



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RIESGO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO,
ANSIEDAD ESTADO - RASGO Y MOTIVOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICO
DEPORTIVA

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Arizola Torpoco, Jorge Erwin

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo Magno
(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui
Mendoza Huaman, Vicente
Tantalean terrones, Lizley

Lima - Perú

2023





Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	AI – ARIZOLA TORPOCO JORGE ERWIN- OFICIO N° 073-2023-OGGE-AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	05 /05/2023
Operador del Programa Informático:	SALAZAR CHAMBA SOFIA TERESA
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	6 %
Asesor:	EDMUNDO HERVIAS GUERRA
Título:	: RIESGO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO, ANSIEDAD ESTADO-RASGO Y MOTIVOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICO DEPORTIVA
Enlace:	https://secure.arkund.com/view/158782006-888978-851682

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



MG. VILMA BARTOLA ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RIESGO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO, ANSIEDAD
ESTADO - RASGO Y MOTIVOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA.

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología con mención en psicología clínica

AUTOR:

Arizola Torpoco, Jorge Erwin

ASESOR:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

JURADO:

Castillo Gómez, Gorqui

Mendoza Huaman, Vicente

Tantalean terrones, Lizley

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A mi papá Jorge Meza Papuico a quien no pude mostrar este trabajo terminado pero cuyo apoyo agradeceré eternamente. A mi madre Sonia Torpoco Inga, porque sin ella no hubiera sido posible esto.

AGRADECIMIENTOS

Este espacio quedara corto para agradecer el apoyo de tantas personas, pero no puedo dejar de mencionar a mi padrino Januario Torpoco Inga, quien siempre expresó su confianza en mí y me dio el impulso para empezar este proyecto. Agradecer a mi asesor Edmundo Hervias Guerra quien tuvo la paciencia para poder guiarme no solo en esta investigación sino también en los cursos de la carrera. A mis padres, quienes me dieron el respaldo no solo económico sino también emocional; a mi esposa Mary Angeles Chávez, quien se convirtió en una de mis fortalezas para salir adelante; mis abuelos; mis compañeros de trabajos que me respaldaron para poder desempeñarme profesionalmente y poder adquirir experiencia en todo este tiempo. Una mención especial para mi abuela Gudelia Inga y mi papá Jorge Arizola que desde donde se encuentre seguirán siendo mi inspiración para seguir adelante.

INDICE

CARATULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
Índice	IV
LISTA DE TABALAS	VIII
LISTA DE FIGURA	IX
Resumen	X
Abstrac	XI
I. INTRODUCCIÓN	XII
1.1. Descripción y formulación del problema	
1.2. Antecedentes	19
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	19
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales</i>	21
1.3. Objetivos	23
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	23
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	24
1.4. Justificación	24
1.5. Hipótesis	25
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	25
<i>1.5.2. Hipótesis específicas</i>	25
II. MARCO TEORICO	27
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	27

<i>2.1.1. Trastorno del comportamiento alimentario</i>	27
<i>2.1.1.1 Insatisfacción corporal.</i>	27
<i>2.1.1.2 Especialización precoz</i>	27
<i>2.1.1.3 Modalidades deportivas – Deportes de riesgo</i>	28
<i>2.1.1.4 Nivel de competición</i>	28
<i>2.1.1.5 Aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias</i>	29
<i>2.1.1.6 La utilización habitual de métodos poco saludables para perder peso</i>	29
<i>2.1.1.7 Acontecimientos traumáticos</i>	29
<i>2.1.1.8 Comentarios despectivos</i>	30
<i>2.1.1.9 Personalidad del deportista</i>	30
<i>2.2.1 Ansiedad estado</i>	30
<i>2.2.2 Ansiedad Rasgo</i>	31
III. MÉTODO	32
3.1. Tipo de investigación	32
3.1.Ámbito temporal y espacial	32
3.2. Variables	32
3.2.1. Variable de investigación	32
3.2.2. Variables de control	32
3.3. Población y muestra	34
3.3.1. Población	34
3.3.2. Muestra	34
3.4. Instrumentos	35

3.4.1. <i>Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT – 26)</i>	35
3.4.2. <i>Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)</i>	36
3.4.3. <i>Confiabilidad y validez de los instrumentos.</i>	37
3.5. Procedimiento	40
3.6. Análisis de datos	40
IV RESULTADOS	41
4.1. Determinación de la correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte.	45
4.2. Descripción de la frecuencia de los motivos para realizar actividad física deportiva, Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva, Tipo de actividad deportiva y Rango de edad en personas que practican deporte.	46
4.3. Identificación de la prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo en personas que practican deporte.	48
4.4. Comparación de las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.	49
4.5. Comparación las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el rango de edad de los participantes.	51
4.6. Comparación de las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el tipo de actividad deportiva.	54

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	59
VIII. REFERENCIAS	60
IX. ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

Tabla	Título	Pág.
1	análisis de confiabilidad del EAT – 26 y las dos sub escalas del IDARE (Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo)	37
2	Validez interna del Test de Actitudes Alimentarias / EAT – 26 (Eating Attitudes Test, EAT – 26)	38
3	Validez interna de las sub pruebas del IDARE (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo)	39
4	Pruebas de normalidad para las variables de control en funciones a el puntaje total del EAT – 26, puntaje total ansiedad estado y puntaje total de ansiedad rasgo.	41
5	Coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el Puntaje total del EAT – 26 y los puntajes totales de Ansiedad estado y Rasgo en función a los Motivos para realizar actividad físico deportiva.	45
6	Frecuencia de casos respecto a las variables de control	46
7	Frecuencia de la clasificación de los TCA y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo	48
8	Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.	49
9	Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26 y Ansiedad Rasgo, según el Rango de edad de los participantes.	51

10	Intervalos de confianza para la media al 95% de los rangos de edad en función al puntaje total de Ansiedad Estado.	52
11	ANOVA de un factor y prueba de homogeneidad de varianzas entre los Puntajes de Ansiedad Estado para los grupos según Edad de los participantes	53
12	Prueba post hoc HSD de Turkey para la comparación de las medias de ansiedad estado entre los rangos de edades de los participantes.	53
13	Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, según el tipo de actividad deportiva.	55

LISTA DE FIGURA

Fig.	Titulo	Pag.
1	Cálculo del tamaño de muestra con G*Power	34

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar si existe correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte y conocer cómo se relacionan la ansiedad estados rasgo y los trastornos del comportamiento alimentario en función al rango de edad, la frecuencia de práctica deportiva y el tipo de actividad deportiva. Se aplicó el EAT – 26 y el IDARE a 90 personas. Los resultados muestran que existe relación significativa entre los puntajes del EAT – 26 y la ansiedad estado – rasgo en función al motivo de diversión y pasar el tiempo (*Rho de Spearman* = ,577; ,537 *p* = ,024; ,039 respectivamente). También existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Rasgo en función al motivo de “le gusta, le agrada” (*Rho de Spearman* = ,467 y *p* = ,044). Se encontró que existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y rasgo según la frecuencia con la que se práctica la actividad física deportiva (*Chi cuadrado* = 8.987 *p* = .029). Se muestra que existe diferencia significativa respecto al puntaje total de Ansiedad estado ente los grupos de edad que están ente 25 a 39 años y los que tienen de 40 años a más (*p* = ,033). Finalmente, no se encontró diferencias significativas ente los puntajes del EAT – 26, los puntajes de ansiedad estado y los puntajes de ansiedad rasgo según el tipo de actividad de los deportistas (individual o colectiva).

Palabras claves: *Trastorno del comportamiento alimentario; Ansiedad estado – rasgo.*

Actividad física deportiva.

Abstract:

The objective of this research is to determine whether there is a correlation between eating disorders and state anxiety – trait from the reasons for performing sports physical activity in people who play sports and know how anxiety states trait and eating disorders are related based on age range, frequency of sports practice and type of sports activity. Eat – 26 and IDARE were applied to 90 people. The results show that there is a significant relationship between EAT scores – 26 and anxiety status – trait based on the reason for fun and passing the time (*Spearman's Rho* = ,577; ,537 p = ,024; ,039 respectively). There is also a significant relationship between the Total EAT Score – 26 with the Total Anxiety Trait Score based on the reason for "likes, likes" (*Spearman's Rho* ,467 p = ,044). Significant differences were found between the average EAT scores – 26, anxiety status and trait depending on how often sports physical activity is practiced (*Chi squared* = 8.987 p = .029). It is shown that there is significant difference from the total score of Anxiety status between the age groups that are between 25 and 39 years old and those who are 40 years old to more (p = .033). Finally, no significant differences were found between EAT scores – 26, state anxiety scores and anxiety scores trait depending on the type of activity of athletes (individual or collective).

Key words: Eating behavior disorder; Anxiety state – trait. Sports physical activity.

I. INTRODUCCIÓN

Con el avance de la tecnología, el ser humano ha visto relegada sus funciones a presionar botones y ver como la ciencia hace todo el trabajo; esto ha generado que los hábitos y hobbies existentes anteriormente hayan variado; ya que con el correr de los años, hemos pasado de distraernos con actividades físicas como saltar la soga o correr en el parque con los amigos a empezar a utilizar las tabletas o equipos móviles como medio de entretenimiento. Este cambio predispone a la presencia de sedentarismo en la sociedad; en el tema de la salud física estamos frente a una población que tiene sobrepeso en su mayoría y psicológicamente esto se muestra como una fuente de riesgo para sufrir cambios en el estado de ánimo como la depresión o la ansiedad. Por lo mencionado anteriormente es importante incentivar la presencia de actividades físico deportivas a fin de promover una vida saludable en la población; no obstante, las investigaciones ubican a los deportistas como una población de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario. Bajo esta situación la actividad física deportiva se ubica en el medio de ser un hábito saludable a considerarse como una actividad de riesgo; Sin embargo, las investigaciones no mencionan en qué medida los motivos que se tienen para realizar AFD influyen en la presencia de TCA por lo que se espera servir de aporte y precedente a futuras investigaciones relacionadas al tema.

1.1. Descripción y formulación del problema

Tobal (1998) nos advierte del crecimiento que viene teniendo las enfermedades de trastornos alimenticios tales como la bulimia y la anorexia en las sociedades occidentales; también, nos indica del aumento en la demanda que tienen los trastornos de la conducta alimentaria en la atención ambulatoria tanto en hospitales como en clínicas. Previamente en 1995, Morande

teorizaba sobre las características de estas enfermedades de las cuales resalto la posibilidad de ser contagiosa por lo que él llamo “Niñas portadoras” aquellas que, debido a su obsesión por la estética, generan que personas cercanas a su entorno tiendan a tomar medidas como los trastornos de la conducta alimentaria para regular las características relacionadas con el peso. Este punto es importante dado que el ambiente deportivo del individuo puede influir directamente en sus decisiones y por lo tanto también en sus hábitos alimenticios.

Según Rodriguez et al. (1999), ha existido un incremento de lo que los investigadores llamaron “Conductas alimentarias alteradas”, lo que hoy en día el DSM V nombra como: “trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”; junto con estas conductas, se vio un aumento en las actitudes y creencias relacionadas con la sobrevaloración y excesiva preocupación por el peso.

Con motivo de definir los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) nos basaremos brevemente en la descripción que nos ofrece el DSM V (2014) al referir lo siguiente:

Se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (p. 329)

Una vez teniendo la descripción de esta variable, podemos comprender cuando en 1999, Rodriguez et al. Refieren que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una mayor frecuencia en adolescentes y a su vez, agregan que los ejercicios físicos, especialmente los que se realizan de forma individual (dado que es el método preferido para perder peso), están estrechamente relacionados con los TCA.

Duran et al. (2006) y Galilea (2000) califican la práctica deportiva como profesión de riesgo para los TCA dado que se parte del principio en la cual practicar ciertos deportes como la gimnasia rítmica, algunas pruebas del atletismo y entre otras disciplinas que exigen tener una contextura delgada, aumentan la posibilidad de padecer esta “enfermedad” (sic).

Habiendo descrito la estrecha relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la actividad deportiva, podemos encontrar que también existen propuestas de intervención para este fenómeno, por ejemplo: Duran et al. (2006) hacen especial mención a la prevención de los TCA en deportistas, basándose principalmente en la importancia que tienen los entrenadores por ser agentes relacionados tanto con la aparición de los TCA como con la detección temprana de los mismo. Para esto, reunió las siguientes 12 “Pautas correctas de actuación para entrenadores”:

- 1) Tomar conciencia de las consecuencias positivas y negativas que pueden tener sus acciones u omisiones en la salud de los deportistas.
- 2) Revisar sus propios valores y actitudes en relación a estereotipos sexistas, el peso, la dieta y la imagen corporal.
- 3) Estar informados sobre los síntomas y signos de estas enfermedades.
- 4) Informarse sobre la nutrición deportiva para evitar prácticas inadecuadas por desconocimiento.
- 5) Considerar que existen otras áreas más allá del peso o porcentaje de grasa, que influyen en el rendimiento del deportista.
- 6) Comprender que el desarrollo natural del cuerpo no afectará negativamente el rendimiento sino por el contrario se debe asimilar como un proceso deseable en el deportista.

- 7) Eliminar, especialmente en las mujeres, cualquier tipo de comentario despectivo relacionado con la estética y el peso.
- 8) Evaluar cuidadosamente los modelos que se sugieren a imitar, ya que no solo las deportistas delgadas y pequeñas alcanzan el éxito.
- 9) Considerar seriamente los signos de alarma dado que una vez iniciada la enfermedad es más difícil su tratamiento.
- 10) No impedir automáticamente la participación deportiva de un deportista diagnosticado con algún tipo de TCA, a menos que tenga una recomendación médica, ya que esto puede generarle estrés.
- 11) Se debe empezar a replantear los modelos de alto rendimiento. La especialización deportiva antes de la adolescencia nunca debe ser recomendada.
- 12) Informar sobre la importancia de este problema a todas las personas que forman parte del entorno del deportista, incluyendo a los propios padres.

De igual manera Duran et al. (2006) formulan algunas recomendaciones para ayudar a perder peso a deportistas sin generar riesgo a la salud. Estas recomendaciones tienen como fin establecer una meta realista en función a la tipología corporal; no utilizar métodos insanos de pérdida de peso y proporcionar apoyo profesional por parte de distintas disciplinas como son la medicina, la psicología y principalmente la nutrición.

Por otra parte, Márquez (2008) también nos ofrece su aporte respecto al tratamiento e intervención en este campo; sin embargo, previamente nos refiere que la mayoría de las investigaciones y artículos respecto a este punto, solo se han preocupado por describir la prevalencia del fenómeno mas no por la prevención y el tratamiento que se debe de dar. A su vez,

Márquez (2008) resalta que conocer la prevalencia de ello es importante, pero esto se minimiza ante el hecho ya vigente de que muchos atletas sufren estos trastornos y necesitan un tratamiento.

Una vez descrita la actividad deportiva como una fuente de riesgo y los factores que contribuyen a la presencia de TCA, se puede notar que no se ha considerado las razones o motivos por las cuales el deportista se inició en la actividad. Este punto es importante, ya que como mencionan Rodríguez-Romo et al. (2009) uno de los objetivos que tienen las sociedades respecto a la promoción de la salud, es aumentar la presencia de actividad física, para ello se busca desarrollar estrategias que estimulen la actividad deportiva y supriman las barreras que limitan su práctica. Según Rodríguez-Romo et al. (2009) con el fin de aportar a este objetivo, algunos autores han manifestado la necesidad de conocer los factores y motivos que llevan a las personas a iniciar y/o mantener una actividad física, así como también los factores que generan el abandono de estas.

Otro aporte adicional nos ofrecen Balanguer et al. (1998) al indicar que la práctica deportiva constituye un factor clave para la promoción de la salud y que incluso, como los autores refieren, se le puede encontrar relacionada con otras actividades que promueven la salud como son el caso de la alimentación o la higiene. Basado en estos beneficios que tiene la actividad deportiva en la salud, Gavala (2010) considera que es importante tener mayor conocimiento sobre los aspectos relacionados a las actividades físicas deportivas y refiere que uno de estos aspectos es conocer las razones y motivos que generan que una persona pueda empezar, abandonar u optar por no practicar alguna actividad física deportiva.

Según Muñoz-Daw et al. (2016) es importante conocer los motivos que generan que las personas practiquen o no alguna actividad física deportivo (AFD) con el fin de que la población logre incrementar este tipo de actividades para promover salud dentro de sus integrantes.

Rodríguez-Romo et al. (2009); Gavala (2010) y Muñoz-Daw et al. (2016) nos dicen que existen diferentes razones por las que las personas inician alguna AFD y estas razones pueden diferenciarse según el sexo, la edad y estatus socioeconómicos.

Específicamente hablando, Rodríguez-Romo et al. (2009) encontraron que las razones que tienen las personas para realizar AFD son por “*gusto*” y “*salud*”. A su vez; Gavala (2010), nos agrega otras razones como lo son: *El ocio; la salud; la estética, las relaciones sociales y otros*. Finalmente podemos mencionar los puntos encontrados por Muñoz-Daw et al. (2016) quienes aportan los siguientes resultados: *Diversión, pasar el tiempo; Mantenerse en forma, mantener la línea; Mantener o mejorar la salud; Le gusta, le agrada; Relacionarse con amigos; Competir y mejorar el rendimiento deportivo; Por evasión, por salir de lo habitual; Otros; y no sabe no contesta*.

Otro punto que se encuentra relacionado directamente con las variables mencionadas, es la presencia de ansiedad en las personas que practican AFD y las personas con TCA. Según Rodríguez y Ruiz (2006) La industrialización ha propiciado un ambiente estresante y paralelamente un estilo de vida sedentario donde todas nuestras actividades diarias han sido simplificadas por el uso de electrodomésticos. Estos equipos han hecho más cómoda la vida de las personas, pero a su vez, han generado un descenso en la actividad física de los mismos. Epstein (1984) observó un dato importante respecto a nuestros hobbies; se hablaba que antes predominaban las actividades como ir a caminar y/o salir a pasear, pero hoy en día existe mayor presencia de actividades sedentarias como ver televisión, jugar videojuegos o estar en internet. Todo este estilo de vida adoptado por la población se traduce en “enfermedades físicas” (sic) como la obesidad y si nos referimos a trastornos psicológicos podríamos hablar de estados de ánimos poco saludable como la depresión y la ansiedad.

Rodríguez y Ruiz (2006) y Ries et al. (2012) refieren que fue Spielberger quien propuso una teoría basada en la Ansiedad Estado-Rasgo dando a entender que se debe notar la diferencia entre la ansiedad como un estado emocional temporal o transitorio y la ansiedad propia del individuo o como un rasgo de personalidad.

Spielberger (1972) define la ansiedad – estado como un estado emocional que puede ser modificable en el tiempo y donde se caracteriza la combinación de sentimientos como tensión, aprensión y nerviosismo, a su vez esto puede encontrarse junto a cambios fisiológicos como la hiperactividad del sistema nervioso. Rodríguez y Ruiz (2006) nos dicen que el rasgo más característico de este tipo de ansiedad es que dependiendo de las diferentes situaciones en las que se encuentre, puede cambiar a lo largo del tiempo.

Respecto a la ansiedad – rasgo; Rodríguez y Ruiz (2006) y Ries et al. (2012), afirman que se puede definir de igual forma que la ansiedad – estado solo teniendo como principal diferencia que los sentimientos percibidos por el sujeto (tensión, aprensión, nerviosismo, etc.) son más estables a través del tiempo ya que se trata más de una disposición propia de la personalidad del sujeto. En conclusión, según Rodríguez y Ruiz (2006) una persona con mayor rasgo de ansiedad tendrá mayor predisposición de presentar mayor ansiedad – estado ya que perciben mayor cantidad de situaciones como amenazantes.

Debido al análisis realizado se busca determinar si los motivos para realizar actividad física deportiva y la ansiedad estado – rasgo constituyen factores de riesgo para el trastorno del comportamiento alimentario en personas que practican deporte.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Surichaqui (2012) tuvo como objetivo el determinar cuáles son los factores que predisponen la presencia de trastornos alimentarios en una institución privada Chosica – 2011; Su muestra estuvo conformada por 60 alumnos provenientes del 2do hasta el 5to año de secundaria. Se concluyó que existe predisposición en los factores personales, familiares como socioculturales. Se encontró una media predisposición en el factor personal de 56.67%; en lo familiar un 65% y sociocultural de 53.33%.

Pumacayo (2015) sustentó su tesis: “Relación entre el Índice de Masa Corporal y Trastorno de Conducta Alimentaria en Estudiantes Adolescentes de la IE. Ludwing Van Beethoven, 2015” para optar el título de profesional de Médico Cirujano por la Universidad San Martín. El objetivo de determinar la relación entre Trastorno de Conducta Alimentaria y Relación entre el Índice de Masa Corporal en el Estudiantes Adolescentes de la IE. Ludwing Van Beethoven. La muestra empleada estuvo conformada por 150 estudiantes. Se utilizó los Cuestionarios, Test de Actitudes Alimentarias EAT-26 y el Test de BULIT, así como también, el Índice de Masa Corporal. Los resultados indicaron que según el test de EAT-26: el 90% de los adolescentes tiene bajo riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria; 8.7% presentó alto riesgo de tener trastorno de conducta alimentaria y el 1.3% padecería de trastorno de conducta alimentaria y según el Test de BULIT: el 78% de adolescentes no padece de Bulimia, el 21.3% presentaron riesgo de padecer bulimia y el 0.7% padece de bulimia.

Grundi (2017) realizó su tesis: “Grado de Ansiedad del Usuario en la Atención de Emergencia en un Establecimiento de Salud, durante el año 2017” para optar el título de psicóloga por la Universidad Científica del Perú. El objetivo principal fue la conocer la relación de características demográficas y el nivel de ansiedad en usuarios de emergencia de un establecimiento de salud en el departamento de Loreto. La población fue de 144 usuarios. El

instrumento que utilizaron fue la Escala de Ansiedad de Zung. Los resultados que se encontraron fueron que; el 45.14% de los participantes presentan un nivel de ansiedad mínima a moderada y según la prueba exacta de Fisher, existe una relación significativa entre la característica demográfica y el nivel de ansiedad ($p < 0.05$).

Ramírez (2013), realizó su tesis “Relación entre Índice de Masa Corporal y Nivel de Actividad Física en Adolescentes según Infraestructura Deportiva de sus Instituciones Educativas” para optar al título de licenciado en Nutrición de la Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, 2013. El objetivo principal fue determinar la relación entre índice de masa corporal y nivel de actividad física en adolescentes según infraestructura deportiva de sus instituciones educativas. Participaron 460 alumnos de 3ro, 4to y 5to año de secundaria, de entre 14 y 18 años pertenecientes a la I.E. estatal N° 1140 Aurelio Miró Quesada Sosa ($n=360$), y del Colegio Privado San Antonio Abad SCRL ($n=100$). Se tuvo una muestra de 166 adolescentes, distribuidos equitativamente en las dos instituciones educativas, elegidos según muestreo probabilístico aleatorio simple. Se aplicó el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ versión corta) para clasificarlos según nivel de actividad física y se midieron el peso y la talla para calcular el índice de masa corporal para la edad y clasificarlos según su estado nutricional. Los resultados nos muestran que, en ambas instituciones educativas, se encontró relación significativa entre el índice de masa corporal y el nivel de actividad física ($p < 0.05$), pero no se pudo concluir si la presencia de espacios deportivos mejora el estado nutricional o el nivel de actividad física, puesto que en ambas instituciones se encontraron resultados similares.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Rodríguez et al. (1999) realizaron un estudio en adolescentes de Cádiz donde busco la relación que existe entre ejercicio físico y hábitos alimentarios. Encontró que en estudiantes que

realizaban deportes individuales, las mujeres predominaban con mayor frecuencia el seguimiento de una dieta respecto a los varones existiendo una relación de 3.12 a 0.44 respectivamente. De igual manera el 43% de personas que practicaban deportes individuales refirieron pasar periodos de ayuno de manera voluntaria lo cual resulto ser 4.96 veces la frecuencia respecto a quienes practicaban deportes colectivos. Siguiendo con los resultados se encontró mayor frecuencia también en la provocación del vómito y la ingesta de laxantes, como método para perder peso, esto en quienes practicaban deportes individuales existiendo una frecuencia de 46 y 26 por ciento respectivamente. Y estos a su vez, tienen una relación de 3.76 y 2.56 veces más frecuencia que aquellos que practican actividad deportiva de forma colectiva. Finalmente, los autores refieren que existen diferencias significativas al comparar los hábitos alimentarios entre los que realizan AFD de forma individual respecto a los que lo realizan de forma colectiva.

Montenegro et al. (2009) realizaron una investigación “Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica” con el objetivo de busca determinar la correlación entre la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios en una muestra de estudiantes de psicología en 71 estudiantes. Para la obtención de datos se usó el BDI (Inventario de Depresión de Beck), BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) y el EAT-26 (Eating Attitudes Test-26), obteniendo resultados estadísticos con el análisis ANOVA, correlaciones de Pearson y Análisis de Cronbach. Los resultados demostraron el sexo tiene un nivel significativo sobre los trastornos alimenticios, del mismo modo se evidencia una correlación significativa entre trastorno alimenticio y ansiedad.

Rodríguez y Ruiz (2006) publicaron su artículo “Práctica Deportiva y Ansiedad en la Adolescencia” para la Revista Internacional de Desarrollo y Psicología Educativa de España. El objetivo de esta investigación es analizar las diferencias de la ansiedad estado-rasgo hacia la

práctica deportiva, su frecuencia de práctica y el sexo. En él participaron 257 estudiantes (140 hombres y 117 mujeres). Se usó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y una lista de preguntas acerca de hábitos deportivos. Se halló que los ejercicios reducen los niveles de ansiedad-rasgo, pero no de ansiedad-estado. De igual manera, se encontró que no existe diferencia significativa con $p > 0.05$ entre la frecuencia de AFD y la ansiedad estado. Por el contrario, si existe diferencia significativa entre la frecuencia AFD y la ansiedad rasgo con $p < 0,05$.

Ries et al. (2012) realizaron una investigación “Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas” para la Universidad de Murcia. El objetivo de esta investigación es analizar las diferencias de la ansiedad estado-rasgo en las competencias deportivas. Los participantes fueron 135 deportistas de Luxemburgo, se usó el WAI-T y WAI-S. Podemos observar, que tanto la ansiedad-rasgo competitiva permanecen estables de forma intraindividual, mientras que la ansiedad-estado competitiva varía.

Niñerola et al. (2006) realizaron una investigación “Barreras Percibidas y Actividad Física: El Autoinforme de Barreras para la Práctica de Ejercicio Físico” para la Universidad Autónoma de Barcelona. El objetivo fue el de establecer las barreras o dificultades para la práctica regular de ejercicio físico entre personas activas y sedentarias. Se trabajó con 720 participantes, de ambos sexos entre los 13 y los 63 años. Se usó el Autoinforme de Barreras para la Práctica de Ejercicio Físico (ABPEF). Los resultados nos dicen que una barrera importante para realizar actividad física es la vergüenza de enseñar el cuerpo en público, otra barrera fue la pereza o la fuerza de voluntad y que suelen estar relacionados con una baja condición física en sus fases iniciales, otros factores indican dificultades de tipo organizativo o de administración del tiempo tanto debido a cuestiones laborales como sociales o relacionadas con el tiempo de ocio.

Muñoz-Daw et al. (2016) realizó su investigación “Motivos para la práctica de actividad física recreativa e inactividad en la población de Chihuahua (México)” para la Universidad Autónoma de Chihuahua. Su objetivo fue conocer los motivos por los que las personas realizan o no actividad física. La muestra fue integrada por 655 participantes 355 mujeres con edades entre 6 y 90 años; y 320 hombres con edades entre 6 y 91 años. Los principales motivos por los que realizan ejercicio son: por gusto 22.8% de las niñas y el 36.6% de los niños, 15.3% de las adolescentes y 33% de los adolescentes; por salud el 27.3% de las mujeres adultas jóvenes, 37.1% de mujeres adultas maduras y 28.4% de las mujeres adultas mayores; en contraste con el sexo masculino 32.3% adultos jóvenes, 52.2% adultos maduros y 21.9% adultos mayores. Los motivos por los que no la realizan en los adultos mayores son por enfermedad incapacitante, los demás grupos de edad y sexo masculino son por falta de tiempo, en el sexo femenino las niñas refieren por desmotivación, a las adolescentes no les gusta y las mujeres adultas jóvenes y maduras por falta de tiempo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar si existe correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia de los motivos para realizar actividad física deportiva, Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva, Tipo de actividad deportiva y Rango de edad en personas que practican deporte.

2. Identificar la prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo en personas que practican deporte.
3. Comparar la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.
4. Comparar la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el rango de edad de los participantes.
5. Comparar la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el tipo de actividad deportiva.

1.4. Justificación

La poca acogida que tiene el realizar actividades deportivas tiende a ser una de las razones por las que las personas puedan presentar problemas de salud; así como también, el estilo de vida sedentario al que nos encontramos expuestos nos hacen vulnerable a presentar algún problema de salud no solo física, sino también psicológica. En la edición virtual del diario El Comercio de Perú (2016), se informó que solo el 10% de la población peruana realiza alguna actividad física y que, de esta población, solo el 2% asiste a los gimnasios. Esto evidencia la poca acogida que tiene la actividad deportiva en los ciudadanos.

Con este estudio se pretende aportar información que permita incentivar la actividad física deportiva a fin de prevenir problemas de salud como lo son los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad. Sin embargo, estas variables han sido relacionadas con resultados poco

alentadores para la promoción de la actividad deportiva ya que se suele encontrar una relación directamente proporcional entre la actividad deportiva y los trastornos del comportamiento alimentario y/o la ansiedad. Por ende, la presente investigación tiene como fin agregar una información que no ha sido considerada en las investigaciones de TCA y de ansiedad y para ello se buscará determinar la relación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Si existe correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte.

1.5.2. Hipótesis específicas

Hipótesis 2 - Objetivo específico 3

Si existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.

Hipótesis 3 - Objetivo específico 4

Si existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el rango de edad de los participantes.

Hipótesis 4 - Objetivo específico 5

Si existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el tipo de actividad deportiva.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Trastorno del comportamiento alimentario*

Tal como se mencionó anteriormente, el DSM V (2014) refiere textualmente que los TCA “Se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”.

Duran et al. (2006) y Márquez (2008) nos mencionan los siguientes nueve factores que contribuyen la aparición de los trastornos de la alimentación en el deporte:

2.1.1.1. *Insatisfacción corporal.*

Debido a las crecientes presiones sobre la alimentación y el peso por motivos de rendimiento y estético. Esto se presenta principalmente en deportes de resistencia donde se relaciona erróneamente la delgadez con el rendimiento. De igual manera, esta característica no solo se extrapola a los deportes de resistencia sino también a otras modalidades, dado que, según Williamson, et al. (1995) existe mayor posibilidad de padecer un TCA para aquellos deportistas que están preocupados por mejorar su rendimiento independientemente de la disciplina que se practique.

2.1.1.2. *Especialización precoz.*

Según Duran et al. (2006) este punto constituye un factor de riesgo dado que limita la posibilidad del deportista para elegir la disciplina que mejor se adapte a sus estereotipos corporales. En determinados deportes como la gimnasia rítmica, donde se exigen altos niveles de entrenamiento, también se exigen características físicas extremas referentes al tamaño y al peso;

con el pasar de los años, los deportistas se preocupan por el crecimiento natural al que están expuestos, lo cual puede generar insatisfacción en comparación a los estándares impuestos por las disciplinas deportivas.

2.1.1.3. Modalidades deportivas – Deportes de riesgo. En este punto Duran et al. (2006) nos detallan tres modalidades deportivas que pueden ser fuente de riesgo; primero tenemos a los deportes estéticos que de una forma u otra están sujetos a una calificación subjetiva que puede enfatizar en la apariencia física; tal es el caso de la gimnasia rítmica, gimnasia artística, nado sincronizado, etc. segundo encontramos a los deportes que están estructurados por categorías basados en el peso dentro de los cuales principalmente encontramos los relacionados con la lucha libre. Y tercero ubicamos a los deportes de resistencia como las maratones o las carreras de larga distancia en el ciclismo. Rodríguez et al. (1999) nos ofrecen un dato adicional en su investigación al referir que son los deportes individuales los de mayor fuente de riesgo para presentar un TCA.

2.1.1.4. Nivel de competición. Muchas de las investigaciones que hacen referencia al deporte y los TCA han sido realizadas a deportistas de alto rendimiento por lo que se podría sospechar que es justamente esta población la más propensa a padecer frente a este fenómeno. No obstante, Duran et al. (2006) refieren que padecer un TCA en un nivel intermedio del deporte sería una barrera para que el deportista alcance la elite de su disciplina; además, el autor indica que los deportistas de elite cuentan con ciertas cualidades que los defienden de padecer algún tipo de TCA.

2.1.1.5. Aumento del volumen de actividad física acompañado de restricciones alimentarias. En este punto Márquez (2008) hace alusión a la pérdida de calorías producida por el

ejercicio extremo el cual, según el autor, puede crear un clima biológico y psicológico que favorezca la aparición de TCA.

2.1.1.6. La utilización habitual de métodos poco saludables para perder peso. Los largos regímenes dietéticos se convierten en factores que precipitan la presencia de los TCA. A su vez, el autor menciona algunos métodos utilizados por los deportistas dentro de los que destacan la dieta, la purga, el vómito, los laxantes, los diuréticos, el uso de píldoras adelgazantes y el ayuno; la retención de fluidos, el uso de ropas de plástico y saunas. (Duran et al. 2006). Estos datos fueron previamente estudiados por Rodríguez et al. (1999) donde concluyeron que el 68 % de los adolescentes que practican deporte de forma individual en la ciudad de Cádiz, siguieron alguna dieta para adelgazar sin recomendación de un profesional en el tema; el 43% de los jóvenes refirieron haber pasado por periodos de ayuno; de los 630 evaluados, se encontró que 31 jóvenes practicaban el vómito entre 1 y 3 veces por día.

2.1.1.7. Acontecimientos traumáticos. Duran et al. (2006) refiere haber encontrado antecedentes que evidencian que determinados sucesos traumáticos propician la presencia de TCA. Dentro de estos episodios resaltó eventos como la pérdida de un entrenador, una lesión o enfermedad que haya provocado un cese de la actividad deportiva o haber padecido abusos sexuales.

2.2.1.8 Comentarios despectivos. Este punto está directamente relacionado con la personalidad del deportista, pero sobre todo se debe considerar las calificaciones que puede recibir el deportista por parte de su medio deportivo. Estas calificaciones o comentarios pueden estar

referidas al peso y/o la figura del deportista ya sea su entrenador tanto como sus compañeros de equipo. Ya que. Duran et al. (2006).

2.2.1.9. Personalidad del deportista. Distintos autores como Duran et al. (2006); Rodríguez et al. (1999); Márquez (2008) y Blasco et al. (1993) hacen especial referencia a ciertas características de los deportistas dentro de las cuales destacan el perfeccionismo, la compulsión y la auto exigencia. Estas características según estos autores tienen relación con la presencia de TCA.

2.2.1. Ansiedad estado

Spielberger (1972) define la ansiedad- estado como un estado emocional que puede ser modificable en el tiempo y donde se caracteriza la combinación de sentimientos como tensión, aprensión y nerviosismo a su vez, esto puede encontrarse junto a cambios fisiológicos como la hiperactividad del sistema nervioso. Rodríguez y Ruiz (2006) nos dicen que el rasgo más característico de este tipo de ansiedad es que dependiendo de las diferentes situaciones en las que se encuentre, puede cambiar a lo largo del tiempo.

2.2.2. Ansiedad rasgo

Respecto a la ansiedad- rasgo; Rodríguez y Ruiz (2006) y Ries et al. (2012), afirman que se puede definir de igual forma que la ansiedad-rasgo solo teniendo como principal diferencia que los sentimientos percibidos por el sujeto (tensión, aprensión, nerviosismo, etc.) son más estables a través del tiempo ya que se trata más de una disposición propia de la personalidad del sujeto.

En conclusión, según Rodríguez y Ruiz (2006) una persona con mayor rasgo de ansiedad tendrá mayor predisposición de presentar mayor ansiedad-estado ya que perciben mayor cantidad de situaciones como amenazantes.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Correlacional y descriptivo comparativo

3.2. Ámbito temporal y espacial

La recopilación de datos se estará realizando durante los meses de mayo y junio del año 2019 en personas que practican deporte en Lima Metropolitana.

3.3. Variables

3.3.1. *Variable de investigación:*

Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) Agrupados en 3 subescalas:

- A: Dieta
- B: Bulimia
- C: preocupación por comer y control oral.

3.3.2. *Variables de control*

Motivos para realizar actividades físico deportivas nos basamos de los resultados obtenidos por Muñoz-Daw, Muñoz-Duarte, De La Torre-Díaz, Hinojos-Seáñez y Pardo-Rentería (2016).

- Diversión, pasar el tiempo.
- Mantenerse en forma, mantener la línea.
- Mantener o mejorar la salud.
- Le gusta, le agrada.
- Relacionarse con amigos.

- Competir y mejorar el rendimiento deportivo.
- Por evasión, por salir de lo habitual.
- Otros.
- No sabe no contesta.

Edad

Grupo etarios:

- 18 - 24
- 25 - 39
- 40 – a más

Tipo de actividad deportiva

- Individual
- Colectiva

Frecuencia de actividad deportiva

- 1 sesión por semana
- 2 a 3 sesiones por semana
- 4 a 5 sesiones por semana
- 6 a 7 sesiones por semana

Niveles de Ansiedad estado – rasgo

- Bajo
- Medio
- Alto

3.4. Población y muestra

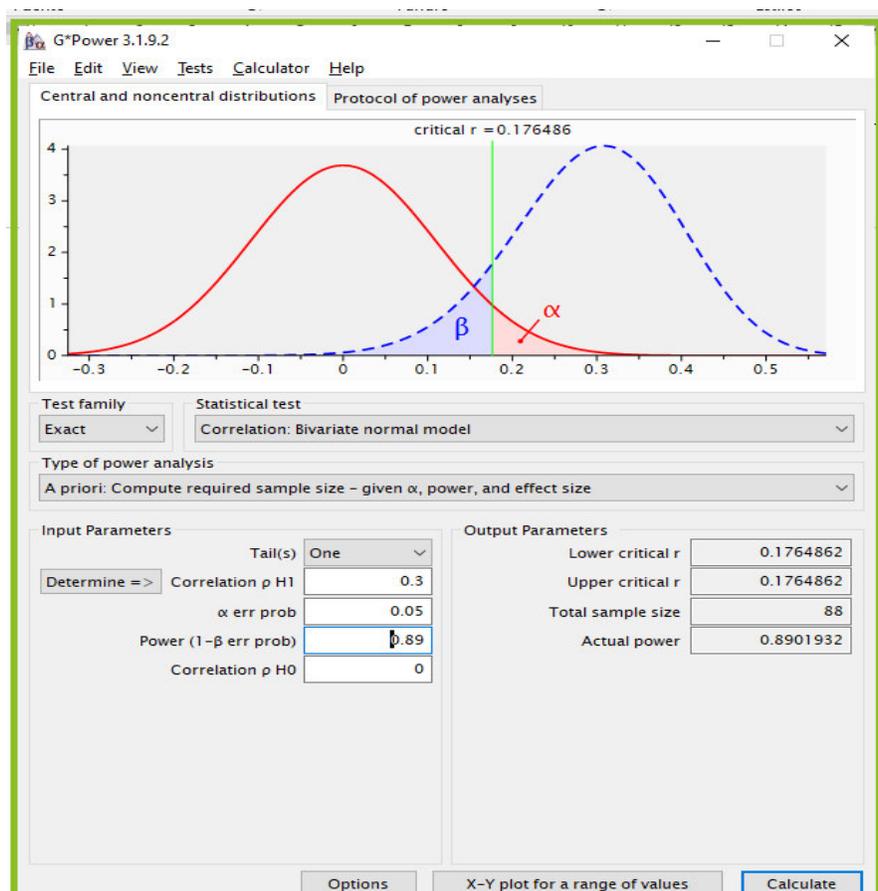
3.4.1. Población

Personas que practican alguna actividad física deportiva en Ciudad de Lima – Perú.

3.4.2. Muestra

Figura 1

*Cálculo del tamaño de muestra con G*Power*



Como podemos apreciar en la imagen se puede acceder a una muestra mínima de 88 integrantes, por lo que para la investigación nos permite contar 90 personas que practiquen alguna actividad física deportiva en Ciudad de Lima – Perú.

3.5. Instrumentos

3.5.1. *Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT – 26)*

Ficha técnica:

Nombre del instrumento	: Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT – 26).
Autores	: David M. Garner
Año	: 1982
Administración	: Individual y colectiva
Tiempo de aplicación	: No existe un tiempo límite. 20 minutos aproximadamente.
Significación	: Evalúa tres dominios o subescalas: (A) Dieta (Se relaciona con los alimentos que generan el aumento de peso y la preocupación de encontrarse delgado), (B) Bulimia (Se relaciona con los pensamientos de la comida y ofrece indicadores de bulimia), (C) Preocupación por comer y control oral (Esta relacionado con la preocupación por comer y la presión que percibe del entorno debido al aumento de peso).
Escala valorativa	: 1. No presenta riesgo con puntuación menor o igual a 19. 2. Presenta riesgo con puntaje Mayor igual a 20

3.5.2. *Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)*

Ficha Técnica:

Nombre del Instrumento	: Inventario de ansiedad Estado – Rasgo
Autores	: Spielberger & Diaz-Guerrero (1975)
Año	: 1975
Administración	: Individual o colectiva
Tiempo Aplicación	: En promedio de 20 minutos.
Significación	: Mide las dimensiones de la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo.
Dimensiones que evalúa	: Ansiedad Rasgo; busca describir como se sienten los sujetos generalmente. Ansiedad Estado; Describe como se sienten los sujetos en un momento dado.
Escala valorativa	: Alto – 45 a más. Promedio – 34 a 44. Bajo – de 33 a menos.
Adaptación	: Rogelio Diaz – Guerrero

3.5.3. Confiabilidad y validez de los instrumentos.

Tabla 1

Análisis de confiabilidad del EAT – 26 y las dos sub escalas del IDARE (Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo).

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elemento
Ansiedad estado	,902	,901	20
Ansiedad Rasgo	,873	,877	20
EAT – 26	,845	,855	26

Nota. Se observa Análisis de confiabilidad del Test de Actitudes Alimentarias / EAT – 26 (Eating Attitudes Test, EAT – 26) y Análisis de confiabilidad de las sub pruebas del IDARE (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo). En todos los casos se encuentra un Alfa de Cronbach > ,75. Por lo que se concluye que las pruebas utilizadas en la investigación son confiables.

Tabla 2

Validez interna del Test de Actitudes Alimentarias / EAT – 26 (Eating Attitudes Test, EAT – 26)

Ítems del EAT - 26	<i>r</i> ítem- total	<i>Sig.</i>	Ítems del EAT - 26	<i>r</i> ítem- total	<i>Sig.</i>
Ítem 1	,657**		Ítem 14	,404**	
Ítem 2	,490**		Ítem 15	,544**	
Ítem 3	,567**		Ítem 16	,658**	
Ítem 4	,590**		Ítem 17	,499**	
Ítem 5	,655**		Ítem 18	,520**	
Ítem 6	,381**		Ítem 19	,580**	
Ítem 7	,409**	< .001	Ítem 20	,419**	< .001
Ítem 8	,593**		Ítem 21	,527**	
Ítem 9	,638**		Ítem 22	,678**	
Ítem 10	,461**		Ítem 23	,667**	
Ítem 11	,527**		Ítem 24	,404**	
Ítem 12	,678**		Ítem 25	,544**	
Ítem 13	,667**		Ítem 26	,658**	

Nota. Se aprecia la validez interna del Test de Actitudes Alimentarias / EAT – 26 (Eating Attitudes Test, EAT – 26). Todos los ítems correlacionan por encima de un $r_{\text{ítem- total}} > ,200$ y son *Significativos con $p < .001$* . Se concluye que la prueba es válida.

Tabla 3

Validez interna de las sub pruebas del IDARE (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo)

Ítems de Ansiedad Estado	<i>r</i> ítem- total	Sig.	Ítems de Ansiedad Rasgo	<i>r</i> ítem- total	Sig.
Ítem 1	,664**		Ítem 1	,657**	
Ítem 2	,567**		Ítem 2	,490**	
Ítem 3	,570**		Ítem 3	,567**	
Ítem 4	,458**		Ítem 4	,590**	
Ítem 5	,747**		Ítem 5	,655**	
Ítem 6	,366**		Ítem 6	,381**	
Ítem 7	,508**		Ítem 7	,409**	
Ítem 8	,589**		Ítem 8	,593**	
Ítem 9	,415**		Ítem 9	,638**	
Ítem 10	,725**	< .001	Ítem 10	,461**	< .001
Ítem 11	,696**		Ítem 11	,527**	
Ítem 12	,594**		Ítem 12	,678**	
Ítem 13	,471**		Ítem 13	,667**	
Ítem 14	,517**		Ítem 14	,404**	
Ítem 15	,590**		Ítem 15	,544**	
Ítem 16	,666**		Ítem 16	,658**	
Ítem 17	,620**		Ítem 17	,499**	
Ítem 18	,595**		Ítem 18	,520**	
Ítem 19	,603**		Ítem 19	,580**	
Ítem 20	,767**		Ítem 20	,419**	

Nota. Se aprecia el nivel de validez interna de la prueba IDARE para evaluar Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Todos los ítems correlacionan por encima de un r ítem- total >,200 y son *Significativos con* $p <.001$. Se concluye que la prueba es válida.

3.6. Procedimientos

Para la recolección de los datos, se utilizará el Google Drive en el cual se pondrá los ítems de cada test con sus respectivas opciones de respuesta y de igual manera se incluirá las preguntas sociodemográficas para determinar las variables de control. Pese a que la evaluación se realizará de forma virtual, esta se llevará a cabo en presencia del evaluador quien distinguirá si el evaluado cumple con los criterios de inclusión y exclusión para ejecutar el cuestionario. Después de haber realizado la recolección de datos, estos se codificarán y pondrán en un base de datos en el programa estadístico SPSS 22 mediante el cual se realizará el análisis de los datos. Finalmente, de realizarán las conclusiones y procederá a la evaluación por parte de las autoridades de la universidad.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS 22.

IV RESULTADOS

Tabla 4

Pruebas de normalidad para las variables de control en funciones a el puntaje total del EAT – 26, puntaje total ansiedad estado y puntaje total de ansiedad rasgo.

Variable de control	Variables independientes	Categorías de variables de control	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
			Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Tipo de actividad deportiva	Puntaje total de ansiedad rasgo	Individual	,131	58	,014	,886	58	,000
		Colectiva	,097	32	,200*	,951	32	,156
	Puntaje total ansiedad estado	Individual	,081	58	,200*	,934	58	,004
		Colectiva	,118	32	,200*	,942	32	,087
	del eat – 26	Individual	,229	58	,000	,791	58	,000
		Colectiva	,205	32	,001	,785	32	,000
Rango de edad de los participantes	Puntaje total de ansiedad rasgo	De 18 - 24 años	,222	14	,060	,901	14	,118
		De 25 - 39 años	,147	53	,006	,835	53	,000
		De 40 años a más	,101	23	,200*	,983	23	,951
	Puntaje total ansiedad estado	De 18 - 24 años	,179	14	,200*	,921	14	,225
		De 25 - 39 años	,117	53	,066	,905	53	,000
		De 40 años a más	,151	23	,187	,959	23	,443

		De 18 - 24 años	,294	14	,002	,641	14	,000
	Puntaje total	De 25 - 39 años	,232	53	,000	,807	53	,000
	del eat – 26	De 40 años a más	,214	23	,008	,839	23	,002
<hr/>								
		Diversión, pasar el tiempo.	,210	15	,075	,816	15	,006
Motivos		Mantenerse en forma,	,141	9	,200*	,957	9	,769
para realizar	Puntaje total	mantener la línea.						
actividad	de ansiedad	Mantener o mejorar la	,103	25	,200*	,965	25	,521
físico	rasgo	salud.						
deportiva		Le gusta, le agrada.	,148	19	,200*	,954	19	,469
		Competir y mejorar el	,193	22	,032	,845	22	,003
		rendimiento deportivo						
<hr/>								
		Diversión, pasar el tiempo.	,200	15	,108	,856	15	,021
Motivos		Mantenerse en forma,	,206	9	,200*	,903	9	,273
para	Puntaje total	mantener la línea.						
realizar	ansiedad	Mantener o mejorar la	,149	25	,157	,945	25	,198
actividad	estado	salud.						
físico		Le gusta, le agrada.	,147	19	,200*	,945	19	,327
deportiva		Competir y mejorar el	,148	22	,200*	,933	22	,139
		rendimiento deportivo						
	Puntaje total	Diversión, pasar el	,291	15	,001	,709	15	,000
	del eat – 26	tiempo.						

	Mantenerse en forma, mantener la línea.	,265	9	,067	,845	9	,065
	Mantener o mejorar la salud.	,292	25	,000	,699	25	,000
	Le gusta, le agrada.	,214	19	,022	,774	19	,000
	Competir y mejorar el rendimiento deportivo	,177	22	,072	,853	22	,004
	1 sesión por semana	,145	17	,200*	,970	17	,824
	2 a 3 sesiones por semana	,219	35	,000	,832	35	,000
Frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva	Puntaje total de ansiedad rasgo						
	4 a 5 sesiones por semana	,223	27	,001	,917	27	,033
	6 a 7 sesiones por semana	,171	11	,200*	,930	11	,409
	1 sesión por semana	,207	17	,050	,896	17	,059
	2 a 3 sesiones por semana	,202	35	,001	,820	35	,000
	Puntaje total de ansiedad estado						
	4 a 5 sesiones por semana	,144	27	,155	,957	27	,317
	6 a 7 sesiones por semana	,158	11	,200*	,944	11	,571
	1 sesión por semana	,199	17	,073	,718	17	,000

	2 a 3 sesiones por semana	,263	35	,000	,785	35	,000
Puntaje total del eat - 26	4 a 5 sesiones por semana	,219	27	,002	,794	27	,000
	6 a 7 sesiones por semana	,141	11	,200*	,938	11	,496

Nota. Se observa la normalidad para las variables de control en función a los puntajes totales del EAT – 26 y del IDARE (Ansiedad Estado Ansiedad y Ansiedad Rasgo). Según los resultados, se observa que solo la relación entre las variables de ansiedad estado y el rango de edad de los participantes con un *sig.* > 0,05 lo que significa que existe distribución normal. Todo lo contrario, en el resto de casos ya que se encuentra una *sig.* < 0,05 por lo que se utilizaran pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados.

4.1. Determinación de la correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte.

Tabla 5

Coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el Puntaje total del EAT – 26 y los puntajes totales de Ansiedad estado y Rasgo en función a los Motivos para realizar actividad físico deportiva.

Motivos para realizar actividad físico deportiva	Puntaje total de Ansiedad Estado	Sig. (bilateral)	Puntaje total de Ansiedad Rasgo	Sig. (bilateral)
Diversión, pasar el tiempo	,577	,024	,537	,039
Mantenerse en forma, mantener la línea.	-,103	,791	-,068	,862
Mantener o mejorar la salud.	,233	,261	-,122	,563
Le gusta, le agrada.	,152	,536	,467	,044
Competir y mejorar el rendimiento deportivo.	-,219	,328	,197	,379

Nota. Se aprecia la correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la Ansiedad Estado - Rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte. En función a “Diversión y pasar el tiempo”, existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Estado y el Puntaje total de Ansiedad

Rasgo con un Rho de Spearman= ,577; ,537 p =,024; ,039 respectivamente. Según; “Mantenerse en forma, mantener la línea”, “Mantener o mejorar la salud”, y “Competir y mejorar el rendimiento deportivo”, no se encuentran relaciones significativas entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Estado y el Puntaje total de Ansiedad Rasgo dado que se tiene p >,05. Respecto a “Le gusta, le agrada”, no existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Estado con Rho de Spearman= ,152 y p =,536; sin embargo, si existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Rasgo con Rho de Spearman= ,467 y p =,044.

4.2. Descripción de la frecuencia de los motivos para realizar actividad física deportiva, Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva, Tipo de actividad deportiva y Rango de edad en personas que practican deporte.

Tabla 6

Frecuencia de casos respecto a las variables de control

Variables	Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Motivos para realizar actividad física deportiva	Diversión, pasar el tiempo	15	16.7
	Mantenerse en forma, mantener la línea.	9	10.0
	Mantener o mejorar la salud.	25	27.8
	Le gusta le agrada.	19	21.1
	Competir y mejorar el rendimiento deportivo.	22	24.4
	TOTAL	90	100.0

Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva	1 sesión por semana	17	18.9
	2 a 3 sesiones por semana.	35	38.9
	4 a 5 sesiones por semana.	27	30.0
	6 a 7 sesiones por semana.	11	12.2
	TOTAL		100.0
Tipo de actividad deportiva	Individual	58	64.4
	Colectiva	32	35.6
	TOTAL	90	100.0
Rango de edad de los participantes	18 – 24 años	14	15.6
	25 – 39 años	53	58.9
	40 – 60 años	23	25.6
	TOTAL	90	100.0

Nota. En la tabla 6 se puede observar cómo se distribuye la muestra según las variables de control destacando en los motivos para realizar actividad física deportiva el de “mantener o mejorar la salud” dado que tiene mayor frecuencia con 25 casos representando el 27.8 % de la muestra. De igual manera en la Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva se observa que realizar entre 2 a 3 sesiones por semana representa la mayor cantidad de casos siendo 35 y representando el 38.9% de los evaluados. Por otro lado, la actividad deportiva que se realiza de forma individual cuenta con una mayoría de 58 casos que representa el 64.4% de quienes participaron de la investigación. Finalmente, el rango de edad que cuenta con mayor presencia es el que se encuentra entre los 25 y 39 años, siendo un total de 53 casos, representan un 58.9% de la muestra.

4.3. Identificación de la prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo en personas que practican deporte.

En la tabla 7 se describe la frecuencia de casos que se presentan según los resultados obtenidos de las variables dependientes. De esta forma se observa que quienes No presentan riesgo de tener TCA son el 92.2% de los casos. Por otro lado, tanto en ANSIEDAD ESTADO como RASGO, quienes tienen un nivel “bajo” representan la mayoría de la muestra con un total de 67 y 81 casos respectivamente.

Tabla 7

Frecuencia de la clasificación de los TCA y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo

Variables	Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Clasificación de los TCA	No presenta riesgo	83	92.2
	Presenta riesgo	7	7.2
	Total	90	100
Niveles de ansiedad estado	Baja	67	74.4
	Media	22	24.4
	Alta	1	1.1
	Total	90	100
Niveles de ansiedad rasgo	Baja	81	90.0
	Media	8	8.9
	Alta	1	1.1
	Total	90	100

4.4. Comparación de las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.

Tabla 8

Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.

		Rangos		Estadísticos de contraste ^{a,b}		
Frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva		N	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
1 sesión por semana		17	40,62			
Puntaje total del EAT - 26	2 a 3 sesiones por semana	35	49,40	8,987	3	,029
	4 a 5 sesiones por semana	27	36,74			
	6 a 7 sesiones por semana	11	62,14			
	Total	90				
Puntaje total ansiedad estado	1 sesión por semana	17	51,88	12,121	3	,007
	2 a 3 sesiones por semana	35	53,57			
	4 a 5 sesiones por semana	27	38,87			
	6 a 7 sesiones por semana	11	26,23			
Total		90				
1 sesión por semana		17	41,88	10,735	3	,013

Puntaje	2 a 3 sesiones por semana	35	56,30
total de	4 a 5 sesiones por semana	27	39,13
ansiedad	6 a 7 sesiones por semana	11	32,36
rasgo	Total	90	

Nota. En la tabla 8 se muestra los resultados de las diferencias para el puntaje del total del EAT y el puntaje total de Ansiedad rasgo segmentados por la frecuencia de práctica de actividad deportiva. Al comparar los rangos promedios del EAT-26 por el número de sesiones de práctica deportiva, los que realizan de 6 a 7 sesiones semanales tienen un rango promedio de 62.14 y los que realizan 4 a 5 sesiones, un rango promedio de 36.74. Existe diferencia significativa entre los cuatro grupos de frecuencia de practica ya que $Chi\ cuadrado = 8.987\ p = .029$ para el puntaje total del EAT – 26 en función a la frecuencia con la que se practica AFD y con $Chi\ cuadrado = 12,121; 10,735\ p = 0,007; 0,013$ entre la frecuencia con la que se práctica la AFD y los puntajes totales de ansiedad estado y rasgo respectivamente.

4.5. Comparación las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el rango de edad de los participantes.

En la tabla 9 se muestra los resultados de las diferencias para el puntaje de Ansiedad rasgo y puntaje total del EAT en función al Rango de edad de los participantes. No hay diferencias significativas para el puntaje total de Ansiedad Rasgo ($p = .287$). El mayor rango promedio es de 49,54 (De 18 – 24 años) mientras que el menor, de 38,17 (De 40 años a más). Respecto al Puntaje total del EAT – 26 el mayor rango promedio fue de 46,86 (De 25 – 49 años)) y el menor, de 42.57 (De 40 años a más). Sin embargo, no hay diferencias significativas $p = .802$.

Tabla 9

Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26 y Ansiedad Rasgo, según el Rango de edad de los participantes.

	Rango de edad de los participantes	N	Rango promedio	Chi- cuadrado	gl	Sig. asintót
Puntaje total de Ansiedad Rasgo	De 18 - 24 años	14	49,54	2,499	2	,287
	De 25 - 39 años	53	47,61			
	De 40 años a más	23	38,17			
	Total	90				
	De 18 - 24 años	14	45,18	,441	2	,802
	De 25 - 39 años	53	46,86			

Puntaje	De 40 años a más	23	42,57
total del			
EAT – 26	Total	90	

En la tabla 10 se aprecian los intervalos de confianza del Puntaje Total de Ansiedad Estado respecto al Rango de Edad. Se encuentra que el límite inferior se encuentra en el rango De 40 años a más, mientras que el límite superior lo encontramos en el rango De 18 – 24 años.

Tabla 10

Intervalos de confianza para la media al 95% de los rangos de edad en función al puntaje total de Ansiedad Estado.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
De 18 - 24 años	14	35,93	7,539	2,015	31,58	40,28
De 25 - 39 años	53	36,11	7,987	1,097	33,91	38,31
De 40 años a más	23	31,35	6,065	1,265	28,73	33,97
Total	90	34,87	7,679	,809	33,26	36,48

En la tabla 11 se aprecia que existe una relación significativa entre los puntajes de ansiedad estado y los grupos según las edades de los participantes con $p=,037$

Tabla 11

ANOVA de un factor y prueba de homogeneidad de varianzas entre los Puntajes de Ansiedad Estado para los grupos según Edad de los participantes

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Inter-grupos	382,933	2	191,467	3,424	,037				
Intra-grupos	4865,467	87	55,925			,524	2	87	,594
Total	5248,400	89							

Tabla 12

Prueba post hoc HSD de Turkey para la comparación de las medias de ansiedad estado entre los rangos de edades de los participantes.

(I) Rango de edad de los participantes	(J) Rango de edad de los participantes	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
De 18 - 24 años	De 25 - 39 años	-,185	2,247	,996	-5,54	5,17
	De 40 años a más	4,581	2,535	,173	-1,46	10,63

De 25 - 39 años	De 18 - 24 años	,185	2,247	,996	-5,17	5,54
	De 40 años a más	4,765*	1,867	,033	,31	9,22
De 40 años a más	De 18 - 24 años	-4,581	2,535	,173	-10,63	1,46
	De 25 - 39 años	-4,765*	1,867	,033	-9,22	-,31

Nota. La tabla 12 nos muestra que existen diferencias significativas entre el rango de 18 – 24 años y el rango de 40 años a más ya que $p = ,033$. Por otro lado, no existen diferencias significativas entre la comparación de las medias de los otros Rangos de edades con $p > ,05$.

4.6. Comparación de las diferencias de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el tipo de actividad deportiva.

En la tabla 13 se muestra los resultados de las diferencias para el puntaje del total del EAT y el puntaje total de Ansiedad estado – rasgo segmentados por el tipo de actividad deportiva. Al comparar los rangos promedios del EAT-26, Ansiedad estado y Ansiedad rasgo por el tipo de actividad deportiva se encuentra que los que realizan de forma individual tienen un mayor rango promedio con 46,41; 46,03 y 48,59 respectivamente mientras que los que lo realizan de forma colectiva tienen un rango promedio de 43,86; 44,53 y 39,91 según corresponde. No existen diferencia significativa entre los grupos ya que $p > ,05$.

Tabla 13

Comparación del rango promedio de los puntajes totales del EAT-26, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, según el tipo de actividad deportiva.

Variables dependientes	Tipo de actividad deportiva	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
Puntaje total del EAT - 26	Individual	58	46,41	,196	1	,656
	Colectiva	32	43,86			
	total	90				
Puntaje total ansiedad estado	Individual	58	46,03	,069	1	,794
	Colectiva	32	44,53			
	total	90				
Puntaje total de ansiedad rasgo	Individual	58	48,59	2,285	1	,131
	Colectiva	32	39,91			
	total	90				

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados se afirma la hipótesis general de que si existe correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte. Se valida la hipótesis ya que en función a “Diversión y pasar el tiempo”, existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Estado y el Puntaje total de Ansiedad Rasgo con un *Rho de Spearman*= ,577; ,537 $p=$,024; ,039 respectivamente. De igual manera, respecto a “Le gusta, le agrada”, existe relación significativa entre el Puntaje total del EAT – 26 con el Puntaje total de Ansiedad Rasgo con *Rho de Spearman*= ,467 y $p=$,044.

Respecto al objetivo específico 3, se afirma la hipótesis de investigación que afirma que si existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad física deportiva se valida la hipótesis debido a que los resultados muestran que existe diferencias significativas entre los rangos promedios *Chi cuadrado* = 8.987 $p = .029$.

En referencia al objetivo 4 se valida parcialmente la hipótesis de investigación ya que, respecto a los puntajes de ansiedad según los rangos de edad de los participantes, tiene un $p=$,037. De igual manera, se muestra que existe diferencia significativa respecto al puntaje total de Ansiedad estado ente los grupos de edad que están ente 18 a 24 años y los que tienen de 40 años a más ya que tienen $p=$,033.

Finalmente, el objetivo específico 5, no se valida la hipótesis de trabajo ya que no existen relación significativa ente los puntajes del EAT – 26, los puntajes de ansiedad estado y los puntajes de ansiedad rasgo según el tipo de actividad de los deportistas ya que $p >$,05.

En cuanto a la frecuencia de las personas que presenten riesgo de presentar trastorno del comportamiento alimentario, los resultados son bastante parecidos a los encontrados por Pumacayo (2015) ya que identifico que el 90% de su población no presentaba riesgo de TCA; de igual manera en el presente estudio se encontró que el 92.2% no presentaba riesgo de TCA.

Respecto a los resultados de Rodríguez et al. (1999) se discrepa ya que los autores refieren que existen diferencias significativas al comparar los hábitos alimentarios entre los que realizan AFD de forma individual respecto a los que lo realizan de forma colectiva; mientras que nuestro resultado indica lo contrario con $p > 0,05$.

Los resultados coinciden parcialmente con lo encontrado por Rodríguez y Ruiz (2006) quienes refieren que existe diferencia significativa entre la frecuencia AFD y la ansiedad rasgo con $p < 0,05$; pero que no existe diferencia significativa con $p > 0,05$ entre la frecuencia de AFD y la ansiedad estado. Nuestros resultados indican que si existen diferencias significativas tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo según la frecuencia con la que se practica AFD con $p = 0,007; 0,13$ respectivamente.

Respecto a los resultados encontrados por Ries et al. (2012) quienes refieren que la ansiedad rasgo permanece estable en la práctica intraindividual mientras que en la ansiedad estado existe variación. Según los resultados obtenidos coincidimos parcialmente ya que se encontró no existe diferencias significativas entre el tipo de actividad deportiva y los puntajes totales de ansiedad estado y rasgo con $p > 0,05$.

VI CONCLUSIONES

1. En esta tesis se identificó la correlación entre los trastornos del comportamiento alimentario y la ansiedad estado – rasgo a partir de los motivos para realizar actividad física deportiva en personas que practican deporte.
2. En esta tesis se describió la frecuencia de los motivos para realizar actividad física deportiva, Frecuencia con la que se practica actividad física deportiva, Tipo de actividad deportiva y Rango de edad en personas que practican deporte.
3. En esta tesis se Identificó la prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario y los niveles de Ansiedad Estado – Rasgo en personas que practican deporte.
4. En esta tesis se comparó la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según la frecuencia con la que se práctica la actividad físico deportiva.
5. En esta tesis se comparó la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el rango de edad de los participantes.
6. En esta tesis se comparó la diferencia de medias de los puntajes de EAT – 26, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en deportistas de Lima Metropolitana 2019 según el tipo de actividad deportiva.

VII RECOMENDACIONES

Principalmente se debe considerar una muestra más grande a fin de poder realizar estudios complementarios como obtener resultados de regresión logística. Debido a que no existe una prueba para identificar los motivos para la realizar AFD sería recomendable obtener esta información mediante una entrevista que permitiría tener una respuesta más objetiva para la investigación. La recolección de datos de forma virtual no ha es un inconveniente en medida de que se logre explicar apropiadamente la prueba por lo que, para fines prácticos, este método podría ser muy útil a futuro. Ampliar el campo de investigación y llevarlo a disciplinas deportivas en específico

VIII REFERENCIAS

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Balanguer, I. Tomás, I. Castillo, I. Pastor, Y. Blasco, P. y Llorens, A. (1998). Direct and indirect effects of sport participation on perceived health: a study of adolescents. The 12th Conference of European Health Psychology Society. Prevention and Intervention. Viena. Austria.
- Blasco, M; García-Merita, M y Balanguer, I (1993). Trastornos alimentarios en la actividad física y el deporte: Una revisión. *Revista de psicología del deporte*. 3, 41 – 53.
- Duran, L; Jiménez, P; Ruiz, L; Jiménez, F; y Camacho, M. (2006). Trastornos de la alimentación y deporte. Universidad Politécnica De Madrid. Series: Vol. 23 (p. 117 – 125).
- El Comercio (17 de mayo de 2019). Solo el 10% de peruanos realiza alguna actividad física. Diario El Comercio. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/lima/10-peruanos-realiza-actividad-fisica-244391>
- Epstein, L. (1984) Adherence to exercise in obese children. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 185 – 195.
- Galilea, B. (2000) Conducta alimentaria y rendimiento deportivo. *Apunts. Educación física y deporte*; 3(61), 108 – 11

- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gavala, J. (2010). Razones por las que la población de Sevilla realiza práctica físico-deportiva. Sevilla. *Journal of sport and health*. 3(3), 169-178.
- Grundi, S. (2017) *Grado de ansiedad del usuario en atención de emergencia en un establecimiento de salud, durante el año 2017. Iquitos – Perú*: Universidad Científica Del Perú.
- Márquez, S. (2008) Trastornos alimentarios en el deporte: Factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. España: *Nutrición Hospitalaria*. 23(3), 183.190
- Mayers, A. (2013) *introduction to statistics and spss in psychology*. New York. Editorial: pearson education limited
- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P. & Pereira, C. (2009). *Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Montenegro, E; Blanco, T; Almengor, P; y Pereira, C. (2009) trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. Costa Rica: *Revista electrónica de estudiantes*, 4, 31 – 40.
- Morande, G. (1995) *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de hoy.
- Muñoz, M., Muñoz, M., De la Torre, M., Hinojos, E. & Pardo, J. (2016). *Motivos para la práctica de actividad física recreativa e inactividad en la población de Chihuahua (México)*. Universidad Autonoma de Chihuahua, Mexico.

- Muñoz-Daw, M; Muñoz-Duarte, M; De La Torre-Díaz, M; Hinojos-Seáñez, E; y Pardo-Rentería, J. (2016) Motivos para la práctica de actividad física recreativa e inactividad en la población de Chihuahua (México). En *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*. Series: Vol 1. (p. 10 – 16). Doi: 10.12873/361
- Niñerola, J., Capdevila, L. & Pintanel, M., (2006). *Barreras Percibidas y Actividad Física: El Autoinforme de Barreras para la Práctica de Ejercicio Físico*. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Pumacayo, V. (2015). *Relación entre el Índice de Masa Corporal y Trastorno de Conducta Alimentaria en Estudiantes Adolescentes de la IE. Ludwing Van Beethoven, 2015*. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú.
- Ramírez, R. (2013). *Relación entre Índice de Masa Corporal y Nivel de Actividad Física en Adolescentes según Infraestructura Deportiva de sus Instituciones Educativas*. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, Perú.
- Ries, F; Castañeda, V; Campos, M y Del Castillo, O. (2012) Relaciones entre la ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9 – 16.
- Rodríguez, A. y Ruíz, S. (2006) Práctica deportiva y ansiedad en la adolescencia. Badajoz – España: *International journal of developmental and educational psychology*, 2(1), 93 – 106.
- Rodríguez, A; Martínez, J; Novalbos, J; Ruiz, M; y Jiménez, D. (1999). *Ejercicio físico y hábitos alimentarios: Un estudio en adolescentes de Cádiz*. Cádiz: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.

- Rodríguez, S; Mata, J. y Moreno, S. (2007) Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y salud*, 18, 99 – 118.
- Rodríguez-Romo, G. Boned-Pascual, C. y Garrido-Muñoz, M. (2009) Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26(3), 244-54.
- Spielberger, C. (1972) Anxiete as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed), *Anxiete Behavior*. (pp. 23 – 49). New York: Academic press.
- Spielberger, C. D., & Diaz-Guerrero, R. I. (1975). *Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Surichaqui, M. (2012) *Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una institución privada Chosica – 2011*. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza – Lima.
- Tobal, M; Martín, MD. y Martín M. (1998) Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el ámbito deportivo. *Revista española de medicina de la Educación Física y el Deporte*. VII(2), 55 – 68
- Vernal, A. (2014). *Motivación y bienestar en deportistas destacados adscritos al apoyo del Instituto Peruano del Deporte*. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Lima, Perú.
- Williamson, D. (1995) Structural equation modeling for risk factors for the development of eating disorder symptoms in female athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 387-93.

IX ANEXOS

Anexo 1

Test de actitudes alimentarias EAT – 26

		Siempre	muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupa mucho por la comida						
4	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, papas, etc.)						

8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						

21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 2

Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) / sub escala estado.

		No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				

5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Me siento agitado				
14	Me siento "a punto de explotar"				
15	Me siento reposado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy excitado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Anexo 2

Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) / sub escala rasgo.

		Casi nunca	Algunas	Frecuentem	Casi
1	Me siento bien				
2	Me canso rápidamente				
3	Siento ganas de llorar				
4	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
5	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
6	Me siento descansado				
7	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada)				
8	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10	Soy feliz				
11	Tomo las cosas muy a pecho				
12	Me falta confianza en mí mismo				
13	Me siento seguro				

14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
15	Me siento melancólico				
16	Me siento satisfecho				
17	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
18	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
19	Soy una persona estable				
20	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				