

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Autoconcepto Físico e indicadores de riesgo y desajuste
Psicológico de la conducta alimentaria en adolescentes de
Lima Norte

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA

Autor

Carmen Julia Caycho Carbajal
Maira Alejandra Cosi Reyes

Asesor

Giovani Martin Díaz Gervasi

Lima – Perú

2022

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Autor 2

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Autor 3

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Autor 4

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Datos de los Asesores**Asesor 1**

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (Obligatorio) | |

Asesor 2

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (Obligatorio) | |

Datos del Jurado

Presidente del jurado

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |

Segundo miembro

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |

Tercer miembro

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | |
| Número del documento de identidad | |

Datos de la Obra

| | |
|--|--|
| Materia* | |
| Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado: | |
| Idioma | |
| Tipo de trabajo de investigación | |
| País de publicación | |
| Recurso del cual forma parte (opcional) | |
| Nombre del grado | |
| Grado académico o título profesional | |
| Nombre del programa | |
| Código del programa Consultar el listado: | |

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 123-2022

En la ciudad de Lima, a los veinticuatro días del mes de octubre del año dos mil veintidós, siendo las 14:00 horas, las Bachilleres Carmen Julia Caycho Carbajal y Maira Alejandra Cosi Reyes sustentan su tesis denominada "**AUTOCONCEPTO FÍSICO E INDICADORES DE RIESGO Y DESAJUSTE PSICOLÓGICO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LIMA NORTE**", para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|--|-----------------|
| 1.- Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche | APROBADO: BUENO |
| 2.- Prof. Victoria Paula Sandoval Medina | APROBADO: BUENO |
| 3.- Prof. Carmen Liz Padilla Romero | APROBADO: BUENO |

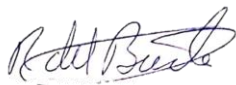
Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Giovani Martin Diaz Gervasi

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 02:40 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO: BUENO

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche
Presidente



Prof. Victoria Paula Sandoval Medina



Prof. Carmen Liz Padilla Romero



Prof. Giovani Martin Diaz Gervasi

Lima, 24 de octubre del 2022

AUTOCONCEPTO FÍSICO E INDICADORES DE RIESGO Y
DESAJUSTE PSICOLÓGICO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES DE LIMA NORTE

DEDICATORIA

A nuestros padres por el amor y apoyo incondicional durante esta etapa, porque nos enseñaron que no existe ningún obstáculo para poder lograr todas nuestras metas.

A nuestros hermanos, por motivarnos a continuar cuando estábamos por decaer en el trayecto.

A nuestros abuelitos que desde el cielo nos guían y son nuestros ángeles que nos motivaban a ser cada vez mejores personas

A nuestros familiares que estuvieron motivándonos y apoyándonos en este proceso universitario gracias por ser parte de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por habernos permitido culminar esta etapa de nuestras vidas y el guiar nuestros pasos. Al Doctor Giovanni Díaz por habernos apoyado y guiado en la culminación de esta investigación brindándonos sus conocimientos durante este proceso.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el Autoconcepto Físico (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza) e indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria. Participaron en esta investigación 199 estudiantes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de una institución educativa de Lima Norte, con edades comprendidas entre los 13 a 16 años. Para dicha muestra se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF- Goñi, Ruiz, Azúa & Rodríguez, 2006) y el Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3, David Garner, 2004). La investigación es de tipo descriptivo correlacional y el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. El plan de análisis se desarrolló en el programa estadístico Stata 14, donde se realizó la estadística descriptiva e inferencial, asimismo se aplicó la prueba de Chi cuadrado para la asociación de variables. En los resultados se puede apreciar que existe relación entre las dimensiones del autoconcepto Físico (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) y los indicadores de riesgo y desajuste Psicológico. Se puede concluir que en la investigación que a menos autoconcepto físico hay mayor vulnerabilidad a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Palabras Clave: Autoconcepto, apariencia física, trastornos de la conducta alimentaria, estudiantes (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relationship between Physical Self-Concept (physical ability, physical condition, physical attractiveness and strength) and indicators of risk and psychological imbalances in eating behavior. A total of 199 3rd, 4th and 5th grade high school students from an educational institution in North Lima participated in this research, aged between 13 and 16 years. The following instruments were used for this sample: Physical Self-Concept Questionnaire (CAF-Goñi, Ruiz, Azúa & Rodríguez, 2006) and the Inventory of Eating Disorders (EDI-3, David Garner, 2004). The research is of a descriptive correlational type and the research design is non-experimental cross-sectional. The analysis plan was developed in the Stata 14 statistical program, where descriptive and inferential statistics were performed, as well as the Chi square test for the association of variables. In the results it can be seen that there is a relationship between the dimensions of the Physical self-concept (Physical Ability, Physical Condition, Physical Attractiveness and Strength) and the indicators of risk and Psychological imbalance. It can be concluded that in the investigation that the less physical self-concept there is greater vulnerability to suffering from an eating behavior disorder.

Keywords: Self-concept, physical appearance, eating disorders, students (Source: DeCS)

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumen | v |
| Índice | vii |
| Introducción | ix |
| Capítulo I El problema de investigación | 10 |
| 1.1. Situación problemática | 10 |
| 1.2. Formulación del problema | 10 |
| 1.3. Justificación de la investigación | 11 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 11 |
| 1.4.1. Objetivo general | 11 |
| 1.4.2. Objetivos específicos | 11 |
| 1.5. Hipótesis | 12 |
| Capítulo II Marco teórico | 13 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 13 |
| 2.2. Bases teóricas | 15 |
| Capítulo III Materiales y métodos | 22 |
| 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación | 22 |
| 3.2. Población y muestra | 22 |
| 3.2.1. Tamaño de la muestra | 22 |
| 3.2.2. Selección del muestreo | 23 |
| 3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión | 23 |
| 3.3. Variables | 24 |
| 3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables | 24 |
| 3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos | 26 |
| 3.5. Plan de análisis e interpretación de la información | 28 |
| 3.6. Ventajas y limitaciones | 28 |
| 3.7. Aspectos éticos | 29 |
| Capítulo IV Resultados | 31 |
| Capítulo V Discusión | 40 |
| 5.1. Discusión | 40 |
| 5.2. Conclusión | 42 |
| 5.3. Recomendaciones | 43 |
| Referencias bibliográficas | 44 |
| Anexos | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1: Descripción de las variables principales y sociodemográficas | 31 |
| Tabla 2: Relación entre la Dimensión Habilidad Física, EDI y variables sociodemográficas | 33 |
| Tabla 3: Relación entre la Dimensión Condición Física, EDI y variables sociodemográficas | 34 |
| Tabla 4: Relación entre la Dimensión Atractivo Físico, EDI y variables sociodemográficas | 36 |
| Tabla 5: Relación entre la Dimensión Fuerza, EDI y variables sociodemográficas | 37 |
| Tabla 6: Relación entre el EDI y las variables sociodemográficas | 39 |

INTRODUCCIÓN

Nacionalmente se han realizado diversas investigaciones sobre la salud mental; hallándose en ellas indicadores de alteraciones alimenticias perjudiciales para la salud en los adolescentes y niveles de autoimagen negativas percibidas por los mismos. Dichas cifras señalan que la prevalencia de problemas alimentarios oscila de 2.7 a 2.9 en la población adolescente; y en la última década, estos trastornos relacionados al aspecto físico y la alimentación van en incremento de 20 veces más de casos, puesto que antes se hallaban solo en sectores socioeconómicos altos; sin embargo, hoy en día el problema abarca a todos los sectores socioeconómicos (Quiñonez, 2016).

Teniendo en cuenta lo mencionado, hay que recalcar que estos problemas relacionados al aspecto físico se incrementan en la adolescencia, puesto que en esta etapa la autoimagen corporal se vuelve en uno de los ejes de mayor preocupación. A nivel nacional, los adolescentes buscan reducir ciertas partes de su cuerpo realizando rutinas de ejercicios y dietas, teniendo como meta alcanzar una imagen corporal perfecta, produciendo este idealismo distorsiones perceptivas en los adolescentes y con ello una constante insatisfacción corporal (Enríquez & Quintana, 2016).

Por ende, la presente investigación, tiene como objetivo encontrar la relación entre el Autoconcepto Físico y los indicadores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte. Además, tiene como finalidad brindar información relevante para una posible elaboración de programas de intervención psicoeducativa que permitan prevenir posibles problemas alimenticios en los estudiantes y brindar el apoyo adecuado a los estudiantes que ya padecen trastornos alimenticios.

De esta manera la presente investigación en el capítulo I planteamiento del problema, se explicarán la problemática en la que se centra el estudio; seguidamente en el capítulo II marco teórico, se muestra los antecedentes del estudio, tanto nacionales como internacionales, y las bases teóricas que sustentan la investigación; por otro lado, en el capítulo III materiales y métodos, se hablará de la población escogida, sus características, el método que se utilizara para la selección y los instrumentos que se emplearán; finalmente se colocarán las referencias bibliográficas respectivas tomadas para la realización del proyecto.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 16.23% de las mujeres y el 3.3% de los hombres, con edades que oscilan entre los 12 y 24 años, padecen algún trastorno alimentario repercutiendo perjudicialmente en su estado nutricional. Sin embargo, dichas cifras se duplican al añadir a la ecuación a adolescentes considerados sanos con prácticas alimentarias anormales y/o que presenten una preocupación anormal sobre su peso, relacionada profundamente con una autopercepción corporal distorsionada; asimismo, se recalca que el 40 % y 60% de las estudiantes de nivel secundario hacen dieta para perder peso, o utilizan otros métodos perjudiciales para la salud (Córdova, 2017).

Adicionalmente, a esta situación, la presente población estudiada, son adolescentes en los últimos años del colegio (3^a, 4^a y 5^a) es decir, son sujetos que están viviendo la transición de la pubertad a la adolescencia, en donde la preocupación por el agrandar a los pares es aún mayor, se busca encontrar la autonomía, generalmente con “rebeldía” hacia los padres, además, se intenta alcanzar la imagen corporal idealizada e inculcada por la sociedad, mediante prototipos y estándares de belleza difundidos por los medios de comunicación; generando en los alumnos un alto nivel de preocupación por su propia imagen corporal, la misma que al no verse igual al ideal social origina un permanente desagrado e insatisfacción hacia el propio cuerpo (Enríquez & Quintana, 2016). El término, “autoconcepto físico”, es definido por Navas y Soriano (2014) como un conglomerado de creencias, autopercepciones e ideas que uno posee de su propia fuerza, condición física, habilidad deportiva, competencia física y en especial su propio atractivo físico. Dicho ello, cuando este autoconcepto físico es valorado negativamente por el sujeto, este tiende a realizar conductas, acciones que le lleven a alcanzar una satisfacción de su propio aspecto; sin embargo, los adolescentes cuando no están bien informados suelen dejarse guiar por lo que promueven los medios sociales, llevando así al individuo a realizar conductas de riesgo alimentario como lo son las dietas estrictas perjudiciales, ejercicios excesivos y frecuentes, inducciones al vómito, atracones, etc.; en algunos casos más graves se llegan a desatar trastornos alimenticios, los cuales generalmente van de la mano con alteraciones en la psique de la persona (Enríquez & Quintana, 2016).

Por consecuente, resulta de gran importancia, y como objetivo de este estudio, hallar la relación entre el Autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General:

¿Existe relación entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte?

1.2.2 Problema Específicos:

¿Cuáles son las características del autoconcepto físico en adolescentes de Lima Norte?

¿Cuáles son los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte?

1.3. Justificación de la investigación

Este estudio tiene por finalidad, otorgarle a la comunidad científica psicológica información esencial relacionada al autoconcepto físico y a los indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria; dichas variables, según lo mencionado por la OMS, las cifras de adolescentes que van presentando problemas alimenticios van en aumento, y al paso del tiempo las cifras podrían duplicarse (Córdova, 2017).

De la misma manera, la presente investigación pretende determinar la relación entre el autoconcepto físico y a los indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria, considerando que tal relación es estudiada en alumnos que están atravesando la etapa de la adolescencia, siendo en esta donde los adolescentes incrementan su preocupación por la aceptación de los grupos pares, busca su propia identidad y la apariencia física toma un papel principal, siendo la belleza femenina considerada socioculturalmente como ultradelgada y en los varones debe haber una gran prevalencia de los músculos (Estevés, 2012).

Por tales motivos, los resultados que se obtengan podrán iniciar una elaboración de métodos de detección e intervención que ayuden a mitigar las problemáticas detectadas en los estudiantes evaluados en la conclusión de este proyecto; asimismo, las estrategias que se puedan elaborar favorecerán al alumno y su entorno tanto familiar, social, como educativo. Además, brindará información esencial para el área de la salud y educativa que se interesen en estudiar tales variables. No obstante, la información obtenida en el presente estudio confirma lo esencial de la intervención psicológica en las instituciones educativas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.

1.4.2. Objetivos específicos

Describir las características del autoconcepto físico en adolescentes de una institución de Lima Norte.

Describir los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.

Determinar la relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

Determinar la relación entre los indicadores de riesgo y desajuste psicológico a la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

1.5. Hipótesis

1.5.1 Hipótesis General:

Hipótesis de investigación: Existe relación entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.

Hipótesis nula: No existe relación entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.

1.5.2 Hipótesis Específicos:

Hipótesis de investigación: Existe relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

Hipótesis nula: No existe relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

Hipótesis de investigación: Existe relación entre indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

Hipótesis nula: No existe relación entre indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales:

En el entorno internacional Fuentes (2018) en su estudio de licenciatura sobre el Autoestima y Resiliencia antes los problemas alimentarios en escolares de 9 a 12 años, cuya muestra está conformada por 100 preadolescentes del municipio de Zumpango, comprendido en las edades de 9 a 12 años de edad. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional y el alcance de la investigación no experimental de corte transversal. Para medir dichas variables se aplicaron tres instrumentos, de auto reporte para conductas alimentarias de riesgo (CAR), autoestima (cuestionario de autoestima – IGA -2000) y resiliencia (cuestionario de resiliencia). Los resultados preliminares obtenidos del cuestionario sobre conductas alimentarias de riesgo mostraron una media poblacional de 4,40 y una desviación estándar de 3,52, que corresponde a la puntuación global del grupo de estudiantes sin riesgo. Por el contrario, se detectaron dos condiciones significativas en toda la muestra de género femenino en riesgo de participar en conductas alimentarias. En el caso de la autoestima, la media arroja un total de 2.51 y una desviación estándar de 0.22, lo cual es consistente con el hecho de que el número total de adolescentes encuestados tiene un alto nivel de autoestima. Con respecto a la flexibilidad, doy una media general de 133,09 y una desviación estándar de 18,80, lo que significa que tienen un alto grado de flexibilidad. Finalmente, cuando se usa el coeficiente de Pearson para denotar conductas alimentarias de riesgo y resiliencia, $r = -0,38$. Para la autoestima y la conducta alimentaria en riesgo $r = -0,046$. Esto indica que no muestran correlación significativa, ni la tendencia esperada

Del mismo modo Castejón y Berengüí (2020) en su estudio sobre Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, cuya muestra estuvo conformada por 604 estudiantes universitarios, el cual tuvo como objetivo comparar las diferencias en personalidad y variables psicológicas relevantes relacionadas con los TCA, en mujeres y hombres, dichas variables fueron medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI3) y su cuestionario de remisión (EDI-3 RF), y el Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Los resultados mostraron que hasta el 58,5% de las mujeres y el 9,5% de los hombres cumplían los criterios de remisión. Tanto en hombres como en mujeres, hubo diferencias entre el grupo con criterio y el grupo sin criterio, principalmente en neurosis, obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y ascetismo. Las puntuaciones para los trastornos neurológicos y en la gran mayoría de las escalas psicométricas también fueron más altas en los sujetos que cumplieron con la mayoría de los criterios.

Finalmente, Bautista, Castelán, Martín, Franco & Mancilla (2020) en su investigación sobre Conductas alimentarias de riesgo (CAR), percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria, los cuales fueron 104 hombres y 96 mujeres de una preparatoria pública con una edad promedio de 16.52. El tipo de estudio fue correlacional, no experimental de corte transversal. La estadística que se incluyó para este estudio fue U de Mann Whitney para realizar la comparación de grupos y Rho de Spearman para las correlaciones. Para medir las variables principales se utilizaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT), la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) y la Escala de Conductas Asertivas (CABS). Los principales resultados fueron que se encontraron asociaciones significativas de acuerdo con el sexo en las mujeres, el test de actitudes alimentarias, comunicación paterna, imposición y

control psicológico paterno; mientras que en los hombres solo se asoció con imposición paterna ($r_s = -.30$). Se concluyó que los estudiantes mexicanos de preparatoria, especialmente en las mujeres de mayor grado evidenciaron que a mayor CAR mayor estilo agresivo (no asertividad, mayor control psicológico materno y menor control conductual materno).

2.1.2 Nacionales:

En el entorno nacional Salazar (2019) en su investigación sobre Prevalencia De Trastornos Alimentarios: Anorexia, Bulimia y Nivel de Autoestima en Adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca – Cajamarca, 2018, cuya muestra de estudio estuvo conformada por 257 adolescentes comprendidas en edades de 11 a 19 años. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional y de corte transversal. Para evaluar la muestra se utilizó los test EAT – 26 (Prueba de actitudes alimentarias), BITE y Rosemberg; la estadística que se utilizó para la investigación fue la prueba de Chi cuadrado. Los resultados más resaltantes fue que el 50,6% de las mujeres tenían entre 11 y 19 años. Con una media de 14,6 y una desviación estándar de 1,55, el ensayo de anorexia EAT-26 encontró que el 25,3% tenía conductas alimentarias de riesgo asociadas con el trastorno alimentario. El ensayo BITE sobre bulimia mostró que el 30,4% tenía hábitos alimentarios anormales y el 12,1% tenía una probabilidad de desarrollar bulimia subclínica. En cuanto al nivel de autoestima, el 46,7% tiene autoestima alta o normal y existe una relación entre anorexia y baja autoestima con $p = 0,032$; Asimismo, la relación entre bulimia y autoestima fue estadísticamente significativa con $p = 0,005$.

Otro importante antecedente nacional como el de Neyra (2021), con la tesis, Relación entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la Inteligencia Emocional en estudiantes de primer año de una Universidad Privada de Lima, Perú, la muestra estuvo conformada por 163 estudiantes. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional y de corte transeccional. Los instrumentos utilizados en dicho estudio fueron el inventario de auto reporte Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2), adaptado por primera vez por Guerrero y el Trait Meta Mood Scale 14 (TMMS-14), adaptado por Carrasco. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres tenían un índice de trastorno alimentario en las 11 escalas evaluadas por EDI-2, mientras que la mayoría de los hombres tenían un índice de trastorno alimentario en las nueve escalas, así como ningún indicador de insatisfacción física y desconfianza personal. Del mismo modo, según su edad, la mayoría de los adolescentes presentaba indicadores de trastornos alimentarios en una escala de 11 puntos. Mientras que la mayoría de los jóvenes dan el índice de disfunción eréctil en 10 puntos, a excepción de la bulimia. Por otro lado, en lo que respecta a los niveles de inteligencia emocional, se ha encontrado que la mayoría de los estudiantes (ambos grupos de edad) muestran niveles adecuados de atención, claridad y reparación emocional. Se concluye que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre las características psicológicas y conductuales de los trastornos alimentarios y la inteligencia emocional.

Finalmente, Chávez (2021) en su investigación sobre la autoestima y el riesgo de trastornos de conductas alimentarias en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria en la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima” Ayacucho, cuya muestra estuvo conformada por 216 estudiantes. El tipo de investigación fue cuantitativa, descriptiva – correlacional y el alcance fue no experimental de corte transeccional. Las variables fueron medidas a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, para dicho análisis se utilizó la estadística de Tau_b de Kendall. Los Resultados evidenciaron que no existe

relación entre la autoestima y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de cuarto y quinto grado en la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima” Ayacucho.

2.2. Bases teóricas

Definición de la variable I: Autoconcepto físico:

La primera persona en hablar de autoconcepto fue William James en 1980, quien nos define que “el mí es el objeto conocido, el objeto sobre el que se piensa, lo que yo soy”, es decir el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse.

Por otro lado, existen diferentes definiciones de otros autores como:

Según Bruno (1995) “Se puede definir al autoconcepto como un grupo de definición que se describe uno mismo en referencia de inteligencia, creatividad, intereses, aptitudes, características conductuales y evaluación personal.”

Para Linch en 1981, “es una agrupación de métodos para tratar información que conduce a la conducta. Propone la presencia de rasgos evolutivos en su desarrollo y orientar su interés a los resultados afectivos negativos para el niño en el momento de las percepciones en relación a sí mismo no son comprobadas. Con respecto a la desilusión, intranquilidad, violencia e indiferencia pueden asociarse al autoconcepto.”

Epstein en el año de 1973, señala “es una teoría de sí mismo, es una creencia que el sujeto ha construido inadvertidamente como soluciones de sus experiencias en el medio social.” (McCoach, 2002).

Para Gonzales (1999) el autoconcepto se centra en cuestiones sobre el conocimiento de la persona. Es el entendimiento y creencias que un individuo tiene de sí mismo en todos los aspectos; corporal, psicológico, emocional y social. Lo que conlleva a que la persona tenga la capacidad de poder diferenciarse de los demás, describiéndose tanto de manera objetiva como subjetiva.

Dimensiones de la Variable 1: Autoconcepto Físico:

Según Fox y Corbin (1989) las dimensiones del autoconcepto físico son las siguientes:

Habilidad Física:

Se encarga de evaluar la manera de cómo se percibe uno mismo ante las cualidades y habilidades del desempeño en los deportes: el talento para practicar nuevos deportes, la convicción de sí mismo para las prácticas de una actividad nueva y la preferencia ante una tarea física. Pero con respecto a la capacidad lo que se toma en cuenta es la como uno percibe dicha destreza, la convicción del sujeto ante la aptitud para tener un orden adecuado, para poder ejercerlas y poder conducir los acontecimientos.

Condición Física:

Se comprende por condición al perfil físico en relación a lo que se ubica en la persona, incluso la fuerza para la ejecución de una actividad física profunda, la potencia física y seguridad del estado físico que tenemos cada uno.

Atractivo Físico:

Se refiere a la impresión con referencia a la visión física de sí mismo, la confianza en relación a la visión, así como el placer del sujeto con la idea que piensa manifestar.

Fuerza:

Esta dimensión se describe al mirarse y/o percibirse fuerte, con la suficiente aptitud para poder alzar algo pesado, la confianza con respecto a los ejercicios que demanda energía y con la disposición de ejercerlos.

Posteriormente se añadió dos dimensiones más: Según Alfredo Goñi, Sonia Ruiz de Azúa y Arantzazu Rodríguez (2002)

Autoconcepto Físico General:

Se refiere al parecer e impresión positiva con respecto al perfil de sí mismo; y en relación al género con la edad.

Autoconcepto General:

Se encarga de medir la cantidad del placer con respecto a sí mismo y con la existencia en general.

Teorías de la variable 1: Autoconcepto Físico:

En esta investigación se trabajarán 2 teorías que se consideran importantes para el estudio entre ellas tenemos: La fenomenología relacionada con la psicología humanista, y el interaccionismo simbólico.

La Fenomenología relacionada con la psicología humanista

Álvarez (2015) Muestra que el comportamiento de una persona está determinado no solo por sus experiencias pasadas y presentes, sino también por la dignidad personal que le otorga. Esta organización de significados individuales constituye el dominio de los fenómenos. Esto es lo que más influye en el comportamiento, por lo que la forma en que actúa es el resultado de quién cree que es, no solo el resultado de influencias externas. Da más valor a lo que percibe cada sujeto que a la propia realidad. La base del autoconcepto se forma a partir de percepciones provenientes del mundo exterior, con el fin de evitar conflictos entre ideas y actitudes en conflicto, las personas aceptan todas las reglas sin problemas, que actúa como un filtro por sí mismo.

Interaccionismo Simbólico

Coley y Mead mencionaban que la interacción simbólica se refiere a la formación de un autoconcepto de acuerdo con las relaciones sociales que una persona tiene con los demás. Se centra en el estudio de la interacción humana y el entorno social, en el que una persona puede ser analizada excepto por el entorno social, es decir, que las personas, además de tener y ejercer su potencial, son vistas por la sociedad de una determinada manera, positiva o negativa (Álvaro, 2015).

Estos autores reconocen que el autoconcepto es producto de nuestras relaciones con los demás. Además, acuñó el término autorreflexión a partir del término

"auto espejo", en el que se basan todas las teorías del autoconcepto. A partir de ahí, se crea una historia social para mostrar la imagen que la persona puede transmitir a los demás. Las reacciones de su prójimo están integradas, creando autopercepción a través de tres factores; La idea de su aparición frente a los demás, la idea que cada uno tiene de sí mismo a partir de los juicios y sentimientos de los demás sobre sí mismo. En resumen, simplifica la idea de que la autoestima está determinada por la percepción que uno tiene de las opiniones de otras personas.

El autoconcepto en adolescentes

La adolescencia es un período muy importante en la vida de una persona en el que se desarrollan las características humanas. En esta etapa, el ámbito social tiene toda su relación y las relaciones con los compañeros juegan un papel más importante. Los patrones, las reglas y los límites de un niño ya son parte de la infancia. Entre los dos y los doce años, la etapa preescolar y primaria, es el período de asimilación y aprendizaje teniendo un mayor impacto durante esta etapa. Entre el éxito y el fracaso. Sus resultados se reflejan en la adolescencia. Con el inicio de la adolescencia, el sujeto adquirió un autoconcepto alimentado por las influencias de la niñez. Al inicio de esta nueva etapa el sujeto siente la necesidad de desarrollar su propia identidad, la cual será influenciada por lo aprendido en su niñez y nutrida por la autoestima que ha adquirido, trabajamos en torno a nuestros logros sociales. Así lo definen Haussler & Milicic (1994) como "adolescentes que buscan describirse a sí mismos en términos de identidad, haciendo este período más distinto y menos universal" (citado en Luna & Molero, 2013, p. 49). En esta etapa, el sujeto ya tiene una base para formular su percepción de sí mismo, y durante la adolescencia este aprendizaje cobra relevancia.

A pesar de las necesidades inherentes que se presenta en el periodo de la adolescencia, el individuo es producto del marco cultural y social que no se puede enajenar. Es un tema determinado por las características de un momento particular; Forma parte de la estructura social que caracteriza a una época u otra, y su subjetividad es la única herramienta para afrontar todo lo que la vida le impone.

Definición de la variable 2: Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria:

Según Garner (2010) "En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, "se basan fundamentalmente en el peso corporal y los síntomas conductuales" como por ejemplo darse los atracones o inducirse al vómito" (página 22).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado a la anorexia y la bulimia como un trastorno mental y del comportamiento. Ya que es una enfermedad mental, por el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, por lo que hace que los sentimientos y pensamientos determinen el estado anímico y mental que acaba en un proceso depresivo.

Escalas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria:

Escala Obsesión por la delgadez:

Es una característica fundamental de los TCA, por lo que ha sido tomado en cuenta como un criterio esencial para el diagnóstico.

Escala Bulimia:

Se encarga de evaluar si existe alguna tendencia a pensar en realizar ataques de forma incontrolada por la ingesta de alimentos (atracones) y la predisposición de poder llevarlos a cabo. Por lo que evalúan si están relacionados como respuesta a estados emocionales negativos.

Escala de insatisfacción corporal:

Evalúa el descontento con su cuerpo en general y con la medida de alguna parte de ellas, por lo cual se preocupan las personas que presentan TCA. Por lo que este es un factor de riesgo responsable del inicio y mantenimiento de la conducta extrema para poder controlar el peso que padecen al desarrollo de TCA en aquellas que son vulnerables.

Escalas Psicológicas:

Baja Autoestima:

Evalúa el concepto básico de la autoevaluación negativa, de los cuales se toma en cuenta la presencia afectiva, vinculándose a los sentimientos de inseguridad, incapacidad, ineptitud y carencia de capacidad personal.

Alienación Personal:

Esta escala va de la mano con la autoestima baja, pero de manera general es la sensación de vacío emocional, aislamiento y sentimientos de no autoconocerse.

Inseguridad Interpersonal:

Esta escala determina la percepción de fastidio de la persona cuando se encuentra en lugares sociales y el miedo a participar activamente en ellas. El centro particular es la dificultad para expresar los propios sentimientos a otras personas.

Desconfianza Interpersonal:

Se encarga de evaluar los sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones. Por otro lado, también se puede recoger la predisposición a sentir que estas atrapado en las relaciones con los otros, así como una idea de falta de cariño de los demás.

Déficits Interoceptivos:

Evalúa el impedimento que la persona tiene para reconocer con precisión los distintos casos emocionales.

Desajuste Emocional:

Calcula la inestabilidad emocional, lo energético, lo arriesgado, iracundo y autodestructivo. Además, se ingresan dos ítems más que tienen que ver con el abuso de sustancias: alcohol y drogas. El bajo control de impulsos y la falta de tolerancia a la frustración que han sido para reconocer como un signo de mal pronóstico en los TCA.

Perfeccionismo:

Evalúa en que proporción la persona se auto exige a conseguir lo más alto con respecto a los logros personales y lograr los objetivos máximos con respecto a las exigencias.

Ascetismo:

Evalúa la preferencia a buscar la virtud por medio de ideas espirituales como son la disciplina, la deserción, las limitaciones, el autosacrificio y con esto llegar a controlar las diferentes exigencias corporales.

Miedo a la Madurez:

Estimar la aspiración de volver a la misma tranquilidad de la niñez. Esta escala ha sido definida como un determinante central en la persistencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los subconjuntos de adolescentes que son pacientes en la disminución del peso y el régimen alimenticio que son un papel principal para facilitar como una vía de regresar a su apariencia y estado hormonal prepuberal. Todo ello permite que se puedan escaparse de la confusión, los conflictos y las expectativas al crecimiento asociados a la adultez.

Tipos de trastornos:

Anorexia Nerviosa:

A través de la historia se descubrieron casos de anorexia nerviosa, sobre todo en las mujeres religiosas que solían ayunar por varios días. Se dio entre los siglos XIII-IV Por lo que se le denomina Época de Anorexia "Santa" (Holly Anorexia).

En la segunda época el término fue evolucionando por lo que se comenzó a conocerla como Conjunción Nervosa, siendo Richard Morton el primero en incluir este término en 1689. Finalizando el tercer periodo se comienza hablar de Anorexia Histórica (S.XVIII Y S.XIX). Sin embargo, recién en el siglo XIX se diagnosticó como problema médico por Williams Gull en Gran Bretaña (1868) y Charles Lasegue en Francia (1883).

Es un trastorno alimentario que causa que las personas pierdan más peso de lo que se considera saludable para su edad y estatura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que es un trastorno que se caracteriza por la excesiva pérdida de peso, inducida o continua por el enfermo. También es una enfermedad mental ya que deriva del miedo a la obesidad, por lo que la persona presenta una serie de conductas que tiene como único objetivo en no engordar.

Bulimia Nerviosa:

Es un trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimento (atracones) durante los cuales siente una pérdida de control sobre la comida. La persona utiliza luego diversas formas, tales como vomitar o consumir laxantes (purgarse), para evitar el aumento de peso.

La Bulimia Nerviosa fue descrita por Russell en el año 1979, dándole como definición “mayor cantidad por comer y purgar en vez de querer ayunar, con oportunidades de mayor ingesta”. Se mencionó primero de Hiperfagia, que es comer hasta el punto de quedar repleto nada más que en comer en exceso antes de quedar satisfecho; pero todo ello se llevaba a cabo con vómitos, para luego pasar a hablar de bulimarexia y finalizar con bulimia nerviosa.

Por ello Russell, define a la bulimia nerviosa como un cuadro caracterizado debido a que por sucesos se induce a atracones, lo cual conduce a realizar conductas como vómitos, utilizar diuréticos o laxantes para evitar la posibilidad de ganar peso. Esta definición está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de 1983 (DSM-III).

La Bulimia proviene de dos palabras griegas: una de ellas es *bous* = buey, y la otra *limus* = hambre. Si leemos literalmente significa “comer como un buey” o también “ser capaz de comerse un buey”.

Para Spigset (1991), la bulimia nerviosa (BN) es un desorden alimentario caracterizado por atracones seguidos de purgas y aumento de actividad física o períodos de dieta estricta.

Teorías de la variable 2: Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria:

Modelo cognitivo conductual:

Este modelo explica la importancia de los pensamientos y las conductas relacionadas con los alimentos y la imagen corporal. Se observa una carencia en las habilidades generando que una persona con un trastorno de la conducta alimentaria, dejándose llevar por un desajuste en su patrón dando como resultado pensamientos erróneos.

Fairbum (1995) y Matto /1997) tienen en cuenta que las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales mantienen la conducta de riesgo de los mismos.

Garner y Bernis (1982; citado por Raush y Bay 1990), concluyeron en sus estudios que el esquema de las distorsiones cognitivas, representan un posible inicio de los trastornos de la conducta alimentaria; de las cuales las principales distorsiones cognitivas son: abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, razonamiento dicotómico, pensamiento supersticioso; todos estos hacen alusión a una relación de causa-efecto de hechos no contingentes.

Teoría del apego y los trastornos de la conducta alimentaria

La teoría del apego es un marco teórico valioso para comprender la influencia de los padres y compañeros en el proceso, el desarrollo y la salud mental de los adolescentes, incluido el trastorno alimentario (Tasca y Balfour, 2014). Hay tres perspectivas teóricas diferentes sobre cómo el apego afecta los trastornos alimentarios (Zachrisson y Skårderud, 2010).

El primero es un enfoque retrospectivo, en el que se reconoce que el apego infantil influye en cómo las personas con disfunción eréctil presentan sus síntomas. Este

enfoque asume que la asociación se mantiene estable a lo largo de la vida, sin embargo, la investigación no muestra datos concluyentes sobre esta estabilidad (Fearon & Roisman, 2017), por lo que es muy difícil confirmar este enfoque.

La segunda perspectiva se refiere al enfoque de riesgo compartido, que identifica que los estilos de apego inapropiados (tanto pasados como presentes) pueden ser considerados un factor de riesgo para desarrollar el trastorno, comer y beber (Zachrisson & Skårderud, 2010). Esta perspectiva adopta un enfoque más general y se centra en estudiar las tasas de asociación insegura en personas con disfunción eréctil. Varios enfoques teóricos de los trastornos alimentarios sugieren que los problemas de apego son una parte esencial de estos trastornos (van Durme et al., 2015). Los resultados de los estudios sobre los trastornos alimentarios y la teoría del apego indican que los patrones de alimentación inseguros son más frecuentes en pacientes con trastornos alimentarios (Bäck, 2001; Dakanalis et al., 2015). Caglar-Nazali et al., realizaron un metaanálisis en 2014. El apego, la comunicación y los procesos sociales en los trastornos alimentarios concluyeron que los pacientes con trastornos alimentarios, en comparación con la muestra de control, informaron una asociación más insegura y que la magnitud del trastorno alimentario sería mayor ($d = 1,31$). Se obtuvieron resultados similares en las revisiones de Zachrisson y Skårderud (2010) y Kuipers y Bekker (2012) sobre estilos de apego y trastornos alimentarios; Además de la revisión reciente de Tasca y Balfour (2014) de sujetos de investigación realizados entre 2000 y 2014, destacaron el impacto negativo de un estilo de apego inseguro en el impacto de las personas en los resultados de la psicoterapia. Se obtuvieron resultados similares en la población clínica de adolescentes, como lo evidencia la evaluación de Gander et al. (2015).

Finalmente, una tercera visión es el enfoque teórico del apego, que desarrolla varias hipótesis sobre el grado de apego inseguro asociado con los trastornos alimentarios (Koskina & Giovazolias, 2010). Una de esas teorías es que los síntomas del trastorno son una manifestación directa de un estilo de apego inseguro. Por ejemplo, el apego / resistencia circundante puede ocurrir en alguien con anorexia nerviosa porque siente que su número de apego es impredecible; Así que buscan cierto control sobre sus vidas y tratan de hacerlo controlando la comida. Las personas con una mentalidad de evitación a menudo ven sus imágenes de apego como "rechazo" y compensan ellos mismos este sentimiento de rechazo. Se sienten hostiles y, por lo tanto, rechazan la comida o se sienten más vulnerables al rechazo social (Bäck, 2011). Para compensar estos aspectos, pueden esforzarse por ser más aceptables socialmente, en un esfuerzo por cumplir con los frágiles ideales que caracterizan a la sociedad.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de estudio es descriptivo - correlacional y el diseño de la investigación es no experimental de corte transeccional

El estudio establece las habilidades necesarias para poder llegar a una averiguación por completo. El estudio es transversal o transeccional según (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), “El fin es describir variables y analizar su suceso e interrelación en la circunstancia dada. Es como “tomar un retrato” de algo que acontece (Hernández et al. 2014).

Por ello, tiene un planteamiento cuantitativo es esencialmente descriptivo y se determinará la información recolectada en relación a las variables del estudio. Los análisis descriptivos “únicamente pretenden recabar información de forma independiente o conjunta sobre las definiciones o las variables a las que se aluce” (Hernández et al., 2014). También se considera correlacional porque se desarrollarán uniones entre dos variables. “la finalidad es conocer la relación o grado de unión que exista entre dos o más definiciones, categorías o variables en un modelo o contexto en particular” (Hernández et al., 2014)

3.2. Población y muestra

3.2.1. Tamaño de la muestra

La muestra es no probabilística intencional que está conformada por 199 adolescentes de 3° a 5° año del nivel secundaria de una institución educativa de Lima Norte.

Para calcular la muestra es sustancial “descubrir una muestra que sea representativa del universo o población con baja posibilidad de error (se pretende minimizar) y grado de confianza (maximizar), así como probabilidad” (Hernández et al., 2014).

Cálculo muestral

La población es finita, entonces para poder calcular el tamaño de la muestra emplearemos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Cada elemento significa:

- **n**= Tamaño de muestra que se desea encontrar
- **N**= Total de la población
- **Z_α**= 1.96 al cuadrado, siendo la seguridad del 95%
- **p**= proporción esperada 0.5
- **q**= 1-p (seria 1-0.5= 0.5)
- **d**= precisión (5%)

Reemplazando obtenemos:

$$n = \frac{410 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (527-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{410 \cdot (3.8416)^{0.5} \cdot 0.5}{(0.0025) \cdot (526) + (3.8416) \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{394}{2.2754}$$

$$n = 199$$

En resultado final de la muestra estuvo conformada por 199 adolescentes del nivel secundaria de una institución educativa de Lima Norte, 2017, se excluyó a los estudiantes que tenía 17 años y los que vivían en Cercado de Lima y Callao

3.2.2. Selección del muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico intencional, de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y la fórmula del cálculo muestral.

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Alumnos de 3°, 4° y 5° de secundaria de una institución educativa de Lima Norte
- ✓ Alumnos que se encuentre entre los 13 a 16 años de edad en ambos sexos
- ✓ Acceder a participar en la investigación
- ✓ Que hayan respondido adecuadamente los cuestionarios

Criterios de exclusión:

- ✓ Para aquellos alumnos menos de 13 años de edad
- ✓ Para alumnos que tengan más de 16 años de edad.
- ✓ Aquellos alumnos que no contestaron correctamente el cuestionario.
- ✓ Personas que viven en Cercado de Lima y Callao.
- ✓ No hayan firmado el consentimiento informado

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable 1: Autoconcepto Físico

Definición conceptual:

El autoconcepto físico otorga la posibilidad de conocer la forma en la que un individuo se observa a sí mismo o se autodescribe, proyectada en su forma física, rendimiento atlético, atractivo físico y fuerza (Fox y Corbin, 1989)

Definición Operacional:

El Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de Goñi, et.al (2006). Se encuentra conformado por 36 ítems y está conformada por 4 escalas específicas: Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza. Las cuales se valoran por una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1 significa falso y 5 verdadero. Los ítems indirectos se puntúan de 5 a 1, dando un valor de 5 a la opción de falso y 1 a la opción de verdadero, ya que se han redactado de forma negativa

Ítems Directos: 1, 2,3,4,10,11,12,13,14,17,18,19,20,21,27,28,29,30,31,34

Ítems Indirectos: 5, 6,7,8,9,15,16,22,23,24,25,26,32,33,35,36

Los puntajes se categorizan en: Autoconcepto bajo (0-14), Autoconcepto medio (15-22), Autoconcepto alto (23 – 30)

Variable 2: Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria

Definición conceptual:

(Garner, 2010) nos refiere que los trastornos de la Conducta Alimentarias: “En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, “se basan fundamentalmente en el peso corporal los síntomas conductuales” como por ejemplo darse los atracones o inducir al vómito.” EDI-3(p.22).

Definición Operacional:

Este instrumento explora 3 indicadores de riesgo y 9 indicadores psicológicos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert formadas por 6 opciones (Nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre). Tiene baremos españoles de población clínica y no clínica en puntuación T y percentiles, cuenta también con baremos no clínicos y no clínicos. El instrumento presenta 3 escalas: Escala de riesgo TCA, Escala Psicológica y Escalas de Validez.

Los puntajes de los baremos no clínicos se categorizan en: Rango Bajo (0 – 18), Rango Medio (19 – 22), Rango Elevado (23 – 40)

| Variable | Definición Conceptual | Categoría | Valores posibles | Tipo de variable | Fuente |
|---------------------|---|--|---|---------------------|---|
| Autoconcepto Físico | El autoconcepto físico otorga la posibilidad de conocer la forma en la que un individuo se observa a sí mismo o se autodescribe, proyectada en su forma física, rendimiento atlético, | <ul style="list-style-type: none">• Autoconcepto o bajo• Autoconcepto o medio• Autoconcepto o alto | 0 - 14 15 - 22 23 - 30 | Cualitativa ordinal | Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) Alfredo Goñi, Sonia Ruiz, |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|-----------------------|--|
| | atractivo físico y fuerza (Fox y Corbin, 1989) | | | | Arantzazu Rodríguez. |
| Trastorno de la conducta Alimentaria | (Garner, 2010) nos refiere que Los trastornos de la Conducta Alimentarias: "En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, "se basan fundamentalmente en el peso corporal los síntomas conductuales" como por ejemplo darse los atracones o inducirse al vómito." EDI-3(p.22). | Leve Típico Elevado | No Clínica 0 - 18 19 - 22 23 - 40 | Cualitativa ordinal | Inventario De Trastornos De La Conducta Alimentaria (EDI-3) D. M. Garner (Año 2010) |
| Edad | Años de vida de un individuo. | 13 14 15 16 | | Categoría-cualitativa | Registro de datos sociodemográficos |
| Sexo | Condición orgánica, masculina o femenina. | Hombre Mujer | | Cualitativa-nominal | Ficha de datos sociodemográficos |
| Tipo de familia | La familia está conformada por los padres u otros familiares. | Mamá Papá Hermanos Familia nuclear Otros familiares | | Cualitativo nominal | Ficha de datos sociodemográficos |

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

3.4.1. Plan de recolección de datos

Primero se solicitará y registrará el proyecto de tesis al departamento de Investigación para ser calificado en cuanto al aspecto metodológico por los especialistas a cargo, una vez de ser aprobado se enviará al Comité de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, solo si es admitido por ambas instancias, se podrá ejecutar el proyecto de tesis a la muestra de alumnos de secundaria de una Institución Educativa Parroquial siendo fiel y respetuoso al proceso de direccionado por las autoridades pertinentes; seguidamente el equipo aplicador elaborará una guía y coordinará la práctica detallada sobre las condiciones y guías de instrucciones debida a que estas deben ser iguales, respetando la estandarización que es uno de los principios que rige la investigación para poder recoger información auténtica de los participantes quienes son nuestra fuente siendo su localización las aulas de secundaria de una Institución Educativa de Lima Norte, a la vez, se pedirá permiso a las autoridades correspondientes para tener acceso a las aulas seleccionadas probabilísticamente.

Luego, durante la aplicación de las pruebas a la muestra del estudio donde podremos lograr los datos, la autora delegada al aula se presentará e iniciará la guía previamente elaborada, y se le entregará el consentimiento informado, se respetará a quienes decidan participar o no participar durante la aplicación, a la vez se estará pendiente de las preguntas de los participantes de las cuales serán resueltas a la brevedad posible, cuando terminen de contestar las pruebas se les agradecerá y se les recalcará en la confidencialidad que amerita las pruebas contestadas de manera anónima, recordándoles que la información obtenida se codificará y archivarán para el siguiente análisis.

Para concluir, las autoras se ajustan a criterios y principios importantes en la investigación como la estandarización; es por ello que se elaborará una guía de indicaciones para que toda la muestra tenga la misma difusión de instrucciones, las autoras que aplicaran las pruebas se comportaran con rectitud y sinceridad en la aplicación de los instrumentos, también respetando la confidencialidad de cada prueba. El lineado que seguirán las autoras para la aplicación de los instrumentos es el siguiente:

Buenos días. Nuestros nombres son Carmen y Maira, somos las investigadoras de la especialidad de psicología en la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Los invitamos a participar en el estudio denominado: "Autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajustes psicológico, relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de 3º, 4º y 5º de secundaria de una institución educativa de Lima Norte, 2017". Este estudio evalúa la asociación entre el Autoconcepto Físico y trastorno de la conducta alimentaria. En relación al uso que se le dará procurará incentivar el bienestar de los demás; Por eso mismo, se les repartirá el consentimiento informado para los que decidan intervenir, solo después de recoger los consentimientos, a continuación, *se les aplicará los cuestionarios*. Posterior a la repartición se dice: *Han recibido dos cuestionarios ambos tienen diferentes opciones de respuestas, contesten todas las preguntas con toda sinceridad no existen respuestas buenas o malas, cualquier duda pueden consultarnoslo.*

3.4.2 Instrumentos:

V1: Autoconcepto Físico (CAF)

Ficha técnica:

Nombre: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)

Autores: Goñi, Alfredo; Ruiz de Azúa, Sonia y Rodríguez, Arantzazu.

Tipificación: Goñi, Alfredo; Ruiz de Azúa, Sonia y Rodríguez, Arantzazu.

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 15 minutos aproximadamente.

Aplicación: Desde los 12 años hasta la edad adulta.

Baremación: Desde los 12 años hasta la edad adulta.

Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad se aplicó la prueba alfa de Cronbach, donde se apreció la confiabilidad de cada uno de los factores, en las características del cuestionario de las dimensiones que demostraron buenos indicadores de fiabilidad como la habilidad física 0.8488, Condición Física 0.8850, Atractivo Físico 0.8700 y Fuerza 0.8379. La consistencia interna de la prueba en general es superior 0.40.

Validez:

Para su elaboración y valoración se realizó la Validez de Contenido, empleando el criterio de jueces para estructuras y poder realizar la verificación piloto, luego se averiguó los ítems con la verificación factorial exploratorio, donde se apreció buenos indicadores de validez

V2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI – 3)

Ficha técnica:

Autor: David M. Garner

Procedencia: Psychological Assesment Resources, Inc. (2004).

Adaptación española: Paula Elosua, Alicia López-Jáuregui, Ferdando Sánchez (2010).

Administración: Personal y grupal

Duración: Puede ser variable, o 20 minutos aprox.

Finalidad: Evaluar las 3 variables de riesgo y 9 variables psicológicas en relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

Baremación: Población clínica y no clínica

Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad se aplicó la prueba alfa de Cronbach, donde se evidenció en cada uno de los indicadores de la prueba en donde las escalas Obsesión por la Delgadez $\alpha = .879$ e Insatisfacción Corporal $\alpha = .804$ muestran un nivel de confiabilidad muy bueno. Así mismo las escalas Bulimia $\alpha = .744$, Baja Autoestima $\alpha = .739$, Alienación Personal $\alpha = .743$, Inseguridad Interpersonal $\alpha = .716$, Déficit Interoceptivos $\alpha = .795$, Desajuste Emocional $\alpha = .725$ muestran una confiabilidad respetable y las escalas Desconfianza Interpersonal $\alpha = .627$, Perfeccionismo $\alpha = .606$, Ascetismo $\alpha = .613$ y Miedo a la Madurez $\alpha = .623$ presentan una confiabilidad mínimamente aceptable.

Validez:

Respecto al Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria para analizar si la prueba mide lo que pretende medir se contó con la validez de contenido el cual fue bueno al igual que la validez de constructo cual indica un índice mayor al .20 o muy significativos ($p < 0.01$) considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Se reformuló:

Los datos serán procesados a través de esta fórmula

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] 1 - \left[\frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Para el contraste de las variables cualitativas se usará la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

- O_{ij} denota el número de casos observados.
- E_{ij} denota el número de casos esperados. Se puede definir como aquella frecuencia que se observaría si ambas variables fuesen independientes.

Esta fórmula corresponde a la técnica de Chi cuadrado, que permite definir si las variables en estudio están asociadas o no. Se evaluó la distribución de los datos a través del estadístico Shapiro Wilk

También, se empleó el programa estadístico STATA 14, para comprobar la información y verificar la hipótesis.

Se consideró una significancia estadística menor a 0.05

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas:

- ✓ Se empleó análisis estadísticos
- ✓ Se pudo evaluar el riesgo latente en los adolescentes.

Limitaciones:

- ✓ El de haber preguntado cuál es su prototipo de cuerpo ideal
- ✓ El de no haber aplicado a más escolares de sexo masculino.

3.7. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación aprecia el respeto hacia los individuos por principios éticos, en concordancia se apoya el deseo del bien hacia los demás y hacia uno mismo, identificando a las personas de manera integral respetando cada aspecto: biológico, psicológico, social y espiritual.

Así, el grupo investigador se guía de los principios y juicios establecidos por las autoridades pertinentes y por principio personal de los cuales guían nuestro proceder en lineamiento con las buenas praxis de investigación y profesional, teniendo presente el principio de integridad con la finalidad de que la ciencia se realiza, procurando el bien de los demás en congruencia con la responsabilidad social que obligue a la investigación.

En concordancia, este proyecto de tesis asegura firmeza científica en los métodos de investigación para presentar resultados de calidad ya que este trabajo se encuentra a disposición de las personas en coherencia con el respeto de su dignidad como seres humanos; a la vez, se resalta la valoración inexorable del respeto por los sujetos del equipo de investigación desde la concepción hasta la muerte.

El grupo de investigación se rige bajo el siguiente código deontológico tanto de principios y métodos que detallaremos seguidamente:

Respeto de la confidencialidad y política y de protección de datos:

Para comenzar, somos respetuosos de la confidencialidad que ameritan los datos de los participantes en la investigación, tras el uso de los instrumentos; de tal manera que cuidaremos y preservaremos la información recogida sin ser difundidos. Además, se explicará a los participantes sobre la naturaleza del estudio, el propósito que se quiere lograr. Respecto a la utilidad de los resultados se procurará el bienestar de los demás. Asimismo, la información recopilada de los participantes, solo tendrán acceso las tesis y la asesora de la presente investigación. Al mismo tiempo, la información reunida será codificada para protegerla y el "Codebook" ambos serán guardados en una sola computadora con contraseña de único acceso tanto de las tesis como la asesora de la investigación.

Los recursos materiales de la presente investigación serán guardados de forma cuidadosa en un ambiente confiable resguardando la exclusividad y autoría de estos materiales conservándose solo por 7 años.

Respeto de la privacidad:

El conjunto de investigación es respetuoso de los derechos de los participantes ya que son seres libres que pueden expresar las condiciones que consideren necesarias para la aplicación como qué y cuánto tiempo, la situación elegida además de la cantidad de información que quieran brindar en la administración de la prueba. De esta manera, somos respetuosos de la libertad que tiene cada persona y la diferencia que cada participante le confiere al valor de la privacidad sobre aspectos personales.

No discriminación y libre participación:

Nos regimos bajo el principio de justicia ofreciendo un trato igualitario a las personas; por ello, todas las personas que decidan participar podrán hacerlo, debido a que en esta investigación no se hace distinción por estrato socioeconómico, racial o género.

Por tanto, se respeta la libertad de su decisión respecto a participar o no en el estudio, descartando todo acto en contra de la dignidad de la persona o que atente contra su libertad.

Consentimiento informado a los participantes de la investigación:

Primero se les brindó el consentimiento informado previamente, luego se les brindó información importante sobre la naturaleza, propósito y uso de la información resultante del proyecto de investigación.

La exposición de la información fue entendible excluyendo palabras técnicas; es decir, el lenguaje estará adaptado a los participantes, también se resaltarán que participar en este proyecto no se prevén ningún tipo de riesgo y se mencionó los beneficios materiales como que participar en esta investigación no implica algún gasto.

Se verificó primero tener todos los consentimientos informados antes de empezar con la administración de los cuestionarios, asegurando el respeto que se tiene por la libertad de participación y la dignidad de las personas.

Además, se les indicó que en cualquier momento pueden renunciar a la participación del estudio y que este acto no le traerá ningún tipo de consecuencias.

Respeto por la calidad de la investigación, autoría y eso de los resultados:

Con este proyecto de tesis se procura promover la investigación en el Perú y el tema que se planteara adquiere gran importancia en el área psicológica educativa y clínica.

Este trabajo de investigación ofrece rigurosidad científica reflejándose en su estructura como en la búsqueda de referencias científicas acorde al tema de investigación. Por ello, los procedimientos metodológicos, cuya muestra es probabilística y representativa de la población, cuenta con ventajas estadísticas pudiéndose valorar el tamaño de error; en cuanto a los instrumentos posee buenas propiedades psicométricas tanto de confiabilidad como de validez ambos adaptados a la población peruana. En relación a la recolección de datos tiene diferentes etapas y la información recolectada será codificada asegurando la protección de estos; relacionado al análisis estadístico se cuenta con técnicas confiables en el ámbito de la psicología como el programa estadístico STATA 14 además se usará la fórmula de estadística descriptiva como inferencial. Los resultados serán expresados de forma lógica, clara, exacta y objetiva direccionándose a brindar aportes para beneficios de los demás.

Se hace hincapié que tanto el recurso material como la base de datos solo estará disponible para las tesis y asesora, asegurando que por ningún motivo personas ajenas a estas no tendrán acceso, haciendo respetar de esta manera los derechos de autoría.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Resultados

De la muestra de 199 estudiantes el 65.83% de los encuestados fue de sexo femenino. El 38.19% se encuentran en 3^{ro} de secundaria. Por otro lado, el 55.78% viven en el distrito de Los Olivos. Se halló que el 70.85% pertenecen a una familia nuclear, conformada por ambos padres y hermanos. Así mismo el 57.29% practica deporte semanalmente. Se encontró que el 71.36% come tres veces al día (desayuno, almuerzo y cena). El 71.36% está conforme con su cuerpo. Sin embargo, se refleja que el 35.18% ha intentado seguir una dieta para estar a gusto. El 38.19% de los estudiantes suele revisar de vez en cuando las calorías de los productos que van a ingerir. Los resultados encontrados, entre el autoconcepto físico, la condición física obtuvo el mayor puntaje

con un 70.85% ubicado en el autoconcepto medio, y en el EDI-3 se un alto puntaje de 43.22% en el rango clínico típico y bajo. Ver tabla 1.

Tabla 1.
Descripción de variables principales y sociodemográficas

| | n | % |
|-------------------------|-----|-------|
| Edad | | |
| 13 | 34 | 17,09 |
| 14 | 59 | 29,65 |
| 15 | 59 | 29,65 |
| 16 | 47 | 23,62 |
| Sexo | | |
| Femenino | 131 | 65,83 |
| Masculino | 68 | 34,17 |
| Grado escolar | | |
| 3 | 76 | 38,19 |
| 4 | 68 | 34,17 |
| 5 | 55 | 27,64 |
| Distrito | | |
| San Martín de Porres | 88 | 44,22 |
| Los Olivos | 111 | 55,78 |
| Vive con | | |
| Mamá | 30 | 15,08 |
| Papá | 3 | 1,51 |
| Hermanos | 3 | 1,51 |
| Familia nuclear | 141 | 70,85 |
| Otros | 22 | 11,06 |
| Practica deporte | | |
| Diariamente | 29 | 14,57 |
| Semanal | 114 | 57,29 |
| Mensual | 31 | 15,58 |
| Nunca | 25 | 12,56 |

Tabla 1.
Continúa

| | n | % |
|-------------------------------|-----|-------|
| Come sus 3 comidas | | |
| Si | 142 | 71,36 |
| No | 8 | 4,02 |
| A veces | 49 | 24,62 |
| Conforme con su cuerpo | | |
| Si | 142 | 71,36 |
| No | 57 | 28,64 |
| Realiza dieta | | |
| Si | 70 | 35,18 |

| | | |
|---|-----|-------|
| No | 27 | 13,57 |
| A veces | 45 | 22,61 |
| Nunca | 57 | 28,64 |
| Revisa las calorías | | |
| Si | 14 | 7,04 |
| No | 45 | 22,61 |
| A veces | 76 | 38,19 |
| Nunca | 64 | 32,16 |
| AUTOCONCEPTO FÍSICO | | |
| Habilidad física | | |
| Autoconcepto bajo | 57 | 28,64 |
| Autoconcepto medio | 99 | 49,75 |
| Autoconcepto alto | 43 | 21,61 |
| Condición física | | |
| Autoconcepto bajo | 23 | 11,56 |
| Autoconcepto medio | 141 | 70,85 |
| Autoconcepto alto | 35 | 17,59 |
| Atractivo Físico | | |
| Autoconcepto bajo | 29 | 14,57 |
| Autoconcepto medio | 116 | 58,29 |
| Autoconcepto alto | 54 | 27,14 |
| Fuerza | | |
| Autoconcepto bajo | 19 | 9,55 |
| Autoconcepto medio | 101 | 50,75 |
| Autoconcepto alto | 79 | 39,7 |
| Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria | | |
| Rango Elevado | 27 | 13,57 |
| Rango Típico | 86 | 43,22 |
| Rango Bajo | 86 | 43,22 |

Se evidencia que existe correlación estadística entre la variable del Autoconcepto Físico, en su primera dimensión Habilidad Física, en la cual se encontró gran significancia en edad ($P < 0.000$), también, en sexo ($P < 0.000$), luego en grado escolar ($P < 0.000$), seguidamente con la práctica de deporte ($P < 0.000$) y finalmente con la prueba del EDI-3 tuvo una significancia de $P < 0.014$, en el que se aprecia un 18.75% de los estudiantes tienen un rango clínico elevado poseen un autoconcepto bajo. Sin embargo, existe un 30.23% de los encuestados se encuentra con un rango clínico bajo con el cual representa un autoconcepto alto. Ver tabla 2

Tabla 2.
Relación entre la Dimensión Habilidad Física, EDI y variables sociodemográficas

| | Habilidad Física | | | P - valor |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Edad | | | | 0,000 |
| 13 | 6 (17.65) | 16 (47.06) | 12 (35.29) | |
| 14 | 17 (28.81) | 23 (38.98) | 19 (32.20) | |

| | | | | |
|---------------------------|------------|------------|------------|-------|
| 15 | 17 (28.81) | 33 (55.93) | 9 (15.25) | |
| 16 | 8 (17.02) | 34 (72.27) | 5 (10.64) | |
| Sexo | | | | 0,000 |
| Femenino | 22 (16.79) | 72 (54.96) | 37 (28.24) | |
| Masculino | 26 (38.24) | 34 (50) | 8 (11.76) | |
| Grado escolar | | | | 0,000 |
| 3 | 15 (31.25) | 32 (30.19) | 29 (64.44) | |
| 4 | 26 (54.17) | 34 (32.08) | 8 (17.78) | |
| 5 | 7 (14.58) | 40 (37.74) | 8 (17.78) | |
| Distrito | | | | 0,350 |
| San Martin de Porres | 21 (23.86) | 43 (48.86) | 24 (27.27) | |
| Los Olivos | 27 (24.32) | 63 (56.76) | 21 (18.92) | |
| Vive con | | | | 0,960 |
| Mamá | 8 (26.67) | 16 (53.33) | 6 (20) | |
| Papá | 0 (0) | 2 (66.67) | 1 (33.33) | |
| Hermanos | 0 (0) | 2 (66.67) | 1 (33.33) | |
| Familia nuclear | 34 (24.11) | 74 (52.48) | 33 (23.40) | |
| Otros | 6 (27.27) | 12 (54.55) | 4 (18.18) | |
| Práctica deporte | | | | 0,000 |
| Diariamente | 3 (10.34) | 13 (44.83) | 13 (44.83) | |
| Semanal | 22 (19.30) | 69 (60.53) | 23 (20.18) | |
| Mensual | 10 (32.26) | 14 (45.16) | 7 (22.58) | |
| Nunca | 13 (52) | 10 (40) | 2 (8) | |
| Come sus 3 comidas | | | | 0,750 |
| Si | 34 (23.94) | 74 (52.11) | 34 (23.94) | |
| No | 3 (37.50) | 3 (37.50) | 2 (25) | |
| A veces | 11 (22.45) | 29 (59.18) | 9 (18.37) | |

Tabla 2.
Continua

| | Habilidad Física | | | P - valor |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Conforme con su cuerpo | | | | 0,170 |
| Si | 30 (21.13) | 76 (53.52) | 36 (25.35) | |
| No | 18 (31.58) | 30 (52.63) | 9 (15.79) | |
| Realiza Dieta | | | | 0,680 |
| Si | 15 (21.43) | 37 (52.86) | 18 (25.71) | |
| No | 5 (18.52) | 17 (62.96) | 5 (18.52) | |
| A veces | 14 (31.11) | 24 (53.33) | 7 (15.56) | |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|-------|
| Nunca | 14 (24.56) | 28 (49.12) | 15 (26.32) | 0,220 |
| Revisa calorías | | | | |
| Si | 2 (14.29) | 10 (71.43) | 2 (14.29) | |
| No | 10 (22.22) | 28 (62.22) | 7 (15.56) | |
| A veces | 15 (19.74) | 40 (52.63) | 21 (27.63) | |
| Nunca | 21 (32.81) | 28 (43.75) | 15 (23.44) | |
| Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria | | | | 0,014 |
| Rango Elevado | 9 (18.75) | 13 (48.15) | 5 (18.52) | |
| Rango típico | 28 (32.56) | 44 (51.16) | 14 (16.28) | |
| Rango bajo | 11 (12.79) | 49 (56.98) | 26 (30.23) | |

Se evidencia que existe correlación estadística de la dimensión Condición Física, de la variable autoconcepto físico, en la cual se encontró significancia con relación al sexo de los estudiantes ($P < 0.000$), también en el grado escolar ($P < 0.000$), luego con relación a la práctica de deporte ($P < 0.000$), seguidamente si están conforme con su cuerpo ($P < 0.000$), y si habían intentado hacer dieta ($P < 0.010$) y finalmente con la prueba del EDI-3 se encontró una significancia de $P < 0.000$, en el que se puede apreciar que el 22.22% de escolares presentan un rango clínico elevado con un autoconcepto bajo. Sin embargo, un 37.21% presenta un rango clínico bajo con un autoconcepto alto. Ver tabla 3.

Tabla 3
Relación entre la Dimensión Condición Física, EDI y variables sociodemográficas

| | Condición Física | | | P - valor |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Edad | | | | 0,310 |
| 13 | 4 (11.76) | 20 (58.82) | 10 (29.41) | |
| 14 | 3 (5.08) | 45 (76.27) | 11 (18.64) | |
| 15 | 10 (16.95) | 39 (66.10) | 10 (16.95) | |
| 16 | 6 (12.77) | 29 (61.70) | 12 (25.53) | |
| Sexo | | | | 0,000 |
| Femenino | 10 (7.63) | 84 (64.12) | 37 (28.24) | |
| Masculino | 13 (19.12) | 49 (72.06) | 6 (8.82) | |

Tabla 3.
Continúa

| | Condición Física | | | P - valor |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Grado escolar | | | | 0,000 |
| 3 | 4 (5.26) | 51 (67.11) | 21 (27.63) | |
| 4 | 13 (19.12) | 49 (72.06) | 6 (8.82) | |
| 5 | 6 (10.91) | 33 (60) | 16 (29.09) | |
| Distrito | | | | 0,190 |
| San Martín de Porres | 7 (30.43) | 58 (43.61) | 23 (53.49) | |
| Los Olivos | 16 (69.57) | 75 (56.39) | 20 (46.51) | |

| | | | | |
|---|------------|-------------|------------|-------|
| Vive con | | | | 0,230 |
| Mamá | 6 (20) | 16 (53.33) | 8 (26.67) | |
| Papá | 0 (0) | 1 (33.33) | 2 (66.67) | |
| Hermanos | 0 (0) | 3 (100) | 0 (0) | |
| Familia nuclear | 13 (9.22) | 100 (70.92) | 28 (19.86) | |
| Otros | 4 (18.18) | 13 (59.09) | 5 (22.73) | |
| Práctica deporte | | | | 0,000 |
| Diariamente | 1 (3.45) | 18 (62.07) | 10 (34.48) | |
| Semanal | 9 (7.89) | 78 (68.42) | 27 (23.63) | |
| Mensual | 4 (12.9) | 21 (67.74) | 6 (19.35) | |
| Nunca | 9 (36) | 16 (64) | 0 (0) | |
| Come sus 3 comidas | | | | 0,640 |
| Si | 14 (9.86) | 98 (69.01) | 30 (21.13) | |
| No | 2 (25) | 4 (50) | 2 (25) | |
| A veces | 7 (14.29) | 31 (63.27) | 11 (22.45) | |
| Conforme con su cuerpo | | | | 0,000 |
| Si | 9 (6.34) | 96 (67.61) | 37 (26.06) | |
| No | 14 (24.56) | 37 (64.91) | 6 (10.53) | |
| Realiza dieta | | | | 0,010 |
| Si | 12 (17.14) | 43 (61.43) | 15 (21.43) | |
| No | 2 (7.41) | 13 (48.15) | 12 (44.44) | |
| A veces | 2 (4.44) | 37 (82.22) | 6 (13.33) | |
| Nunca | 7 (12.28) | 40 (70.18) | 10 (17.54) | |
| Revisa calorías | | | | 0,310 |
| Si | 3 (21.43) | 8 (57.14) | 3 (21.43) | |
| No | 5 (11.11) | 28 (62.22) | 12 (26.67) | |
| A veces | 9 (11.84) | 47 (61.84) | 20 (26.32) | |
| Nunca | 6 (9.38) | 50 (78.13) | 8 (12.5) | |
| Indicadores de riesgo y desajuste cológico de la ingesta alimentaria | | | | 0,000 |
| Rango Elevado | 6 (22.22) | 21 (77.78) | 0 (0.00) | |
| Rango Típico | 16 (18.60) | 59 (68.60) | 11 (12.79) | |
| Rango Bajo | 1 (1.16) | 53 (61.63) | 32 (37.21) | |

Por otro lado se evidencia la existencia de una correlación estadísticamente significativa en la dimensión Atractivo Físico, de la variable autoconcepto físico, en relación a la edad ($P < 0.000$), sexo ($P < 0.000$), grado escolar ($P < 0.000$), también con quien viven ($P < 0.010$), cuando practica algún deporte ($P < 0.000$), si están conforme con su cuerpo ($P < 0.000$) y finalmente con la prueba del EDI-3 tuvo una significancia de $P < 0.000$, por lo que se puede verificar que el 18.52% tienen un rango clínico elevado con un autoconcepto bajo. Sin embargo, el 47.67% tienen el rango clínico bajo con el autoconcepto alto. Ver tabla 4

Tabla 4.
Relación entre la Dimensión Atractivo Físico, EDI y variables sociodemográficas

| | Atractivo Físico | | | P - valor |
|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |

| | | | | |
|---------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Edad | | | | 0,000 |
| 13 | 4 (11.76) | 11 (32.35) | 19 (55.88) | |
| 14 | 8 (13.56) | 36 (61.02) | 15 (25.42) | |
| 15 | 12 (20.34) | 38 (64.41) | 9 (15.25) | |
| 16 | 5 (10.64) | 31 (65.96) | 11 (23.4) | |
| Sexo | | | | 0,000 |
| Femenino | 13 (9.92) | 66 (50.38) | 52 (39.69) | |
| Masculino | 16 (23.53) | 50 (73.53) | 2 (2.94) | |
| Grado escolar | | | | 0,000 |
| 3 | 7 (9.21) | 35 (46.05) | 34 (44.74) | |
| 4 | 16 (23.53) | 50 (73.53) | 2 (2.94) | |
| 5 | 6 (10.91) | 31 (56.36) | 18 (32.14) | |
| Distrito | | | | 0,270 |
| San Martin de Porres | 13 (14.77) | 56 (63.64) | 19 (21.59) | |
| Los Olivos | 16 (14.41) | 60 (54.05) | 35 (31.53) | |
| Vive con | | | | 0,010 |
| Mamá | 3 (10) | 14 (46.67) | 13 (43.33) | |
| Papá | 0 (0) | 0 (0) | 3 (100) | |
| Hermanos | 0 (0) | 3 (100) | 0 (0) | |
| Familia nuclear | 21 (14.89) | 84 (59.57) | 36 (25.53) | |
| Otros | 5 (22.73) | 15 (68.18) | 2 (9.09) | |
| Práctica deporte | | | | 0,000 |
| Diariamente | 4 (13.79) | 18 (62.07) | 7 (24.14) | |
| Semanal | 12 (10.53) | 70 (61.40) | 32 (28.07) | |
| Mensual | 3 (9.68) | 16 (51.61) | 12 (38.71) | |
| Nunca | 10 (40) | 12 (48) | 3 (12) | |
| Come sus 3 comidas | | | | 0,880 |
| Si | 19 (13.38) | 83 (58.45) | 40 (28.17) | |
| No | 2 (25) | 4 (50) | 2 (25) | |
| A veces | 8 (16.33) | 29 (59.18) | 12 (24.49) | |

Tabla 4.
Continúa

| | Atractivo Físico | | | P - valor |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Conforme con su cuerpo | | | | 0,000 |
| Si | 9 (6.34) | 82 (57.75) | 51 (35.92) | |
| No | 20 (35.09) | 34 (59.65) | 3 (5.26) | |
| Realiza dieta | | | | 0,640 |
| Si | 11 (15.71) | 42 (60) | 17 (24.29) | |
| No | 2 (7.41) | 15 (55.56) | 10 (37.04) | |
| A veces | 5 (11.11) | 29 (64.44) | 11 (24.44) | |
| Nunca | 11 (19.30) | 30 (52.63) | 16 (28.07) | |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|-------|
| Revisa calorías | | | | 0,160 |
| Si | 0 (0) | 11 (78.57) | 3 (21.43) | |
| No | 4 (8,89) | 26 (57.78) | 15 (33.33) | |
| A veces | 12 (15.79) | 48 (63.16) | 16 (21.05) | |
| Nunca | 13 (20.31) | 31 (48.44) | 20 (31.25) | |
| Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria | | | | 0,000 |
| Rango Elevado | 5 (18.52) | 20 (74.07) | 2 (7.41) | |
| Rango Típico | 21 (24.42) | 54 (62.79) | 11 (12.79) | |
| Rango Bajo | 3 (3.49) | 42 (48.84) | 41 (47.67) | |

Seguidamente se evidencia la existencia de una correlación estadística en la dimensión Fuerza, de la variable autoconcepto físico, debido a que se halló gran significancia en relación con la edad ($P < 0.000$), sexo ($P < 0.000$), el grado escolar ($P < 0.000$), si practican algún deporte ($P < 0.050$), si suelen comer sus tres comidas ($P < 0.050$), si intento hacer dieta ($P < 0.000$) y finalmente con respecto a la prueba del EDI-3 tuvo significancia de $P < 0.001$, en el cual se aprecia que un 11.11% tiene un rango clínico elevado con un autoconcepto bajo. Sin embargo, un 52.33% tiene un rango clínico bajo con un autoconcepto alto. Ver la tabla 5.

Tabla 5.
Relación entre la Dimensión Fuerza, EDI y variables sociodemográficas

| | Fuerza | | | P - valor |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Edad | | | | 0,000 |
| 13 | 2 (5.88) | 10 (29.41) | 22 (64.71) | |
| 14 | 2 (3.39) | 33 (55.93) | 24 (40.68) | |
| 15 | 10 (16.95) | 37 (62.71) | 12 (20.34) | |
| 16 | 6 (12.77) | 20 (42.55) | 21 (44.68) | |
| Sexo | | | | 0,000 |
| Femenino | 7 (5.34) | 51 (38.93) | 73 (55.73) | |
| Masculino | 13 (19.12) | 49 (72.06) | 6 (8.82) | |

Tabla 5.
Continúa

| | Fuerza | | | P - valor |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Autoconcepto bajo n (%) | Autoconcepto medio n (%) | Autoconcepto alto n (%) | |
| Grado escolar | | | | 0,000 |
| 3 | 2 (2.63) | 29 (38.16) | 45 (59.21) | |
| 4 | 13 (19.12) | 49 (72.06) | 6 (8.82) | |
| 5 | 5 (9.09) | 22 (40) | 28 (50.91) | |
| Distrito | | | | 0,500 |
| San Martín de Porres | 10 (11.36) | 47 (53.41) | 31 (35.23) | |
| Los Olivos | 10 (9.01) | 53 (47.75) | 48 (43.24) | |
| Vive con | | | | 0,230 |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|-------|
| Mamá | 3 (10) | 12 (40) | 15 (50) | |
| Papá | 0 (0) | 0 (0) | 3 (100) | |
| Hermanos | 0(0) | 3 (100) | 0 (0) | |
| Familia nuclear | 14 (9.93) | 72 (51.06) | 55 (39.01) | |
| Otros | 3 (13.64) | 13 (59.09) | 6 (27.27) | |
| Práctica deporte | | | | 0,05 |
| Diariamente | 0 (0) | 16 (55.17) | 13 (4.83) | |
| Semanal | 10 (8.77) | 57(50) | 47 (41.23) | |
| Mensual | 3 (9.68) | 16 (51.61) | 12 (38.71) | |
| Nunca | 7 (28) | 11 (44) | 7 (28) | |
| Come sus 3 comidas | | | | 0,050 |
| Si | 14 (9.86) | 80 (56.34) | 48 (33.80) | |
| No | 0 (0) | 4 (50) | 4 (50) | |
| A veces | 6 (12.24) | 16 (32.65) | 27 (55.10) | |
| Conforme con su cuerpo | | | | 0,210 |
| Si | 11 (7.75) | 72 (50.7) | 59 (41.55) | |
| No | 9 (15.79) | 28 (49.12) | 20 (35.09) | |
| Realiza dieta | | | | 0,000 |
| Si | 6 (8.57) | 28 (40) | 36 (51.43) | |
| No | 4 (14.81) | 9 (33.33) | 14 (51.85) | |
| A veces | 1 (2.22) | 28 (62.22) | 16 (35.56) | |
| Nunca | 9 (15.79) | 35 (61.40) | 13 (22.81) | |
| Revisa calorías | | | | 0,830 |
| Si | 1 (7.14) | 8 (57.14) | 5 (35.71) | |
| No | 7 (15.56) | 20 (44.44) | 18 (40) | |
| A veces | 7 (9.21) | 37 (48.68) | 32 (42.11) | |
| Nunca | 5 (7.81) | 35 (54.69) | 24 (37.50) | |
| Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria | | | | 0,001 |
| Rango Elevado | 3 (11.11) | 19 (70.37) | 5 (18.52) | |
| Rango Típico | 15 (17.44) | 42 (48.84) | 29 (33.72) | |
| Rango Bajo | 2 (2.33) | 39 (45.35) | 45 (52.33) | |

Finalmente, se evidencia la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre Indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria con el sexo ($p<0.000$) donde se aprecia que el 32.35% de los hombres tiene un rango elevado, seguidamente un 17.54% no están conforme con su cuerpo ($p<0.000$) con un rango elevado, luego un 17.14% si ha intentado hacer dieta ($p<0.03$) con un rango elevado, por lo que un 35.71% revisa las calorías de los alimentos ($p<0.05$) encontrándose en un rango elevado. Ver tabla 6

Tabla 6.
Relación entre el EDI y las variables sociodemográficas

| | EDI-3 | | | P - valor |
|--|------------|--------------|---------------|-----------|
| | Rango Leve | Rango Típico | Rango Elevado | |

| | n (%) | n (%) | n (%) | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Edad | | | | 0,140 |
| 13 | 19 (55.88) | 12 (35.29) | 3 (8.82) | |
| 14 | 26 (44.07) | 28 (47.46) | 5 (8.47) | |
| 15 | 21 (35.59) | 24 (40.68) | 14 (23.73) | |
| 16 | 20 (42.55) | 22 (46.81) | 5 (10.64) | |
| Sexo | | | | 0,000 |
| Femenino | 73 (55.73) | 53 (40.46) | 5 (3.82) | |
| Masculino | 13 (19.12) | 33 (48.53) | 22 (32.35) | |
| Distrito | | | | |
| San Martin de Porres | 40 (45.45) | 36 (40.91) | 12 (13.64) | |
| Los Olivos | 46 (41.44) | 50 (45.05) | 15 (13.51) | |
| Vive con | | | | 0,150 |
| Mamá | 13 (43.33) | 17 (56.67) | 0 (0) | |
| Papá | 1 (33.33) | 2 (66.67) | 0 (0) | |
| Hermanos | 0 (0) | 3 (100) | 0 (0) | |
| Familia nuclear | 63 (44.68) | 55 (39.01) | 23 (16.31) | |
| Otros | 9 (40.91) | 9 (40.91) | 4 (18.18) | |
| Practica deporte | | | | 0,470 |
| Diariamente | 11 (37.93) | 12 (41.38) | 6 (20.69) | |
| Semanal | 53 (46.49) | 46 (40.35) | 15 (13.16) | |
| Mensual | 15 (48.39) | 14 (45.16) | 2 (6.45) | |
| Nunca | 7 (28) | 14 (56) | 4 (16) | |
| Come sus 3 comidas | | | | 0,1 |
| Si | 62 (43.66) | 61 (42.96) | 19 (13.38) | |
| No | 4 (50) | 0 (0) | 4 (50) | |
| A veces | 20 (40.82) | 25 (51.02) | 4 (8.16) | |
| Conforme con su cuerpo | | | | 0,000 |
| Si | 72 (50.70) | 53 (37.32) | 17 (11.97) | |
| No | 14 (24.56) | 33 (57.89) | 10 (17.54) | |
| Realiza dieta | | | | 0,030 |
| Si | 20 (28.57) | 38 (54.29) | 12 (17.14) | |
| No | 18 (66.67) | 8 (29.63) | 1 (3.70) | |
| A veces | 23 (51.11) | 16 (35.56) | 6 (13.33) | |
| Nunca | 25 (43.86) | 24 (42.11) | 8 (14.04) | |
| Revisa calorías | | | | 0,050 |
| Si | 6 (42.86) | 3 (21.43) | 5 (35.71) | |
| No | 21 (46.67) | 20 (44.44) | 4 (8.89) | |
| A veces | 26 (34.21) | 40 (52.63) | 10 (13.16) | |
| Nunca | 33 (51.56) | 23 (35.94) | 8 (12.50) | |

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En la muestra de estudio se halló que existe relación significativa entre las dimensiones del autoconcepto físico y los indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria. También, los indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria en adolescentes se relacionan con las dimensiones del autoconcepto físico, con la edad, sexo, grado escolar, si consume sus tres comidas, si realiza dieta y si revisa las calorías. Por otro lado, las dimensiones habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza se relacionan con la edad, sexo, si realiza dieta, revisa las calorías y practica deporte. Además, se pudo observar que los niveles de las dimensiones del autoconcepto físico se relacionaron al sexo, edad, grado académico, si practica deporte y revisa calorías. Finalmente se evidenció que la mayor cantidad de encuestados provienen del distrito de Los Olivos, que son de 5to año; asimismo, se

ubican en el autoconcepto medio y alto; observándose que un importante porcentaje de la muestra estaría teniendo riesgo en la conducta alimentaria.

Los resultados evidenciaron que existe una correlación significativa entre la dimensión Habilidad física de la variable Autoconcepto Físico y los Indicadores de riesgo y desajustes psicológicos de la conducta alimentaria. Dicho resultado es similar al obtenido por Quiñones (2016) en su investigación “Autoconcepto físico y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitarios-Trujillo”, en el cual se resalta que cuando la persona tiene una opinión positiva de sí misma, los niveles de riesgo de poder evocar alteraciones en la conducta alimentaria son mínimos. Una posible explicación a tal conclusión se puede deber a que cuando un individuo presenta una opinión favorable hacia su persona, se generan sensaciones positivas como felicidad, orgullo de sí mismo, satisfacción, autoconfianza tanto en su manera de ser como en su físico lo cual evita que se predisponga la persona a la aparición de hábitos alimenticios desfavorables para salud y/o trastornos alimenticios, siendo estos evocados por pensamientos y preocupaciones fuertemente relacionadas a la negativa percepción de la propia imagen corporal (Quiñones, 2016). Por lo tanto, se puede apreciar un adecuado autoconcepto físico, estaría relacionado a una percepción física positiva.

Asu vez, demostraron que existe una correlación significativa entre la dimensión Condición física de la variable Autoconcepto Físico y los Indicadores de riesgo y desajustes psicológicos de la conducta alimentaria. Otro estudio, realizado por Rebuffo, Siravegna & Adrián (2012), obtuvieron similares resultados, mediante su estudio que buscaba hallar la relación entre la comorbilidad depresiva en mujeres y trastornos de conducta alimentaria; encontrando como resultado que la percepción negativa de su condición física y la auto desvalorización influyen sustancialmente en la aparición de conductas alimenticias dañinas para la salud. Una posible explicación puede deberse a que dicho estudio fue realizado en mujeres diagnosticadas con depresión, en tal contexto se resalta la correlación entre una autopercepción de su condición física, sintiéndose débiles, desganadas, enfermas, lo cual genera una búsqueda de actos alimenticios de riesgo que la “ayuden” bajo su percepción a poder sentirse y verse mejor. Debido a esto los estudiantes que presentan una mejor condición física podrían tener una mayor autoconfianza en su estado físico.

Los resultados, también señalaron que existe una correlación significativa entre la dimensión Atractivo físico de la variable Autoconcepto Físico y los Indicadores de riesgo y desajustes psicológicos de la conducta alimentaria. En el estudio ya mencionado por Quiñones (2016), se contrastan tales resultados y son reafirmados, puesto que el autor menciona que cuando el sujeto que se observa a sí mismo no le agrada su imagen física, teniendo una opinión desfavorable de ella, suele buscar alternativas que cambien su apariencia, yendo al camino de las cirugías, de los ejercicios excesivos, el maquillaje desmesurado y las conductas alimentarias de riesgo. Los estudiantes con una percepción negativa de su atractivo físico no están satisfechos con su apariencia ni con la imagen que reflejan lo cual podría estar relacionado a problemas en la conducta alimentaria que son perjudiciales para su salud.

Además, los resultados evidenciaron que existe una correlación significativa entre la dimensión Fuerza de la variable Autoconcepto Físico y los Indicadores de riesgo y desajustes psicológicos de la conducta alimentaria. Así mismo, otro autor (Estévez, 2012), que buscaba hallar la relación entre la satisfacción con la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto físico del alumnado; señala que el practicar deporte influencia de manera positiva en el adolescente siendo este una motivación para la aceptación de la imagen corporal, puesto que presentan una sensación de fortaleza,

vitalidad y salud. En otras palabras, cuando el sujeto realiza deporte de manera regular tiene agradables sensaciones de fuerza y vitalidad, sintiéndose saludables, lo cual evita que el individuo sienta la necesidad de recurrir a métodos alimenticios desfavorables para su salud para generar una falsa percepción de que realizando tales actos dañinos su imagen corporal sea la que él desea.

Así mismo, los resultados revelaron que existe relación significativa entre variable del Autoconcepto físico con la variable sociodemográfica sexo, prevaleciendo el sexo femenino. Diferentes investigaciones apoyan tales resultados (Risoto, 2009) e (Ibáñez, 2015) en donde se observan como resultados que las mujeres tienen mayor tendencia a padecer trastornos y/o conductas negativas alimenticias, que los hombres. Una posible explicación puede deberse a que las adolescentes llegan a la adolescencia unos años a priori que los varones, por ende, muestran cambios de la pubertad antes y se sienten desconforme con su aspecto físico (Malca & Rivera, 2019), además de los estereotipos dictaminados por la sociedad en cuanto a belleza y todos los mensajes llevados a los adolescentes mediante los medios de comunicación y consumo, lo cual genera gran preocupación por el aspecto físico en las adolescentes (Sesento & Lucio, 2018). Es así como las mujeres se ven más vulnerables a presentar un autoconcepto físico negativo en la etapa de la pubertad y esta misma se ve reforzada por los mensajes estereotipados que la sociedad anuncia constantemente mediante los medios de comunicación.

Por otro lado, se halló relación significativa entre la variable del Autoconcepto Físico con las variables edad y grado escolar. Dicho resultado es reafirmado por Lizarraga (2017), quien, en su estudio sobre el autoconcepto físico e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes, señaló que durante la adolescencia los niveles de autoconcepto e insatisfacción sobre la propia imagen corporal son bajos; esto puede deberse a que durante la adolescencia se presentan cambios físicos muy importantes que conllevan raíces muy fuertes dentro lo psicológico, como la preocupación por la apariencia (Papalia, et al., 2012). y comparaciones tanto con sus pares, en especial dentro del contexto educativo y de grados menores, como con modelos estereotipados por la sociedad y los medios de comunicación (Sesento & Lucio, 2018). Así mismo, otro estudio (Huaripata, 2019), señala que, durante esta etapa de la adolescencia, tanto chicos como chicas presentan una autopercepción negativa de su imagen corporal. La etapa de la adolescencia puede convertirse en un aspecto de riesgo a tomar en cuenta por todo lo señalado en cuanto al desarrollo del autoconcepto físico se refiere y este se puede ver perjudicialmente reforzado por experiencias con el entorno social educativo, siendo a veces algunos alumnos víctimas de burlas, de bullying o rechazo por parte sus compañeros.

Además, dentro de los resultados, se muestra que existe correlación estadística entre la variable del Autoconcepto Físico con la variable sociodemográfica deporte y conformidad con el cuerpo; prevaleciendo la actividad física de manera semanal. Tal resultado guarda similitud con otro estudio (Contreras, et al., 2009), siendo este un estudio que buscaba la relación entre el autoconcepto físico y la práctica de deporte en estudiantes adolescente; señaló como resultado que la práctica deportiva se relaciona de manera positiva con el autoconcepto físico en los adolescentes. Este resultado se puede explicar mediante lo expuesto por Esnaola (2005), donde refiere que la percepción que tiene un adolescente de su apariencia física influyen elementalmente en la forma de autoconcepto físico que puedan ir teniendo, lo cual hace que la apariencia física sea un factor que impulse la conducta de ejercitarse, lo cual llega a ser beneficioso para la salud cuando no hay excesos; es decir, que la práctica semanal y moderada de un deporte (no más de una hora) puede tener efectos positivos tanto en la salud como

en autoconcepto positivo del adolescente (Contreras, et al., 2009). Se deduce que el autoconcepto físico se ve valorado positivamente en aquellos que realizan actividades físicas con regularidad practicando diversos deportes lo cual les puede generar una percepción favorable de su aspecto corporal; a diferencia de los que no practican algún tipo de deporte obtiene una imagen más negativa en relación a su físico.

Otro resultado importante hallado fue la relación existente entre las dimensiones Condición Física y Fuerza de la variable Autoconcepto Físico con la variable dieta, donde se resalta que hay una mayor autoaceptación de la fuerza y condición física cuando se realiza una dieta. La investigación realizada por Goñi et al. (2003) Apoya tal resultado, puesto que en su estudio se encontró relación con dichas variables en cuestión; tales resultados son plausibles según lo señalado por los mismos autores, quienes mencionan que, en relación a la salud, aquella persona que realiza una dieta equilibrada y controlada corre menor riesgo de tener enfermedades y le otorga una valoración positiva a su propio bienestar físico, elevando así la percepción positiva de su condición física. Sin embargo, se debe tener en cuenta que se podría correr el riesgo de llevar una dieta saludable a una dieta con restricciones que podría perjudicar la salud, con el fin de reducir la masa corporal.

De la misma manera, se halló correlación significativa entre la variable “Indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria”. con la variable sociodemográfica sexo, siendo el sexo femenino el que predomina. Esta misma relación es hallada en diferentes investigaciones (Duran, et al., 2014) (Catejón, Berenguí & Garcés, 2016) en donde efectivamente los niveles de desajuste psicológico y desarrollar conductas alimentarias de riesgo, es notablemente desarrollada en su mayoría social por las mujeres; dichas afirmaciones se pueden sustentar, mediante lo mencionado en otros estudios (Chacón, Angelucci & Fernández, 2015) (Rodríguez, 2008), en donde la mujer es el grupo más vulnerable a generar alteraciones de su imagen corporal, muchas veces potencializado por los medios de comunicación, en donde se imparte un modelo estereotipado de belleza femenina; este mismo modelo es el que la sociedad alaba y afirma debe llegar a alcanzar, viéndose reforzado por propagandas, afiches, revistas, videos, etc., altas cantidades de publicidad en donde la adolescente se ve idealizada a alcanzar los estándares de belleza proclamados por la sociedad (Salazar, 2007). Se evidencia que el sexo femenino a diferencia del sexo masculino, son más propensas a los estereotipos de la sociedad en el que la mujer delgada es más atractiva y aceptada.

Finalmente, dentro de los resultados se obtuvo una relación estadística significativa entre la variable “Indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria”. con las variables conformidad con el cuerpo y dieta. Estudios similares (Duran, et al., 2014) (Chacón, Angelucci & Fernández, 2015), avalan tales resultados, señalando la estrecha relación entre la disconformidad con el cuerpo y conductas alimenticias de riesgo, entre ellas hacer dieta desfavorable. Se menciona que la disconformidad por la imagen corporal propia, muchas veces generada por una autopercepción corporal errónea, induce a los adolescente a efectuar conductas que le ayuden a aceptar y tener conformidad con su aspecto físico, siendo una de ellas las dietas (De Lama, 2020), a lo cual se debe tener en consideración que estas conductas en busca de la conformidad de la imagen corporal esperada, si no son supervisadas y guiadas tanto por los padres como por profesionales de la salud, pueden llevar a un riesgo alto a los adolescentes a desarrollar trastornos de conducta alimenticia (Sánchez, 2019). Por ende, los adolescentes que estén disconformes con su apariencia física

podrían llegar a realizar dietas rigurosas para cuidar su apariencia debido a su insatisfacción corporal.

5.2. Conclusiones

Se pudo evidenciar que existe relación significativa entre la variable del Autoconcepto Físico y sus dimensiones (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) con la segunda variable Indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria, relacionándose negativa y significativamente en estudiantes de secundaria de lima norte, lo cual indica, que los niveles de ambas variables se incrementan de manera inversa, a mayor autoconcepto físico positivo, menores son los niveles de indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria.

De igual manera, en la presente investigación, se concluyó que existe relación entre la variable del Autoconcepto Físico y sus dimensiones (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) con la variable sociodemográfica sexo, prevaleciendo el sexo femenino en los estudiantes evaluados, lo cual resalta que las mujeres tienen mayor prevalencia a desarrollar conductas negativas alimenticias y se ven más expuestas e influenciadas a lo que dictaminan los medios de comunicación en cuanto a estándares de belleza, que los hombres.

Asimismo, se encontró relación entre la entre la variable del Autoconcepto Físico y sus dimensiones (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) con las variables edad y grado escolar, las cuales varían entre 13 y 16 años, ubicándose en la etapa adolescente, la misma en la que se presentan diversos cambios tanto físicos, como emocionales, y la preocupación por el aspecto físico cobra un papel principal, en especial al querer ser aceptados por sus pares.

Además, en este estudio, se concluyó que existe correlación estadística entre la variable del Autoconcepto Físico y sus dimensiones (Habilidad Física, Condición Física, Atractivo Físico y Fuerza) con la variable sociodemográfica deporte y conformidad con el cuerpo, lo cual indica que el buscar tener un físico corporal agradable para uno mismo llega a ser un factor que impulsa la conducta de ejercitarse, y viceversa, cuando el adolescente practica deporte, pero de manera regular y adecuada, se ve más motivado a aceptar su propia imagen corporal.

Del mismo modo, se halló la relación existente entre las dimensiones Condición Física y Fuerza de la variable Autoconcepto Físico con la variable dieta, donde se resalta que hay una mayor autoaceptación de la fuerza y condición física cuando se realiza una dieta, la misma que debe ser equilibrada y controlada, de esta manera la persona presenta menor riesgo a contraer enfermedades e impulsa un tener una valoración positiva a su propio bienestar físico.

Igualmente, se halló correlación significativa entre la variable “Indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria” con la variable sociodemográfica sexo, siendo el sexo femenino el que predomina. Las mujeres son las que presentan mayor riesgo a realizar conductas alimentarias que al no ser supervisadas y dirigidas a la salud, suelen generar a la larga trastornos de conducta alimentaria, y todo ello se ve desencadenado por la idea de lograr la meta de la belleza promovida por la sociedad.

Finalmente, se evidencia estadística significativa entre la variable “Indicadores de riesgo y desajustes psicológico de la conducta alimentaria”. con las variables

conformidad con el cuerpo y dieta, señalando que la poca aceptación de la propia imagen corporal induce al adolescente a realizar conductas que le ayuden a poder aceptar y tener conformidad de su aspecto físico, siendo una de estas conductas, la dieta.

5.3. Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de psicología que trabajan en el área educativa, desempeñar y brindar charlas, talleres y demás herramientas de difusión, sobre la importancia del adecuado cuidado alimenticio, además de generar programas que incrementen la actividad física de manera favorable dirigida a un estilo de vida saludable.

Así mismo, se espera desarrollar estudios de tipo explicativo que determine la influencia entre la variable independiente y dependiente, de esta manera poder obtener conocimiento sobre la relación causa-efecto entre dichas variables, y exista un mayor conocimiento del tema investigado.

Del mismo modo, se sugiere realizar investigaciones comparando los grupos entre sexo femenino y masculino, evaluando como se desarrolla la relación entre las variables estudiadas diferenciadas entre sexo.

Por ello, se debe realizar un programa de sensibilización dirigida a los adolescentes para tomar conciencia de los pensamientos, emociones y sensaciones que determinan el autoconcepto físico.

También, ayudar a los adolescentes a mejorar su autoconcepto físico y ser realistas en cuanto sus capacidades y habilidades para que con esto puedan establecer metas de acuerdo a su desempeño físico.

Finalmente, realizar escuela de padres para concientizar sobre los correctos hábitos alimenticios, y así ellos sean los primeros en detectar si sus hijos tienen una excesiva preocupación por su aspecto físico o lo que ingieren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, L. (2015). Estromatología. Teoría de los niveles fenomenológicos. *Investigaciones Fenomenológicas*, 12, 265–275. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7437760>
- Álvaro, J. (2015). *Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físicos y psicosociales en adolescentes de la Provincia de Granada*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Granada – España. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40109/24703138.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apaza, Y. (2016). *Estado nutricional corporal en adolescentes de la institución educativa secundaria comercial N° 45 “Emilio Romero Padilla” Puno-2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Altiplano – Puno. Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3434/Apaza_Aquise_Yaneth.pdf
- Bautista-Díaz, M., Castelán-Olivares, A., Martín-Tovar, A., Franco-Paredes, K., & Mancilla-Díaz, J. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conductas asertivas en estudiantes de secundaria. *Interacciones*, 6(3), e162. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.162>
- Bäck, E. A. (2001). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Eating Disorders*, 19(5), 403-424. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.609091>
- Benzaquen C. (2016) *Bienestar y desórdenes alimenticios en bailarinas profesionales de ballet en el Perú*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima. Recuperado de <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7469>
- Caballero, G. (2014). *Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana*. (Tesis de Maestría). Universidad de San Martín de Porres – Lima. Recuperado de <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1147>
- Castejón, M. & Berengüi, R. (2019). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 36(1), 64–73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Castillo, M. (2016). *Percepción de la imagen corporal a hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de 13 a 17 años del Colegio Municipal Sebastián de Benalcázar, 2016*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Quito. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12350/Disertaci%C3%B3n%20M%C3%B3nica%20Castillo.pdf>

- Cazalla-Luna, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, 43-64. Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es>
- Contreras, O., Fernández, J., García, L., Palao, P. & Ponseti, J. (2009). El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de psicología del deporte*. 19(1), 23-39. Recuperado de <https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v19n1/19885636v19n1p23.pdf>
- Chacón, G., Angelucci, L. & Fernández, T. (2015) Influencia de la insatisfacción con la imagen corporal, índice de masa corporal, autoconcepto físico, y sexo sobre las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios Psicología, tercera época. *Revista arbitrada*. 34(1), 109-135. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/267079592.pdf>
- Chacón, G., Angelucci, L. y Quintero, G. (2016) Autoconcepto Físico y Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes universitarios. *Revista Ciencia UNEMI*, 9(17), 108-116. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5556799>
- Chávez, M. (2021). *Autoestima y riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Pública "Nuestra Señora De Fátima", Ayacucho 2020* (tesis de licenciatura). Universidad de Ayacucho Federico Froebel, Ayacucho. Recuperado de <http://repositorio.udaff.edu.pe/handle/20.500.11936/182#:~:text=Los%20resultados%20muestran%20que%20no,Nuestra%20Se%C3%B1ora%20de%20F%C3%A1tima%E2%80%9D%20Ayacucho.>
- David M. Garner (2004). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3*.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and selfobjectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(8), 997-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>
- De Lama, D. (2020). *Insatisfacción con la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de dos instituciones educativas públicas de la Provincia de Huanta, 2020*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/48099/De%20La%20ma%20MDV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Durán, S., Díaz, V., Record, J., Cordon, K., Encina, C. & Araya, M. (2014). Diferencias entre índice de masa corporal real y el percibido en mujeres universitarias de Chile, Panamá y Guatemala. *Nutr Clín Diet Hosp*. 34(2), 29-36. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275951064_Diferencias_entre_el_indice_de_masa_corporal_real_y_el_percibido_en_mujeres_universitarias_de_Chile_Panama_y_Guatemala
- Esnaola, I. (2005). *Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el deporte practicado*. APUNTS. *Educación Física y Deportes*, 80, 5-12. Recuperado de https://revista-apunts.com/wp-content/uploads/2020/11/080_005-012ES.pdf

- Esparza G., Dominguez G., Burgueño G. (2017). *Estado de salud bucodental en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria*. (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44200/1/T39066.pdf>
- Estévez, M. (2012). *El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes*. (Tesis de doctorado). Universidad de Granada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/23779>
- Fajardo, E., Méndez, C., Jáuregui, A. (2016) *Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá - Colombia*. *Revista Medrev.fac.med*, 25(1), 46 – 57. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562017000100005&script=sci_arttext&lng=es
- Fearon, R. M. P., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>
- Fuentes, B. (2018). *Autoestima y resiliencia ante los problemas alimentarios en escolares de 9 a 12 años* (tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, Zumpango. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:A0sNyRJ53-gJ:ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/95061+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Flores, J., & Neyra, L. (2016). Clima social escolar y el autoconcepto en escolares en una institución educativa nacional de Lima Norte. *Consensus*, 21(1), 71–83. <https://doi.org/10.33539/consensus.2016.v21n1.984>
- Flores y Neyra (2016) Clima social escolar y el autoconcepto en estudiantes en una institución educativa nacional de Lima Norte
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Gonzales, O. (2005). *Estructura multidimensional del autoconcepto físico*: *Revista de Psicodidáctica*, 1(10), 121 – 130.
- González, M. (1999). Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. *Aula Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 11, 217-232. Recuperado de <http://revistas.usal.es>
- Goñi, Alfredo; Ruiz de Azúa, Sonia y Rodríguez, Arantzazu (2000 y 2001). *Cuestionario de Autoconcepto físico*.
- Goñi, A, et. al. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, (15-16), 7-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17515081003>
- Goñi, A., Rodríguez, A., y Ruiz de Azúa, S. (2004). “Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud”. *Psiquis*, 25 (4), 141- 151.
- Huaripata, D. (2019). *Autoestima e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de una Institución Educativa, Trujillo 2017*. (Tesis de Licenciatura).

Universidad Católica Los Ángeles. Recuperado de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/13294/AUTOESTIMA_ADOLESCENTES_HUARIPATA_DE_LA_CRUZ_DEYSI_FLOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ibañez, M. (2015). *Relación entre insatisfacción corporal y autoconcepto, distorsiones cognitivas y actitud hacia la alimentación en adolescentes y jóvenes*. (Tesis de licenciatura) Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2679/retrieve>

Juarez, A. (2013). *Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimenticios relacionados al estado nutricional de estudiantes de educación secundaria estatal y privada*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma – Lima. Recuperado de <https://1library.co/document/yr3e9d8y-autopercepcion-corporal-alimentarios-relacionados-nutricional-estudiantes-educacion-secundaria.html>

Kuipers, S., & Bekker, H.J. (2012). Attachment, Mentalization and Eating Disorders: A review of studies using the Adult Attachment Interview. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 326-336. <https://doi.org/10.2174/157340012803520478>

Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: the role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology*, 144(5), 449-471. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.496651>

Lizárraga, D. (2017). *Autoconcepto físico e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de una Institución Educativa Estatal del Centro Poblado Alto Trujillo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3168/1/RE_PSICO_DIEGO.LIZARRAGA_IMAGEN.CORPORAL_DATOS.PDF

Losada, Leonardilli y Magliola (2015). *Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*.

Malca, A. & Rivera, LI (2019). *Clima social familiar ¿Qué relación tiene con el autoconcepto en adolescentes del Callao?* *CASUS*, 4(2), 120-129. Recuperado de DOI: 10.35626/casus.2.2019.208

Neyra, L. (2021). *Relación entre las características psicológicas y comportamentales de los trastornos de conducta alimentaria y la inteligencia emocional en estudiantes de primer año de una Universidad Privada De Lima, Perú* (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9447>

Otilia, A (2010). *La Autoestima*.

Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.

Piñeros, O., Molano, C., y López de Mesa, C. (2010). *Factores de riesgo de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2) 313 – 328. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200007

- Quiñones, S., (2016). *Autoconcepto Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario – Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo. Recuperado de [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1976/1/RE_PSICO_SARITA.QUIÑONES_AUTOCONCEPTO.TRASTORNOS.CONDUCTA.DA.TOS.PDF](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1976/1/RE_PSICO_SARITA QUIÑONES AUTOCONCEPTO.TRASTORNOS.CONDUCTA.DA.TOS.PDF)
- Rebuffo, M., Siravegna, M. S., & Adrián, L. (2012). *Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria*. *Psicología y Salud*, 22(2), 215-224. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/546/932>
- Risoto, M. (2009). *Influencia del rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres*. *Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID)*. (2), 27-44. Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1105>
- Rodríguez, S., Antolín, G., Vaz, L., & García, H. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia*: Libro.
- Rodríguez Santos, Laura; Antolín Gutiérrez, Manuel; Vaz Leal, Francisco José; García Herráiz, Angustias (2006) Titulado “*Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia*”. Escritos de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2.”
- Rodríguez, A (2008). *El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia*. (Programa de doctorado). Universidad del País Vasco. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=UhFCWYngqCE%3D>
- Salazar Mora, Zaida (2007). *Imagen corporal femenina y publicidad en revistas*. *Revista de Ciencias Sociales*. 2(116), 71-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311605>
- Salazar, S. (2011). “*Informes finales de investigación: Adolescencia y trastornos alimenticios: influencia de los modelos televisivos*”, Universidad de Costa Rica.
- Salazar, L. (2021). *Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños Del Inca – Cajamarca, 2018* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca. Recuperado de <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2886/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, A. (2019) *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: etiología y actuación enfermera*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687947/sanchez_garcia_almudenatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sesento, L. & Lucio, R., (2018). *Afectación en la autoestima de las adolescentes a causa de los estereotipos de belleza como falsa respuesta a una imagen estructurada colectiva*. *Revista de pedagogía crítica*. 2(4), 1-13. Recuperado de

https://www.ecorfan.org/republicofperu/research_journals/Revista_de_Pedagogia_Critica/vol2num4/Revista_de_Pedagog%C3%ADa_Critica_V2_N4_1.pdf

- Silvia, L. (2015). *Propiedades psicométricas del cuestionario de autoconcepto físico, autopercepción física en universitarios de Trujillo metropolitano*. (Tesis de Doctorado). Universidad Cesar Vallejo – Lima. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/189>
- Surichaqui, M. (2012). *Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una institución privada Chosica*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma – Lima. Recuperado de <https://1library.co/document/zgw7776y-factores-predisponentes-trastornos-alimentarios-adolescentes-institucion-privada-chosica.html>
- Tasca, G., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tuesta (2014) “Autoconcepto físico y motivacional en estudiantes de nivel secundaria de la IE Ramiro Ñique Espíritu Moche 2014”
- Zachrisson, H., & Skårderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18 (2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>

ANEXOS



| |
|--|
| <p>CUESTIONARIO DE</p> <p>AUTOCONCEPTO FÍSICO</p> |
|--|

| | | |
|---------------------|----------|-----------|
| Edad | | |
| Localidad | | |
| Fecha de Evaluación | | |
| Escuela Profesional | | |
| Ciclo de estudios | | |
| Universidad | | |
| Genero | Femenino | Masculino |

INSTRUCCIONES

En este cuestionario encontraras afirmaciones sobre sentimientos e ideas que las personas solemos tener, recuerda que no es un examen, por lo tanto, no hay respuestas buenas, ni malas. Solo queremos conocer tu opinión y que tú te conozcas un poco mejor.

Por favor, te pedimos que leas cada frase detenidamente antes de contestar y que pienses si vale para ti. Tú debes marcar con un aspa la casilla que mejor represente tu opinión. Según el siguiente criterio.

1. Falso.
2. Casi siempre falso
3. A veces verdadero y a veces falso
4. Casi siempre verdadero
5. Verdadero

Hagamos un ejemplo para comprender mejor la forma de responder.

ME GUSTA HACER DEPORTES

Si marcas

Tu contesta

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Falso | No me gusta hacer deporte |
| 2. Casi siempre falso | La mayoría de veces no me gusta hacer deportes |
| 3. A veces verdadero y a veces falso | Unas veces si me gusta hacer deporte y otras veces no |
| 4. Casi siempre verdadero | Casi siempre me gusta hacer deportes |
| 5. Verdadero | Siempre me gusta hacer deporte |

Por favor, comprueba que has contestado todas las preguntas.

| Orden | ITEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | | | | |
|-------|---|-----------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|-----------|
| | | Falso | Casi siempre falso | A veces Verdadero /falso | Casi siempre verdadero | Verdadero |
| 1 | Soy bueno en los deportes | | | | | |
| 2 | Tengo mucha resistencia física | | | | | |
| 3 | Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad | | | | | |
| 4 | Físicamente me siento bien | | | | | |
| 5 | Me siento a disgusto conmigo mismo | | | | | |
| 6 | No tengo cualidades para los deportes | | | | | |
| 7 | Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar los ejercicios físicos | | | | | |
| 8 | Me cuesta tener un buen aspecto físico | | | | | |
| 9 | Me cuesta levantar tanto peso como los demás | | | | | |
| 10 | Me siento feliz | | | | | |
| 11 | Estoy en buena forma | | | | | |
| 12 | Me siento contento/a con mi imagen corporal | | | | | |
| 13 | Soy capaz de realizar actividades que exigen fuerzas | | | | | |
| 14 | En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a | | | | | |
| 15 | No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida | | | | | |
| 16 | Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente. | | | | | |
| 17 | Tengo más habilidad que la gente de mi edad practicando deporte. | | | | | |
| 18 | Puedo correr y hacer ejercicio mucho tiempo sin cansarme. | | | | | |
| 19 | Siento confianza en cuanto a la imagen física que transmito. | | | | | |
| 20 | Destaco en actividades en las que se precisa de fuerza física. | | | | | |
| 21 | Mi cuerpo me transmite sensaciones positivas | | | | | |
| 22 | Desearía ser diferente. | | | | | |
| 23 | Soy de las personas que les cuesta aprender un deporte nuevo. | | | | | |
| 24 | En actividades como la de correr, tengo que tomar pronto un descanso. | | | | | |
| 25 | No me gusta mi imagen corporal. | | | | | |
| 26 | No me siento a gusto conmigo mismo/a en lo físico. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 27 | Estoy haciendo bien las cosas. | | | | | |
| 28 | Practicando deporte soy una persona hábil | | | | | |
| 29 | Tengo mucha energía física | | | | | |
| 30 | Soy guapo/a | | | | | |
| 31 | Soy fuerte | | | | | |
| 32 | No tengo demasiadas cualidades como persona | | | | | |
| 33 | Me veo torpe en las actividades deportivas | | | | | |
| 34 | Me gusta mi cara y mi cuerpo | | | | | |
| 35 | No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física | | | | | |
| 36 | Físicamente me siento peor que los demás | | | | | |

Anexo 2

EDI-3

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

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustada.
5. Suelo hartarme de la comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confió en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.

29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiadas anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchada después de una comida normalmente.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a hacer adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.

63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener el control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo
91. Creo que realmente sé quién soy.

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS
FRASES.**

Anexo 3

FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Marca con (x) las siguientes preguntas y llena los espacios en blancos.

1.- Edad:

2.- Sexo: Femenino

Masculino

3.- Grado escolar: _____

4.- Lugar o distrito donde vives: _____

5.- ¿Con quién vives?

Mamá Papá Hermanos Familia nuclear

Otros familiares ¿Quiénes? _____

6.- ¿Practica algún deporte?

Diariamente Semanal Mensual Nunca

7.- ¿Sueles comer tus 3 comidas (desayuno, almuerzo y cena)?

Si No A veces

Nunca ¿Por qué? _____

8.- ¿Estas conforme con tu cuerpo?

Si No

¿Por qué? _____

9.- ¿Haz intentado hacer una dieta, para bajar de peso?

Si No A veces Nunca

Otros _____

10.- ¿Revisas las calorías de los alimentos que se encuentran en los productos?

Si No A veces Nunca

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación- PADRES

Institución : I.E. de Lima Norte.
Investigadoras : CAYCHO CARBAJAL, CARMEN JULIA
COSI REYES, MAIRA ALEJANDRA

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “Autoconcepto e indicadores de riesgo y de desajuste psicológico, relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de 3º 4º y 5º de secundaria de una institución educativa de Lima Norte, 2017”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la *Universidad Católica Sedes Sapientiae*. Estamos realizando este estudio para determinar si existe relación entre Autoconcepto y trastornos de la conducta alimentaria

Procedimientos:

Si su hijo decide participar en este estudio se le aplicará de forma totalmente anónima dos cuestionarios: Uno de autoconcepto y otro sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Riesgos:

No se prevén riesgos para su hijo(a) por participar en esta investigación.

Beneficios:

Su hijo contribuirá al mejor conocimiento de los estudiantes de su colegio, ayudando a mejorar su educación. Los costos de esta investigación serán cubiertos por el grupo investigador y no le ocasionarán a usted gasto alguno.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la relación entre Autoconcepto y trastornos de la conducta alimentaria

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Carmen Julia Caycho Carbajal al teléfono 941065618 o a Maira Alejandra Cosi Reyes al teléfono 992524137.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la *Universidad Católica Sedes Sapientiae*, teléfono 533-0079.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo el procedimiento si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

CAPÍTULO 1. Padre o
apoderado
Nombre:
DNI:

CAPÍTULO 2. Fecha

CAPÍTULO 3. Investigador
Nombre: Carmen Julia Caycho
Carbajal
DNI: 47094582

Fecha

CAPÍTULO 4. Investigador
Nombre: Maira Alejandra Cosi Reyes
DNI: 47236202

Anexo 5

ASENTIMIENTO INFORMADO

Asentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución : I.E. de Lima Norte.

Investigador : CAYCHO CARBAJAL, CARMEN JULIA

COSI REYES, MAIRA ALEJANDRA

Propósito del Estudio:

Hola, nuestros nombres son: Carmen Julia Caycho Carbajal y Maira Alejandra Cosi Reyes estamos haciendo un estudio en tu institución educativa, para determinar si existen diferencias significativas entre el Autoconcepto físico y hábitos alimenticios.

Si decides participar en este estudio te haremos algunas preguntas personales acerca de cómo te percibes y así como cuáles son tus hábitos alimenticios.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema, que nos ayudará a determinar si existen diferencias significativas del autoconcepto físico y hábitos alimenticios.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu casa o en tu colegio. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al 941065618 o al teléfono 992524137.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ()

No ()

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Nombre: Carmen Julia Caycho Carbajal

Fecha:

DNI: 47094582

Investigador

Nombre: Maira Alejandra Cosi reyes

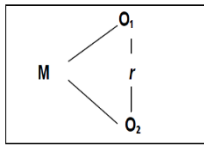
DNI: 47236202

Fecha:

Anexo 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: Autoconcepto físico e indicadores de riesgo y de desajuste psicológico de la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES Y DIMENSIONES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|---|--|---|---|---|
| P.G ¿Existe relación entre Autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte? | O.G Determinar la relación entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte. | H.G: Existe relación entre autoconcepto físico e indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte. | <u>Autoconcepto físico:</u> Habilidad Física. Condición Física. Atractivo Físico. Fuerza. <u>V2:</u> <u>Trastornos de la conducta alimentaria:</u> 1. Escalas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria: Escala Obsesión por la delgadez Escala bulimia Escala insatisfacción | <u>Tipo de Investigación:</u> El tipo de investigación descriptivo - correlacional <u>Diseño:</u> No experimental de corte transversal  <u>Metodología:</u> *Técnicas: Según (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) los métodos de | <u>Población:</u> En el presente estudio la población está constituida por los estudiantes de 3°,4° y 5° de secundaria de una institución educativa de Lima Norte, 2017. <u>Muestra:</u> Los estudiantes de 3°,4° y 5° de secundaria de una institución educativa de Lima Norte, 2017. |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| <p>P.E</p> <p>1 ¿Cuáles son las características del autoconcepto físico en adolescentes de lima norte?</p> <p>2. ¿Cuáles son los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte?</p> <p>3 ¿Cuál es la relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos</p> | <p>O.E</p> <p>1. Determinar las características del autoconcepto físico en adolescentes de una institución de Lima Norte.</p> <p>2. Determinar los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Norte.</p> <p>3. Determinar la relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográfico</p> | <p>H.E</p> <p>1. Existe relación entre el autoconcepto físico y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.</p> <p>2. Existe relación entre indicadores de riesgo y desajuste psicológico de la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en</p> | <p>corporal</p> <p>2. Escalas psicológicas:</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Alienación personal</p> <p>Inseguridad interpersonal</p> <p>Desconfianza interpersonal</p> <p>Déficits interoceptivos</p> <p>Desajuste emocional</p> <p>Perfeccionismo</p> <p>Ascetismo</p> <p>Miedo a la madurez</p> | <p>investigación empleados son las siguientes:</p> <p>-La Observación</p> <p>-Instrumentos estandarizados o inventarios.</p> <p>-Información secundaria (recopilados por otros investigadores).</p> | |
|---|---|--|---|---|--|

| | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|--|--|
| <p>en adolescentes de lima norte?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre los indicadores de riesgo y desajuste psicológico en la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de lima norte?</p> | <p>s en adolescentes de lima norte.</p> <p>4. Determinar la relación entre los indicadores de riesgo y desajuste psicológico a la conducta alimentaria y los datos sociodemográficos en adolescentes de Lima Norte.</p> | <p>adolescentes de Lima Norte.</p> | | | |
|--|---|------------------------------------|--|--|--|