autoestima pueden dar lugar a trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, interfiriendo negativamente en otros aspectos de su vida (12). Estudios han demostrado que los adolescentes con baja autoestima reportan mayor dificultad en áreas como el desempeño escolar y las relaciones sociales (13).

Aunque el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) no cuenta con cifras exactas sobre la prevalencia del TDC en adolescentes a nivel nacional (14), algunos estudios han logrado estimaciones relevantes en poblaciones específicas. Una investigación realizada en Trujillo halló que el 47.9 % de adolescentes entre 15 y 18 años presentaban TDC, siendo más frecuente en mujeres (54.3 %) (15). Por su parte, un estudio en Huánuco reportó una prevalencia del 67.4 % en estudiantes de secundaria, mientras que el 32.6 % no presentaba signos del trastorno (16). Asimismo, el INSM ha registrado que en Lima Metropolitana el 16.6 % de adolescentes y el 11.1 % de adultos expresan insatisfacción con su apariencia física, lo cual refleja la presencia de preocupaciones relacionadas con la imagen corporal (14).

Se han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo del TDC, tales como antecedentes familiares de trastornos mentales, experiencias de burlas o abuso por la apariencia física, baja autoestima, perfeccionismo y presión social sobre la imagen corporal. El tratamiento suele incluir antidepresivos y terapia cognitivo-conductual, siendo esta última eficaz para modificar los pensamientos y comportamientos distorsionados sobre la apariencia, y mejorar así la autoestima del paciente, lo cual es clave para una recuperación sostenible (15). En muchos casos clínicos se puede encontrar la prevalencia de pensamientos negativos que conllevarían

a la toma de decisiones graves en cuanto a su vida. Esto ocurre aún más al mantenerse en contacto con personas que avivan sus conflictos emocionales debido a sus rasgos (17). Los grupos de personas en la red que mantienen el anonimato desencadenarían un acoso, ya sea de forma adrede o inocua, debido a que pueden ocultar sus datos personales. En otras situaciones, el mismo individuo que sufre de emociones negativas obtendría mayor menosprecio hacia sí mismo al compararse con sus semejantes mostrados por dichos medios de difusión. En general se manifiesta y la existencia una fuerte asociación entre los síntomas del Trastorno Dismórfico Corporal y el uso frecuente de redes sociales, que actúan como un disparador en adolescentes con baja autoestima (18).

A pesar del interés creciente en el TDC y su relación con la autoestima, persisten vacíos importantes en el conocimiento. En el caso peruano, no se cuenta con estudios específicos que exploren la prevalencia del TDC en poblaciones escolares, ni que analicen su asociación con la autoestima en adolescentes, lo cual limita la comprensión de esta problemática. Además, tampoco se dispone de información detallada sobre cómo los factores culturales y sociales, como los estereotipos de género o el uso de redes sociales, afectan a esta población de manera diferenciada. Esta falta de evidencia dificulta el diseño de estrategias preventivas y de intervención adaptadas al contexto peruano.

En este marco, el TDC se posiciona como un problema de salud mental con gran impacto en la calidad de vida del adolescente (2). Si bien existen investigaciones sobre el trastorno en otras poblaciones, no se dispone de información específica sobre su prevalencia en estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, en Lima, lo que genera incertidumbre sobre el alcance real del problema en esta comunidad escolar.

Dado que estos adolescentes están expuestos a los estándares de belleza promovidos por los medios locales y redes sociales, es probable que existan factores socioculturales particulares que influyan en la aparición del TDC (6, 7, 8). Además, se desconoce de qué forma se relaciona el nivel de autoestima con la presencia de este trastorno en dicha población. Por ello, el presente estudio busca aportar evidencia concreta y contextualizada, que permita comprender mejor esta problemática y contribuir al diseño de intervenciones específicas orientadas a mejorar el bienestar de los estudiantes.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el nivel de autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de autoestima entre los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?
- ¿Cuáles son las áreas de mayor preocupación física entre los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?
- ¿Cuál es el vínculo parental que tienen los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024?
- ¿Cuál es la asociación del trastorno dismórfico corporal y la autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?

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

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el nivel de autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.

### **1.3.2. Objetivo Específico**

- Caracterizar los niveles de autoestima en los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.
- Identificar las áreas de preocupación física en estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024.
- Describir el tipo de vínculo parental que tienen los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024.
- Determinar si existe asociación entre el trastorno dismórfico corporal y la autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

La finalidad de este estudio es determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y evaluar el nivel de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima durante el año 2024. Aunque existen investigaciones que abordan el TDC y la autoestima en poblaciones adolescentes, los estudios disponibles presentan limitaciones significativas: muchos se desarrollan en contextos culturales y sociales distintos al peruano, o bien no incluyen datos específicos sobre poblaciones escolares. Estas limitaciones dificultan la aplicabilidad de sus conclusiones a la realidad

nacional, donde factores como los estereotipos culturales y el impacto de las redes sociales pueden diferir considerablemente (12).

Además, algunos estudios han explorado el impacto de la imagen corporal y la autoestima en la adolescencia, pero hay discordancias en cuanto a los factores que influyen en estas variables, especialmente en adolescentes de diferentes géneros y contextos socioculturales. Estas controversias reflejan la necesidad de investigaciones que describan cómo se presentan estas características en poblaciones específicas, como estudiantes de secundaria en Lima.

La escasez de información actualizada y representativa en el ámbito nacional sobre el TDC y los niveles de autoestima refuerza la importancia de este estudio (14). En un contexto donde los adolescentes están cada vez más expuestos a estándares de "perfección corporal" promovidos por las redes sociales, esta investigación busca aportar datos concretos y contextualizados que permitan comprender mejor esta problemática. A partir de un enfoque teórico sólido, la investigación contribuirá a la literatura académica sobre el Trastorno Dismórfico Corporal y los factores que influyen en la percepción de la imagen corporal y la autoestima en adolescentes.

#### **1.4.2. Metodológica**

La metodología seleccionada para este estudio, que incluye un enfoque cuantitativo, diseño no experimental de alcance descriptivo y método deductivo, es idónea para investigar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima entre los estudiantes de secundaria del Colegio Hans

Christian Oersted en Lima. Utilizando instrumentos validados como la Escala de Autoestima de Rosenberg, el TEST BDDQ y el cuestionario de Lazos Parentales (PBI), esta metodología permitió una recopilación de datos precisa y objetiva, facilitando un análisis detallado de las inseguridades sobre la imagen corporal y la autovaloración en una población adolescente vulnerable.

### **1.4.3. Práctica**

En relación con la relevancia práctica del estudio, esta investigación tuvo como objetivo describir la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima. Los hallazgos proporcionarán información relevante para que educadores y profesionales del ámbito de la salud mental comprendan mejor la presencia y distribución de estas condiciones en esta población.

Comprender la dimensión del problema en el contexto escolar no solo hace visible su impacto en la población estudiantil, sino que también orienta estrategias para abordarlo de manera efectiva. Asimismo, los resultados permitirán generar información local sobre la magnitud del problema, lo que contribuirá al diseño de intervenciones más adecuadas y ajustadas a la realidad de los adolescentes en el contexto escolar.

Además, este estudio contribuyó al desarrollo de una base de conocimiento que facilite futuras investigaciones y acciones en el ámbito educativo y de la salud mental, proporcionando a las instituciones educativas y a los especialistas en salud mental datos concretos para orientar estrategias de apoyo a los estudiantes. Si bien este estudio no desarrolla herramientas de

intervención ni evalúa relaciones causales entre variables, su aporte radica en ofrecer un panorama descriptivo que pueda ser considerado en futuras iniciativas dirigidas al bienestar emocional y la autoestima en adolescentes.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

El presente estudio enfrenta diversas limitaciones inherentes al tipo de investigación y los métodos utilizados. Como se trata de un estudio descriptivo, no se pretende establecer causalidades, sino solo caracterizar las variables en la población estudiada. Esto implica que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a otros contextos o poblaciones fuera del Colegio Hans Christian Oersted en Lima. Además, aunque los cuestionarios fueron elegidos por su confiabilidad y validez, las respuestas de los estudiantes podrían haber estado influenciadas por factores como la deseabilidad social, lo que podría afectar la sinceridad de las respuestas. El proceso de recolección de datos también estuvo sujeto a limitaciones, ya que algunos padres mostraron desconfianza inicialmente ante la participación de sus hijos en la investigación, lo que retrasó la autorización para realizar el estudio. Finalmente, el análisis de los datos estuvo limitado por el tamaño muestral y la metodología estadística utilizada. Aunque se aplicaron técnicas descriptivas adecuadas, el tamaño de la muestra puede haber influido en la capacidad para detectar patrones más sutiles o complejos dentro de los datos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Kuck et al. (2021), en la realización de su metaanálisis, tuvieron como objetivo examinar la relación entre la gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal y la autoestima global mediante un metaanálisis de 25 estudios con 6278 participantes. Como método se aplicó un metaanálisis de efectos aleatorios, utilizando correlaciones transformadas con la z de Fisher, y también se analizaron correlaciones parciales controlando los síntomas depresivos. Los resultados mostraron una correlación negativa moderada entre la severidad de los síntomas del TDC y la autoestima, incluso después de ajustar por variables como la gravedad de los síntomas depresivos. Aunque los síntomas depresivos explican parcialmente esta relación, no son el único factor influyente. Asimismo, se encontró que los tipos de muestra y los criterios diagnósticos iniciales parecían modificar la relación, pero estas diferencias desaparecieron tras considerar ciertos artefactos. El estudio concluyó que la baja autoestima es una característica central del TDC, afectando no solo la percepción del aspecto físico, sino también otros aspectos fundamentales, lo que resalta la necesidad de incluir estrategias para mejorar la autoestima en las intervenciones terapéuticas y preventivas (19).

Ahmadpanah et al. (2019), en su artículo, tuvieron como objetivo evaluar si la relación entre puntajes más altos de trastorno dismórfico corporal y una mayor presión mediática percibida estaría mediada por una menor autoestima. El estudio incluyó a 350 jóvenes adultos iraníes, en su mayoría mujeres (76.9 %), con una edad promedio de 24.17 años. Los participantes completaron cuestionarios que abarcaban datos sociodemográficos, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima, mientras que los expertos calificaron a los participantes según los síntomas de trastornos dismórficos corporales. Los resultados indicaron que los participantes con puntajes más altos en TDC también presentaban mayores actitudes socioculturales hacia la apariencia, y que la presión mediática estaba asociada con mayores puntuaciones de TDC. Sin embargo, no se encontró que la baja autoestima estuviera relacionada significativamente con el TDC ni con las actitudes socioculturales hacia la apariencia. El estudio concluyó que, en esta población, las actitudes socioculturales hacia la apariencia tienen un vínculo más estrecho con el TDC que la autoestima, sugiriendo que factores como las aspiraciones laborales o las interacciones sociales podrían tener un papel más importante en el desarrollo de síntomas de TDC (20).

Gajić y Gajić (2022), en su artículo, tuvieron como objetivo examinar la relación entre los síntomas del TDC y la depresión, ansiedad y estrés, así como el papel mediador de la autoestima en esta relación en personas sometidas a cirugía estética. Para ello, emplearon diversos instrumentos de medición: (a) un cuestionario de datos generales con características sociodemográficas; (b) la “Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)”;

(c) la “Escala de Autoestima de Rosenberg (RSS)” y (d) el “Inventario de Ansiedad Apetitiva (AAI)”. Los resultados mostraron que los síntomas de TDC estaban correlacionados con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés, siendo la depresión el factor más influyente. Además, se encontró que la autoestima media esta relación, sugiriendo que actúa como un vínculo entre los trastornos del estado de ánimo y el TDC. El estudio concluyó que estos hallazgos destacan la importancia de la autoestima en la comprensión del TDC en esta población y subraya la necesidad de implementar programas de psicoeducación para fomentar estrategias más saludables para manejar el estrés y promover el apoyo psicoterapéutico para abordar problemas psicológicos relacionados con la imagen corporal (21).

Nabella (2019), en su tesis, tuvo como objetivo analizar la relación entre la autoestima, la autoaceptación y el Trastorno Dismórfico Corporal en estudiantes de psicología de la UIN Malang. Esta tesis de tipo cuantitativo y enfoque correlacional, realizado con 92 mujeres que mostraban síntomas de TDC, encontró que el 79,3% de las participantes presentaban niveles bajos de autoestima y el 59,8% niveles medios de autoaceptación, mientras que el 100% tenía un nivel alto de síntomas de TDC. Los resultados revelaron una correlación negativa significativa entre la autoestima y el TDC ( $r = -0,665$ ) y entre la autoaceptación y el TDC ( $r = -0,674$ ). Además, se observó que la autoestima y la autoaceptación, en conjunto, explicaban el 55,1% de la variación en los síntomas de TDC. El estudio concluyó que tanto la autoestima como la autoaceptación tienen un impacto negativo significativo en el TDC, subrayando la importancia de considerar estos factores en intervenciones destinadas a reducir los síntomas de TDC en estudiantes (22).

Purba (2023), en su tesis, tuvo como objetivo analizar la relación entre la autoestima y el trastorno dismórfico corporal en mujeres jóvenes de 18 a 21 años. Para la recolección de datos se empleó una escala tipo Likert, y el análisis se realizó mediante la técnica de autoinforme (self-report), lo que permitió obtener información directa sobre las percepciones y actitudes de las participantes en relación con la autoestima y el trastorno dismórfico corporal. Los resultados indicaron una relación positiva significativa entre la autoestima y el TDC ( $r = 0,128$ ;  $p = 0,002$ ), sugiriendo que la autoestima contribuye en un 32,4% al TDC, mientras que el 67,6% restante podría explicarse por otros factores no abordados en el estudio. Las participantes mostraron un nivel moderado de autoestima, con una media empírica de 17,56, y un nivel alto de TDC, con una media empírica de 82,71. El estudio concluyó que, en este grupo, las jóvenes con TDC tienden a tener niveles moderados de autoestima, destacando la necesidad de explorar otros factores que podrían influir en el desarrollo del TDC (23).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Salazar (2023), en su tesis, tuvo como objetivo determinar la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes mujeres de dos instituciones educativas de Ica. El estudio, de enfoque correlacional y transversal, incluyó a un grupo de adolescentes de secundaria, analizando cómo la percepción de la imagen corporal influye en su autoestima. Los resultados evidenciaron una relación inversa significativa entre ambas variables, indicando que, a mayor insatisfacción corporal, menor autoestima. La investigación concluyó que la presión social y los estándares

de belleza influyen en la percepción de la imagen corporal, resaltando la necesidad de estrategias que fortalezcan la autoestima en adolescentes y mitiguen los efectos negativos de la insatisfacción con la apariencia física (24).

Siancas (2017), en su tesis, tuvo como objetivo determinar la relación entre la imagen corporal y la autoestima en adolescentes víctimas de violencia en una institución educativa de Sullana, Piura. El estudio, de diseño no experimental, descriptivo-correlacional, incluyó a 150 adolescentes mujeres de entre 15 y 18 años. Los resultados mostraron una relación débil e inversa entre la imagen corporal y la autoestima, indicando que, en general, cuando una mejora, la otra tiende a disminuir, aunque esta relación no fue consistente en todas las dimensiones evaluadas. No se encontraron asociaciones significativas entre la percepción de la imagen corporal vinculada a la autonomía, la socialización, la desvalorización de la figura y otras dimensiones específicas. El estudio concluyó que no hay una relación significativa entre la imagen corporal y la autoestima en este grupo, sugiriendo que otros factores, como el apoyo social, las experiencias de vida o trastornos coexistentes, podrían tener mayor influencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de explorar factores adicionales para diseñar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar la autoestima y la imagen corporal en adolescentes víctimas de violencia (25).

Sierra (2017), en su tesis, tuvo como objetivo evaluar la relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UNAS. El estudio, de diseño

descriptivo, correlacional y transversal, incluyó a 222 estudiantes, de los cuales el 68% eran mujeres y el 55,8% menores de 20 años. Los resultados mostraron una relación significativa entre la baja autoestima y una preocupación leve a moderada por la imagen corporal, con un 53,3% de los participantes con baja autoestima mostrando esta preocupación (Chi-cuadrado = 10,51;  $p = 0,005$ ). La investigación concluyó que la baja autoestima observada está parcialmente influenciada por la preocupación por la imagen corporal, aunque otros factores laborales o personales también podrían desempeñar un papel. Estos hallazgos subrayan la importancia de diseñar intervenciones de apoyo psicológico y programas educativos dirigidos a estudiantes de salud, dado que la autoestima y la imagen corporal son fundamentales para el bienestar emocional y mental (26).

García y Palomino (2024), en su tesis, tuvieron como objetivo analizar los factores asociados a la presencia de sintomatología alta del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en estudiantes universitarios. El estudio, de tipo cuantitativo y correlacional, evaluó la relación entre el uso excesivo de redes sociales, la exposición a estándares de belleza inalcanzables y la prevalencia de síntomas de TDC. Los hallazgos revelaron que un porcentaje significativo de los participantes presentaba signos de dismorfia corporal, vinculados a una baja autoestima y una autopercepción negativa. La investigación concluyó que el consumo constante de contenido estético digital puede contribuir al desarrollo de sintomatología del TDC, lo que sugiere la necesidad de mayor educación sobre salud mental y regulación emocional en entornos académicos (27).

Baldera y Vidal (2022), en su tesis, tuvieron como objetivo explorar la relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y la autoestima en jóvenes de una universidad de Lima. A través de un estudio descriptivo-correlacional, se identificó que los estudiantes con mayores niveles de insatisfacción corporal tendían a presentar una autoestima más baja. Además, se encontró que la percepción de la imagen corporal estaba influenciada por factores socioculturales y la comparación con estándares estéticos impuestos por redes sociales y medios de comunicación. Los autores concluyeron que la insatisfacción con la imagen corporal puede afectar significativamente el bienestar emocional de los estudiantes universitarios, sugiriendo la necesidad de intervenciones psicoeducativas que promuevan una autoimagen positiva y una mayor aceptación personal (28).

## **2.2. Bases teóricas**

### **Definición**

El trastorno dismórfico corporal es una variante de los trastornos obsesivo-compulsivos, caracterizado por una preocupación intensa y desproporcionada con respecto a un defecto percibido o imaginario en el aspecto físico del individuo. Esta obsesión puede llegar a ser tan abrumadora que afecta significativamente la calidad de vida de la persona, llevándola incluso a buscar múltiples intervenciones médicas o quirúrgicas para corregir lo que ella considera como defectos. Las personas con TDC invierten gran cantidad de tiempo enfocándose en sus supuestos defectos y buscando maneras de esconderlos. Esta obsesión puede ser tan intensa que deteriora su bienestar y afecta su capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas. Un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden mejorar significativamente el pronóstico. De lo

contrario, esta condición puede llevar a intervenciones médicas innecesarias y tener implicaciones legales (29 - 30).

### **Evolución histórica**

El trastorno dismórfico corporal fue inicialmente descrito por Enrico Morselli en 1891. Morselli definió la condición como "dismorfofobia," describiéndola como una preocupación subjetiva de fealdad o defecto físico que el individuo siente que es visible para otros, incluso cuando su apariencia física cae dentro de lo que se considera normal. Este trastorno fue incorporado oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica en el DSM-III en 1980, donde se le clasificó como un trastorno somatomorfo atípico (31).

Finalmente, el DSM-5 de 2013 integra el TDC en el espectro obsesivo-compulsivo, y añade una subcategoría conocida como "trastorno dismórfico muscular". Con respecto a la relación entre TDC y otros trastornos, McElroy et al han sugerido que tanto el TDC como los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) podrían no solo formar parte del espectro obsesivo-compulsivo, sino también incluirse en una categoría más amplia relacionada con los trastornos del ánimo (31).

### **Fundamentos del TDC**

El trastorno dismórfico corporal afecta a ambos sexos y aunque no se conoce su causa exacta, se cree que factores como la genética, niveles bajos de serotonina, ciertas experiencias de vida como el abuso, y el estrés en la adolescencia podrían contribuir a su desarrollo (30).

El trastorno dismórfico corporal tiende a surgir en la etapa adolescente, específicamente entre los 12 y 13 años de edad. Este periodo es especialmente

delicado, ya que la opinión del grupo de amigos cobra gran relevancia. En este contexto, es común que los adolescentes estén muy enfocados en su apariencia física y en la percepción que los demás tienen de ellos. Sin embargo, para aquellos que sufren de TDC, la preocupación por la apariencia trasciende las típicas inseguridades adolescentes, llegando a niveles que comprometen seriamente su calidad de vida (30).

Individuos con trastorno dismórfico corporal se obsesionan con lo que perciben como imperfecciones en su apariencia, a pesar de que estos detalles usualmente son insignificantes para otras personas (30).

Los individuos con trastorno dismórfico corporal experimentan una obsesión tan intensa con lo que ven como imperfecciones que se sienten abrumados por estos pensamientos. A pesar de querer liberarse de estos pensamientos negativos, encuentran difícil hacerlo, lo que resulta en un malestar emocional significativo y en un deterioro en su calidad de vida (30).

### **Signos y Síntomas**

En casos más moderados, individuos con TDC pueden verse a sí mismos como poco agraciados, mientras que en situaciones extremas pueden considerarse monstruosos. Estas personas experimentan un alto nivel de angustia emocional. La característica predominante del TDC son los pensamientos obsesivos sobre su apariencia y suelen tener una autoestima baja, evitan el contacto social y enfrentan dificultades en su vida laboral o académica (30).

En pacientes con TDC es común observar los siguientes comportamientos compulsivos o repetitivos (30):

- Ocultar o disimular ciertas partes del cuerpo.
  - Comparar constantemente su apariencia con la de otros.
  - Solicitar intervenciones quirúrgicas.
  - Revisarse excesivamente frente al espejo.
  - Manipular o hurgarse la piel de manera compulsiva.
  - Realizar una limpieza corporal exagerada.
  - Ejercitarse de manera excesiva.
  - Cambiarse de ropa con mucha frecuencia.
  - Exponerse en exceso al bronceado.
  - Ir de compras de manera compulsiva.
- Los individuos con TDC suelen compararse constantemente con otros y pueden buscar repetidamente validación de su apariencia de las personas a su alrededor, lo cual puede generar tensiones en sus relaciones. Estas personas experimentan emociones negativas intensas como vergüenza, asco, desesperanza, depresión, ira y ansiedad. Además, la preocupación extrema por su apariencia a menudo va acompañada de un temor al rechazo y a la humillación, lo cual puede llegar al punto de generar pensamientos suicidas (30).
  - Numerosos pacientes con TDC ven la cirugía estética como la respuesta a sus inquietudes sobre su apariencia. Sin embargo, en lugar de proporcionar alivio, estos procedimientos quirúrgicos a menudo intensifican su angustia. Es común que estos individuos no queden satisfechos con los resultados de la cirugía, lo que puede llevarlos a buscar más intervenciones o a desplazar su enfoque hacia otras áreas del cuerpo que consideran defectuosas. Adicionalmente, algunos de estos pacientes pueden desarrollar una adicción a las cirugías estéticas (30).

**Tipos:**

### **Trastorno dismórfico corporal por poderes**

Esta es una variante del Trastorno Dismórfico Corporal en la que la preocupación obsesiva se centra en la apariencia física de otra persona, ya sea un familiar, amigo o incluso un desconocido. La intensa inquietud por el aspecto de alguien más puede repercutir negativamente en la vida diaria del individuo y disminuir su calidad de vida. El abordaje terapéutico para tratar a estas personas suele seguir las mismas pautas que se utilizan para el tratamiento del TDC convencional (30).

### **Dismorfia muscular**

La dismorfia muscular es una variante del TDC en la que la persona está obsesionada con su musculatura, siendo más común en hombres que en mujeres. Las personas con esta condición temen parecer débiles y, por lo tanto, dedican una cantidad excesiva de tiempo al ejercicio físico. Esta forma de TDC está vinculada a un mayor riesgo de suicidio y abuso de sustancias, así como a una calidad de vida reducida. La terapia cognitivo-conductual se considera el enfoque de tratamiento principal tanto para la dismorfia muscular como para el TDC en general (30).

### **Diagnostico**

El diagnóstico del trastorno dismórfico corporal se realiza a través del historial médico del paciente. Si la única inquietud del individuo se centra en la forma y el peso de su cuerpo y además presenta comportamientos alimenticios anómalos, es probable que el diagnóstico más apropiado sea un trastorno alimenticio. Si la preocupación exclusiva es sobre las características sexuales

físicas, entonces podría ser más adecuado considerar un diagnóstico de disforia de género (32).

### **Criterios diagnósticos del DSM-V**

- a) Preocupación por uno o más defectos o fallos en la apariencia física que son imperceptibles o considerados insignificantes por otras personas.
- b) En algún momento durante el transcurso del trastorno, la persona ha realizado conductas repetitivas (como mirarse excesivamente al espejo, higiene personal exagerada, rascarse, buscar reafirmación) o pensamientos recurrentes (comparándose estéticamente con otros) como reacción a su preocupación por su apariencia.
- c) La obsesión con el aspecto físico causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas sociales, laborales u otras esferas importantes de la vida.
- d) Cuando la preocupación constante por el aspecto físico genera un malestar clínicamente significativo o provoca un deterioro en áreas fundamentales de la vida, tales como las relaciones sociales, el desempeño laboral u otros ámbitos importantes del funcionamiento personal, se considera una condición de salud mental. (32).

### **Especificar si:**

Con respecto a la dismorfia muscular: el individuo experimenta una preocupación persistente en torno a la creencia de que su estructura corporal es inadecuadamente pequeña o carece de suficiente masa muscular. Es importante notar que este especificador se emplea inclusive si la preocupación abarca otras áreas del cuerpo, lo cual es un escenario común en estos casos (32).

**Especificar si:**

Al evaluar a un paciente para determinar si tiene trastorno dismórfico corporal, se deben considerar los siguientes aspectos según Behar et al. (32):

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del TDC (ej. "Soy feo/a" o "Estoy deforme"):

Buena o aceptable introspección: El individuo reconoce que las creencias del TDC son improbables o posiblemente no verdaderas, o existe la posibilidad de que sean ciertas o no.

Baja introspección: La persona cree que las creencias asociadas al TDC son muy probablemente verdaderas. Ausencia de introspección o creencias delirantes:

El sujeto está totalmente convencido de que las creencias relacionadas al TDC son verdaderas.

**Diferenciación de un trastorno alimentario**

El diagnóstico considera el tiempo que dedican a enfocarse en la percepción de sus defectos. Para el TDC, los pacientes deben pasar al menos 1 hora al día concentrados en sus defectos, aunque es común que dediquen de 3 a 8 horas diarias. Se evaluarán comportamientos repetitivos como aplicarse maquillaje constantemente. Es crucial determinar si el "defecto" es fácilmente observable y si los síntomas tienen un impacto significativo en la vida del paciente, como en su capacidad laboral o escolar. (31).

**Autoestima:**

La autoestima se entiende como la valoración y el afecto que una persona siente hacia sí misma. Estar en paz consigo mismo, aceptarse sin restricciones y apreciarse son factores clave para el bienestar psicológico y la salud mental. Este concepto se forma a lo largo de la vida a través de diversas vivencias, lo que sugiere que es posible crear condiciones favorables para que niños y jóvenes desarrollen una autoestima saludable (33).

La autoestima es un constructo multifacético y complejo que abarca la forma en que una persona se percibe y se estima. No se reduce a simplemente "sentirse bien" consigo mismo, sino que implica una aceptación profunda y sin condiciones de la propia esencia (34).

Esta aceptación incondicional es un pilar esencial para el bienestar psicológico y la salud mental, ya que capacita a las personas para enfrentar los desafíos de la vida con mayor resiliencia y confianza en sí mismas (35).

El proceso de desarrollo de la autoestima es dinámico, inicia en la infancia y se prolonga durante toda la vida. Las experiencias, tanto positivas como negativas, moldean la autoestima de una persona. En particular, los niños y jóvenes son influenciados por su entorno familiar, social y educativo. Por ello, resulta crucial generar entornos que fomenten una autoestima sana en las nuevas generaciones, brindando apoyo, valoración y oportunidades para que exploren sus habilidades, desarrollen sus intereses y se sientan reconocidos por quienes son. Una autoestima sólida se manifiesta en la confianza que una persona tiene en su capacidad para pensar, tomar decisiones y perseguir sus metas. Esta confianza no es soberbia, sino una creencia realista en el propio valor y potencial. Las personas con una autoestima saludable se sienten cómodas consigo mismas, son

capaces de establecer límites claros y fomentar relaciones interpersonales positivas. Además, tienen una mayor habilidad para manejar el estrés, superar obstáculos y aprender de sus errores (36).

La autoestima es un componente fundamental de la personalidad que influye notablemente en el comportamiento y la toma de decisiones. Albert Ellis, fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), subraya la importancia de la autoaceptación incondicional, que implica valorarse sin condiciones, aceptando tanto las virtudes como los defectos. Desde esta perspectiva, al aceptarnos plenamente, mejoramos nuestra salud mental y bienestar emocional, lo que promueve una autorregulación más efectiva y decisiones más coherentes con nuestros valores y objetivos personales (37).

Una autoestima saludable, como un cimiento clave del bienestar individual, aporta múltiples beneficios que se reflejan en una vida más plena y satisfactoria. En primer lugar, una autoestima positiva está asociada con un mejor estado mental y un bienestar generalizado. Quienes se valoran a sí mismos tienden a experimentar menos estrés, ansiedad y depresión, lo que contribuye a una mayor estabilidad emocional y una sensación de paz interior. En segundo lugar, la autoestima actúa como un motor que impulsa a las personas a alcanzar sus objetivos y superar las dificultades que se presentan. La seguridad en las propias capacidades y la creencia en el éxito son elementos esenciales para mantener la motivación y la energía necesarias para perseverar ante la adversidad. Asimismo, una autoestima fuerte permite enfrentar los fracasos de manera constructiva, aprendiendo de los errores y convirtiendo las experiencias negativas en oportunidades de crecimiento personal (38).

Una autoestima positiva empodera a las personas para cuidar de sí mismas y proteger sus intereses legítimos. Esto implica tomar decisiones saludables, establecer prioridades y buscar el bienestar físico y emocional. Además, una autoestima sólida permite utilizar de manera óptima las propias habilidades y talentos, lo que se traduce en un mayor éxito tanto en el ámbito personal como profesional (39).

### **Tipos de autoestima:**

La autoestima se puede clasificar en dos categorías principales: positiva y negativa (40).

- **Autoestima positiva:**

La autoestima positiva se distingue por el aprecio y el respeto que una persona tiene hacia sí misma y hacia los demás. Quienes poseen este tipo de autoestima evitan compararse constantemente con otros y comprenden que la perfección es inalcanzable. Aceptan sus limitaciones, pero adoptan una actitud orientada al desarrollo y al progreso personal. Este tipo de autoestima se manifiesta en una sensación general de seguridad en sí mismos, autoapreciación, independencia y empoderamiento. Las personas con autoestima positiva se perciben como valiosas y necesarias, y su sentido de valía está profundamente conectado con sus principios y valores. Sienten que su vida tiene un propósito y un valor inherente (40).

- **Autoestima negativa:**

En contraste, la autoestima negativa se define por una insatisfacción persistente, desprecio hacia uno mismo y autorrechazo. Las personas con este tipo de autoestima no se valoran ni se respetan, lo que resulta en una percepción negativa de sí mismas. Frecuentemente sienten que los demás esperan que sean diferentes, lo que provoca frustración, sensaciones de incapacidad, fragilidad e incluso enojo hacia sí mismos. Este tipo de autoestima está vinculado a una baja autoestima general, generando un sentimiento de insuficiencia y falta de valía. Quienes tienen autoestima negativa enfrentan dificultades para reconocer su propio valor, lo que puede atraparlos en un ciclo de autocrítica y falta de confianza (40).

#### **Niveles de autoestima:**

Stanley Coopersmith desarrolló un modelo que clasifica la autoestima en tres categorías: alta, media y baja. Cada categoría representa distintas formas de percibirse a sí mismo y de confiar en las propias capacidades (41).

- **Autoestima alta:**

Quienes poseen una autoestima alta se distinguen por su habilidad para conservar la seguridad en sí mismos, incluso en situaciones difíciles. No se dejan vencer por las presiones de la vida y enfrentan los retos con una actitud positiva. Estas personas no temen equivocarse ni enfrentarse a problemas, sino que exploran soluciones alternativas y aprovechan las experiencias para aprender. Fomentan relaciones saludables con otros, confían en sus decisiones y en sus competencias, y están abiertas a recibir críticas constructivas, viéndolas como una oportunidad para crecer. Además, tienen la valentía de asumir riesgos,

aceptar los fracasos y considerarlos como momentos de desarrollo personal. Reflexionan sobre el pasado, se preparan para el futuro y enfrentan el presente con compromiso y resolución (41).

- **Autoestima media:**

Las personas con autoestima media exhiben un nivel de confianza en sí mismas razonable, pero este puede verse influido por las opiniones negativas de su entorno. Aunque tratan de mantenerse estables en sus interacciones sociales, en ocasiones se sienten frágiles y sus emociones pueden variar. A pesar de contar con una base de seguridad, su autoestima está parcialmente condicionada por factores externos, lo que puede generar cambios en su comportamiento dependiendo de las críticas o el respaldo que reciban de quienes les rodean (41).

- **Autoestima baja:**

En contraste, quienes tienen una autoestima baja suelen ser inseguros y carecen de confianza en sus habilidades y talentos. Se sienten incapaces de tomar decisiones sin buscar constantemente la validación de otros, lo que les provoca un temor persistente a equivocarse. Los jóvenes con autoestima baja enfrentan dificultades para relacionarse con otros, se sienten incomprendidos y, frecuentemente, sufren en silencio. Son más vulnerables a la depresión, ya que les cuesta aceptarse como son. Tienen una percepción distorsionada de sí mismos y tienden a aislarse de su entorno. Estas personas suelen culpar a otros por sus fracasos, evaden la responsabilidad de sus errores y adoptan una perspectiva negativa y pesimista hacia la vida. Se sienten derrotadas con frecuencia y enfrentan retos para mejorar su imagen personal (41).

## **Autoestima En Adolescentes**

Respecto a la autoestima, se han identificado diferencias de género que revelan variaciones significativas. Durante la infancia, niños y niñas suelen mostrar niveles de autoestima similares; sin embargo, al llegar a la adolescencia, surgen diferencias notables, ya que los chicos tienden a desarrollar una autoestima más alta en comparación con las chicas. Esta diferencia podría explicarse porque los cambios físicos propios de la pubertad afectan de forma más negativa a las adolescentes que a los varones. Además, las presiones sociales y la valoración cultural distinta de los roles y estereotipos de género también desempeñan un papel importante. Es fundamental tener en cuenta que las disparidades en los procesos de socialización, tanto en el ámbito familiar como cultural, generan un rango más amplio de oportunidades y vivencias para los chicos. Otro aspecto que influye en este fenómeno es que las adolescentes suelen tener una percepción más negativa de su imagen corporal, mostrando mayor autocrítica hacia su apariencia, menor satisfacción con su cuerpo y evaluaciones más desfavorables de su imagen. Estos elementos son significativos, dado que, en la adolescencia, la autoestima general está profundamente relacionada con la percepción de la apariencia física (5).

La autoestima no es un rasgo inherente, sino que se forma y evoluciona a lo largo de la vida, influenciada por las experiencias en diferentes entornos. Su desarrollo y consolidación son procesos continuos y susceptibles de enriquecerse. Aunque su formación no siempre es deliberada, es posible crear condiciones propicias en cada entorno para fomentar un desarrollo saludable en los adolescentes. La escuela, como uno de los espacios clave de socialización,

representa un entorno donde los adolescentes asimilan patrones relevantes de interacción con sus compañeros y maestros (5).

La autoestima tiene un impacto considerable en diversos aspectos vinculados a la experiencia escolar. En los adolescentes, la autoestima influye en su motivación académica y en el desarrollo de un estado emocional favorable. Con base en estas observaciones, se plantea la necesidad de capacitar a los docentes en los elementos que componen la autoestima, como la autoeficacia, el autoconcepto, la autodignidad y la autorrealización. En otras palabras, se propone incorporar la autoestima como un componente esencial dentro del proceso educativo (5).

### **Autoestima Y Dismorfismo Muscular**

Se determinó que no hay una relación directa ni una asociación clara entre el nivel de autoestima y el riesgo de desarrollar dismorfia muscular en personas que asisten a gimnasios. Esta conclusión se fundamenta en que los individuos que frecuentan estos espacios pueden estar en riesgo de dismorfia muscular, independientemente de si su autoestima es alta, moderada o baja. Se observó que, entre los usuarios habituales de gimnasios, predomina un nivel elevado de autoestima. Este nivel alto parece estar asociado con factores positivos, como un autoconcepto sólido, una imagen de sí mismos favorable y una confianza personal elevada. Estos aspectos podrían estar relacionados con los beneficios que la actividad física aporta a sus vidas. Sin embargo, se detectó que, entre los usuarios de gimnasios evaluados, existe un riesgo de desarrollar dismorfia muscular. Esto se evidenció en conductas como la dependencia al ejercicio con pesas, la adopción de dietas estrictas, el consumo de suplementos,

la insatisfacción con su masa muscular, una percepción distorsionada de su cuerpo y una búsqueda constante por incrementar su musculatura, lo que podría generar efectos negativos en su salud y en distintos ámbitos de su vida (42).

### 2.3. Definición de términos básicos

- **Adolescentes:** Individuos en una etapa de transición que ocurre después de la infancia y antes de la adultez, típicamente con edades que oscilan entre los 12 y los 18 años (43).
- **Anormal:** Que se aparta de lo que es considerado normal, usual o esperado en un contexto específico (44).
- **Autoconcepto:** El autoconcepto se refiere a la percepción que cada persona tiene sobre sí misma. Se define como una construcción psicológica interna que involucra las percepciones de las propias competencias de un individuo y las autoevaluaciones relacionadas en un ámbito específico. El autoconcepto es dinámico y activo en su proceso de construcción, pero también es conformado pasivamente por las relaciones sociales y los contextos que varían naturalmente de persona a persona. Es un concepto que evoluciona y cambia a lo largo de la vida (45).
- **Autodignidad:** Aprecio y reconocimiento hacia uno mismo, demostrando respeto por el propio valor y manteniendo la integridad personal (46).
- **Autoestima:** Evaluación favorable o desfavorable que una persona hace de sí misma, basada en sus propias percepciones, vivencias y relaciones con otras personas (47).

- **Autorrealización:** El proceso de llegar a la realización máxima de las capacidades personales, abrazando y aceptando completamente todas las dimensiones de uno mismo (48).
- **Dismorfia:** Inquietud desproporcionada y continua en relación a una imperfección percibida en la apariencia física que no es evidente para los demás o que estos consideran insignificante (49).
- **Introspección:** La práctica de observar y analizar de manera reflexiva los propios pensamientos, emociones y motivaciones (50).
- **Tejido Adiposo:** Tejido especializado en el cuerpo que almacena energía en forma de grasa y desempeña funciones en la regulación del metabolismo, la temperatura corporal y la respuesta inflamatoria (51).
- **Terapia Cognitivo Conductual:** Enfoque psicoterapéutico basado en la modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales para mejorar el bienestar emocional y psicológico del individuo (52).
- **Trastorno Alimentario:** Los trastornos de la alimentación son graves enfermedades con base biológica que involucran alteraciones significativas en las conductas alimentarias. La obsesión por la pérdida de peso, la forma corporal y el control alimentario puede indicar la presencia de un trastorno alimentario (53).

#### 2.4. Hipótesis

La presente investigación no presentó hipótesis dada la naturaleza del estudio que es descriptiva, el objetivo principal es describir de manera detallada las características de una población o fenómeno sin buscar establecer relaciones causales o correlacionales. Por lo tanto, no se requiere la formulación de hipótesis, ya que estas se utilizan en investigaciones explicativas o predictivas, donde se intenta probar una relación o asociación entre variables.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

En este estudio, se aplicó el enfoque deductivo, este método es un enfoque de razonamiento que parte de premisas generales aceptadas o demostradas hacia conclusiones específicas (54).

### **3.2. Enfoque de la investigación**

Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo debido a la naturaleza y objetivo de la investigación (55).

### **3.3. Tipo de investigación**

El estudio realizado fue de carácter aplicado, ya que su principal objetivo es generar conocimientos que puedan ser utilizados para comprender mejor una problemática específica y contribuir al desarrollo de futuras estrategias en el ámbito educativo y de la salud mental. A través del análisis de datos sobre la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, se busca proporcionar información relevante que sirva como base para futuras investigaciones o acciones informadas por parte de profesionales en el área (55).

### **3.4. Diseño de investigación**

En esta investigación, se empleó un enfoque no experimental en su diseño, el cual se caracteriza por no manipular conscientemente las variables. Básicamente, este enfoque implica la observación de los fenómenos en su contexto natural, seguido de un análisis. El diseño se centró en definir las unidades de estudio, así como en establecer la temporalidad de la observación, ya sea en un momento específico o a lo largo de múltiples sesiones de observación. Además, se determinaron las variables o fenómenos objeto de observación, incluyendo su cantidad y naturaleza. Por tanto, esta investigación adoptó un diseño de corte transversal (56).

#### **3.4.1. Nivel o alcance**

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque descriptivo, el cual se enfoca en analizar, detallar y cuantificar conceptos o situaciones específicas. Este tipo de investigación busca profundizar en la identificación de las características y la frecuencia de un fenómeno, así como en la descripción de sus aspectos más relevantes. En términos generales, se trata de un análisis que se limita a identificar y especificar las particularidades de un fenómeno, generalmente dentro de un contexto temporal y espacial definido (56).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

Siguiendo la definición de Hernández et al., el término "población" se refiere a un conjunto de individuos que comparten un conjunto particular de características que son específicas y relevantes para el estudio en cuestión. Cada uno de los sujetos que forma parte de esta población adquiere relevancia en el proceso de recolección de información y se convierte en una entidad esencial dentro del conjunto total que será analizado en la investigación (57).

La población en este estudio fueron los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024, que son 300 alumnos desde primero a quinto año de secundaria, según lo informado por el director del colegio.

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de secundaria pertenecientes al tercer, cuarto y quinto año del Colegio Hans Christian Oersted.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que estén matriculados actualmente en el colegio y asistan regularmente.

**Criterios de exclusión:**

- Estudiantes con dificultad de entendimiento de los instrumentos de evaluación.
- Estudiantes con diagnóstico previo de Trastorno Dismórfico Corporal.

Luego de aplicar estos criterios, la población elegible se redujo a 250 estudiantes de tercero, cuarto y quinto de secundaria.

### **3.5.2. Muestra**

Una muestra consiste en un conjunto elegido de elementos que actúan como representantes de una población más extensa que comparten características similares. En términos simples, una población se refiere a un conjunto de personas que comparten ciertas características particulares, mientras que una muestra es una porción de esa población seleccionada para representar las características y tendencias presentes en la población en su totalidad (57).

Para determinar el número de participantes en el estudio, se empleó un método estadístico diseñado para grupos de tamaño limitado. Se estableció un intervalo de confianza del 95%, representado por un valor  $Z$  de 1.96, junto con un error permitido del 5% y una probabilidad esperada del 50%. Tras aplicar estos valores en la fórmula correspondiente, el resultado indicó que se requería la participación de 152 estudiantes.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{N \times e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| $N = 250$  | Población                  |
| $Z = 1.96$ | Nivel de confianza de 0.95 |
| $p = 0.5$  | Proporción estimada        |
| $q = 0.5$  | Probabilidad desfavorable  |
| $e = 0.05$ | Margen de error            |

$$\boxed{n = 152}$$

Con estos parámetros, el cálculo arrojó un tamaño de muestra de 152 estudiantes. Los estudiantes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, asegurando que todos los integrantes de la población elegible tuvieran la misma probabilidad de ser incluidos. Solo participaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

### 3.5.3. Muestreo

El método de muestreo elegido para el estudio es el muestreo aleatorio simple probabilístico, el cual otorga a cada individuo de la población la misma

oportunidad de ser seleccionado para integrar la muestra (57). Para llevar a cabo el proceso de muestreo, se realizaron los siguientes pasos:

1. Identificación de la población objetivo: La población estuvo compuesta por 300 estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, que incluían estudiantes desde primer hasta quinto año de secundaria.
2. Definición de criterios de inclusión y exclusión: Se establecieron criterios específicos para determinar qué estudiantes podían ser incluidos en la muestra, asegurando la pertinencia de su participación.
3. Aplicación de los criterios de inclusión y exclusión: Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la población elegible quedó reducida a 250 estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de secundaria, quienes cumplieron con los criterios.
4. Cálculo del tamaño de muestra: El tamaño de muestra fue calculado utilizando la población general de 250 estudiantes, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Según los parámetros establecidos, el cálculo resultó en una muestra de  $n = 152$  estudiantes.
5. Selección de los participantes (Muestra aleatoria): Para seleccionar a los participantes, se utilizó el método de muestra aleatoria simple. A cada estudiante elegible (de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión) se le asignó un número único, y los participantes fueron seleccionados de manera aleatoria utilizando un generador de números aleatorios, hasta completar el tamaño de muestra necesario. de 152 estudiantes.

6. Validación de la muestra: Se verificó que todos los seleccionados cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

### 3.6. Variables y operacionalización

| VARIABLES                            | DEFINICION OPERACIONAL   | TIPO                     | ESCALA DE MEDICIÓN | DIMENSIONES                     | INDICADOR                                     | ÍTEMS   |
|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------------|---------------------------------|---|---|
| <b>Trastorno Dismórfico Corporal</b> | Para evaluar el trastorno dismórfico corporal (BDD), se medirá según el puntaje obtenido de la aplicación de la encuesta BBDQ. | Cualitativa - Politémica | Nominal            | Insatisfacción Corporal (58)    | Preocupación por Aspecto Físico               | 1. ¿Te preocupa tu apariencia física?   |
|                                      |  |                          |                    |                                 | Obsesión con Defectos Percibidos              | 2. ¿Piensas frecuentemente en tus problemas de apariencia y desearías pensar menos en ellos?  |
|                                      |  |                          |                    |                                 | Áreas Corporales de Preocupación              | 3. Por favor, enumera las partes de tu cuerpo con las que no estás conforme.  |
|                                      |  |                          |                    |                                 | Preocupación por Delgadez o Gordura           | 4. ¿Tu principal preocupación con respecto a tu apariencia está relacionada con no ser suficientemente delgado(a) o con la posibilidad de estar gordo(a)? |
|                                      |  |                          |                    | Impacto Funcional y Social (58) | Molestia por Preocupaciones de Apariencia     | 5. ¿Tu preocupación por tu apariencia te molesta con frecuencia?  |
|                                      |  |                          |                    |                                 | Interferencia en Actividades Sociales         | 6. ¿Ha interferido frecuentemente en tus actividades sociales, como salir con amigos o relacionarte con otras personas?                                   |
|                                      |  |                          |                    |                                 | Impacto en Actividades Laborales o Académicas | 7. ¿Te ha generado algún problema en el ámbito académico, laboral o en otras actividades?   |

|                   |   |  |   |   |   |  |
|-------------------|---|--|---|---|---|--|
|                   |   |  |   | Comportamiento de Evitación (58)        | Evitación de Situaciones por Apariencia   | 8. ¿Evitas ciertas cosas debido a tu apariencia física?  |
|                   |   |  |   | Tiempo Invertido en Preocupaciones (58) | Duración de Pensamientos sobre Apariencia | 9. En un día normal, ¿cuánto tiempo dedicas a pensar en tu apariencia? (Seleccionar una opción: a, b, c) |
| <b>Autoestima</b> | Para evaluar la autoestima en adolescentes, se empleará un instrumento llamado Escala de Autoestima de Rosenberg, de acuerdo al puntaje obtenido luego de su aplicación se evaluará la autoestima en los estudiantes. | Cualitativa - Dicotómica                   | Ordinal<br>Escala de Likert:<br><br>1: Totalmente en desacuerdo<br>2: En desacuerdo<br>3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo<br>4: De acuerdo<br>5: Totalmente de acuerdo |   | Valioso                                   | Me considero tan valioso como cualquier otro ser humano.   |
|                   |   |  |   |   | Virtuoso                                  | Confío en que poseo virtudes apreciables.  |
|                   |   |  |   | Autoestima positiva (59)                | Capaz                                     | Mis capacidades me permiten desempeñarme al mismo nivel que la mayoría.                                  |
|                   |   |  |   |   | Positivo                                  | La perspectiva que tengo sobre mí mismo es positiva.   |
|                   |   |  |   |   | Satisfecho                                | En términos generales, me siento a gusto conmigo mismo.  |
|                   |   |  |   |   | Carente                                   | Siento que carezco de logros de los cuales sentirme muy orgulloso.                                       |
|                   |   |  |   | Autoestima negativa (59)                | Fracasado                                 | La mayor parte del tiempo, me percibo como un ser fracasado.   |
|                   |   |  |   |   | Inútil                                    | En ciertos momentos, realmente me siento inútil.   |
|                   |   |  |   |   | Anhelante                                 | Anhelo poder valorarme más a mí mismo.   |
|                   |   |  |   |   | Dudoso                                    | A veces dudo sobre si soy una persona buena.   |
| <b>Edad</b>       | Se determinará la edad de los estudiantes mediante la encuesta  | Cuantitativa, continua<br>Escala: de razón | Ordinal   | -                                       | Menor a 14 años                           |  |
|                   |   |  |   | -                                       | 14 años                                   |  |
|                   |   |  |   | -                                       | 15 años                                   |  |
|                   |   |  |   | -                                       | 16 años                                   |  |
|                   |   |  |   | -                                       | 17 años                                   |  |

|                              |   |             |                             |                           |   |
|------------------------------|---|-------------|-----------------------------|---------------------------|---|
|                              |   |             |                             | - Mayor a 17 años         |   |
| <b>Sexo</b>                  | Se determinará el sexo de los estudiantes mediante la encuesta                                      | Cualitativa | Nominal                     | - Femenino<br>- Masculino |   |
| <b>Relaciones Familiares</b> | Se evaluará si las relaciones familiares que lleva el estudiante influye en su nivel de autoestima. | Cualitativa | Ordinal<br>Escala de Likert | - Cuidado                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dirigía a mí con una voz cálida y amable.</li> <li>2. No me brindaba tanto apoyo como lo necesitaba.</li> <li>3. Me permitía realizar las actividades que disfrutaba.</li> <li>4. Parecía carecer de calidez emocional conmigo.</li> <li>5. Daba la impresión de comprender mis problemas y preocupaciones.</li> <li>6. Era afectuosa conmigo.</li> <li>7. Le agradaba que tomara mis propias decisiones.</li> <li>8. No deseaba que me convirtiera en un adulto.</li> <li>9. Intentaba controlar todo lo que hacía.</li> <li>10. Invadía mi privacidad.</li> <li>11. Disfrutaba conversar conmigo.</li> <li>12. Con frecuencia me sonreía.</li> </ol>   |
|                              |   | Cualitativa | Ordinal<br>Escala de likert | - Sobreprotección         | <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Me complacía en exceso.</li> <li>14. Parecía no comprender lo que necesitaba o deseaba.</li> <li>15. Me permitía tomar decisiones por mí mismo/a.</li> <li>16. Me hacía sentir no querido/a.</li> <li>17. Podía hacerme sentir mejor cuando estaba molesto/a.</li> <li>18. No conversaba mucho conmigo.</li> <li>19. Me hacía sentir emocionalmente dependiente de ella.</li> <li>20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo/a a menos que ella estuviera presente.</li> <li>21. Me daba toda la libertad que quería.</li> <li>22. Me permitía salir tanto como deseaba.</li> <li>23. Era sobreprotectora conmigo.</li> <li>24. No me elogiaba.</li> </ol> |

---

|                        |  |              |         |                                     | 25. Me dejaba vestir como me placía. |
|------------------------|--|--------------|---------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Año de estudios</b> | Se determinará el año de estudios de estudios mediante la encuesta | Cuantitativa | Ordinal | - 3er año<br>- 4to año<br>- 5to año |                                      |

---

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

##### **Encuesta:**

Se utilizó un cuestionario llamado “Escala de Autoestima de Rosenberg”, un cuestionario autoadministrado destinado a evaluar la autoestima individual, comprendiendo sentimientos de valía y respeto personal. Con una puntuación total que puede oscilar entre 30 y 40 para una autoestima elevada, 26 a 29 para una autoestima media, y 25 o menos para una autoestima considerada baja (60). El "Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal" (BDDQ) es una herramienta diseñada para evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal en un individuo. En conjunto, el BDDQ proporciona una evaluación integral de las preocupaciones relacionadas con la apariencia física y su influencia en la calidad de vida del individuo, siendo útil para la detección temprana del TDC y la derivación a evaluaciones y tratamientos adecuados. Asimismo, se utilizó el Instrumento de Lazos Parentales (PBI), diseñado para evaluar la percepción de los vínculos afectivos entre los padres y sus hijos durante la infancia y adolescencia. Este cuestionario mide dos dimensiones clave: el cuidado parental y la sobreprotección, proporcionando información sobre la calidad de la relación parental y su posible impacto en la autoestima y otros aspectos del bienestar psicológico. Dentro del marco de nuestra investigación sobre la interacción entre el trastorno dismórfico corporal y la autoestima, las encuestas desempeñarán un papel fundamental al permitirnos evaluar la percepción que

los estudiantes tienen de su apariencia física, su nivel de satisfacción con su cuerpo, sus lazos parentales y su autoestima en general.

### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

#### **Cuestionario:**

El cuestionario representa una herramienta de investigación que comprende una serie de preguntas y directrices diseñadas con la finalidad de recopilar información por parte de los participantes en la encuesta (61).

Para la recolección de datos de esta investigación se usó tres cuestionarios, los cuales son los siguientes:

#### **BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire):**

El Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ) es una herramienta de detección diseñada para identificar síntomas del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Evalúa la preocupación o insatisfacción de una persona con la apariencia de alguna parte de su cuerpo, abarcando aspectos tanto relacionados como no relacionados con el peso, y mide la angustia resultante de esta preocupación. Además, examina el impacto de estas inquietudes en la vida social y laboral del individuo.

El cuestionario consta de 12 ítems con distintos formatos de respuesta, incluyendo opciones de "sí/no", respuestas de desarrollo y de opción múltiple. Para considerar un posible diagnóstico de TDC, se requiere que las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, sean afirmativas. Adicionalmente, la última pregunta evalúa el tiempo que la

persona dedica a pensar en su defecto percibido, con opciones de respuesta: a) Menos de una hora al día, b) De 1 a 3 horas al día, c) Más de 3 horas al día. Si la persona dedica al menos una hora diaria a estas preocupaciones, se refuerza la sospecha de TDC. Las respuestas a los ítems binarios ('sí' o 'no') permiten a los profesionales de la salud mental determinar de manera efectiva la presencia y severidad de los síntomas o comportamientos asociados con el TDC. La puntuación no utiliza una escala continua, lo que facilita una evaluación clara y precisa de los síntomas. No obstante, el BDDQ es una herramienta de cribado y no proporciona un diagnóstico definitivo, por lo que se recomienda que los individuos con resultados positivos sean evaluados más a fondo por un profesional de la salud mental (62 - 63).

### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), conocida en inglés como "Rosenberg Self-Esteem Scale", es un instrumento ampliamente utilizado para medir la autoestima general de las personas. Fue desarrollada por Morris Rosenberg en 1965 y consta de 10 afirmaciones que los participantes evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde "Totalmente en desacuerdo" (1 punto) hasta "Totalmente de acuerdo" (4 puntos). Esta escala evalúa tanto los sentimientos de autodevaluación como los de autoaceptación y autovaloración. El puntaje total se obtiene sumando las respuestas a los 10 ítems, con un rango de 10 a 40 puntos, clasificándose en tres niveles: autoestima baja (10 – 25 puntos), autoestima media (26 – 29 puntos) y autoestima alta (30 – 40 puntos). Se considera que una persona tiene autoestima positiva cuando su puntaje es

igual o mayor a 30 puntos, lo que indica una percepción favorable de sí misma, confianza en sus capacidades y un sentido de valía personal sólido. Por el contrario, se habla de autoestima negativa cuando el puntaje es igual o menor a 25 puntos, lo que puede reflejar inseguridad, sentimientos de inferioridad y problemas de autoconfianza. Es importante destacar que esta escala es una herramienta de evaluación y no un diagnóstico clínico, por lo que se recomienda que los resultados sean analizados por un profesional en salud mental (60).

### **Lazos Parentales (PBI)**

La Escala de Lazos Parentales (PBI) es un cuestionario desarrollado por Parker, Tupling y Brown en 1979, diseñado para evaluar las percepciones de los individuos sobre los estilos de crianza y la relación con sus padres durante los primeros 16 años de vida (64). Este instrumento se enfoca en dos dimensiones principales del vínculo parental: Cuidado y Sobreprotección. La dimensión de Cuidado se refiere a padres que son percibidos como afectuosos, comprensivos y que muestran una preocupación genuina por el bienestar de sus hijos; estos padres suelen ser empáticos, comunicativos y emocionalmente disponibles (Alto Cuidado). En contraste, padres percibidos como fríos, indiferentes y que muestran poca atención emocional hacia sus hijos son clasificados como Bajo Cuidado. La dimensión de Sobreprotección evalúa a padres que son percibidos como controladores, intrusivos y que limitan la independencia de sus hijos, imponiendo muchas restricciones y supervisando de cerca las actividades de sus hijos (Alta Sobreprotección). Por otro lado, padres que permiten más autonomía y fomentan la independencia en sus hijos son considerados de Baja

Sobreprotección (64). El instrumento PBI está compuesto por 25 preguntas, organizadas en dos dimensiones principales: Cuidado (12 preguntas) y Sobreprotección (13 preguntas). Estas dimensiones se subdividen en cuatro áreas específicas, basadas en las respuestas proporcionadas por el padre y la madre: Cuidado del Padre, Cuidado de la Madre, Sobreprotección del Padre y Sobreprotección de la Madre. Cada pregunta se evalúa mediante una escala Likert, donde las opciones de respuesta son: Siempre (S), Casi Siempre (C), Algunas Veces (A) y Nunca (N), asignándose puntajes de 0 a 3 puntos por cada ítem. De esta manera, la escala de Cuidado tiene un máximo de 36 puntos, mientras que la de Sobreprotección alcanza un máximo de 39 puntos (64).

Cada una de estas escalas puede analizarse por separado o en conjunto, lo que permite obtener puntuaciones individuales para Cuidado y Sobreprotección. A partir de estos resultados, es posible identificar cinco tipos de relaciones parentales:

- 1. Relación Óptima:** Se refiere a padres que obtienen puntuaciones altas en Cuidado y bajas en Sobreprotección. Estos padres se destacan por ser afectuosos y comprensivos, brindando apoyo emocional mientras fomentan la independencia y autonomía de sus hijos.
- 2. Relación Ausente o Débil:** Corresponde a padres con puntuaciones bajas tanto en Cuidado como en Sobreprotección. Se caracterizan por mostrar frialdad emocional, desinterés y negligencia, aunque también promueven la independencia y autonomía.

3. **Afecto Controlador:** Describe a padres que registran puntuaciones altas en ambas escalas, Cuidado y Sobreprotección. Estos padres son cariñosos, empáticos y cercanos, pero también tienden a ser controladores, invasivos y a limitar la autonomía de sus hijos.
4. **Control Sin Afecto:** Se aplica a padres con puntuaciones bajas en Cuidado y altas en Sobreprotección. Estos padres muestran frialdad emocional y desinterés, pero al mismo tiempo ejercen un alto control, son intrusivos y limitan la independencia de sus hijos.
5. **Promedio:** son aquellos padres que obtienen puntajes promedios en ambas escalas (65).

### **Procedimientos y actividades para la recolección de datos**

#### **a) Planificación de la recolección de datos:**

Para asegurar la participación de los estudiantes y minimizar interrupciones en el proceso educativo, se solicitaron y obtuvieron los permisos necesarios de las autoridades del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, así como también los consentimientos y asentimientos informados por parte de los padres y alumnos. Se identificaron y seleccionaron a los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de secundaria que participaron en el estudio.

#### **b) Preparación de cuestionarios:**

Se imprimieron copias suficientes de los cuestionarios BBDQ, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Lazos Parentales (PBI). Cada cuestionario fue revisado para asegurarse de que no haya errores de

impresión. Se prepararon una hoja de instrucciones claras para los participantes, explicando cómo completar cada cuestionario.

**c) Administración de los cuestionarios:**

Se coordinó con los profesores y el personal escolar para programar las sesiones de recolección de datos durante las horas menos disruptivas. Los cuestionarios se distribuyeron a los estudiantes en grupos pequeños para asegurar un ambiente controlado. Se dieron instrucciones claras y se aseguraron que los estudiantes comprendan cómo completar los cuestionarios. Se proporcionó un tiempo adecuado (aproximadamente 45-60 minutos) para que los estudiantes completen los cuestionarios sin prisa.

**d) Recolección y verificación de datos:**

Se recogieron los cuestionarios completados, asegurándose de que cada estudiante haya entregado su respuesta. Se revisó rápidamente cada cuestionario para verificar que todos los ítems hayan sido respondidos y que no haya respuestas ilegibles. Los datos se ingresaron en una base de datos segura para su posterior análisis, manteniendo la confidencialidad de los participantes.

**Procedimiento para Asegurar la Exactitud y Precisión de las Mediciones**

- **Capacitación del Investigador:** El investigador recibió una formación exhaustiva sobre el uso correcto de los instrumentos, así como una comprensión completa de las instrucciones de cada cuestionario y la manera adecuada de administrarlos.
- **Estándares de Administración:** Se aseguró que las condiciones de administración sean lo más uniformes posibles para todos los participantes,

incluyendo aspectos como el ambiente físico y el momento del día en que se administrarán los cuestionarios.

- **Control de Calidad en la Recolección de Datos:** El investigador se encargó de supervisar el proceso de recolección de datos, asegurando que los procedimientos se sigan correctamente y que no se cometan errores durante la administración de los cuestionarios.
- **Documentación y Trazabilidad:** Se mantuvo un registro detallado de todas las administraciones de los instrumentos y se etiquetaron y almacenaron los datos de manera que se pueda rastrear su origen y contexto.
- **Análisis Estadístico para Evaluar Precisión:** Para asegurar la precisión y exactitud de los datos recolectados, se compararon los resultados obtenidos con los estándares establecidos por las validaciones previas de los instrumentos utilizados. Los cuestionarios BBDQ, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Lazos Parentales (PBI) ya contaban con validaciones y pruebas de confiabilidad reportadas en estudios previos. En este estudio, no se realizaron nuevos análisis estadísticos sobre la confiabilidad o validez de los instrumentos, ya que los valores previamente establecidos demostraron una adecuada consistencia interna.

El análisis de los datos se centró en verificar que las respuestas obtenidas se ajusten a las características esperadas de las escalas y que no presenten anomalías evidentes que puedan comprometer la confiabilidad de los resultados.

Para ello, se realizó una revisión preliminar de los datos obtenidos con el fin de identificar posibles errores de entrada o inconsistencias en las respuestas. Este proceso de inclusión:

1. **Revisión de valores atípicos o extremos:** Se analizaron las distribuciones de las respuestas para asegurarse de que los datos no presentaran valores atípicos o respuestas que estuvieran fuera del rango esperado para cada escala.
2. **Consistencia interna en las respuestas:** Se verificó la coherencia interna de las respuestas de cada participante en relación con las preguntas de los instrumentos. Si las respuestas eran contradictorias o incoherentes dentro de un mismo cuestionario, se considerarán como posibles anomalías.
3. **Distribución de las respuestas:** Se examina la distribución general de las respuestas para asegurarse de que no hubiera patrones inusuales que pudieran indicar un sesgo en la administración del cuestionario o en la interpretación de las preguntas.
4. **Validación visual:** Se verificaron visualmente las respuestas por posibles errores de codificación u omisiones (respuestas faltantes). Cualquier dato faltante o anómalo se trató de acuerdo con las normativas previas (se imputó).

### 3.7.3. Validación

En esta investigación se usaron los instrumentos TEST BDDQ, cuestionario Rosenberg y el cuestionario de Lazos Parentales.

#### **BDDQ:**

**Tabla 1***Validación del instrumento BDDQ y sus adaptaciones*

| <b>Autor/es</b>                 | <b>Nombre del Instrumento</b>   | <b>Lugar de Validación</b>                      | <b>Año</b> | <b>Población</b> | <b>Indicadores de Validación</b>        |
|---------------------------------|---|---|------------|------------------|---|
| Phillips et al. <sup>(66)</sup> | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ)                              | EE.UU. (Pacientes psiquiátricos ambulatorios)   | 1995       | 66 pacientes     | Sensibilidad 100%,<br>Especificidad 89% |
| Grant et al. <sup>(67)</sup>    | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ)                              | EE.UU. (Pacientes psiquiátricos hospitalizados) | 2001       | 122 pacientes    | Sensibilidad 100%,<br>Especificidad 93% |
| Dufresne <sup>(68)</sup>        | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal - versión dermatológica (BDDQ - DV) | EE.UU. (Pacientes dermatológicos)               | 2001       | 46 pacientes     | Sensibilidad 100%,<br>Especificidad 92% |
| Marron et al. <sup>(69)</sup>   | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal - versión dermatológica (BDDQ - DV) | España (Pacientes con acné)                     | 2019       | 81 pacientes     | Sensibilidad 94%,<br>Especificidad 90%  |
| Rimac y Robles <sup>(16)</sup>  | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ)                              | Perú (Adolescentes)                             | 2025       | 190 adolescentes | Concordancia entre expertos 77.5% - 95% |
| Brohede et al. <sup>(70)</sup>  | Cuestionario de Trastorno Dismórfico  | Suecia (Muestra comunitaria)                    | 2013       | 2,891 mujeres    | Sensibilidad 94%,<br>Especificidad 90%  |

|                      |  | Corporal<br>(BDDQ)                                   |      |  |   |
|----------------------|--|--|------|--|---|
| Milad et al.<br>(71) | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal - Cirugía Estética (BDDQ-AS) | Francia (pacientes de cirugía estética- rinoplastia) | 2019 | 165 pacientes francófonos que buscan rinoplastia   | Sensibilidad 89.6%, Especificidad 81.4% |
| Barreto y Perea (83) | Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal - Cirugía Estética (BDDQ-AS) | Colombia   | 2023 | 67 candidatos colombianos a rinoplastia primaria mayores de 18 años y sujetos a controles pareados por sexo y edad | Alfa de Cronbach = 0,89                 |

*Nota:* Rimac, Robles (76); Phillips, Atala, Pope, Siniscalchi, McElroy (66); Grant, Kim, Crow (67); Dufresne, Phillips, Vittorio, Wilkel (68); Marron, Gracia-Cazaña, Miranda-Sivelo, Lamas-Díaz, Tomás-Aragónés (69); Brohede, Wingren, Wijma, Wijma (70); Milad, Atallah, Benamer, Saltychev, Most, Moubayed (71), Barreto y Perea (83).

La tabla presentada incluye información sobre la validación del Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ) en distintos estudios y poblaciones. Se observa que múltiples investigaciones han evaluado la capacidad del BDDQ para detectar el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en diversos entornos clínicos y poblacionales.

Por ejemplo, en un estudio realizado por Phillips et al. (66), se estableció que el BDDQ es un instrumento con una alta sensibilidad y especificidad para la detección del TDC en contextos de salud mental. De manera similar, en el estudio de Brohede et al. (70), se llevó a cabo una validación del cuestionario en una muestra comunitaria de mujeres suecas, encontrándose resultados que

respaldan su aplicabilidad en dicha población. Asimismo, la validación en pacientes franceses sometidos a rinoplastia, llevada a cabo por Milad et al. (71), confirma la utilidad del cuestionario en un contexto quirúrgico.

Además, el estudio de Marron et al. (69) exploró la detección del TDC en pacientes con acné, demostrando la pertinencia del BDDQ en la dermatología. Estos resultados son consistentes con la validación realizada por Dufresne et al. (68) en una muestra de pacientes de cirugía estética, donde se observó su utilidad en contextos de procedimientos cosméticos. En el contexto peruano, el BDDQ ha sido sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos, alcanzando niveles de concordancia entre el 77.5% y el 95%. Además, se realizó un estudio piloto con una muestra equivalente al 10% de la población objetivo, lo que permitió ajustar aspectos formales del instrumento para su aplicación en contextos escolares. Si bien esta validación respalda su pertinencia en poblaciones juveniles del ámbito educativo, es importante señalar que se trata de una validación limitada, ya que no incluyó procedimientos más complejos como análisis estadísticos de confiabilidad o validez estructural, los cuales podrían fortalecer su rigor metodológico en futuras investigaciones (16).

Asimismo, un estudio publicado por Barreto y Perea (83) llevó a cabo la traducción y adaptación lingüística del BDDQ-AS (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire-Aesthetic Surgery) al contexto hispanohablante colombiano. Este proceso siguió las directrices internacionales para garantizar la equivalencia semántica y conceptual del instrumento. La investigación contó con la

aprobación del Comité de Ética de Investigación (aprobación no. 046-020) y se desarrolló en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki, asegurando la protección de los participantes y la validez del proceso metodológico. La versión adaptada del cuestionario mostró una consistencia interna excelente, con un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.89, indicando su fiabilidad para detectar el TDC en pacientes hispanohablantes candidatos a rinoplastia.

Cabe precisar que el BDDQ es el mismo instrumento en todos los casos, solo que ha sido adaptado a distintos campos de la medicina, como la cirugía estética y la dermatología, mientras que su versión sin adaptaciones es utilizada en el ámbito de la salud mental.

### **Justificación del Uso del BDDQ**

Para la presente investigación, se ha decidido utilizar el Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ) en su versión en español, adaptada y traducida por Belloch y Giraldo-O'Meara, como se menciona en el trabajo de Salavert et al. (1), a partir del original desarrollado por Phillips, Atala, Pope, Siniscalchi y McElroy (66). Esta versión conserva la estructura original del cuestionario, asegurando su fidelidad conceptual y lingüística para su aplicación en población hispanohablante. Este cuestionario puede ser aplicado tanto de forma autoadministrada como bajo supervisión, permitiendo evaluar la presencia de síntomas de TDC con base en criterios clínicos específicos. En el contexto de esta investigación, se ha optado por una aplicación supervisada para garantizar una adecuada comprensión de los ítems y la validez de las respuestas.

Esto es especialmente relevante en una población adolescente, donde factores como la interpretación de las preguntas y la sinceridad en las respuestas pueden influir en los resultados. Según la Dra. Katharine A. Phillips, autora del instrumento, el BDDQ ha demostrado una excelente sensibilidad y especificidad en entornos de salud mental, cirugía y dermatología, lo que lo convierte en una herramienta de detección confiable y ampliamente utilizada (72). Asimismo, el BDDQ es mencionado en plataformas de evaluación de salud mental, como Proem Health, que incluyen este cuestionario junto con otros instrumentos validados para la detección de TDC (73). Esto refuerza su reconocimiento y aplicabilidad en estudios clínicos y de investigación.

El BDDQ fue seleccionado en lugar de otros instrumentos reconocidos para la detección del trastorno dismórfico corporal (TDC), como la Escala de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDE), el Inventario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDI) y el Cuestionario de Figura Corporal (BSQ), debido a su brevedad, facilidad de aplicación y alta precisión diagnóstica. A diferencia de los cuestionarios más amplios y específicos, el BDDQ permite una evaluación rápida y efectiva del TDC, lo que lo hace particularmente adecuado para estudios poblacionales y en adolescentes, donde el tiempo de respuesta es un factor crucial. Además, su amplia utilización en investigaciones previas respalda su fiabilidad y validez en distintos contextos clínicos y educativos.

En este estudio, se optó por la versión traducida al español del BDDQ de Belloch y Giraldo, en lugar de utilizar versiones adaptadas a contextos específicos, como el BDDQ colombiano para pacientes de cirugía estética o el

BSQ. El primero está especialmente diseñado para individuos con antecedentes de procedimientos quirúrgicos estéticos, lo que lo hace más pertinente en investigaciones centradas en la imagen corporal relacionada con la cirugía. Por otro lado, el BSQ está más orientado hacia la evaluación de trastornos alimentarios y preocupaciones sobre el peso corporal, lo que lo limita en el diagnóstico general del TDC. Dado que el enfoque de este estudio se centra en la detección general del TDC en adolescentes, sin considerar exclusivamente a poblaciones con antecedentes de cirugía estética ni con un enfoque en trastornos alimentarios, la versión traducida del BDDQ resultó ser la más adecuada para los objetivos planteados.

### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

Para la validación del estudio se trabajó con una población constituida por 983 estudiantes de dos unidades educativas particulares de la ciudad de La Paz que cuentan con nivel secundario. La muestra estuvo constituida por 481 varones y 502 mujeres con un intervalo de edad entre 12 a 17 años con una media de 14,47. Para el cálculo de la validez por juicio de expertos se consultó a psicólogos y docentes, los cuales evidenciaron un nivel de coincidencia del 100% respecto a la pertinencia (74).

La Escala de Autoevaluación de Rosenberg (Rosenberg, 1965; versión española: Atienza et al. 2000) es una de las más utilizadas en el mundo (75). A pesar de su uso generalizado, los estudios psicométricos han demostrado que la estructura factorial de la RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale en inglés) es variada, lo que está relacionado con la representatividad de los ítems. En el

estudio peruano de Quilty et al. (76), se determinó que, aunque un modelo de dos factores se ajustaba de manera más adecuada al modelo dicotómico, finalmente se optó por seleccionar este último después de aplicar indicadores de robustez. Estos indicadores incluyeron la varianza común explicada (CVE), la proporción de correlaciones no aditivas (PUC) y los coeficientes omegas estratificados.

En el estudio de Ceballos et al. (77), el análisis de la validez y la estructura dimensional de “la Escala de Autoestima de Rosenberg” (ERA por sus siglas en inglés) mostró una consistencia interna aceptable para sus diez ítems. Además, se identificó una estructura bidimensional satisfactoria que logra evaluar de manera adecuada la autoestima de los estudiantes universitarios en Santa Marta, Colombia.

González y Pagán (78), la validación de “la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)” se llevó a cabo mediante la exploración de su estructura unifactorial y bifactorial. Se examinaron aspectos de validez convergente y discriminante utilizando “la Varianza Media Extraída (VME)”. Para cumplir con la validez convergente, la VME debe superar el valor de 0.50, según Bagozzi y Yi (1988). En términos de validez discriminante, se verificó que los dos factores no comparten una cantidad significativa de varianza entre sí. Los resultados confirmaron que la EAR posee propiedades psicométricas adecuadas, cumpliendo con los criterios de validez convergente y discriminante. Además, sugirieron que la estructura bifactorial de la EAR evalúa tanto la autoestima positiva como la autoestima negativa de manera simultánea. Estos hallazgos

respaldan la utilidad de la EAR tanto en la investigación como en la práctica clínica.

En el contexto peruano, su validez ha sido confirmada a través de estudios psicométricos que evidencian su adecuada consistencia interna y estructura factorial. En una investigación realizada en Lima Metropolitana con una muestra de 5,935 personas de 12 años en adelante, se encontró que la escala tiene una confiabilidad aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.797, lo que indica una buena consistencia interna. Además, el análisis factorial exploratorio identificó dos factores que explican el 49.11% de la varianza, mientras que el análisis confirmatorio reveló un mejor ajuste para un modelo de dos factores conformado por ítems positivos y negativos. Asimismo, la escala mostró una correlación positiva y significativa con el Índice de Calidad de Vida y una correlación negativa con la presencia de trastornos depresivos, lo que respalda su validez concurrente y su utilidad en estudios sobre autoestima en adolescentes y adultos en el país (79).

### **Lazos Parentales (PBI)**

En la publicación titulada "Estandarización del Instrumento de Vínculo Parental (IVP), versión adaptada al rango etario de 16 a 64 años en la Región Metropolitana", la Validez de Constructo se determinó mediante un "Análisis Factorial" utilizando el método de "Rotación Varimax". Se constató que el porcentaje de la varianza total, que corresponde a la varianza de factores comunes, fue de 37.7% para el cuestionario referido a las Madres y de 39.5% para el cuestionario sobre los Padres. Estos datos concuerdan con el estudio de

adaptación realizado en Chile, donde los resultados fueron de 37.1% y 36.8%, respectivamente. Esto sugiere que los hallazgos son consistentes con investigaciones previas, permitiendo que el instrumento estandarizado sea comparable con el original (80).

#### **3.7.4. Confiabilidad**

Jaramillo y Osses definen la fiabilidad como el grado en que una herramienta genera resultados fiables y lógicos (81).

##### **BDDQ:**

El Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ) es una herramienta de autoevaluación ampliamente utilizada para detectar el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Originalmente desarrollado en inglés, ha sido objeto de diversas adaptaciones y validaciones en otros idiomas y contextos culturales.

En su versión original en inglés, el BDDQ ha demostrado una alta sensibilidad del 100% y una especificidad entre el 89% y el 93% en muestras psiquiátricas, de cirugía estética y dermatológicas. Esto indica una excelente capacidad para identificar correctamente a individuos con TDC y distinguirlos de aquellos sin el trastorno (82)

En una muestra comunitaria de mujeres suecas, la versión traducida al sueco del BDDQ demostró una sensibilidad del 94% y una especificidad del 90% al compararse con entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en el DSM-IV, indicando una alta validez concurrente (70).

La adaptación francesa del BDDQ-AS (una versión específica para cirugía estética) fue traducida y validada en pacientes que consideraban someterse a una rinoplastia. Esta versión presentó una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.90, lo que sugiere una buena fiabilidad del instrumento en la población francesa (71).

En cuanto a la versión para cirugía estética (BDDQ-AS), diseñada para pacientes que consideran procedimientos estéticos como la rinoplastia, se realizó una adaptación al español en Colombia. Este proceso incluyó una traducción y adaptación cultural rigurosa, resultando en una versión comprensible y adecuada para el contexto colombiano. La consistencia interna de esta versión en español fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.89, lo que indica una buena fiabilidad (83).

La versión polaca del BDDQ-DV (adaptada para entornos dermatológicos) mostró una consistencia interna elevada, con un alfa de Cronbach de 0.92, y una fiabilidad test-retest excelente, con un ICC de 0.998. Estos resultados indican que la versión polaca es altamente confiable para detectar el TDC en pacientes dermatológicos (84).

En el contexto peruano, la confiabilidad del instrumento fue confirmada a través de un estudio piloto aplicado a 19 estudiantes (10% de la muestra total de 190 alumnos) en condiciones similares a las del estudio definitivo, pero en un tiempo y lugar diferentes, lo que permitió verificar que el instrumento era altamente confiable y que las preguntas eran claramente comprendidas por los

adolescentes participantes, asegurando así su aplicabilidad en la población estudiantil de nivel secundario de la institución educativa Ricardo Flórez Gutiérrez de Tomaykichwa (16).

Estas adaptaciones subrayan la importancia de realizar traducciones y ajustes culturales cuidadosos para mantener la validez y confiabilidad del instrumento en diferentes poblaciones. Aunque las propiedades psicométricas pueden variar ligeramente entre versiones, los estudios indican que el BDDQ adaptado sigue siendo una herramienta eficaz para la detección del TDC en diversos contextos lingüísticos y culturales.

### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

La validación de la consistencia interna del cuestionario Escala de Autoestima de Rosenberg se llevó a cabo mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. Esta medida evalúa la coherencia interna del cuestionario al medir la correlación entre las preguntas que lo constituyen. En líneas generales, un valor elevado del coeficiente de Alpha de Cronbach indica que las preguntas del cuestionario miden de manera consistente el mismo constructo (60).

Para el análisis de confiabilidad el valor de alfa de Cronbach fue de 0.966, la cual demuestra que esta escala es altamente confiable, debido a que se encuentra dentro de los parámetros establecidos para ser considerado confiable. Además, la escala fue sometida a un análisis por mitades donde se observó que la primera mitad resultó de 0.958 y que el valor de la segunda fue de 0.931 con un coeficiente total de 0,929, este último valor refleja la suficiente coherencia entre las dos partes divididas. Posterior se realizó un análisis de la consistencia

interna a partir de correlacionar los 10 ítems que conforman la escala, donde se observó una correlación armoniosa dado que sus coeficientes hallados se encontraron entre 0.688 y 1 (74).

Asimismo, en un estudio de adaptación de la EAR realizado en Lima Metropolitana, Perú, se examinó la consistencia interna del cuestionario mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.797 para los 10 ítems, considerado un nivel de confiabilidad bueno. En este estudio, se observó que la correlación ítem-test corregida se encontraba por encima de 0.436 en la mayoría de los ítems, salvo en el ítem 8, cuya correlación fue de 0.142. Este valor sugiere que, de eliminarse dicho ítem, la consistencia interna de la escala aumentaría, lo que podría indicar la necesidad de revisar su formulación para una mejor adaptación al contexto peruano (79).

### **Lazos Parentales (PBI)**

En el análisis de la Revista de Estandarización del Instrumento de Vinculación Parental, adaptado para la población de 16 a 64 años en el Gran Santiago, se evaluó la Consistencia Interna del test mediante el cálculo del coeficiente Spearman-Brown y el Alfa de Cronbach. Los valores estandarizados para estos índices oscilaron entre 0,78 y 0,89 para las escalas diferenciadas por el género del padre. Durante la investigación inicial del test, los niveles de fiabilidad variaron de 0,63 a 0,88. En la versión chilena adaptada, los índices previamente mencionados se movieron entre 0,78 y 0,93, mostrando consistencia con los resultados obtenidos. Esto permite afirmar que el instrumento estandarizado tiene un Índice de Confiabilidad adecuado (80).

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos a través de las encuestas fueron ingresados en una matriz para su análisis, utilizando el software SPSS. Este programa permitió organizar, procesar y analizar los datos de manera eficiente, ayudando a cumplir los objetivos establecidos en la investigación.

El análisis de los datos se dividió en dos fases: análisis descriptivo e inferencial, conforme a los objetivos planteados en el estudio.

El análisis descriptivo se centró en caracterizar y resumir las principales variables del estudio. Para el objetivo de determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal, se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes de los estudiantes que reportaron síntomas asociados con el trastorno, lo que permitió obtener una visión general de la prevalencia en la población estudiada.

En cuanto al nivel de autoestima de los estudiantes, se utilizaron frecuencias y porcentajes para categorizar las respuestas según los distintos rangos de autoestima obtenidos a partir de la escala aplicada. Este análisis permitió caracterizar el nivel de autoestima presente en los estudiantes del colegio.

Respecto a las áreas de preocupación física, se identificaron las frecuencias de las preocupaciones más frecuentes entre los estudiantes, como el peso, la apariencia corporal, la piel, entre otras. Esto permitió identificar qué aspectos físicos eran motivo de mayor preocupación en los participantes.

Finalmente, se caracterizó el tipo de vínculo parental de los estudiantes, que se clasificó según las respuestas obtenidas en las encuestas, y se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para cada categoría.

El análisis inferencial se enfocó en identificar posibles relaciones o asociaciones entre variables de tipo categórico. Para ello, se empleó la prueba de chi-cuadrado, una herramienta estadística que permite evaluar la existencia de vínculos entre distintas variables. Este método fue especialmente útil para abordar el último objetivo específico del estudio, el cual consistía en determinar si existía una relación significativa entre el trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima.

### **3.9. Aspectos éticos**

Para garantizar la calidad de los datos recolectados, se emplearon instrumentos previamente validados en estudios de características similares. Dado que los participantes eran menores de edad, se siguió un protocolo ético riguroso: se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores legales, así como el asentimiento de los estudiantes. En ambos casos, se explicaron de manera clara los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar, los posibles riesgos y beneficios, y se les informó que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin enfrentar repercusiones negativas.

Adicionalmente, se aseguró el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733), garantizando que la información recopilada fuera manejada con absoluta confidencialidad y anonimato. En ningún momento se compartirán datos que permitan identificar a los participantes, protegiendo así su privacidad en todo el proceso.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. Análisis de los resultados de la encuesta

**Tabla 2**

*Distribución de los datos recolectados con respecto a las características de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima*

| Datos demográficos |           | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-----------|------------|------------|
| <b>Sexo</b>        | Femenino  | 73         | 48.0       |
|                    | Masculino | 79         | 52.0       |
|                    | Total     | 152        | 100.0      |
| <b>Grado</b>       | 3er grado | 52         | 34.2       |
|                    | 4to grado | 50         | 32.9       |
|                    | 5to grado | 50         | 32.9       |
|                    | Total     | 152        | 100.00     |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta general.

#### **Interpretación:**

La tabla muestra que la distribución de los estudiantes encuestados del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, en 2024, está relativamente equilibrada en términos de sexo, con un 52% de estudiantes masculinos y un 48% de estudiantes femeninos, lo que permitirá un análisis equitativo sobre cómo afecta el Trastorno Dismórfico Corporal y la autoestima en ambos géneros. En cuanto al grado académico, la muestra también está bien distribuida, con porcentajes similares en 3er, 4to y 5to grado, lo que favorece la

posibilidad de explorar cómo varían estos factores psicológicos según el nivel educativo, brindando una visión representativa y diversa para el análisis.

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencias de la encuesta (BDDQ) Body Dysmorphic Disorder Questionnaire aplicada a los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima*

| <b>Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal BDDQ</b>  |                      |                   |      |
|---|----------------------|-------------------|------|
| <b>1) ¿Te preocupa tu apariencia física?</b>  | <b>Frecuencia</b>    | <b>Porcentaje</b> |      |
| No  | 6                    | 5.2               |      |
| Sí  | 146                  | 94.8              |      |
| Total   | 152                  | 100.0             |      |
| <b>2) -Si la respuesta es SÍ: ¿Piensas frecuentemente en tus problemas de apariencia y desearías pensar menos en ellos?</b> | No                   | 19                | 12.3 |
|   | Sí                   | 127               | 82.5 |
|   | Total                | 146               | 94.8 |
| <b>3) -Si la respuesta es SÍ: Por favor, enumera las partes de tu cuerpo con las que no estás conforme:</b>                 | Acné/Granos          | 14                | 9.6  |
|   | Nariz                | 12                | 8.2  |
|   | Baja estatura        | 10                | 6.9  |
|   | Cabello              | 10                | 6.9  |
|   | Delgadez             | 9                 | 6.2  |
|   | Sobrepeso/gordura    | 7                 | 4.8  |
|   | Caderas/figura       | 6                 | 4.1  |
|   | Abdomen/estómago     | 6                 | 4.1  |
|   | Piernas/muslos       | 6                 | 4.1  |
|   | Alta estatura        | 6                 | 4.1  |
|   | Piel manchada/reseca | 6                 | 4.1  |
|   | Orejas grandes       | 5                 | 3.4  |
|   | Dientes              | 5                 | 3.4  |
|   | Cicatrices           | 5                 | 3.4  |
|   | Mandíbula/Mentón     | 4                 | 2.7  |
|   | Busto                | 4                 | 2.7  |
|   | Falta de músculos    | 4                 | 2.7  |
|   | Ojos                 | 3                 | 2.1  |
|   | Lunares              | 3                 | 2.1  |
|   | Brazos               | 3                 | 2.1  |
|   | Brackets             | 2                 | 1.4  |
|   | Lentes               | 2                 | 1.4  |
|   | Estrías              | 2                 | 1.4  |

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
|  | Manos   | 2   | 1.4   |
|  | Rostro asimétrico                             | 2   | 1.4   |
|  | Labios  | 1   | 0.7   |
|  | Ojeras  | 1   | 0.7   |
|  | Espalda                                       | 1   | 0.7   |
|  | Postura/joroba                                | 1   | 0.7   |
|  | No respondieron                               | 4   | 2.7   |
|  | Total   | 146 | 100.0 |
| <b>4) ¿Tu principal preocupación con respecto a tu apariencia está relacionada con no ser suficientemente delgado(a) o con la posibilidad de estar gordo(a)?</b> | No  | 91  | 61.5  |
|  | Sí  | 57  | 38.5  |
|  | Total   | 148 | 100.0 |
| <b>5) ¿Tu preocupación por tu apariencia te molesta con frecuencia?</b>  | No  | 11  | 7.4   |
|  | Sí  | 137 | 92.6  |
|  | Total   | 148 | 100.0 |
| <b>6) ¿Ha interferido frecuentemente en tus actividades sociales, como salir con amigos o relacionarte con otras personas?</b>                                   | No  | 51  | 34.5  |
|  | Sí  | 97  | 65.5  |
|  | Total   | 148 | 100.0 |
| <b>7) -Si la respuesta es SÍ: Describe cómo te ha afectado</b>   | No ir a fiestas/reuniones                     | 30  | 15.2  |
|  | No querer salir en fotos                      | 21  | 10.6  |
|  | Sentirse incómodo/a por apariencia            | 17  | 8.6   |
|  | Dificultad para relacionarse con sexo opuesto | 16  | 8.1   |
|  | Vergüenza para hablar con personas            | 12  | 6.1   |
|  | Dificultad para hacer amigos                  | 11  | 5.6   |
|  | No participar en deportes                     | 10  | 5.1   |
|  | Sentirse inseguro/a en general                | 12  | 6.1   |
|  | Rechazar invitaciones                         | 12  | 6.1   |
|  | Evitar lugares con mucha gente                | 8   | 4.0   |
|  | No ir a la playa/alberca                      | 8   | 4.0   |
|  | Evitar reuniones familiares                   | 8   | 4.0   |
|  | Sentirse observado/a                          | 8   | 4.0   |
|  | Sentirse mal comparado con otros              | 8   | 4.0   |
|  | Incomodidad con la ropa                       | 8   | 4.0   |
|  | No sonreír en fotos                           | 4   | 2.0   |

|  |  |     |       |
|--|--|-----|-------|
|  | No salir en días soleados  | 4   | 2.0   |
|  | Vergüenza con uniforme de ed. Física   | 1   | 0.5   |
|  |  | 198 | 100.0 |
| <b>8) ¿Te ha generado algún problema en el ámbito académico, laboral o en otras actividades? SI NO</b> | No   | 70  | 47.3  |
|  | Sí   | 78  | 52.7  |
|  | Total  | 148 | 100.0 |
| <b>9) -Si la respuesta es SÍ: ¿Qué problemas?</b>  | Distracción/falta de concentración en clase  | 33  | 29.7  |
|  | Bajo rendimiento académico/malas notas   | 21  | 18.9  |
|  | Dificultad para concentrarse en exámenes   | 15  | 13.5  |
|  | Evitar participación en clase  | 13  | 11.7  |
|  | Problemas en educación física  | 11  | 9.9   |
|  | Dificultad para hablar en público/presentaciones orales  | 7   | 6.3   |
|  | Problemas para hacer tareas en casa  | 6   | 5.4   |
|  | Dificultad para dormir   | 3   | 2.7   |
|  | Problemas de visibilidad en clase (sentarse al final)  | 2   | 1.8   |
|  |  | 111 | 100.0 |
| <b>10) ¿Evitas ciertas cosas debido a tu apariencia física?</b>  | No   | 36  | 24.3  |
|  | Sí   | 112 | 75.7  |
|  | Total  | 148 | 100.0 |
| <b>11) -Si la respuesta es SÍ: ¿Cuáles?</b>  | Evitar usar cierta ropa (shorts, faldas cortas, ropa ajustada, trajes de baño, camisetas sin mangas) | 54  | 28.7  |
|  | Evitar actividades deportivas o ir a la piscina/playa  | 33  | 17.6  |
|  | Evitar tomarse fotos o aparecer en videos  | 25  | 13.3  |
|  | Evitar reuniones sociales, fiestas o lugares con mucha gente   | 25  | 13.3  |

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
|  | Evitar quitarse la ropa en público (camiseta, polo) | 15  | 8.0   |
|  | Evitar salir de casa                                | 12  | 6.4   |
|  | Evitar sonreír o reírse fuerte                      | 9   | 4.8   |
|  | Evitar actividades donde se sientan observados      | 8   | 4.3   |
|  | Evitar comer en público                             | 4   | 2.1   |
|  | Evitar lugares relacionados con su altura           | 2   | 1.1   |
|  | Evitar salir si hay sol                             | 1   | 0.5   |
|  | Total   | 188 | 100.0 |
| <b>12) En un día normal, ¿cuánto tiempo dedicas a pensar en tu apariencia? (Seleccionar una opción: a, b, c) Calcula la cantidad total de tiempo que dedicas en un día y luego elige una de las siguientes opciones. a) Menos de una hora al día b) De 1 a 3 horas</b> | a) Menos de una hora al día                         | 67  | 45.3  |
|  | b) De 1 a 3 horas al día                            | 56  | 37.8  |
|  | c) Más de 3 horas al día                            | 25  | 16.9  |
|  | Total   | 148 | 100.0 |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta de BDDQ realizada a los estudiantes.

### **Interpretación:**

La tabla que contiene los resultados de la encuesta *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)* aplicada a los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, revela varios aspectos relevantes sobre las preocupaciones relacionadas con la apariencia física entre los alumnos.

Casi todos los 152 estudiantes encuestados están preocupados por su apariencia, con 146, es decir, un 94.8% admitiendo sentir esta inquietud, mientras que solo 6, un 5.2%, no la comparten, dejando claro que esta preocupación abarca a la inmensa mayoría de ellos y se convierte en un tema central en sus vidas. De aquellos que se preocupan, 127, un 82.5% de la muestra total según las respuestas registradas, piensan frecuentemente en estos problemas y desearían dedicarles menos tiempo, revelando un malestar emocional profundo que afecta a casi todos, mientras que 19, un 12.3%, no

sienten esta carga con tanta intensidad, y algunos pudieron haber optado por no responder más allá de esta sección. Cuando se les preguntó por las partes de su cuerpo que no les gustan, el acné destacó con un 9.6%, seguido por la nariz con un 8.2% y la baja estatura con un 6.9%, mientras que preocupaciones como peso, figura, cabello, delgadez y sobrepeso también aparecieron con un rango del 4.1% al 6.9%; estas respuestas, que sumaron 146 menciones en total, reflejan una diversidad de insatisfacciones, con algunos estudiantes señalando varias áreas y otros prefiriendo no responder (2.7%), lo que muestra cómo estas percepciones son profundamente personales.

Más de un tercio, específicamente 57 estudiantes, un 38.5%, considera que su mayor preocupación está en el peso o la figura, sintiendo que no están lo suficientemente delgados o temiendo estar gordos, aunque la mayoría, 91, un 61.5%, se enfoca en otras áreas de su apariencia, sugiriendo que las inquietudes abarcan una amplia gama de aspectos físicos y no se concentran solo en un punto. Un impactante 92.6%, es decir, 137 estudiantes, siente que esta preocupación les molesta a diario, convirtiéndose en una carga emocional constante que pesa sobre casi todos, mientras que solo 11, un 7.4%, no lo perciben de esta manera, estos datos destacan cuán arraigado está esta inquietud en su día a día. En sus relaciones sociales, 97 estudiantes, un 65.5%, admite que estas inquietudes interfieren, llevándolos a evitar situaciones como ir a fiestas (15.2%) o salir en fotos (10.6%), lo que limita sus interacciones y puede aislarlos en ciertos contextos, afectando la forma en que se relacionan con los demás.

Más de la mitad, 78 estudiantes, un 52.7%, enfrenta problemas en sus estudios debido a estas preocupaciones, experimentando distracciones o un bajo rendimiento, lo que impacta su concentración y su capacidad para desenvolverse académicamente, convirtiendo este tema en un obstáculo significativo en su entorno educativo. Entre las

afecciones reportadas: 33 estudiantes, un 29.7%, enfrentan problemas en el colegio, actividades extracurriculares u otras responsabilidades escolares, afectando su desempeño y compromisos. Por otro lado, 21 estudiantes, un 18.9%, experimentan bajo rendimiento académico o malas notas, lo que limita su vida académica.

Un 75.7%, equivalente a 112 estudiantes, evita ciertas actividades por su apariencia, destacando especialmente el uso de ropa ajustada o corta con un 28.7% y la participación en deportes o actividades como ir a la playa con un 17.6%, lo que evidencia un impacto amplio en su vida diaria, restringiendo cómo se expresan o participan en diferentes escenarios. Por último, 67 estudiantes, un 45.3%, dedica menos de una hora al día a pensar en su apariencia, mientras que 56, un 37.8%, pasa entre una y tres horas, y 25, un 16.9%, supera las tres horas diarias, pintando un cuadro de obsesión para un grupo considerable, con variaciones que reflejan la intensidad con que cada uno vive estas preocupaciones, y algunos pudieron no haber respondido a esta sección.

**Tabla 4**

*Distribución de frecuencias de la encuesta Escala de Autoestima de Rosenberg aplicada a los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, Lima*

|   |                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| <b>Me considero tan valioso como cualquier otro ser humano.</b> | Muy en desacuerdo | 40         | 26.3       | 26.3              | 26.3                 |
|   | En desacuerdo     | 64         | 42.1       | 42.1              | 68.4                 |
|   | De acuerdo        | 36         | 23.7       | 23.7              | 92.1                 |
|   | Muy de acuerdo    | 12         | 7.9        | 7.9               | 100.0                |
|   | Total             | 152        | 100.0      | 100.0             |                      |
| <b>Confío en que poseo virtudes apreciables.</b>                | Muy en desacuerdo | 44         | 28.9       | 28.9              | 28.9                 |
|   | En desacuerdo     | 65         | 42.8       | 42.8              | 71.7                 |

|  |                   |     |       |       |       |
|--|-------------------|-----|-------|-------|-------|
|  | De acuerdo        | 43  | 28.3  | 28.3  | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>Mis capacidades me permiten desempeñarme al mismo nivel que la mayoría.</b> | Muy en desacuerdo | 28  | 18.4  | 18.4  | 18.4  |
|  | En desacuerdo     | 61  | 40.1  | 40.1  | 58.6  |
|  | De acuerdo        | 49  | 32.2  | 32.2  | 90.8  |
|  | Muy de acuerdo    | 14  | 9.2   | 9.2   | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>La perspectiva que tengo sobre mí mismo es positiva.</b>                    | Muy en desacuerdo | 12  | 7.9   | 7.9   | 7.9   |
|  | En desacuerdo     | 60  | 39.5  | 39.5  | 47.4  |
|  | De acuerdo        | 57  | 37.5  | 37.5  | 84.9  |
|  | Muy de acuerdo    | 23  | 15.1  | 15.1  | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>En términos generales, me siento a gusto conmigo mismo.</b>                 | Muy en desacuerdo | 15  | 9.9   | 9.9   | 9.9   |
|  | En desacuerdo     | 61  | 40.1  | 40.1  | 50.0  |
|  | De acuerdo        | 47  | 30.9  | 30.9  | 80.9  |
|  | Muy de acuerdo    | 29  | 19.1  | 19.1  | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>Siento que carezco de logros de los cuales sentirme muy orgulloso.</b>      | Muy de acuerdo    | 33  | 21.7  | 21.7  | 21.7  |
|  | De acuerdo        | 53  | 34.9  | 34.9  | 56.6  |
|  | En desacuerdo     | 52  | 34.2  | 34.2  | 90.8  |
|  | Muy en desacuerdo | 14  | 9.2   | 9.2   | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>La mayor parte del tiempo, me percibo como un ser fracasado.</b>            | Muy de acuerdo    | 26  | 17.1  | 17.1  | 17.1  |
|  | De acuerdo        | 43  | 28.3  | 28.3  | 45.4  |
|  | En desacuerdo     | 61  | 40.1  | 40.1  | 85.5  |
|  | Muy en desacuerdo | 22  | 14.5  | 14.5  | 100.0 |
|  | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>Anhelo poder valorarme más a mí mismo.</b>                                  | Muy de acuerdo    | 76  | 50.0  | 50.0  | 50.0  |
|  | De acuerdo        | 22  | 14.5  | 14.5  | 64.5  |
|  | En desacuerdo     | 47  | 30.9  | 30.9  | 95.4  |

|   |                   |     |       |       |       |
|---|-------------------|-----|-------|-------|-------|
|   | Muy en desacuerdo | 7   | 4.6   | 4.6   | 100.0 |
|   | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>En ciertos momentos, realmente me siento inútil.</b> | Muy de acuerdo    | 37  | 24.3  | 24.3  | 24.3  |
|   | De acuerdo        | 44  | 28.9  | 28.9  | 53.3  |
|   | En desacuerdo     | 56  | 36.8  | 36.8  | 90.1  |
|   | Muy en desacuerdo | 15  | 9.9   | 9.9   | 100.0 |
|   | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 |       |
| <b>A veces dudo sobre si soy una persona buena.</b>     | Muy de acuerdo    | 24  | 15.8  | 15.8  | 15.8  |
|   | De acuerdo        | 91  | 59.9  | 59.9  | 75.7  |
|   | En desacuerdo     | 35  | 23.0  | 23.0  | 98.7  |
|   | Muy en desacuerdo | 1   | 0.7   | 0.7   | 99.3  |
|   | Total             | 152 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta para medir la autoestima en los estudiantes.

### **Interpretación:**

La tabla muestra los resultados obtenidos al aplicar la Escala de Autoestima de Rosenberg a los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted, Lima. La mayoría de los 152 estudiantes encuestados se consideran tan valiosos como cualquier otro ser humano, con 40 (26.3%) manifestando estar muy en desacuerdo, 64 (42.1%) en desacuerdo, 36 (23.7%) de acuerdo y 12 (7.9%) muy de acuerdo. Esto indica una mezcla de autovaloración, con una inclinación notable hacia la percepción de no sentirse tan valiosos, reflejando inseguridades que podrían influir en su día a día.

En cuanto a la confianza en poseer virtudes apreciables, 44 (28.9%) manifestaron estar muy en desacuerdo, 65 (42.8%) en desacuerdo y 43 (28.3%) de acuerdo, mientras que ningún estudiante expresó estar muy de acuerdo. Estos resultados indican que una

gran parte de los encuestados no reconoce sus propias virtudes, lo que podría estar relacionado con una baja autoestima general.

Respecto a la percepción sobre si sus capacidades les permiten desempeñarse al mismo nivel que la mayoría, 28 (18.4%) expresaron estar muy en desacuerdo, 61 (40.1%) en desacuerdo, 49 (32.2%) de acuerdo y 14 (9.2%) muy de acuerdo. Esto muestra una diversidad de opiniones, con muchos estudiantes dudando de igualar a sus pares, lo que podría reflejar presión o comparación constante.

En términos de la percepción personal, los resultados reflejan diferencias entre los estudiantes. 12 (7.9%) manifestaron estar muy en desacuerdo con una visión positiva de sí mismos, 60 (39.5%) expresaron estar en desacuerdo, 57 (37.5%) indicaron estar de acuerdo y 23 (15.1%) muy de acuerdo. Esto indica que, aunque una parte considerable de los encuestados presenta inseguridad sobre su valía personal, también existe un grupo que mantiene una percepción positiva de sí mismo, evidenciando diversidad en la autopercepción.

En cuanto a sentirse a gusto consigo mismo, 15 (9.9%) manifestaron estar muy en desacuerdo, 61 (40.1%) en desacuerdo, 47 (30.9%) de acuerdo y 29 (19.1%) muy de acuerdo. Esto indica que, si bien una parte considerable de los encuestados experimenta dificultades para aceptarse, también existe un grupo significativo que se siente conforme consigo mismo, reflejando una diversidad en la autopercepción.

Sobre la percepción de logros personales, 33 (21.7%) de los encuestados manifestaron estar muy de acuerdo con la afirmación de que carecen de logros de los cuales sentirse orgullosos, mientras que 53 (34.9%) estuvieron de acuerdo. Por otro lado, 52 (34.2%) expresaron estar en desacuerdo y 14 (9.2%) muy en desacuerdo. Estos

resultados indican que una parte significativa de los estudiantes siente una falta de logros personales, lo que podría influir en su autoestima y percepción de éxito. Sin embargo, un grupo considerable sí reconoce logros en su vida, reflejando una diversidad en la valoración de sus propias experiencias.

En cuanto a la percepción de fracaso personal, 26 (17.1%) de los encuestados manifestaron estar muy de acuerdo con la afirmación de que, la mayor parte del tiempo, se perciben como un ser fracasado, mientras que 43 (28.3%) estuvieron de acuerdo. Por otro lado, 61 (40.1%) expresaron estar en desacuerdo y 22 (14.5%) muy en desacuerdo. Estos resultados indican que, si bien una proporción considerable de estudiantes experimenta sentimientos de fracaso en algún grado, la mayoría no se identifica con esta percepción negativa, lo que sugiere una diversidad en la autovaloración y el nivel de confianza en sí mismos.

La mayoría de los estudiantes, 76 (50%), manifestó estar muy de acuerdo con el anhelo de valorarse más a sí mismos, mientras que 22 (14.5%) estuvieron de acuerdo. Por otro lado, 47 (30.9%) expresaron estar en desacuerdo y 7 (4.6%) muy en desacuerdo. Estos resultados indican que una proporción considerable de los encuestados siente la necesidad de fortalecer su autoestima, aunque un grupo menor considera que ya se valora lo suficiente.

En cuanto a los momentos en que se sienten inútiles, 37 (24.3%) manifestaron estar muy de acuerdo, 44 (28.9%) de acuerdo, 56 (36.8%) en desacuerdo y 15 (9.9%) muy en desacuerdo. Esto indica que una proporción considerable de los encuestados experimenta momentos de inutilidad, lo que podría estar relacionado con contextos específicos de su vida.

La mayoría de los estudiantes, 91 (59.9%), está de acuerdo en que a veces duda sobre si es una buena persona, mientras que 24 (15.8%) está muy de acuerdo. Por otro lado, 35 (23%) están en desacuerdo y solo 1 (0.7%) muy en desacuerdo. Estos resultados indican que una gran parte de los encuestados experimenta inseguridad sobre su propia valía moral, lo que podría estar relacionado con autocrítica o presión social.

Estos resultados reflejan una compleja imagen de la autoestima y las percepciones de los estudiantes, con inseguridades notables sobre su valor personal y utilidad, equilibradas por cierta confianza en su autonomía y aprecio por los demás. Para abordar esta situación, el colegio podría organizar actividades grupales que fomenten el trabajo en equipo y la autoafirmación, ayudándolos a fortalecer su seguridad y conexión con sus compañeros.

### Tabla 5

*Distribución de frecuencias con respecto a la prevalencia del TDC y el nivel de autoestima en los estudiantes*

| Prevalencia del TDC   |            |                  |            |                 |            |
|-----------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|
| Sí                    |            | No               |            | Total           |            |
| Frecuencia            | Porcentaje | Frecuencia       | Porcentaje | Frecuencia      | Porcentaje |
| 54                    | 35.5%      | 98               | 64.5%      | 152             | 100%       |
| Niveles de autoestima |            |                  |            |                 |            |
| Autoestima baja       |            | Autoestima media |            | Autoestima alta |            |
| Frecuencia            | Porcentaje | Frecuencia       | Porcentaje | Frecuencia      | Porcentaje |
| 147                   | 97.1%      | 4                | 2.63%      | 1               | 0.66%      |

*Nota.* Datos obtenidos de las encuestas BDDQ y Escala de Autoestima de Rosenberg.

### Interpretación:

La Tabla 5 muestra la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024.

De los 152 estudiantes encuestados en el Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024, 54, un 35.5%, presentan síntomas de Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), lo que indica que más de un tercio de ellos está lidiando con problemas relacionados con su percepción corporal, mientras que 98, un 64.5%, no muestran estos síntomas, sugiriendo que la mayoría no enfrenta este trastorno específico, aunque otros factores podrían estar influyendo en su bienestar. Al analizar los niveles de autoestima de toda la muestra, 147 estudiantes, un 97.1%, tienen autoestima baja, lo que revela una problemática extendida de baja percepción de sí mismos entre los estudiantes, independientemente de si presentan o no síntomas de TDC. Solo 4, un 2.63%, reportan autoestima media, y 1, un 0.66%, tiene autoestima alta, mostrando que la autoestima alta es extremadamente rara en este grupo, lo que refleja una tendencia preocupante hacia la inseguridad.

En conclusión, la tabla permite determinar que una alta prevalencia del TDC está acompañada de niveles bajos de autoestima en los estudiantes que lo padecen, lo cual puede tener importantes implicaciones en su bienestar emocional y social.

### **Tabla 6**

*Distribución de frecuencias de los niveles de autoestima en relación con sus datos demográficos con respecto al sexo de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima*

| Niveles de autoestima | Sexo       |            |            |            | Total |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|-------|
|                       | Femenino   |            | Masculino  |            |       |
|                       | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |       |
|                       |            |            |            |            |       |

|                    |           |              |           |              |            |
|--------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| Autoestima baja    | 68        | 93.2         | 79        | 100.0        | 147        |
| Autoestima media   | 4         | 5.5          | 0         | 0.0          | 4          |
| Autoestima elevada | 1         | 1.4          | 0         | 0.0          | 1          |
| <b>Total</b>       | <b>73</b> | <b>100.0</b> | <b>79</b> | <b>100.0</b> | <b>152</b> |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta de datos demográficos y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

### **Interpretación:**

La Tabla 6 muestra cómo se distribuyen los niveles de autoestima según el sexo entre los 152 estudiantes encuestados, con 73 mujeres y 79 hombres, revelando patrones significativos en su percepción personal. Entre las estudiantes femeninas, 68, lo que equivale a un 93.2%, presentan autoestima baja, indicando que una abrumadora mayoría de las mujeres enfrenta inseguridades que podrían estar afectando su bienestar emocional y su confianza en sí mismas. Solo 4 mujeres, un 5.5%, reportan autoestima media, y apenas 1 estudiante, un 1.4%, tiene autoestima elevada, lo que sugiere que la autoestima positiva es muy poco común entre las mujeres de este grupo, mostrando una clara inclinación hacia una percepción negativa de sí mismas.

Por otro lado, todos los estudiantes masculinos, 79, es decir, un 100%, presentan autoestima baja, lo que indica que no hay excepciones entre los hombres en este aspecto, reflejando una percepción de sí mismos consistentemente negativa que podría estar relacionada con presiones sociales o expectativas culturales que enfrentan. Ningún estudiante masculino reporta autoestima media, con 0 casos, un 0%, ni autoestima elevada, también 0 casos, un 0%, destacando una situación particularmente marcada en este grupo, donde la autoestima baja es universal y no hay indicios de confianza o valoración personal positiva entre ellos.

Estos resultados evidencian que la autoestima baja predomina de manera abrumadora en ambos sexos, afectando a 68 mujeres, un 93.2%, y a 79 hombres, un

100%, lo que subraya que la baja percepción de sí mismos es un desafío extendido entre los estudiantes, sin importar su género, y podría estar influenciada por factores compartidos como el entorno escolar, las dinámicas sociales o las presiones culturales. Para abordar esta problemática, el colegio podría implementar talleres de autoestima adaptados a las necesidades de cada sexo, con 73 mujeres y 79 hombres, ofreciendo espacios seguros donde puedan trabajar en sus inseguridades y aprender herramientas prácticas para fortalecer su confianza y valoración personal.

### Tabla 7

*Distribución de frecuencias de los niveles de autoestima en relación con sus datos demográficos con respecto al grado de estudio de los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima*

| Niveles de autoestima | Grado      |            |            |            |            |            | Total |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
|                       | 3er grado  |            | 4to grado  |            | 5to grado  |            |       |
|                       | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |       |
| Autoestima baja       | 47         | 90.4       | 50         | 100.0      | 50         | 100.0      | 147   |
| Autoestima media      | 4          | 7.7        | 0          | 0.0        | 0          | 0.0        | 4     |
| Autoestima elevada    | 1          | 1.9        | 0          | 0.0        | 0          | 0.0        | 1     |
| <b>Total</b>          | 52         | 100.0      | 50         | 100.0      | 50         | 100.0      | 152   |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta de datos demográficos y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

### Interpretación:

La Tabla 7 analiza la autoestima en relación con el grado de estudio entre los estudiantes, mostrando una tendencia clara hacia la baja autoestima en todos los niveles educativos. En 3er grado, 47 estudiantes, un 90.4%, presentan autoestima baja, lo que indica que la gran mayoría de este grupo tiene una percepción negativa de sí mismos, enfrentando inseguridades que podrían influir en su desarrollo emocional y académico. Solo 4 estudiantes de 3er grado, un 7.7%, reportan autoestima media, y apenas 1

estudiante, un 1.9%, tiene autoestima elevada, lo que sugiere que la autoestima positiva es poco común en este grado, aunque hay una leve variación que no se repite en los niveles superiores.

En 4to grado, todos los estudiantes, 50, un 100%, presentan autoestima baja, lo que refleja una situación uniforme donde ningún estudiante tiene autoestima media ni elevada, con 0 casos, un 0%, en ambas categorías, destacando una percepción de sí mismos completamente negativa en este nivel, sin excepciones que indiquen confianza o valoración personal. De manera similar, en 5to grado, también todos los estudiantes, 50, un 100%, reportan autoestima baja, con 0 casos, un 0%, de autoestima media o elevada, lo que refuerza la predominancia de la baja autoestima en los grados superiores, sugiriendo que las inseguridades podrían intensificarse a medida que los estudiantes avanzan en su etapa escolar, posiblemente debido a mayores expectativas o presiones.

Estos hallazgos confirman que la autoestima baja es predominante en todos los grados, con 47 estudiantes en 3er grado, un 90.4%, 50 en 4to grado, un 100%, y 50 en 5to grado, un 100%, viéndose afectados, mientras que los niveles más altos de autoestima, como media y elevada, se limitan a 3er grado, con 4 estudiantes, un 7.7%, en media, y 1 estudiante, un 1.9%, en elevada, y no se registran en 4to ni 5to grado, con 0 casos, un 0%, en ambas categorías. Esta mínima variación en 3er grado sugiere que la autoestima podría ser un poco más diversa al inicio de la secundaria, pero se consolida como baja en los grados avanzados.

### **Tabla 8**

*Distribución de frecuencias sobre las áreas de preocupación física con respecto al género de los estudiantes*

| Área de preocupación física |            |              |            |              |            |              |
|-----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Inconformidad               | Total      |              | Femenino   |              | Masculino  |              |
|                             | Frecuencia | Porcentaje   | Frecuencia | Porcentaje   | Frecuencia | Porcentaje   |
| Acné/Granos                 | 14         | 9.6          | 8          | 10.5         | 6          | 9.1          |
| Nariz                       | 12         | 8.2          | 7          | 9.2          | 5          | 7.6          |
| Baja estatura               | 10         | 6.9          | 3          | 3.9          | 7          | 10.6         |
| Cabello                     | 10         | 6.9          | 6          | 7.9          | 4          | 6.1          |
| Delgadez                    | 9          | 6.2          | 4          | 5.3          | 5          | 7.6          |
| Sobrepeso/gordura           | 7          | 4.8          | 4          | 5.3          | 3          | 4.5          |
| Caderas/figura              | 6          | 4.1          | 5          | 6.6          | 1          | 1.5          |
| Abdomen/estómago            | 6          | 4.1          | 3          | 3.9          | 3          | 4.5          |
| Piernas/muslos              | 6          | 4.1          | 4          | 5.3          | 2          | 3.0          |
| Alta estatura               | 6          | 4.1          | 2          | 2.6          | 4          | 6.1          |
| Piel manchada/reseca        | 6          | 4.1          | 4          | 5.3          | 2          | 3.0          |
| Orejas grandes              | 5          | 3.4          | 2          | 2.6          | 3          | 4.5          |
| Dientes                     | 5          | 3.4          | 3          | 3.9          | 2          | 3.0          |
| Cicatrices                  | 5          | 3.4          | 3          | 3.9          | 2          | 3.0          |
| Mandíbula/Mentón            | 4          | 2.7          | 1          | 1.3          | 3          | 4.5          |
| Busto                       | 4          | 2.7          | 4          | 5.3          | 0          | 0.0          |
| Falta de músculos           | 4          | 2.7          | 0          | 0.0          | 4          | 6.1          |
| Ojos                        | 3          | 2.1          | 2          | 2.6          | 1          | 1.5          |
| Lunares                     | 3          | 2.1          | 2          | 2.6          | 1          | 1.5          |
| Brazos                      | 3          | 2.1          | 1          | 1.3          | 2          | 3.0          |
| Brackets                    | 2          | 1.4          | 1          | 1.3          | 1          | 1.5          |
| Lentes                      | 2          | 1.4          | 1          | 1.3          | 1          | 1.5          |
| Estrías                     | 2          | 1.4          | 2          | 2.6          | 0          | 0.0          |
| Manos                       | 2          | 1.4          | 1          | 1.3          | 1          | 1.5          |
| Rostro asimétrico           | 2          | 1.4          | 1          | 1.3          | 1          | 1.5          |
| Labios                      | 1          | 0.7          | 1          | 1.3          | 0          | 0.0          |
| Ojeras                      | 1          | 0.7          | 1          | 1.3          | 0          | 0.0          |
| Espalda                     | 1          | 0.7          | 0          | 0.0          | 1          | 1.5          |
| Postura/joroba              | 1          | 0.7          | 0          | 0.0          | 1          | 1.5          |
| <b>Total</b>                | <b>142</b> | <b>100.0</b> | <b>76</b>  | <b>100.0</b> | <b>66</b>  | <b>100.0</b> |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta sobre el TDC.

### **Interpretación:**

La tabla presenta las áreas de preocupación física entre los 152 estudiantes, diferenciadas por género, y refleja los problemas de apariencia más mencionados en el contexto del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), con un total de 142 menciones. En general, las preocupaciones más comunes incluyen acné o granos, con 14 estudiantes, un

9.6%, nariz, con 12 estudiantes, un 8.2%, y baja estatura, con 10 estudiantes, un 6.9%, lo que indica que tanto los aspectos faciales como el tamaño corporal son las principales fuentes de insatisfacción entre los estudiantes, destacando cómo estas inquietudes moldean su percepción personal.

Al analizar los resultados por género, entre las 76 estudiantes mujeres, la principal preocupación física es el acné, mencionado por 8 de ellas (10.5%), seguido de la nariz, con 7 estudiantes (9.2%), y el cabello, con 6 estudiantes (7.9%). Esto indica que la apariencia facial, en particular la piel y los rasgos visibles, es una de sus mayores inquietudes, posiblemente influenciada por estándares de belleza que valoran una piel impecable y un cabello bien cuidado.

Por otro lado, entre los 66 estudiantes varones, las preocupaciones más frecuentes también incluyen el acné, con 6 menciones (9.1%), y la nariz, con 5 menciones (7.6%). Sin embargo, a diferencia de las mujeres, la baja estatura es una de las inquietudes más destacadas, con 7 menciones (10.6%). Además, la falta de musculatura aparece como una preocupación relevante para 4 varones (6.1%), lo que indica una mayor atención hacia atributos asociados con la fuerza física, posiblemente influenciada por expectativas sociales de masculinidad.

Se permite inferir que ambos géneros comparten preocupaciones similares en relación con el acné y la nariz, pero las chicas destacan por su inquietud por el cabello, mientras que los chicos se centran más en la baja estatura y la musculatura. Este patrón pone de relieve cómo los estándares de belleza y las expectativas sociales pueden influir de manera diferente en los estudiantes según su género, moldeando sus inseguridades de

forma única y destacando la necesidad de abordar estas percepciones en el entorno educativo.

**Tabla 9**

*Distribución de frecuencias del tipo de vínculo parental con respecto al padre que tienen los estudiantes*

| <b>Cuidado</b>         | <b>Total</b> | <b>123</b> |
|------------------------|--------------|------------|
| Puntaje bajo           | Frecuencia   | 97         |
|                        | Porcentaje   | 78.9%      |
| Puntaje Alto           | Frecuencia   | 26         |
|                        | Porcentaje   | 21.1%      |
| <b>Sobreprotección</b> | <b>Total</b> | <b>123</b> |
| Puntaje bajo           | Frecuencia   | 106        |
|                        | Porcentaje   | 86.2%      |
| Puntaje Alto           | Frecuencia   | 17         |
|                        | Porcentaje   | 13.8%      |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta del PBI.

### **Interpretación:**

La tabla muestra los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Lazos Parentales (PBI), en la que los estudiantes evaluaron el vínculo con su padre. Este instrumento mide dos dimensiones principales: Cuidado y Sobreprotección, clasificando los puntajes en altos y bajos para determinar diferentes estilos de relación parental.

En la dimensión de Cuidado, los resultados indican que el 78.9% de los padres presenta un puntaje bajo, lo que refleja una relación distante con sus hijos, caracterizada por una menor expresión de afecto, frialdad emocional o indiferencia. En contraste, el 21.1% obtiene un puntaje alto, lo que sugiere la presencia de un vínculo más cercano y afectuoso, donde el cuidado y la empatía son predominantes.

En cuanto a la dimensión de Sobreprotección, el 86.2% de los padres presenta un puntaje bajo, lo que indica que, en la mayoría de los casos, no se observan actitudes de control excesivo o intrusión en la autonomía de los hijos. Por el contrario, el 13.8% obtiene un puntaje alto en esta dimensión, lo que sugiere un estilo de crianza sobreprotector, caracterizado por un control elevado que podría limitar la independencia del adolescente.

Estos resultados permiten inferir que un porcentaje significativo de los padres evaluados se ajusta al perfil de Vínculo Ausente o Débil, caracterizado por una baja expresión de afecto y una supervisión poco intrusiva. En menor medida, algunos padres presentan un Vínculo Óptimo, en el que se combinan el afecto y la promoción de la autonomía, favoreciendo una relación más equilibrada con sus hijos.

**Tabla 10**

*Distribución de frecuencias del tipo de vínculo parental con respecto a la madre que tienen los estudiantes*

| <b>Cuidado</b>         | <b>Total</b> | <b>123</b> |
|------------------------|--------------|------------|
| Puntaje bajo           | Frecuencia   | 85         |
|                        | Porcentaje   | 69.1%      |
| Puntaje Alto           | Frecuencia   | 38         |
|                        | Porcentaje   | 30.9%      |
| <b>Sobreprotección</b> | <b>Total</b> | <b>123</b> |
| Puntaje bajo           | Frecuencia   | 95         |
|                        | Porcentaje   | 77.2%      |
| Puntaje Alto           | Frecuencia   | 28         |
|                        | Porcentaje   | 22.8%      |

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta del PBI.

### **Interpretación:**

La tabla presenta los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala de Lazos Parentales (PBI) a 123 estudiantes, quienes evaluaron las conductas de sus madres durante su infancia. Este instrumento mide dos dimensiones clave: Cuidado y Sobreprotección, clasificando los puntajes como bajos o altos de acuerdo con las respuestas de los alumnos.

En la dimensión de Cuidado, los resultados indican que el 69.1% de las madres obtuvo un puntaje bajo, lo que indica que, en la mayoría de los casos, la relación materna percibida por los estudiantes estuvo marcada por frialdad emocional, indiferencia o falta de afecto. Solo el 30.9% de las madres obtuvo un puntaje alto en esta dimensión, lo que refleja una relación más cercana y afectuosa, en la que el cuidado, la empatía y el apoyo fueron predominantes.

En cuanto a la dimensión de Sobreprotección, los resultados muestran que el 77.2% de las madres obtuvo un puntaje bajo, lo que indica que la mayoría no presentó conductas excesivamente controladoras o intrusivas hacia sus hijos, favoreciendo en mayor medida su independencia y autonomía. Por otro lado, el 22.8% de las madres obtuvo un puntaje alto en esta dimensión, lo que sugiere una tendencia hacia un estilo de crianza sobreprotector, caracterizado por un mayor control y una posible limitación en la autonomía del estudiante.

El análisis de estos resultados permite inferir que una parte significativa de las madres evaluadas se encuentra dentro del perfil de Vínculo Ausente o Débil, caracterizado por bajos niveles tanto de cuidado como de sobreprotección. Este tipo de relación se asocia con una menor expresión de afecto y una crianza que, aunque no impositiva, podría carecer de un respaldo emocional sólido. En contraste, un grupo menor

de madres podría situarse dentro del perfil de Vínculo Óptimo, especialmente aquellas que presentan un puntaje alto en cuidado y bajo en sobreprotección, lo que indicaría una combinación de afectuosidad y fomento de la independencia. Sin embargo, la tabla no detalla este cruce específico de datos.

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las relaciones familiares y fomentar un equilibrio entre la cercanía emocional y la autonomía en la crianza. Desde esta perspectiva, sería recomendable que las instituciones educativas consideren la implementación de talleres dirigidos a madres, con el objetivo de promover vínculos afectivos más sólidos y un desarrollo equilibrado en los estudiantes.

### **Tabla 11**

*Distribución de frecuencias de los resultados sobre la asociación entre el TDC y la autoestima en los estudiantes*

| <b>Pruebas de chi-cuadrado</b> |                    |    |                                      |
|--------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
|                                | Valor              | Df | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson        | 9,942 <sup>a</sup> | 2  | ,007                                 |
| Razón de verosimilitud         | 11,057             | 2  | ,004                                 |
| Asociación lineal por lineal   | 8,859              | 1  | ,003                                 |
| N de casos válidos             | 152                |    |                                      |

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

*Nota.* Datos obtenidos de la encuesta de BDDQ y Escala de Autoestima de Rosenberg.

### **Interpretación:**

Los resultados determinan que existe una asociación estadísticamente significativa entre el trastorno dismórfico corporal y la autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024. Los cambios en una

variable probablemente estén asociados con cambios en la otra. Una disminución en la autoestima podría estar asociada con un aumento en los síntomas del trastorno dismórfico corporal, o una mayor preocupación por la imagen corporal podría afectar negativamente la autoestima.

#### **4.1.2. Discusión de resultados**

Con respecto al objetivo general de determinar la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y el nivel de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024, los resultados obtenidos muestran que 54 de los 152 estudiantes encuestados, un 35.5%, presentan síntomas de TDC, mientras que 98, un 64.5%, no los presentan. Esto indica que más de un tercio de la población estudiantil se ve afectada por problemas relacionados con su percepción corporal, destacando la relevancia de este trastorno en el contexto escolar.

Al analizar los niveles de autoestima en toda la muestra, se observa que 147 estudiantes, un 97.1%, tienen autoestima baja, lo que evidencia una problemática generalizada de baja percepción de sí mismos, independientemente de la presencia de TDC. Solo 4 estudiantes, un 2.63%, reportan autoestima media, y apenas 1, un 0.66%, presenta autoestima alta, reflejando que la autoestima alta es extremadamente rara en este grupo y subrayando una tendencia preocupante hacia la inseguridad. La alta prevalencia de autoestima baja en toda la muestra (97.1%) sugiere que aquellos con TDC probablemente también enfrentan una autovaloración negativa, lo que reafirma la estrecha asociación entre la presencia de este trastorno y la percepción negativa de uno mismo.

Esta observación se alinea con estudios previos como el de Kuck et al. (2021), que encontró una asociación significativa entre la severidad de los síntomas de TDC y la baja autoestima, confirmando que esta es una característica común en quienes padecen este trastorno (19). Asimismo, los hallazgos de Gajić y Gajić (2022) refuerzan esta conclusión al señalar que la autoestima actúa como mediador entre los trastornos de ansiedad y depresión, los cuales también se asocian con el TDC, sugiriendo que la baja autoestima podría exacerbar estos problemas emocionales (21).

A diferencia de los estudios de Ahmadpanah et al. (2019), en los cuales no se identificó una asociación entre el TDC y la autoestima en jóvenes iraníes, los datos del Colegio Hans Christian Oersted muestran una clara vinculación entre estos dos aspectos, ya que la alta prevalencia de autoestima baja (97.1%) coincide con una incidencia considerable de TDC (35.5%). Esta discrepancia podría sugerir diferencias culturales o de contexto en cuanto a la percepción de la apariencia y su impacto en la autoestima, ya que las presiones socioculturales en Lima podrían estar más marcadas o influir de manera distinta en los estudiantes (20). Por otro lado, el hecho de que la autoestima baja esté presente de manera generalizada en toda la muestra, incluso entre aquellos sin TDC, refleja un problema más amplio en la población estudiantil. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Salazar (2023), quien encontró una relación inversa significativa entre la insatisfacción corporal y la autoestima en adolescentes de secundaria. Su estudio evidenció que los estudiantes con mayor insatisfacción con su imagen corporal tienden a presentar niveles más bajos de autoestima, lo que sugiere que la percepción negativa de la apariencia física influye directamente en la autovaloración. Además, concluyó que la presión social y los estándares de belleza desempeñan un papel clave en la construcción de la imagen personal en adolescentes, resaltando la necesidad de estrategias que

fortalezcan la autoestima y reduzcan los efectos negativos de la insatisfacción con la apariencia física (24).

A nivel teórico, estos resultados aportan evidencia sobre la conexión entre la autoestima y la imagen corporal, sugiriendo que la baja autoestima, más allá de ser un factor relacionado únicamente con el TDC, está presente de manera generalizada en esta población estudiantil (5). Considerando que la autoestima es un componente esencial de la personalidad que influye significativamente en la conducta y la toma de decisiones (5). Esta prevalencia de autoestima baja subraya la necesidad de intervenir no solo en el tratamiento del TDC, sino también en el fortalecimiento de una autovaloración positiva como estrategia preventiva. Esto es especialmente relevante considerando que la autoestima se desarrolla a través de diversas experiencias a lo largo de la vida, lo que significa que es posible crear condiciones favorables para que los jóvenes desarrollen una autoestima más saludable (42).

Con respecto al objetivo específico 1, que busca caracterizar los niveles de autoestima en los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024, los resultados obtenidos muestran una clara prevalencia de autoestima baja en la mayoría de los estudiantes, sin importar su sexo o grado. En la Tabla 6, se observa que 68 de las 73 estudiantes femeninas, un 93.2%, y todos los 79 estudiantes masculinos, un 100%, presentan niveles de autoestima baja. Solo una mínima proporción de estudiantes femeninas exhibe autoestima media, con 4 estudiantes, un 5.5%, o elevada, con 1 estudiante, un 1.4%, mientras que ningún estudiante masculino reporta autoestima media ni elevada, con 0 casos, un 0%, en ambas categorías. En la Tabla 7, que analiza la autoestima por grado, se reafirma la tendencia de baja autoestima en todos los niveles, con 50 estudiantes de 4to grado, un 100%, y 50 de 5to grado, un 100%, reportando

autoestima baja, y solo en 3er grado se registran excepciones: 4 estudiantes con autoestima media, un 7.7%, y uno con autoestima elevada, un 1.9%, de un total de 52 estudiantes.

Estos resultados contrastan parcialmente con los hallazgos de Ahmadpanah et al. (2019), quienes no encontraron una relación significativa entre baja autoestima y el TDC en su muestra de jóvenes iraníes, destacando que la presión mediática y las actitudes socioculturales hacia la apariencia desempeñaban un papel más importante (20). Sin embargo, nuestros hallazgos se alinean con lo reportado por Nabella (2019), quien encontró que el 79.3% de las participantes en su estudio presentaban niveles bajos de autoestima (22). Asimismo, coinciden con lo reportado por Kuck et al. (2021) y Gajić y Gajić (2022), quienes identificaron una correlación negativa moderada entre baja autoestima y la presencia de síntomas de TDC en sus respectivos estudios (19, 21).

A nivel nacional, nuestros resultados guardan similitud con lo encontrado por Salazar (2023), quien evidenció una relación inversa significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes mujeres de instituciones educativas de Ica (24). De igual manera, los hallazgos concuerdan con Sierra (2017), quien identificó una relación significativa entre la baja autoestima y una preocupación leve a moderada por la imagen corporal en estudiantes universitarios, donde el 53.3% de los participantes con baja autoestima mostraban esta preocupación (26). Asimismo, Baldera y Vidal (2022) encontraron que los estudiantes universitarios de Lima con mayores niveles de insatisfacción corporal tendían a presentar una autoestima más baja, influenciada por factores socioculturales y la comparación con estándares estéticos impuestos por redes sociales (28).

Es significativo que nuestros resultados muestren un patrón diferente al esperado según los estudios de diferencias de género en la autoestima. Contrario a lo que menciona la literatura, donde "los varones tienden a presentar una autoestima superior a las mujeres adolescentes" (5), en nuestra muestra los varones presentaron una prevalencia mayor de autoestima baja (100%) que las mujeres (93.2%). Este hallazgo sugiere que pueden existir factores contextuales específicos en el Colegio Hans Christian Oersted que están afectando de manera particular la autoestima de los estudiantes masculinos.

El aporte teórico que se desprende de esta caracterización confirma que la autoestima en adolescentes es un factor determinante en su bienestar psicológico y social, tal como lo señala la literatura revisada (33). En este caso, la prevalencia generalizada de autoestima baja (97.1% del total de estudiantes) señala una vulnerabilidad emocional significativa, lo que concuerda con la conceptualización de la autoestima negativa caracterizada por "una constante insatisfacción personal, autodesprecio y rechazo hacia uno mismo" (40). Según lo planteado por Coopersmith, los adolescentes con autoestima baja "suelen ser inseguros y carecen de confianza en sus habilidades y capacidades. No se sienten capaces de tomar decisiones sin la constante aprobación de los demás, lo que les genera un miedo constante a cometer errores" (41).

La alta prevalencia de baja autoestima en esta población requiere especial atención, considerando que la autoestima "se construye y desarrolla a lo largo de la vida, moldeada por las experiencias en diversos contextos" (5). El entorno educativo, siendo "una de las principales esferas de socialización, constituye un ambiente donde los adolescentes internalizan patrones importantes de interacción con sus pares y docentes" (5), por lo que se presenta como un espacio crucial para intervenciones orientadas a fortalecer la autovaloración de estos estudiantes. Como sugiere Ellis, estos estudiantes

parecen carecer de una "autoaceptación incondicional adecuada", elemento fundamental para "mejorar nuestra salud mental y bienestar emocional, facilitando una autorregulación conductual más efectiva y una toma de decisiones más coherente con nuestros valores y objetivos personales" (37).

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar programas específicos de fortalecimiento de la autoestima en el contexto escolar, considerando que una autoestima saludable "aporta múltiples beneficios que se traducen en una vida más plena y satisfactoria" y "se asocia a un mejor estado mental y un bienestar generalizado" (38), elementos fundamentales para el desarrollo integral de los adolescentes y para prevenir o mitigar la aparición de trastornos como el TDC.

En relación al objetivo específico 2, orientado a identificar las áreas de preocupación física en estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima durante el 2024, diferenciando entre géneros, los resultados revelan patrones distintivos que merecen un análisis profundo.

Los hallazgos obtenidos demuestran que, de los 152 estudiantes encuestados, las principales preocupaciones físicas se centran en el acné o granos (9.6%), la nariz (8.2%) y la baja estatura (6.9%). Esta distribución evidencia cómo tanto los aspectos faciales como las características corporales constituyen fuentes significativas de insatisfacción, reflejando la influencia que estas características físicas ejercen en la percepción personal durante la adolescencia.

Al efectuar un análisis diferenciado por género, se observa que, entre las 76 estudiantes femeninas, las inquietudes predominantes se relacionan con características faciales visibles: el acné (10.5%), seguido por preocupaciones sobre la nariz (9.2%) y el

cabello (7.9%). Este patrón sugiere una influencia marcada de estándares de belleza que priorizan una piel impecable y un cabello bien cuidado, concordando con lo expuesto por Ahmadpanah et al. (2019), quienes encontraron que las actitudes socioculturales hacia la apariencia tienen un vínculo estrecho con el TDC, particularmente mediado por la presión mediática percibida (20).

Por otra parte, entre los 66 estudiantes masculinos, si bien el acné también emerge como una inquietud relevante (9.1%), seguido por preocupaciones sobre la nariz (7.6%), se evidencia una diferencia significativa: los varones manifiestan mayor preocupación por la baja estatura (10.6%) y la falta de musculatura (6.1%). Esta tendencia refleja cómo los adolescentes masculinos se orientan hacia aspectos asociados con la fuerza y el tamaño físico, probablemente condicionados por expectativas sociales que vinculan la masculinidad con estas características. Si bien no se encontró estudios que identifiquen estos aspectos en las preocupaciones que tiene el estudiante de manera específica, se alinea con lo planteado en la literatura sobre la dismorfia muscular como variante del TDC, que según la investigación es más prevalente en hombres y se caracteriza por una obsesión con la musculatura y el temor a parecer débiles (30).

Es importante mencionar que, si bien el instrumento permitió identificar las áreas físicas que generan preocupación en los y las adolescentes, no recogió información detallada sobre las características específicas que les resultan incómodas o motivo de insatisfacción en cada zona (por ejemplo, si la preocupación por la nariz se relaciona con su tamaño, forma, anchura, etc., o si la preocupación por el cabello se refiere a su textura, volumen o color). Del mismo modo, durante la revisión de la literatura no se encontraron estudios previos que detallen estos aspectos con precisión. Esta ausencia de especificidad representa una limitación del estudio y señala la necesidad de investigaciones futuras que

profundicen en la naturaleza exacta de estas preocupaciones, permitiendo así un análisis más exhaustivo del vínculo entre percepción corporal y autoestima en adolescentes.

Estos resultados son consistentes con el estudio de Sánchez (2022), que identificó mayor prevalencia de acné severo en mujeres adolescentes, estableciendo una conexión entre esta condición y el desarrollo de preocupaciones sobre la apariencia física, como el trastorno dismórfico corporal (15). Aunque nuestro estudio registra el acné como preocupación significativa en ambos géneros, la concentración de inquietudes femeninas en el rostro y cabello reafirma la influencia de estándares estéticos específicos, mientras que, en los varones, la preocupación por musculatura y estatura sugiere una percepción de imagen más vinculada a la fortaleza física.

Adicionalmente, nuestros hallazgos encuentran respaldo en la investigación de García y Palomino (2024), quienes analizaron factores asociados a la sintomatología del TDC en estudiantes universitarios, identificando que la exposición a estándares de belleza inalcanzables contribuye a la prevalencia de síntomas de TDC, vinculados a una baja autoestima y una autopercepción negativa (27). De manera similar, Baldera y Vidal (2022) constataron que la insatisfacción con la imagen corporal en jóvenes universitarios está influenciada por factores socioculturales y la comparación con estándares estéticos impuestos por redes sociales y medios de comunicación (28).

La diferenciación por género observada en las áreas de preocupación física puede interpretarse a la luz de los estudios sobre autoestima en adolescentes. Como señala la literatura, durante la adolescencia emergen disparidades en la autoestima entre géneros, donde los varones tienden a presentar niveles superiores a las mujeres adolescentes, atribuyéndose esta brecha parcialmente al impacto más negativo que los cambios físicos

de la pubertad ejercen en las adolescentes, así como a la presión social y valoración cultural diferenciada de los roles y estereotipos de género (5). Las adolescentes suelen manifestar una imagen corporal más negativa, siendo más críticas con su apariencia física y mostrando menor satisfacción con su figura, aspectos relevantes considerando que en esta etapa la autoestima global está estrechamente vinculada con la percepción de la apariencia física (5).

Desde una perspectiva teórica, estos resultados contribuyen significativamente al entendimiento de cómo la construcción de la autoestima influye en la percepción corporal. La autoestima, como señala Stanley Coopersmith, puede manifestarse en distintos niveles (alta, media y baja), reflejando diferentes formas de percepción y confianza en uno mismo (41). En el caso de los adolescentes con preocupaciones significativas por su apariencia física, podríamos estar observando manifestaciones de una autoestima media o baja, donde la seguridad personal se ve afectada por las opiniones externas o por una autocrítica severa fundamentada en estándares sociales internalizados.

Los patrones diferenciados por género en las áreas de preocupación física reflejan también los comportamientos compulsivos o repetitivos característicos del TDC descritos en la literatura (30). Mientras las adolescentes podrían inclinarse más hacia comportamientos como ocultar partes percibidas como defectuosas con maquillaje, revisarse excesivamente frente al espejo o comparar constantemente su apariencia con la de otras, los varones podrían orientarse hacia el ejercicio excesivo, la comparación de su musculatura y estatura con la de otros, y la exposición al bronceado para mejorar su apariencia física. Estos comportamientos constituyen respuestas a la preocupación por la apariencia y son parte fundamental de los criterios diagnósticos del TDC según el DSM-V (32).

Los hallazgos de nuestro estudio también se alinean con la perspectiva de Salazar (2023), quien identificó una relación inversa significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes mujeres de secundaria, indicando que, a mayor insatisfacción corporal, menor autoestima (24). Asimismo, Sierra (2017) encontró una relación significativa entre la baja autoestima y una preocupación leve a moderada por la imagen corporal en estudiantes universitarios (26).

La teoría sobre la autoestima propuesta por Albert Ellis ofrece una perspectiva adicional para interpretar nuestros resultados. Ellis enfatiza la importancia de la autoaceptación incondicional, que implica valorarse a uno mismo sin condiciones, reconociendo tanto virtudes como defectos (37). Esta perspectiva sugiere que los adolescentes con preocupaciones intensas por su apariencia física podrían beneficiarse de intervenciones orientadas a promover una autoaceptación más profunda, facilitando así una autorregulación conductual más efectiva y una toma de decisiones más coherente con sus valores y objetivos personales.

Finalmente, es crucial destacar que la autoestima no es una característica innata, sino que se construye y desarrolla a lo largo de la vida, moldeada por experiencias en diversos contextos (5). Esta perspectiva ofrece esperanza para el desarrollo de intervenciones efectivas en el ámbito educativo, considerando que la institución educativa constituye un ambiente fundamental donde los adolescentes internalizan patrones importantes de interacción con sus pares y docentes. La propuesta de capacitar a los docentes en los componentes de la autoestima, como la autoeficacia, el autoconcepto, la autodignidad y la autorrealización, representa una estrategia prometedora para integrar la promoción de la autoestima como elemento integral en el

proceso educativo (5), potencialmente mitigando el desarrollo de preocupaciones excesivas por la apariencia física que podrían evolucionar hacia un TDC.

En cuanto al objetivo específico 3, los resultados obtenidos a partir de la Escala de Lazos Parentales (PBI) aplicada a 123 estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024, revelan que una proporción significativa percibe vínculos parentales deficientes. Específicamente, el 78.9% de los estudiantes percibió bajos niveles de cuidado por parte de sus padres, mientras que el 69.1% reportó lo mismo respecto a sus madres. En cuanto a la sobreprotección, el 86,2% percibió niveles bajos en sus padres y el 77,2% en sus madres. Estos resultados sugieren una predominancia del perfil de Vínculo Ausente o Débil, caracterizado por baja afectividad y promoción pasiva de la independencia.

Estos hallazgos pueden contrastarse con el estudio de Roshni (2020), quien investigó la influencia del vínculo parental percibido en el autoconcepto de adolescentes. Su estudio encontró que el cuidado parental percibido es un predictor significativo del autoconcepto en adolescentes, sugiriendo que una percepción positiva del cuidado parental está asociada con un autoconcepto más saludable. Aunque su investigación se centró en el autoconcepto y no directamente en la autoestima o el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), sus resultados complementan los nuestros al evidenciar la interrelación entre los vínculos parentales y factores psicológicos en adolescentes (85).

Asimismo, nuestros resultados pueden compararse con el estudio de Wojtyła-Buciora et al. (2021), quienes encontraron que el cuidado paterno actúa como un factor protector en relación con varios aspectos de los trastornos alimentarios, mientras que la sobreprotección materna se asoció con factores de riesgo para estos trastornos. Aunque

su investigación se centró en trastornos alimentarios, sus conclusiones destacan la importancia del vínculo parental en la comprensión de los trastornos relacionados con la imagen corporal, como el TDC, y subrayan la necesidad de implementar estrategias psicoeducativas para abordar problemas relacionados con la imagen corporal (86).

Además, estos hallazgos pueden contrastarse con la investigación de Hogg et al. (2020), quienes estudiaron la acomodación familiar en adolescentes con TDC. Su estudio mostró que la acomodación materna está positivamente asociada con la gravedad de los síntomas del TDC y con síntomas de ansiedad, depresión y estrés en las madres, sugiriendo que la dinámica familiar juega un papel crucial en la manifestación y mantenimiento de los síntomas del TDC (87).

De igual manera, estos hallazgos pueden contrastarse con la investigación de Siancas (2017), quien estudió la relación entre la imagen corporal y la autoestima en adolescentes víctimas de violencia en Piura. Su estudio mostró una relación débil e inversa entre ambas variables, sugiriendo que otros factores, como el apoyo social o las experiencias de vida, podrían tener mayor influencia (25). Esta perspectiva refuerza la relevancia de nuestros resultados sobre vínculos parentales como posibles factores influyentes en el desarrollo de la autoestima y la percepción de la imagen corporal.

Desde una perspectiva teórica, nuestros hallazgos sobre vínculos parentales se encuentran sustentados en lo planteado por investigadores del desarrollo emocional adolescente. Como señala la literatura sobre el TDC, este trastorno tiende a surgir en la etapa adolescente, específicamente entre los 12 y 13 años, cuando la opinión del grupo de amigos adquiere gran relevancia y los adolescentes están muy enfocados en su

apariencia física (30). La percepción de vínculos parentales débiles podría constituir un factor de vulnerabilidad en este período crítico.

La teoría sobre el desarrollo de la autoestima propone que ésta se forma a lo largo de la vida a través de diversas experiencias, siendo los niños y jóvenes particularmente influenciados por su entorno familiar (36). Como sostiene Coopersmith en su modelo de autoestima, las experiencias tempranas moldean significativamente los niveles de autoestima (alta, media o baja) que desarrolla una persona (41). Los bajos niveles de cuidado parental percibidos por nuestros participantes podrían haber limitado las oportunidades para desarrollar una valoración positiva de sí mismos, explicando parcialmente la alta prevalencia de autoestima baja en esta muestra.

La relación entre vínculos parentales deficientes y el desarrollo de problemas de imagen corporal puede comprenderse a través del concepto de autoestima positiva explicado por Branden (2011), quien señala que ésta se caracteriza por el respeto y la valoración que una persona siente tanto por sí misma como por los demás, aspectos que se construyen inicialmente en el entorno familiar (88). La carencia de afecto y cuidado parental puede afectar la capacidad del adolescente para desarrollar esta autoestima positiva, aumentando su vulnerabilidad ante trastornos como el TDC.

Además, como sugiere Baldera y Vidal (2022) en su estudio sobre insatisfacción corporal y autoestima en estudiantes universitarios limeños, la percepción de la imagen corporal está influenciada por factores socioculturales que interactúan con el desarrollo psicológico individual (28). En este sentido, los vínculos parentales débiles podrían disminuir la capacidad de los adolescentes para desarrollar una autoimagen positiva frente a las presiones sociales y mediáticas sobre la apariencia física.

Estos resultados coinciden con investigaciones sobre la importancia del vínculo parental en el desarrollo emocional adolescente. Bowlby (1988) en su teoría del apego, sostiene que las relaciones tempranas con los cuidadores establecieron las bases para el autoconcepto y la regulación emocional. Un vínculo seguro promueve una visión positiva de sí mismo, mientras que los vínculos inseguros pueden predisponer a vulnerabilidades psicológicas como la baja autoestima y preocupaciones excesivas por la apariencia (89).

En conclusión, la alta prevalencia de vínculos parentales percibidos como débiles o ausentes en nuestra muestra podría estar asociada con la vulnerabilidad al desarrollo del TDC y baja autoestima en estos adolescentes. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar las dinámicas familiares como factor relevante en las intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a adolescentes con problemas de imagen corporal y autoestima.

Con respecto al objetivo específico 4, que busca determinar si existe una asociación entre el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y la autoestima en los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024, los resultados obtenidos muestran una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables. De los 152 estudiantes encuestados, 54 (35.5%) presentan síntomas de TDC, mientras que 147 (97.1%) reportan autoestima baja en toda la muestra, con solo 4 estudiantes (2.63%) con autoestima media y 1 (0.66%) con autoestima alta. Estos datos revelan que, a medida que disminuye la autoestima en los estudiantes, aumenta la preocupación por la imagen corporal y los síntomas del TDC, estableciendo un vínculo bidireccional entre ambas variables.

Al contrastar estos hallazgos con investigaciones previas, se observa concordancia con lo reportado por Kuck et al. (2021), quienes, mediante un metanálisis de 25 estudios con 6278 participantes, identificaron una correlación negativa moderada entre la severidad de los síntomas del TDC y la autoestima (19). Esta relación se mantuvo incluso después de ajustar variables como la gravedad de los síntomas depresivos, destacando que la baja autoestima constituye una característica central del TDC, afectando no solo la percepción del aspecto físico sino también otros aspectos fundamentales del individuo.

Del mismo modo, nuestros resultados coinciden con lo encontrado por Nabella (2019), quien en su estudio con 92 mujeres universitarias que mostraban síntomas de TDC, halló una correlación negativa significativa entre la autoestima y el TDC (22). En dicha investigación, el 79,3% de las participantes presentaban niveles bajos de autoestima mientras que el 100% tenía un nivel alto de síntomas de TDC, proporciones que se aproximan a las identificadas en nuestra población escolar.

Sin embargo, los hallazgos contrastan con lo reportado por Ahmadpanah et al. (2019), quienes en su estudio con 350 jóvenes adultos iraníes no encontraron que la baja autoestima estuviera relacionada significativamente con el TDC (20). Esta discrepancia podría explicarse por las diferencias culturales en la percepción de la imagen corporal o por factores socio contextuales específicos de cada población.

Estos resultados también encuentran respaldo en investigaciones nacionales como la de Salazar (2023), quien identificó una relación inversa significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima en estudiantes mujeres de Ica, señalando que, a mayor insatisfacción corporal, menor autoestima (24). De manera

similar, Sierra (2017) encontró una relación significativa entre la baja autoestima y una preocupación leve a moderada por la imagen corporal en estudiantes universitarios, con un 53,3% de los participantes con baja autoestima mostrando esta preocupación (Chi-cuadrado = 10,51;  $p = 0,005$ ) (26).

El aporte teórico que emerge de estos resultados es que la autoestima y el TDC están íntimamente ligados. Esta asociación puede explicarse desde las bases teóricas que definen la autoestima como la valoración que una persona tiene de sí misma, considerándola fundamental para el bienestar psicológico y la salud mental (33). La autoestima saludable se caracteriza por la aceptación incondicional de uno mismo, incluyendo virtudes y defectos (37), aspecto que se ve comprometido en personas con TDC, quienes presentan una preocupación intensa y desproporcionada respecto a un defecto percibido o imaginario en su aspecto físico (29 - 30).

La elevada proporción de estudiantes con baja autoestima (97.1%) en nuestra población, junto con la presencia significativa de síntomas de TDC (35.5%), refleja cómo estos adolescentes pueden estar experimentando la dinámica descrita por Coopersmith, donde la autoestima baja se caracteriza por inseguridad, falta de confianza en las propias habilidades y una visión distorsionada de sí mismos (41). Esta perspectiva negativa de la autoimagen puede exacerbar la preocupación por la apariencia física, característico del TDC.

Durante la adolescencia, la autoestima está estrechamente vinculada con la percepción de la apariencia física (5), lo que explica por qué los adolescentes con TDC en nuestro estudio presentan predominantemente niveles bajos de autoestima. Este hallazgo es particularmente relevante considerando que la adolescencia es el periodo

donde típicamente surge el TDC, específicamente entre los 12 y 13 años (1-30), coincidiendo con una etapa donde la opinión del grupo de pares cobra gran relevancia y los jóvenes están muy enfocados en su apariencia física.

Los resultados sugieren la necesidad de implementar intervenciones centradas en el fortalecimiento de la autoestima como estrategia para mitigar los síntomas del TDC. Esta recomendación encuentra soporte en investigaciones como la de Gajić y Gajić (2022), quienes identificaron que la autoestima actúa como mediador entre los trastornos del estado de ánimo y el TDC, subrayando la importancia de implementar programas de psicoeducación para fomentar estrategias más saludables de manejo del estrés y promover el apoyo psicoterapéutico para abordar problemas relacionados con la imagen corporal (21).

La teoría indica que la autoestima no es una característica innata, sino que se construye y desarrolla a lo largo de la vida (5), lo que ofrece la oportunidad de crear condiciones favorables en contextos educativos para promover una autoestima saludable. Baldera y Vidal (2022) refuerzan esta perspectiva al sugerir la necesidad de intervenciones psicoeducativas que promuevan una autoimagen positiva y mayor aceptación personal como estrategia frente a la insatisfacción corporal (28).

En conclusión, los resultados confirman una asociación entre la baja autoestima y la presencia de síntomas de TDC en los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted, alineándose con la mayoría de la literatura científica previa. Esta asociación resalta la importancia de abordar ambos aspectos en las intervenciones dirigidas a adolescentes, considerando el contexto escolar como un espacio propicio para implementar estrategias

que promuevan una imagen corporal saludable y fortalezcan la autoestima, contribuyendo así al bienestar integral de los estudiantes.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la muestra se limitó exclusivamente a estudiantes de un único colegio, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros contextos educativos o culturales. Esto podría afectar la representatividad de los resultados.

En segundo lugar, los datos se recolectaron mediante encuestas autoadministradas, lo que podría haber introducido sesgos de respuesta, como respuestas socialmente deseables o malinterpretaciones de las preguntas. Para reducir este impacto, las instrucciones se explicaron claramente y se garantizó la confidencialidad de las respuestas para fomentar la honestidad.

En tercer lugar, el diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones de causalidad entre el Trastorno Dismórfico Corporal y la autoestima. Esto significa que, aunque se identificó una asociación significativa entre ambas variables, no es posible determinar si una causa a la otra o si ambas están influidas por un tercer factor. Para abordar esto en investigaciones futuras, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan explorar estas relaciones en el tiempo.

Finalmente, algunos factores contextuales, como el acceso a redes sociales, el entorno familiar o el historial previo de trastornos psicológicos, no se incluyeron en el análisis, lo que podría haber limitado la comprensión integral de los resultados. Sin embargo, estos factores se tendrán en cuenta en estudios futuros para enriquecer el análisis y aportar una visión más completa de las variables estudiadas.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- Se determinó que el 35.5% de los estudiantes presenta síntomas de Trastorno Dismórfico Corporal, del mismo modo, el 97.1% de los estudiantes tiene autoestima baja. Esto confirma una asociación significativa entre ambos factores y destaca la prevalencia de baja autoestima en la mayoría de los estudiantes, incluso sin síntomas de TDC.
- La autoestima baja es predominante en los estudiantes, sin importar su sexo o grado académico. El 93.2% de las mujeres y el 100% de los hombres presentan autoestima baja, así como el 100% de los estudiantes de 4to y 5to grado.
- Los estudiantes de ambos sexos se preocupan principalmente por el acné y la nariz. Las mujeres muestran mayor preocupación por el cabello, mientras que los hombres se enfocan en la baja estatura y la musculatura.
- La mayoría de los padres y madres presenta un vínculo parental débil o ausente, con bajos niveles de cuidado y sobreprotección. Un porcentaje menor combina cuidado con sobreprotección, lo que indica un control más restrictivo.
- Se encontró una asociación significativa entre el TDC y la autoestima. Los estudiantes con síntomas de TDC presentan mayoritariamente autoestima baja, lo que confirma la interacción entre ambos factores.

## 5.2. Recomendaciones

- Implementar programas de intervención psicológica y/o psiquiátrica y talleres dirigidos a los estudiantes que presentan síntomas de TDC y baja autoestima en el Colegio Hans Christian Oersted. Estos programas deben enfocarse en mejorar la autoestima y promover una percepción corporal positiva. Con estas acciones, se logrará reducir los problemas emocionales derivados del TDC y mejorar el bienestar general de los estudiantes.
- Integrar actividades de fortalecimiento de la autoestima en las clases, adaptadas a cada grado, como parte de la labor docente. Esto puede lograrse a través de dinámicas grupales y charlas sobre autoaceptación y confianza. Con estas actividades, los profesores contribuirán a una mayor sensibilización sobre la autoestima y ayudarán a mejorar la percepción personal de los estudiantes.
- Fomentar la participación de los padres de los estudiantes que formaron parte del estudio en talleres sobre la influencia de los estándares de belleza y cómo las presiones sociales afectan la imagen corporal de sus hijos. De este modo, podrán fortalecer la comunicación abierta y brindar apoyo emocional en casa, logrando que sus hijos se sientan comprendidos y respaldados en sus preocupaciones sobre la apariencia física.
- Fortalecer el vínculo emocional entre padres e hijos a través de actividades conjuntas y conversaciones regulares que promuevan el cuidado afectivo y la autonomía. Esto permitirá construir un ambiente familiar más seguro y afectivo, favoreciendo el bienestar emocional y el desarrollo saludable de los adolescentes.
- Incentivar la participación de los estudiantes de Medicina de la Universidad Norbert Wiener en seminarios y talleres sobre el Trastorno Dismórfico Corporal y su asociación con la autoestima en adolescentes, a través de la incorporación de estos temas en la malla curricular y la organización de actividades académicas

especializadas. Estos seminarios deben enfocarse en el diagnóstico temprano, la identificación de síntomas relacionados con la dismorfia corporal y el manejo adecuado de los pacientes jóvenes con Trastorno Dismórfico Corporal. Para ello, se recomienda establecer alianzas con profesionales en salud mental y realizar prácticas supervisadas en hospitales o centros especializados. De esta manera, los futuros médicos estarán mejor capacitados para intervenir y proporcionar un tratamiento integral, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la salud mental de los adolescentes afectados.

- Explorar en futuras investigaciones los factores socioculturales y familiares que influyen en la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal y la autoestima en adolescentes. Además, sería valioso investigar el impacto de intervenciones específicas, como programas educativos o terapias psicológicas, en la mejora de la autoestima y la reducción de los síntomas del TDC. Asimismo, se sugiere incluir herramientas de evaluación cualitativa, como entrevistas o grupos focales, para complementar los datos cuantitativos y obtener una comprensión más rica de las experiencias individuales de los adolescentes. Con estas acciones, se podrá generar conocimiento más aplicado y útil para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a las realidades de los estudiantes.

## REFERENCIAS

1. Salavert Jiménez J, Clarabuch Vicent A, Trillo Garrigues M. Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil [Internet]. 2019 [Consultado el 11 de diciembre del 2024];36(1):4-19. Disponible en: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a1>
2. Phillips K. Trastorno dismórfico corporal. [Internet]. [Consultado el 21 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-dism%C3%B3rfico-corporal>
3. Universidad del Pacífico. Elementos, componentes e importancia de la autoestima. [Internet]. [Consultado el 15 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://admission.up.edu.pe/blog/formacion-componentes-e-importancia-de-la-autoestima/>
4. García G. Estereotipos y elementos que intervienen en la perspectiva de género desde la perspectiva del alumnado. Rev de inv edu de la REDIECH. [Internet]. 2022;13(e1574). [Consultado el 21 de diciembre del 2024]. Disponible en: [https://doi.org/10.33010/ie\\_rie\\_rediech.v13i0.1574](https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v13i0.1574)
5. Díaz D, Fuentes I, Senra N. Adolescencia y Autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. Conrado [Internet]. 2019;14(64): 99-103. [Consultado el 15 de diciembre del 2023]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14n64/1990-8644-rc-14-64-98.pdf>
6. Martínez L, Rojas P. Estilos parentales y autoestima en adolescentes de secundaria en Lima Metropolitana. Rev Psicol Educ. 2020;24(2):89–101.
7. Gonzales T. Vínculo parental y autoestima en adolescentes de una institución educativa privada de Arequipa. Rev Cienc Comport. 2018;6(1):33–42.

8. Jiménez M. La influencia de las redes sociales en la imagen corporal de los adolescentes. [Tesis para optar por el grado de maestro en psicología general sanitaria]. España: Comillas Universidad Pontificia; 2022. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/66286/TFM-jimenezgarciamarta.pdf?sequence=1>
9. Castañeda C. Redes sociales e insatisfacción corporal en adolescentes: una revisión sistemática. *Rev Psicol Salud*. 2022;10(1):55–66. doi:10.33588/rps.2022.10.1.055
10. Quiroz J, Meneses D. Influencias socioculturales y percepción corporal en adolescentes usuarios de TikTok. *Rev Interam Psicol*. 2023;57(3):112–126. doi:10.30849/ripijp.v57n3.1123
11. Rubianes J. ¿Siempre insatisfecho con tu apariencia? Descubre qué hay detrás de ese trastorno. [Internet]. [Consultado el 21 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-siempre-insatisfecho-tu-apariencia-descubre-hay-detras-ese-trastorno-video-909992.aspx>
12. Andina Agencia Peruana de Noticias. ¿Siempre insatisfecho con tu apariencia? Descubre qué hay detrás de ese trastorno. [Internet]. [Consultado el 20 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-siempre-insatisfecho-tu-apariencia-descubre-hay-detras-ese-trastorno-video-909992.aspx>
13. Valverde M, Córdova G. Relación entre uso de redes sociales y trastorno dismórfico corporal en estudiantes de secundaria. *Rev Investig Psicol*. 2021;19(2):45–60.
14. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19 2020. *Anales de salud mental*. [Internet]. 2021; 37(2). [Consultado el 21 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5124230/EESM->

[2020%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%20en%20Lima%20Metropolitana%20en%20el%20contexto%20de%20la%20COVID\\_19.pdf?utm\\_source=](#)

15. Sánchez M. (2022). Severidad del acné y trastorno dismórfico corporal en adolescentes atendidos en un servicio de dermatología. [Tesis para obtener el título profesional de médico cirujano]. Perú: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en:[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108999/Sanchez\\_MM\\_T-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108999/Sanchez_MM_T-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
16. Rimac J, Robles M. Depresión, autoestima y trastorno dismórfico corporal asociados con acné del primer a quinto año de secundaria en estudiantes de la institución educativa Ricardo Floréz Gutiérrez de Tomaykichwa – Huánuco 2023. [Tesis para optar por el título de médico cirujano]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2025. Disponible en:  
<https://repositorio.unheval.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/342451a8-1355-48e7-9ca4-92ab50f65403/content>
  
17. Cruzado L, Vásquez E, Huavil J. Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso. An. Fac Med [Internet]. 2010; 71(1): 51-53. [Consultado el 20 de diciembre del 2023]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n1/a10v71n1.pdf>
  
18. Farooq H, Farrukh H. & Khan Z. The influence of Social Media on Adolescent Self-Esteem. [Internet]. 2020; 8(2):071-078. [Consultado el 22 de diciembre del 2024]. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/374461067\\_The\\_Influence\\_of\\_Social\\_Media\\_on\\_Adolescents'\\_Self-Esteem](https://www.researchgate.net/publication/374461067_The_Influence_of_Social_Media_on_Adolescents'_Self-Esteem)
  
19. Kuck N, Cafitz L, Bürkner P, Hoppen L, Wilhelm S, Buhlmann U. Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis. BMC Psychiatry. [Internet]. 2023; 4(3):173-

178. [Consultado el 19 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>
20. Ahmadpanah M, Arji M, Arji J, Haghihi M, Jahangard L, Sadeghi D, et al. Actitudes socioculturales hacia la apariencia, la autoestima y los síntomas de los trastornos dismórficos corporales entre adultos jóvenes. *Int J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2019; 16(21): 4236. [Consultado el 22 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16214236>
21. Gajić LD, Gajić M. La Relación entre Depresión, Ansiedad, Estrés y Síntomas del Trastorno Dismórfico Corporal y el Papel Mediador de la Autoestima en Cirugía Estética. *Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti* [Internet]. 2022; 2(2): 39-46. [consultado el 23 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.48188/hczz.2.1.7>
22. Nabella D. Hubungan Self Esteem Dan Self Acceptance Dengan Body Dysmorphic Disorder Pada Mahasiswi. [Tesis para optar por el título de licenciatura en psicología]. Indonesia: Universidad Islámica Estatal Maulana Malik Ibrahim; 2019. Disponible en: <http://etheses.uin-malang.ac.id/15413/1/15410102.pdf>
23. Purba E. Hubungan Antara Self-esteem Terhadap Body Dysmorphic Disorder Pada Remaja Putri yang Berusia 18-21 Tahun. [Tesis para optar por el título de licenciatura en psicología]. Indonesia: Universidad Islam Indonesia; 2023. Disponible en: <https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/45187>
24. Salazar Aldana EV. Insatisfacción con la imagen corporal y autoestima en estudiantes mujeres de dos I.E. de Ica, 2023 [Tesis para obtener el título de licenciada en psicología]. Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2023. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/3328/Salazar%20Aldana%2c%20E.%20V..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Siancas V. Imagen Corporal y Autoestima en adolescentes víctimas de violencia de una institución educativa de la provincia de Sullana – Piura. [Tesis para obtener la licenciatura profesional de psicología]. Perú: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10725/siancas\\_tv.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10725/siancas_tv.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Sierra M. Relación entre satisfacción de la imagen corporal y la autoestima en estudiantes de Medicina y Enfermería. UNSA - Arequipa 2016. [Tesis para optar por el grado de maestra en Ciencias: Salud Pública]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6ad73927-0911-4465-873e-b32a7c1018de/content>
27. García Sulca MH, Palomino Chipana DM. Factores asociados a la presencia de sintomatología alta del Trastorno Dismórfico Corporal en estudiantes universitarios [Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b9b9d93e-35dd-4aaa-9ecc-2b4981e1b153/content>
28. Baldera Trujillo M, Vidal Acuña M. Insatisfacción de la imagen corporal y autoestima en jóvenes de una universidad de Lima [Tesis para optar al título profesional de licenciada en psicología Lima: Universidad Privada del Norte; 2022. Disponible en: [https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/38783/Tesis%20Milagros%20Baldera%20Trujillo%20y%20Mariela%20Vidal%20Acu%c3%b1a\\_PDF\\_TOTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/38783/Tesis%20Milagros%20Baldera%20Trujillo%20y%20Mariela%20Vidal%20Acu%c3%b1a_PDF_TOTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

29. Sandoval M, García I, Pérez M. Trastorno dismórfico corporal. Rev Chile Dermatol. 2009; 25(3): 244-250.
30. Perkins A. Trastorno dismórfico corporal. La búsqueda de la perfección. Nursing. [Internet]. 2019;36(6):16-20. [Consultado el 28 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-trastorno-dismorfico-corporal-la-busqueda-S0212538219301505>
31. Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. Rev. Med. Chile. [Internet]. 2016;144(5):626-633. [Consultado el 30 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art11.pdf>
32. Manual MSD Versión para profesionales. Trastorno Dismórfico Corporal. [Internet]. [Consultado el 29 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-dism%C3%B3rfico-corporal>
33. McKay M. Autoestima: Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca; 2002.
34. Ellis A. The Myth of Self-Esteem: How Rational Emotive Behavior Therapy Can Change Your Life Forever. Amherst, NY: Prometheus Books; 2005.
35. Ellis A. Guía para una vida racional: La terapia racional emotiva conductual. Barcelona: Paidós; 1997.
36. Mruk CJ. Self-Esteem and Positive Psychology: Research, Theory, and Practice. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2013.
37. Ellis A. La autoaceptación incondicional y su impacto en la autoestima. Asociación Española de Psicología Sanitaria (AEPSIS) [Internet]. [Consultado el 20 de diciembre del 2024]; Disponible en: <https://www.aepsis.com/albert-ellis-y-la-autoaceptacion/>

38. National Institute of Mental Health. El cuidado de su salud mental. [Internet]. [Consultado el 20 de diciembre del 2024]; Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
39. Branden N. The Six Pillars of Self-Esteem. New York: Bantam Books; 1994.
40. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
41. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: W. H. Freeman; 1967. Disponible en: <https://archive.org/details/antecedentsofself00coop>
42. Guarnizo J. Autoestima Y Su Relación Con La Dismorfia Muscular En Usuarios De Un Gimnasio. [Tesis para optar por el título de psicóloga clínica]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2022. Disponible en: [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36730/1/Guarnizo%20Meji%cc%81a%20Jennifer%20Moserrath%20SELLO\\_watermark-signed.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36730/1/Guarnizo%20Meji%cc%81a%20Jennifer%20Moserrath%20SELLO_watermark-signed.pdf)
43. Steinberg L. Adolescence. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
44. Sulbarán I. Salud mental: ¿qué es el comportamiento anormal? [Internet]. Tiffin University; 2023 [Consultado el 28 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://global.tiffin.edu/blog/salud-mental-el-comportamiento-anormal>
45. Gallardo, A. J. Autoconcepto y aprendizaje. Revista Digital Innovación y experiencias educativas. 2009;9(1):1-9.
46. Pérez H. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Alter. En Psico. [Internet]. 2019;41(2):22-32. [Consultado el 2 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>

47. Gonzáles M. Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 1999.
48. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. El concepto de “Autorrealización” como identidad personal. Una revisión crítica. [Internet]. [Consultado el 22 de enero del 2024]. Disponible en: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/51291/art\\_1.pdf;jsessionid=112A9CE5CE970DE721050FEFD4939FE6?sequence=1](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/51291/art_1.pdf;jsessionid=112A9CE5CE970DE721050FEFD4939FE6?sequence=1)
49. Baile J. Dismorfia muscular: definición y evaluación. Psychol. Av. Discip. [Internet]. 2011;5(1). [Consultado el 2 de enero del 2024]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862011000100012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862011000100012)
50. Mora C. Introspección: Pasado y Presente. Psicol. Según. Époc. [Internet]. 2007;26(2)59-73. [Consultado el 3 de enero del 2024]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v26n2/v26n2a04.pdf>
51. Esteve M. Tejido adiposo: heterogeneidad celular y diversidad funcional. Endocrinol Nutr. 2014;61(2):100-112.
52. Instituto Nacional del Cáncer NIH. Terapia cognitivo – conductual. [Internet]. [Consultado el 3 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-cognitivo-conductual>
53. National Institute of Mental Health NIH. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. [Internet]. [Consultado el 4 de enero del 2024]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion#:~:text=Los%20trastornos%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n%2C%](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion#:~:text=Los%20trastornos%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n%2C%20)

[20tambi%C3%A9n%20llamados%20trastornos%20de%20la,graves%20de%20las%20conductas%20alimentarias](#)

- 54.** Gómez R. Evolución Científica y Metodología de la economía. [Internet]. 1°ed. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia de Málaga; 2004. [Consultado el 14 de enero del 2024]. Disponible en: [https://www.academia.edu/22703994/EVOLUCI%C3%93N\\_CIENT%C3%8DFICA\\_Y\\_METODOL%C3%93GICA\\_DE\\_LA\\_ECONOM%C3%8DA\\_Escuelas\\_de\\_Pensamiento](https://www.academia.edu/22703994/EVOLUCI%C3%93N_CIENT%C3%8DFICA_Y_METODOL%C3%93GICA_DE_LA_ECONOM%C3%8DA_Escuelas_de_Pensamiento)
- 55.** Hernández R, Fernández C, Batista P. Metodología de la investigación. 3° ed. México: Mc Graw-Hill S.A.; 2006.
- 56.** Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw-Hill; 2010.
- 57.** Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. 2017; 35(1).
- 58.** Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. Evid Based Ment Health. 2017;20(3):71-75. doi: [10.1136/eb-2017-102702](https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702)
- 59.** Ceballos-Ospino GA, Paba-Barbosa C, Suescún J, Oviedo HC, Herazo E, Campo-Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. Pensam Psicol [Internet]. 2017 [Consultado el 12 de diciembre del 2024];15(2):29-39. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>
- 60.** Consejo General de la Psicología de España. Consejo General de la Psicología de España. [Internet]. s.f. [Consultado el 15 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>

61. Oppenheim AN. Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement Continuum , editor. London; 1992.
62. Grace SA, Labuschagne I, Kaplan RA, Rossell SL. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 83:83–96. [Consultado el 12 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017915/>
63. Giraldo M, Belloch A. El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. *Rev Psicopa y Psico Clinic.* [Internet]. 2017; 22(1), 69-84. [Consultado en 22 de noviembre del 2024]. Disponible en: [https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/04/Revista-de-Psicopatologia-y-Psicologia-Clinica\\_Vol.221.2017\\_Parte10.pdf?utm\\_source=](https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/04/Revista-de-Psicopatologia-y-Psicologia-Clinica_Vol.221.2017_Parte10.pdf?utm_source=)
64. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol.* 1979;52(1):1-10.
65. Gómez Y, Vallejo V, Villada J, Zambrano R. Caracterización de lazos parentales en estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia. *Univ Antio Grup Inv Psico Cog.* 2009;1(1).
66. Phillips KA, Atala KD, Pope HG, Siniscalchi JM, McElroy SL. Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(4):193-5.
67. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(7):517-22.
68. Dufresne RG Jr, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001;27(5):457-62.

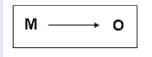
69. Marron SE, Gracia-Cazaña T, Miranda-Sivelo A, Lamas-Díaz S, Tomás-Aragonés L. Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110(1):28-32. [https://www.actasdermo.org/es-deteccion-trastorno-dismorfico-corporal-pacientes-articulo-S0001731018303958?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.actasdermo.org/es-deteccion-trastorno-dismorfico-corporal-pacientes-articulo-S0001731018303958?utm_source=chatgpt.com)
70. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Sep 30;210(2):647-52. [Consultado el 18 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23948660/>
71. Milad D, Atallah MR, Benamer YH, Saltychev M, Most SP, Moubayed SP. French translation, cultural adaptation and validation of the BDDQ-AS for rhinoplasty patients. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;48(1):20. [Consultado el 18 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31092284/>
72. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder Screening. International OCD Foundation. [Internet]. [Consultado el 18 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://bdd.iocdf.org/about-bdd/do-i-have-bdd/>
73. Proem Health. Psychological Assessment Tools. [Internet]. [Consultado el 19 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://info.proemhealth.com/order-pdfs?hsCtaTracking=1bbe7b18-3ab8-4640-b27c-9f9714cc8bf1%7Ceafdc1eb-6911-43ea-9904-f687575b7672>
74. Gabriela Denisse Martínez Raya AAU. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes paceños. *Fides et Ratio.* 2019 Marzo; 17(17).
75. Atienza FL,MYyBI. Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis.* 2000; 23: 29 – 42.

- 76.** Quilty LC,OJ,&RE. Correlates of the Rosenberg Self-Esteem Scale method effects. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 2006; 13: 99 – 117.
- 77.** Guillermo Augusto Ceballos-Ospino. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestimade Rosenberg en estudiantes universitarios. Pensamiento Psicológico. 2017 enero; 15(2): 29 - 30.
- 78.** González J, Pagán O. Validación y análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en mujeres puertorriqueñas: ¿unifactorial o bifactorial? Apun. De Psico. [Internet]. 2017;35(3):169-177. [Consultado el 15 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/688/489>
- 79.** Robles Arana Y, Padilla M. Adaptación de la Escala De Autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana. Ana Salud Men. [Internet]. 2018;34(2): 9-20. [Consultado el 15 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/35/32>
- 80.** Francisca M, María D, Verónica O, Valeria V, Claudio G, Sergio G. Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. Rev Chil Neuro - Psiquiat. 2001; 39(2): 132 – 139.
- 81.** Jaramillo S, Osses S. Validación de un Instrumento sobre Metacognición para Estudiantes de Segundo Ciclo de Educación General Básica. Estudios Pedagógicos. 2012; 38(2):117-131.
- 82.** International OCD Foundation. Assessment Tools for Body Dysmorphic Disorder (BDD) [Internet]. [Consultado el 15 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://bdd.iocdf.org/professionals/assessment-tools-for-bdd/>

- 83.** Barreto JM, Perea-Serna AC. Traducción y adaptación lingüística del instrumento BDDQ-AS al contexto hispanohablante. *Cir Plást Iberolatinoam* [Internet]. 2023;49(1):9-20. [Consultado el 18 de diciembre del 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922023000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922023000100006)
- 84.** Morselli PG, Hayes J, Persichetti P. Body dysmorphic disorder screening tools for the dermatologist: A systematic review. *Practical Dermatology* [Internet]. [Consultado el 18 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10399681/>
- 85.** Roshni C. The influence of perceived parental bonding on the self-concept of adolescents. *Int J Indian Psychol* [Internet]. 2020; 8(2):071-078. [Consultado el 22 de diciembre del 2024]. Disponible en: [https://ijip.in/articles/the-influence-of-perceived-parental-bonding-on-the-self-concept-of-adolescents/?utm\\_source=](https://ijip.in/articles/the-influence-of-perceived-parental-bonding-on-the-self-concept-of-adolescents/?utm_source=)
- 86.** Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Wajda Z, Liżinczyk S, Ściegienny A. Bonding with parents, body image, and sociocultural attitudes toward appearance as predictors of eating disorders among young girls. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021; 12. [Consultado el 20 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.590542>
- 87.** Hogg E, Krebs G, Mataix-Cols D, Jassi A. Maternal accommodation of adolescent body dysmorphic disorder: Clinical correlates and association with treatment outcomes. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2024. [Consultado en 19 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01754-7>
- 88.** Branden N. *The six pillars of self-esteem*. New York: Bantam; 2011
- 89.** Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge; 1988.

## Anexos

### Anexo 01. Matriz de Consistencia

| Formulación del problema  | Objetivos   | Hipótesis   | VARIABLES  | Diseño metodológico   |
|---|---|---|--|---|
| <p><b>Problema general</b><br/>¿Cuál es la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el nivel autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los niveles de autoestima entre los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?</li> <li>• ¿Cuáles son las áreas de mayor preocupación física entre los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?</li> <li>• ¿Cuál es el vínculo parental que tienen los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la asociación del trastorno dismórfico corporal y la autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024?</li> </ul> | <p><b>Objetivo general</b><br/>Determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el nivel autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar los niveles de autoestima entre los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.</li> <li>• Identificar las áreas de preocupación física entre estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024.</li> <li>• Describir el tipo de vínculo parental que tienen los estudiantes del Colegio Hans Christian Oersted en Lima en 2024.</li> <li>• Determinar si existe asociación entre el trastorno dismórfico corporal y la autoestima en estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima, 2024.</li> </ul> | <p>La presente investigación no presentó hipótesis dada la naturaleza del estudio que es descriptiva, el objetivo principal es describir de manera detallada las características de una población o fenómeno sin buscar establecer relaciones causales o correlacionales. Por lo tanto, no se requiere la formulación de hipótesis, ya que estas se utilizan en investigaciones explicativas o predictivas, donde se intenta probar una relación entre variables.</p> | <p><b>Variable 1:</b><br/>Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción corporal</li> <li>- Impacto Funcional y Social</li> <li>- Comportamiento de evitación</li> <li>- Tiempo invertido en preocupaciones</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b><br/>Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestima positiva</li> <li>- Autoestima negativa</li> </ul> | <p><b>Tipo de Investigación:</b><br/>Aplicada</p> <p><b>Diseño</b><br/>No experimental</p>  <p><b>Corte:</b><br/>Transversal</p> <p><b>Método</b><br/>Deductivo</p> <p><b>Alcance o Nivel</b><br/>Descriptivo</p> <p><b>Enfoque</b><br/>Cuantitativo</p> <p><b>Población</b><br/>La población en este estudio serán los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024, que son 300 alumnos.</p> |

**Muestra**

Para esta investigación se considerará como muestra a los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024, luego de realizar el muestreo correspondiente se determinó como muestra de 152 estudiantes.

**Técnica:**

Encuesta

**Instrumento:**

Para la recolección de datos de esta investigación se usará dos cuestionarios, los cuales son los siguientes:

- Escala de autoestima de Rosenberg
- BDDQ
- Lazos parentales (PBI)

**Anexo 02. Instrumento****Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal BDDQ****DATOS GENERALES**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

Antes de rellenar este cuestionario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones:

Nos gustaría saber cómo te has sentido en las últimas semanas. Por favor, lee cada pregunta y rodea con un círculo el número de la derecha que más se aproxime a tu opinión o tu situación.

Tomate el tiempo que necesites para responder. Por favor, responde TODAS las preguntas

**PREGUNTAS****CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente y rodea la respuesta que más se ajuste a tu caso. Además, rellena las preguntas que se incluyen.

1) ¿Estás preocupado(a) por tu aspecto físico? SI NO

2) -Si la respuesta es SÍ: ¿Piensas mucho en tus problemas de apariencia y desearías pensar menos en ellos?

SI NO

3) -Si la respuesta es SÍ: Por favor, haz una lista de las partes de tu cuerpo que NO te gustan:

---



---



---



---

Posibles aspectos corporales que pueden resultar desagradables incluyen la apariencia de tu piel, como acné, cicatrices, arrugas, palidez o enrojecimientos; tu cabello; la forma o tamaño de tu nariz, boca, mandíbula, labios, abdomen, caderas, etc.; así como posibles imperfecciones

en tus manos, genitales, pechos u otras áreas de tu cuerpo. Si respondiste negativamente a alguna de las preguntas anteriores, el cuestionario ha concluido. En caso contrario, continúa con las siguientes preguntas.

4) ¿Tu principal preocupación con respecto a tu apariencia es que no eres suficientemente delgado(a) o que puedes estar gordo(a)? SI NO

¿Cómo ha afectado tu vida tu preocupación sobre el aspecto físico?:

5) ¿Te molesta con frecuencia? SI NO

6) ¿Ha interferido en hacer cosas con tus amigos, en salir, relacionarte con otras personas, o en tus actividades sociales de forma frecuente? SI NO

7) -Si la respuesta es SÍ: Describe cómo te ha afectado:

---

---

8) ¿Te ha generado algún problema en la universidad, trabajo, o en otras actividades? SI NO

9) -Si la respuesta es SÍ:

¿Qué problemas?

---

---

10) ¿Hay cosas que evitas debido a tu aspecto físico? SI NO

11) -Si la respuesta es SÍ:

¿Cuáles?

---

---

12) En un día normal, ¿cuánto tiempo empleas pensando en tu apariencia? (suma todo el tiempo que empleas en total en un día y después selecciona una de las siguientes opciones)

a) Menos de una hora al día b) De 1 a 3 horas al día c) Más de 3 horas al día

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Año de estudio: 1ero \_\_\_\_ 2do \_\_\_\_ 3ero \_\_\_\_ 4to \_\_\_\_ 5to \_\_\_\_

Cuestionario diseñado para examinar la autovaloración personal, definida como los sentimientos de valía y respeto hacia uno mismo. El proceso implica una escala de 10 ítems, donde cinco están expresados de manera positiva y cinco de manera negativa, con el propósito de controlar el sesgo de aquiescencia. Este cuestionario se autoadministra.

#### Interpretación:

- Para los ítems del 1 al 5, las respuestas de "D" a "A" se califican del 4 al 1.
- Para los ítems del 6 al 10, las respuestas de "A" a "D" se califican del 1 al 4.
- Puntuación de 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como normal.
- Puntuación de 26 a 29 puntos: Autoestima media, sin problemas graves, pero es recomendable mejorar.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja, indicando problemas significativos.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido validada y traducida al español. La consistencia interna oscila entre 0.76 y 0.87, y la fiabilidad es de 0.80.

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Por favor, responda a las siguientes afirmaciones con la opción que crea más adecuada.

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

**PREGUNTAS**

|    |   | A | B | C | D |
|----|---|---|---|---|---|
| 1  | Me considero tan valioso como cualquier otro ser humano.                |   |   |   |   |
| 2  | Confío en que poseo virtudes apreciables.                               |   |   |   |   |
| 3  | Mis capacidades me permiten desempeñarme al mismo nivel que la mayoría. |   |   |   |   |
| 4  | La perspectiva que tengo sobre mí mismo es positiva.                    |   |   |   |   |
| 5  | En términos generales, me siento a gusto conmigo mismo.                 |   |   |   |   |
| 6  | Siento que carezco de logros de los cuales sentirme muy orgulloso.      |   |   |   |   |
| 7  | La mayor parte del tiempo, me percibo como un ser fracasado.            |   |   |   |   |
| 8  | Anhelo poder valorarme más a mí mismo.                                  |   |   |   |   |
| 9  | En ciertos momentos, realmente me siento inútil.                        |   |   |   |   |
| 10 | A veces dudo sobre si soy una persona buena.                            |   |   |   |   |

### Adaptación del Instrumento de Lazos Parentales (PBI)

**Autor del instrumento original:** Parker et al., 1979

#### Forma de madre/Forma de padre

Este formulario presenta diversos comportamientos y actitudes que pueden tener los padres. Por favor, marque con una X dentro del recuadro correspondiente según cómo recuerde que era su madre con usted hasta que cumplió los 16 años de edad.

|  | Siempre | Algunas veces | Rara vez | Nunca |
|--|---------|---------------|----------|-------|
| 1. Se dirigía a mí con una voz cálida y amable.                    |         |               |          |       |
| 2. No me brindaba tanto apoyo como lo necesitaba.                  |         |               |          |       |
| 3. Me permitía realizar las actividades que disfrutaba.            |         |               |          |       |
| 4. Parecía carecer de calidez emocional conmigo.                   |         |               |          |       |
| 5. Daba la impresión de comprender mis problemas y preocupaciones. |         |               |          |       |
| 6. Era afectuosa conmigo.  |         |               |          |       |
| 7. Le agradaba que tomara mis propias decisiones.                  |         |               |          |       |
| 8. No deseaba que me convirtiera en un adulto.                     |         |               |          |       |
| 9. Intentaba controlar todo lo que hacía                           |         |               |          |       |
| 10. Invadía mi privacidad.   |         |               |          |       |
| 11. Disfrutaba conversar conmigo.                                  |         |               |          |       |
| 12. Con frecuencia me sonreía.                                     |         |               |          |       |
| 13. Me complacía en exceso.  |         |               |          |       |
| 14. Parecía no comprender lo que necesitaba o deseaba.             |         |               |          |       |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 15. Me permitía tomar decisiones por mí mismo/a.                                  |  |  |  |  |
| 16. Me hacía sentir no querido/a.   |  |  |  |  |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando estaba molesto/a.                           |  |  |  |  |
| 18. No conversaba mucho conmigo.  |  |  |  |  |
| 19. Me hacía sentir emocionalmente dependiente de ella.                           |  |  |  |  |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo/a a menos que ella estuviera presente. |  |  |  |  |
| 21. Me daba toda la libertad que quería.  |  |  |  |  |
| 22. Me permitía salir tanto como deseaba.   |  |  |  |  |
| 23. Era sobreprotectora conmigo.  |  |  |  |  |
| 24. No me elogiaba.   |  |  |  |  |
| 25. Me dejaba vestir como me placía.  |  |  |  |  |

### Anexo 03. Solicitud de investigación

#### “AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”

SUMILLA: SOLICITO SE ME PERMITA INGRESAR Y RELIZAR UNA ENCUESTA EN ESTA INSTITUCIÓN.

Estimada directora Mg. Gabi Mata Vidal del Colegio Hans Christian Oersted,

Yo, Yamill Isaac Valverde Estrada identificado con DNI N° 71820053, me dirijo ante usted con el debido respeto y consideración para presentar la siguiente petición:

Basado en el reconocimiento del derecho de cualquier individuo a presentar solicitudes por escrito ante la autoridad competente, según se establece en el artículo 22 inciso 20 de la Constitución Política, solicito amablemente su autorización para llevar a cabo una encuesta como parte de mi proyecto de investigación (tesis) titulado: "Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el autoestima en estudiantes de secundaria del colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024". Esta encuesta es esencial para alcanzar mi título profesional como Médico Cirujano. Le agradezco mucho su atención y consideración en este asunto. Estoy a disposición para proporcionar información adicional y para coordinar cualquier detalle necesario en relación con la realización respetuosa y responsable de esta investigación en el entorno escolar.

La importancia de este estudio reside en el análisis de los elementos que puedan tener un impacto en la salud emocional y mental de los estudiantes de nivel secundario, así como en su conexión con la forma en que perciben su imagen corporal y autoestima. Para llevar a cabo una investigación integral y enriquecedora, es esencial obtener información precisa y representativa a través de la implementación de esta encuesta dirigida a los alumnos de su reconocida institución.

Me comprometo de manera responsable a seguir y respetar todos los protocolos de bioseguridad y regulaciones establecidas por la institución mientras llevo a cabo mi investigación en las instalaciones del colegio. Mi intención es asegurar que el proceso de encuesta se realice de manera segura y sin generar ninguna molestia para los estudiantes ni para el personal del colegio.

Con plena conciencia de la relevancia de mi solicitud y en reconocimiento de su aporte al fomento del conocimiento y al progreso educativo en nuestra comunidad, apelo a su amable consideración para otorgarme la autorización necesaria para llevar a cabo esta encuesta en el Colegio Hans Christian Oersted. Agradezco de antemano su tiempo y atención, y me mantengo a su disposición para cualquier aclaración o información adicional que puedan requerir. Atentamente,

Lima, 14 de septiembre 2024.



---

Yamill Isaac Valverde Estrada  
D.N.I: 71820053

## Anexo 04. Informe Turnitin

### ● 19% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 18% Internet database
- 8% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database

---

#### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <b>hdl.handle.net</b><br>Internet                 | 5%  |
| 2 | <b>repositorio.untumbes.edu.pe</b><br>Internet    | <1% |
| 3 | <b>repositorio.ucv.edu.pe</b><br>Internet         | <1% |
| 4 | <b>researchgate.net</b><br>Internet               | <1% |
| 5 | <b>coursehero.com</b><br>Internet                 | <1% |
| 6 | <b>scielo.cl</b><br>Internet                      | <1% |
| 7 | <b>repositorio.autonoma.edu.pe</b><br>Internet    | <1% |
| 8 | <b>repositorio.udh.edu.pe</b><br>Internet         | <1% |
| 9 | <b>repositorio.continental.edu.pe</b><br>Internet | <1% |

## Anexo 05. Consentimiento informado

**Título de proyecto de investigación** : “Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el autoestima en estudiantes de secundaria del colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024”  
**Investigador** : Yamill Isaac, Valverde Estrada  
**Institución(es)** : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

---

Estamos invitando a usted y a su menor hijo/a a participar en un estudio de investigación titulado: “Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el autoestima en estudiantes de secundaria del colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024”. de fecha \_\_/\_\_/\_\_ y versión.0\_\_. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

### I. INFORMACIÓN

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y evaluar los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima durante el año 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a entender mejor la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima entre los estudiantes, lo cual puede contribuir a desarrollar programas de apoyo y prevención adecuados.

**Duración del estudio (meses):** 6 meses

**N° esperado de participantes:** 152

**Criterios de Inclusión y exclusión:**

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de secundaria pertenecientes al tercer, cuarto y quinto año.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que estén matriculados actualmente en el colegio y asistan regularmente.

**Criterios de exclusión:**

- Estudiantes con dificultad de entendimiento de los instrumentos de evaluación.
- Estudiantes con diagnóstico previo de TDC.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se presentará un asentimiento informado que su mejor hijo/a deberá rellenar.
- Se le presentará los 3 cuestionarios que se usarán para esta investigación.
- Luego de recogerán las encuestas.

La encuesta puede demorar unos 45 - 60 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:**

Su participación en el estudio no presenta ningún riesgo.

**Beneficios:** *(Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio)*

Usted no tendrá beneficio algún por participar en esta investigación.

**Costos e incentivos:** Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del paciente:** La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador Principal al número 932277513 o al correo electrónico [yamillvalverde@gmail.com](mailto:yamillvalverde@gmail.com)

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** [comité.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comité.etica@uwiener.edu.pe)

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
(Firma)  
Nombre **participante:**  
DNI:  
Fecha: (dd/mm/aaaa)



\_\_\_\_\_  
Nombre **investigador:** Yamill Valverde  
DNI: 71820053  
Fecha: (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
(Firma)  
Nombre testigo o representante legal:  
DNI:  
Fecha: (dd/mm/aaaa)

**Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

## Anexo 06. Asentimiento Informado

**Título de proyecto:** “Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y el autoestima en estudiantes de secundaria del colegio Hans Christian Oersted, Lima, 2024”

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y evaluar los niveles de autoestima en los estudiantes de secundaria del Colegio Hans Christian Oersted en Lima durante el año 2024. Para ello, utilizaremos tres cuestionarios: el BDDQ para evaluar el trastorno dismórfico corporal, la Escala de Autoestima de Rosenberg para medir el nivel de autoestima, y el cuestionario de Lazos Parentales (PBI) para entender la influencia de las relaciones parentales. Primero, presentaremos un consentimiento informado a tus padres y, si ellos aceptan, te pediremos que completes este asentimiento informado. La encuesta tomará aproximadamente 45 a 60 minutos de tu tiempo.

Hola mi nombre es Yamill Isaac, Valverde Estrada y estudio en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). Actualmente se está realizando un estudio de investigación para conocer acerca de la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal y los niveles de Autoestima en estudiantes de secundaria y para ello queremos pedirte tu participación.

Tu participación en el estudio consistiría en completar tres cuestionarios: el BDDQ, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el cuestionario de Lazos Parentales (PBI) de forma sincera. La duración total de tu participación será de aproximadamente 45 - 60 minutos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá y/o apoderado hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a entender mejor la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los niveles de autoestima entre los estudiantes, lo cual puede contribuir a desarrollar programas de apoyo y prevención adecuados.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

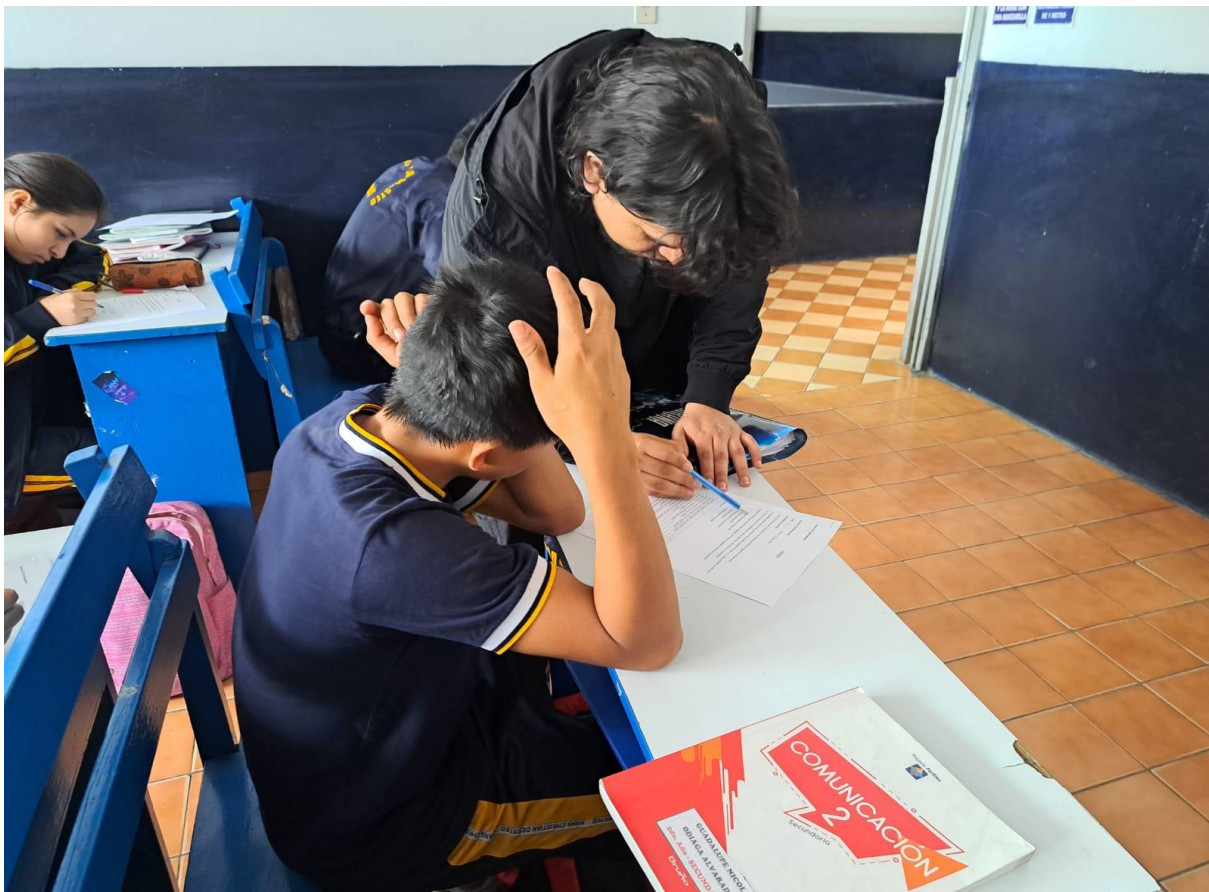
Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona/investigador que obtiene el asentimiento:



Yamill, Valverde Estrada

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Anexo 07: Galería fotográfica**

## ● 13% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 10% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 9% Submitted Works database

### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <b>hdl.handle.net</b><br>Internet               | 2%  |
| 2 | <b>repositorio.uwiener.edu.pe</b><br>Internet   | 1%  |
| 3 | <b>uwiener on 2024-04-12</b><br>Submitted works | <1% |
| 4 | <b>coursehero.com</b><br>Internet               | <1% |
| 5 | <b>alicia.concytec.gob.pe</b><br>Internet       | <1% |
| 6 | <b>researchgate.net</b><br>Internet             | <1% |
| 7 | <b>uwiener on 2025-05-22</b><br>Submitted works | <1% |
| 8 | <b>UNIBA on 2024-02-23</b><br>Submitted works   | <1% |