Recibido:3-02-2020 Aceptado: 12-03-2020

RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO FÍSICO Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL ALUMNADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CONCEPT AND EATING DISORDERS IN PRIMARY EDUCATION STUDENTS

Autores:

Durán López, N.⁽¹⁾; Castro López, R.⁽²⁾

Instituciones:

⁽¹⁾ Maestra de Educación Primaria con especialidad en Educación Física

nataliaduranlopez@gmail.com

⁽²⁾ Centro de Magisterio Sagrado Corazón adscrito a la Universidad de Córdoba

r.castro@magisteriosc.es

Resumen:

La aparición de los TCA en la población infantil es cada vez más precoz debido al modelo de “culto al cuerpo” que rinde la sociedad actual; siendo posible una relación con el autoconcepto físico. El presente trabajo, tiene como objetivo analizar la relación entre este constructo y los TCA en niños. Se obtuvo una muestra de 97 participantes pertenecientes a un colegio de Córdoba (España). Con el fin de conseguir los propósitos planteados, se han empleado test cuantitativos homologados por la comunidad científica: el CAF de Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006) y el instrumento EAT 26, validado por Gandarillas, Muñoz, Sepúlveda y Zorrilla (2003). Los resultados informan que existe relación

entre la condición física y los TCA. Además, se obtuvieron correlaciones asociadas a una alta habilidad física y autoconcepto con un bajo TCA.

Así mismo, se hallaron diferencias en valores sociodemográficos respecto a los indicadores de algunos instrumentos.

Palabras Clave: Autoconcepto - Trastornos de conducta alimentaria - Educación Primaria - Psicología - Educación Física

Abstract:

The appearance of eating disorders in the children population is increasingly precocious due to the "body cult" model that today's society yields; Being possible a relationship with the physical self-concept. The objective of this work is to analyze the relationship between this construct and the TCA in children. A sample of 97 participants belonging to a school in Córdoba (Spain) was obtained. In order to achieve the purposes, quantitative tests homologated by the scientific community have been used CAF de Goñi, Ruiz de Azúa and Rodríguez (2006) and the EAT 26 instrument, validated by Gandarillas, Muñoz, Sepúlveda and Zorrilla (2003). The results report that there is a relationship between the physical condition and the ED. In addition, correlations were obtained associated with a physical ability and a selfconcept with a low ED. Likewise, differences were found in sociodemographic values with respect to the indicators of some instruments.

Key Words: Self-concept, eating behavior disorders, primary education, psychology, physical education

1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es una de las preocupaciones más extendidas en la actualidad. Esta lucha por alcanzar un canon de belleza impuesto por la cultura de la delgadez, conlleva a realizar conductas de riesgo que desembocan en una serie de trastornos y enfermedades relacionados con la alimentación. Es por ello que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se han convertido en los últimos años en un serio problema de salud pública que afecta en mayor medida a la población joven de los países desarrollados, provocando numerosos efectos negativos a nivel orgánico y psicológico.

Una vez más, la escuela es uno de los principales conductos para poder hacer frente a este problema, ya que pretende garantizar la formación integral del alumnado. Concretamente, el área de Educación Física posee un valor educativo muy importante, puesto que se trata de un espacio idílico y dinámico que otorga al niño situaciones y contextos variados que le permiten adquirir competencias relacionadas con la salud, influyendo así en la adquisición de la personalidad. De hecho, esta idea aparece reflejada en la actual legislación educativa (Orden del 17 de marzo de 2015) proponiendo como uno de sus objetivos principales: adquirir hábitos saludables relacionados con la motricidad, la salud y el bienestar, para poder diferenciar y adoptar una capacidad de crítica frente a hábitos nocivos para la salud. (O.EF.4).

Este análisis conductual, brinda la posibilidad de cuestionar la existencia de una relación directa con el constructo de autoconcepto, debido a la influencia de este factor para el desarrollo de los TCA. Es por ello que la presente investigación tiene como propósito fundamental detectar elementos que puedan estar relacionados con los TCA para poder prevenirlos e identificar a aquellas personas con un alto riesgo de padecerlos. Además, se pretende reforzar y reeducar el autoconcepto en Educación Primaria a través de la Educación Física, con medidas de tipo preventivo que contribuyan a

fortalecer la calidad de vida de los estudiantes. A lo largo de este trabajo, se presentará una fundamentación teórica, diversos aspectos metodológicos, resultados, organización de las tareas y una resolución final que permitan la justificación de esta temática.

2. MARCO TEÓRICO

Evolución histórica y definición de TCA

Leinoir y Silber (2006) defienden que los desórdenes alimentarios están presentes en la sociedad desde hace siglos, pero según Hernández-Cortés y Londoño (2013) su aparición ha aumentado en los últimos años debido a los cambios en los conceptos de salud y de ideal estético. Además, Ávila y Jáuregui (2015) resaltan que históricamente la delgadez era sinónimo de debilidad, pero actualmente, atrae a seguidores de diferentes clases sociales, etnias y géneros. Por otro lado, Hernández- Mulero y Berengüí (2016) afirman que el ideal de belleza muestra a mujeres delgadas y a hombres vigorosos; esta apreciación llevada a los medios de comunicación y a la moda, representa en la sociedad un concepto de belleza artificial y perjudicial.

Ya en la época de los romanos, comer era considerado como una actitud saludable y socialmente bien vista, hasta el punto de que era necesario recurrir al vómito para poder seguir disfrutando del placer de la comida. Estos atracones, permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos. (Farrera, 2009 en Losada y Marmo, 2013).

En el lado opuesto, se hallan algunas referencias históricas ligadas al contexto religioso. Los primeros cristianos, realizaban una restricción voluntaria de alimentos como signo de penitencia y para lograr un estado espiritual más elevado, donde se recalca la presencia de algunas ayunadoras

religiosas (Bell, 1985 en Baile y González, 2012). A partir del siglo XVI, dejan de tener importancia dentro de la Iglesia Católica y la “anorexia santa” decae considerablemente (Shelley, 2007). Con su desaparición, comienzan a tomar importancia casos en los que se renuncia a la comida por razones que derivan del espectáculo, llamando la atención del público a través de la delgadez.

Los trastornos de la conducta alimentaria no eran considerados entonces como auténticos trastornos mentales. De hecho, no fue hasta 1689 cuando el médico Richard Morton realizó una descripción clínica y en 1874, William Gull formalizó el concepto de anorexia nerviosa (Shelley, 2007). A diferencia de esta, la bulimia nerviosa parece haber aparecido de repente en la sociedad moderna, logrando alcanzar un amplio reconocimiento en un periodo corto de tiempo (Stunkard, 1990 en Bancalero 2015).

Se ha demostrado que estas patologías han estado siempre presentes, aunque su enfoque clínico y terminología difiera del actual. De hecho, se puede analizar el concepto de trastornos de conducta alimentaria (TCA) desde diferentes perspectivas. Primeramente, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2014) lo define como:

Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado la misma que lleva a 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)

Por otro lado, si se atiende a la definición impuesta por la unidad de medicina del adolescente, los trastornos del comportamiento alimentario son “enfermedades graves cuya psicopatología se centra en la comida y en la imagen. Los pacientes presentan alteraciones psiquiátricas, comorbilidades médicas y secuelas psicológicas muy negativas que afectan a su calidad de vida” (Salmerón, Román y Casas, 2017, p.82). Por el contrario Maor, Sayag,

Dahan y Hermoni, (2006) indican que se caracterizan por la alteración del comportamiento de ingesta de alimentos del individuo que está acompañado de una serie de conflictos psicosociales y su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. Así mismo, Losada, Analia y Marmo (2013) simplifica esta definición como trastornos psicológicos con anomalías graves en el comportamiento de la ingesta.

Clasificación de los TCA

El pensamiento actual sobre los modos de clasificación se inspira en Emil Kraepelin, autor a principios del siglo XX de una de las propuestas de clasificación de las enfermedades mentales que más aceptación han tenido a lo largo del siglo. En la actualidad, el DSM-5 (2014) clasifica estos trastornos en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones y otros trastornos no específicos. Cabe destacar que la obesidad no se incluye como un trastorno mental, puesto que es un exceso de consumo calórico frente a un bajo gaste energético.

Respecto a la anorexia nerviosa proviene del griego “anorektous”, entendido como “inapetencia” (Real Academia Española, 2014). Se define como “restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud- física” (DSM-V, 2014 p.338).

Por otro lado, atendiendo a la raíz etimológica de la palabra bulimia, se traduce como “hambre de buey” (Real Academia Española, 2014). El CIE- 10 (1992) define bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por episodios continuados de ingesta de alimentos ligado a un control de peso que lleva al sujeto a emplear medidas arriesgadas para impedir el aumento del mismo.

Así mismo, el DSM-V (2014) define trastorno por atracón como la ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. El trastorno de atracones es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no tiene atracones recurrentes. Finalmente, se identifican otros trastornos no especificados. Esta categoría se aplica a síntomas que causan malestar clínicamente significativo pero que no cumplen todos los requisitos para ser definidos como trastornos de conducta alimentaria. Entre ellos se hallan: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja, trastornos por atracones de frecuencia baja y trastornos por purgas (DSM-V, 2014).

Como sucede en el resto de trastornos mentales, la aparición de TCA está ligada a diversos factores biológicos, genéticos, socioculturales y psicológicos que provocan una imagen distorsionada en la persona. Por ello, el siguiente punto a tratar se centrará en las influencias psicológicas en los TCA.

En resumen, compartiendo la idea de Sánchez (2013) las dificultades interpersonales en sujetos con problemas alimentarios nacen del miedo a la evaluación negativa y rechazo al apoyo social, todo ello provocado por un bajo autoconcepto.

Autoconcepto y TCA

En primer lugar, es preciso señalar el significado de este término, ya que, a pesar de la cantidad de material publicado a lo largo del siglo XX, han existido dificultades en la historia. Cazalla-Luna y Molero (2013) comparten la idea de que el estudio del autoconcepto figura entre las temáticas pioneras dentro de la psicología, captando especial interés en autores como James o Wallon, creadores del modelo jerárquico y multidimensional más emblemático en la actualidad.

Por su parte, Guillén, García y Ramírez (2011) definen este concepto como etiquetas físicas, cualidades emocionales y comportamentales que un individuo se atribuye.

Fierro en Garaigordobil, y Pérez (2003) lo define como un conjunto global de esquemas evaluativos que el sujeto tiene acerca de sí mismo. Según Cazalla- Luna y Molero (2013) durante un largo periodo de tiempo, el autoconcepto era unidimensional y global. En la actualidad, sin embargo, es entendido como un término jerárquico y multidimensional.

Esta terminación sobre identidad personal comúnmente va ligada a la autoestima, sin embargo, existen ciertos matices que los diferencian, ya que, según el Instituto Nacional de Salud, la autoestima es la valoración que cada uno de nosotros hace de sí mismo. Calvo, A. J., González, R., y Martorell, M. C (2001) añaden que tanto el autoconcepto como la autoestima parecen jugar un papel importante en la conducta prosocial. De hecho, se ha comprobado que poseer una autoestima fuerte ayuda a evitar desarrollar un TCA, debido a la autovaloración que hace el individuo sobre sí mismo (INS, 2015).

A partir de los años 70, surgen diversos modelos del autoconcepto, clasificándose en físico, personal, social y académico (Esnaola, 2008). Debido a la temática propuesta, causa especial interés el autoconcepto físico, ya que guarda una estrecha relación con los trastornos de conducta alimentaria, por su alto carácter físico que influye considerablemente en la satisfacción corporal del individuo.

La baja autoestima y autoconcepto es un factor que puede desembocar en desarrollar TCA en la infancia, puesto que se trata de una etapa en la que el infante comienza a desarrollar su identidad, siendo más vulnerables debido a los numerosos cambios psíquicos, sociales y físicos a los que se somete. Por el contrario, si se posee un autoconcepto elevado, permite tener una identidad definida y reducir considerablemente el riesgo de padecer TCA. Por ello, si se refuerza el autoconcepto, se puede obtener un

buen ajuste psicosocial y evitar posibles problemas psicológicos y pedagógicos (Callaza-Luna y Molero, 2013).

Influencias de factores psicológicos en los TCA

La explicación etiológica de los TCA no responde a un modelo único, por lo que se considera multifactorial (Madruga, Leis y Lambruschini, 2010). A estos factores se asocia el aumento en prevalencia observado en los últimos años, especialmente en la población de mayor riesgo: mujeres jóvenes de países industrializados (Peláez, Labrador y Raich, 2005), ya que según el Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria (2017), actualmente se estima una prevalencia de un 13% para los TCA.

Antes de profundizar en los factores psicológicos, sería conveniente resaltar la idea de Linehan en Navarro-Leis y López (2013) sobre los ambientes invalidantes, entendido como aquellos lugares en los que el niño no puede manifestar libremente sus emociones debido a una actitud de rechazo. Se trataría de un ambiente en el que la persona no aprende con normalidad a gestionar las emociones, desarrollando mecanismos de bloqueo que desembocan en TCA.

Tal y como afirman Fernández y Jáuregui (2016) existen estudios que vinculan los TCA a factores psicológicos como: ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, perfeccionismo y baja autoestima, entre otros. Ruiz (2003) añade que además actúan a lo largo del tiempo como elementos predisponentes y precipitantes. Esta sobrevaloración de la figura, el peso y su control es la pieza clave en el mantenimiento del problema, entendido por Fairburn, Cooper y Shafran en Celis y Roca (2011) como un “núcleo psicopatológico” (core psychopathology).

A partir del mismo, se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA: la dieta estricta, control de peso, perfeccionismo, insatisfacción personal, entre otros. Según este modelo, el trastorno por

atracción no está directamente relacionado, porque surgen como consecuencia de intentar restringir la ingesta de alimentos.

Algunos autores apoyan la teoría de la discrepancia para explicar la diferencia entre el yo real y el yo ideal que genera insatisfacción corporal. Esta hipótesis, se divide por un lado en “autoconcepto real”, es decir, la manera de verse uno mismo y como cree que es vista por el resto. Por otro lado, está el autoconcepto ideal, haciendo referencia al modelo ideal que le gustaría ser. Así pues, cuando la imagen corporal está alejada de los cánones de belleza, se producen diversos síntomas como ansiedad, obsesión, depresión que dan lugar a trastornos alimentarios (Manzaneque, 2013). Además, Castro (2013) añade que personas con un estereotipo perfecto, tienen un concepto distorsionado y alejado de la realidad sobre sí mismos.

Existen tres factores básicos que guardan una conexión directa con el autoconcepto y la valoración de uno mismo: la frecuencia individual de emociones positivas, las emociones negativas (afecto negativo) y la satisfacción con la vida. Ambos afectos correlacionan negativamente de manera que la presencia de uno anula el otro. (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2004).

Según Marchago (en Fernández, González, Contreras y Cuevas 2015), se conoce el autoconcepto físico anteriormente mencionado como una representación mental sobre la realidad corporal que tiene una persona. Este, presenta cuatro subdominios: competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza. El autoconcepto físico se consolida en el autoconcepto global y en el fortalecimiento de la autoestima, factor que conforma el carácter, la personalidad y la conducta humana (Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas y Yáñez, 2011).

Un bajo autoconcepto no solo es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria, ya que también afecta al comportamiento

que tiene el sujeto ante el resto. Por otro lado, centrando la atención en el ámbito escolar, surgen teorías como la profecía autocumplida, aquella en la que el niño tiene un bajo rendimiento cuando piensa que es incapaz de realizar una tarea. (Marsá, Navalón, Güemes, Rodríguez y Rubio, 2015).

Así pues, este constructo dinámico convierte al ámbito educativo en un medio vital y favorecedor para el desarrollo integral del alumnado. Es por ello que en el siguiente punto se analizará la relevancia del autoconcepto en el marco escolar.

La importancia del autoconcepto en la educación

Antes de comenzar a indagar sobre la relación existente entre el autoconcepto y la educación, sería conveniente resaltar la idea de Hernández-Cortés y Londoño (2013), quienes admiten que desde el punto de vista psíquico y social existe una gran preocupación por remediar los trastornos del comportamiento alimentario.

De hecho, su incremento ha provocado que se disparen el número de investigaciones a fin de poder determinar y potenciar las vías para su prevención.

Por otro lado, Esnaola, Goñi y Madariaga (2008) afirman que uno de los constructos que asume un papel decisivo en la prevención de los TCA es el autoconcepto, ya que se trata de la base para un buen funcionamiento personal y social. De ahí que este logro socioafectivo se deba consolidar en la etapa de Educación Primaria. Además, Guillén y Ramírez (2011) apoyan esta idea afirmando que el self comienza a emerger hacia los 9-10 años y finaliza con la adolescencia. Por su parte, March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza y Pallicer (2006) defienden que el ámbito educativo junto con el familiar y la atención primaria, es uno de los principales medios para establecer estrategias de prevención de TCA.

Tal y como indican Goñi, Ruiz y Rodríguez (2004) la actividad física guarda una relación directa y bidireccional con el autoconcepto, convirtiéndose de este modo la asignatura de Educación Física en un pilar fundamental para reforzar y trabajar este constructo. Así mismo, Goñi y Infante (2010) defienden que la satisfacción con la vida y el autoconcepto son dos elementos clave para lograr el bienestar psicológico, aspecto de especial interés en las sociedades industrializadas. Dentro del autoconcepto, existen diferentes subdominios, siendo autoconcepto físico el más importante debido a la valoración que realiza el sujeto sobre su físico.

Atendiendo a la Orden del 17 de marzo (2015), el niño se encuentra en un periodo de constante formación, siendo la edad adecuada para inculcar y asimilar dichos hábitos saludables con la ayuda del ejercicio físico. Una de las finalidades principales del área de Educación Física (EF), es promover un estado de salud y bienestar físico, social y mental, así como respeto hacia el propio cuerpo, ya que actualmente la sociedad vive sumergida en una revalorización de lo físico, siendo imprescindible que se refuerce el autoconcepto en edades tempranas para que cada alumno/a adquiera hábitos saludables que posibiliten sentirse satisfechos con su propia identidad corporal.

Por otro lado, Catalina, Fraile y Martín (2009) comparten que el autoconcepto físico no es un elemento aislado, ya que forma parte de la jerarquía referente al autoconcepto general. Actualmente, se están llevando a cabo investigaciones sobre la posible relación que guarda con los hábitos saludables. Según Catalina, Fraile y Martín (2009) el autoconcepto físico es una dimensión de la personalidad, no obstante, la diferenciación de las dimensiones que lo componen (competencia deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza) se consolidan en el tercer ciclo de Educación Primaria, donde hemos centrado dicha investigación.

Cabe destacar el papel fundamental que poseen los profesionales de la enseñanza, ya que son referentes encargados de influir positivamente en el educando. Resulta evidente admitir que la misión de educar recae en la familia y la escuela. Por tanto, la labor del profesorado de Educación Física es primordial para lograr transmitir hábitos saludables (Prieto, 2008).

3. METODOLOGÍA

Antes de comenzar con el desarrollo metodológico, sería conveniente especificar los objetivos que se pretenden alcanzar.

- Objetivos generales:

Analizar la relación existente entre el autoconcepto físico y los trastornos de conducta alimentaria en escolares.

- Objetivos específicos:

Identificar al alumnado con alto riesgo de padecer este comportamiento patológico.

Intervenir desde el área de Educación Física a través de la actividad física y los hábitos de vida saludables.

Valorar actitudes responsables ante el cuidado del cuerpo.

Comprender los beneficios que aporta la práctica deportiva y los hábitos alimenticios.

Participantes

La muestra está formada por 51 niñas y 46 niños pertenecientes al tercer ciclo de Educación Primaria de un Centro educativo de entidad privada situado en la ciudad de Córdoba (España). La edad oscila entre los 10 y 14 años, siendo la media de 11.04 años. El 37,25% de las niñas y el 36,95 % de

los niños cursan 5º de Primaria. En 6º de EPO, los porcentajes están divididos en 62,74% en alumnas y el 63,04% en alumnos.

Dentro de los valores sociodemográficos que se incluyen en la muestra, se pueden observar de manera general algunas variables. Respecto a la “edad” se halla una media de 11,04 y una desviación de ,73. Atendiendo al rendimiento académico, la media es de 3,96 y la desviación de ,92. La actividad física muestra una media de 2,98 y la desviación de ,90. El tiempo empleado en su uso, afirma que la media es de 1,43 y la desviación de ,81.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Valores	Media	Desviación estándar
Edad	11,04	,73
Rendimiento	3,96	,92
Actividad física	2,98	,90
Tiempo empleado	1,43	,81

Valores sociodemográficos

Instrumentos y variables

En primer lugar, se realizó una recogida de valores sociodemográficos de los participantes a través de un pequeño cuestionario. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, rendimiento académico, número de hermanos, nivel de estudios de los padres, nivel de actividad física semanal, lesiones deportivas, competición a nivel federativo, estado actual de salud y uso de las redes sociales.

Para medir el autoconcepto físico se ha empleado el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) cuyos autores son Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006). Lo forman 36 ítems, con cinco posibilidades de respuesta de mayor a menor puntuación: verdadero (5), casi siempre verdadero (4), a veces verdadero (3), casi siempre falso (2) y falso (1).

Dentro del mismo, se hallan seis dimensiones como la habilidad deportiva, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general. El coeficiente de fiabilidad del cuestionario es de .93 (Goñi, en Álvarez, Cuevas, Lara y González, 2015).

Por otro lado, para la detección temprana de trastornos de conducta alimentaria se empleará el test EAT 26. Según Fischer y Prieto (2016) es una herramienta formada por 26 ítems que deben ser respondidos con: siempre, muy a menudo, a menudo, algunas veces, raramente y nunca. La puntuación es ascendente de 3, 2, 1, 0, 0, 0 puntos siguiendo la escala de Likert, asignando los tres puntos a “siempre”. El ítem 25, puntúa en sentido inverso. El alumno dará positivo en el test cuando obtenga una puntuación igual o mayor a 20 puntos.

Diseño y procedimiento

Se trata de una investigación de tipo cuantitativa, transversal y correlacional, siguiendo una metodología no experimental y empleando cuestionarios validados por la comunidad científica como herramienta básica para la recogida de información.

El acceso a la muestra fue a través de un Centro educativo. Previamente, se solicitó permiso a la dirección para poder efectuarla. Tras su aprobación, los tutores legales de los alumnos, tuvieron que dar su consentimiento para que pudieran participar. Los cuestionarios fueron autoadministrados con una duración media de 20 minutos. Las evaluaciones se realizaron de manera voluntaria y anónima en el aula común de cada curso, entre los días 2 y 3 del mes de mayo de 2019, estableciendo condiciones de silencio absoluto para lograr resultados efectivos.

Análisis de los datos

Durante el proceso, el programa estadístico utilizado ha sido SPSS, empleando técnicas descriptivas y de relación. La comparación de las

variables se utilizó mediante el test de correlación de Pearson. Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 93%.

4. RESULTADOS

Estadísticos descriptivos del CAF

Atendiendo al análisis estadístico descriptivo del cuestionario de autoconcepto físico (CAF), se pueden observar diversos datos. En primer lugar, la media más alta es 26,06 perteneciente al atractivo físico, por el contrario, la media más baja la posee el autoconcepto físico con un 17,95. Por otra parte, la desviación típica más elevada pertenece al ítem fuerza, con una puntuación de 4,68 y, la más baja se halla en el autoconcepto físico con un 2,69. Como aspecto a destacar, es llamativa la estima en el campo del autoconcepto físico, ya que posee los niveles más bajos de media y desviación típica.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos CAF

	Media	Desviación estándar
Habilidad física	24,80	3,90
Condición física	25,02	4,39
Atractivo físico	26,06	3,97
Fuerza	23,18	4,68
Autoconcepto físico	17,95	2,69
Autoconcepto general	23,27	2,77

Valores del cuestionario de Autoconcepto Físico

Estadísticos descriptivos EAT 26

Considerando el estudio estadístico descriptivo del EAT 26, destaca la prominente cifra que corresponde a la máxima puntuación (53). Además, el porcentaje tan elevado de desviación típica (10,83) en el instrumento, induce a realizar una frecuencia categórica.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos EAT-26

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Valoración	0	53	12,58	10,83
Valoración sobre la frecuencia categórica de EAT-26				

Se ha analizado la frecuencia categórica a partir de 20, ya que es el punto de corte para considerar el riesgo de padecer TCA. La puntuación 20, 21, 26, 42 y 53 poseen una frecuencia de 1. El 23, 24, 28 y 32, de 3. Finalmente, 2 alumnos recibieron una puntuación de 45.

Tabla 4. Frecuencia categórica EAT-26

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 con riesgo	1	1,0	1,1	80,6
21 con riesgo	1	1,0	1,1	81,7
23 con riesgo	3	3,1	3,2	84,9
24 con riesgo	3	3,1	3,2	88,2
26 con riesgo	1	1,0	1,1	89,2
28 con riesgo	3	3,1	3,2	92,5
32 con riesgo	3	3,1	3,2	95,7
42 con riesgo	1	1,0	1,1	96,8
45 con riesgo	2	2,1	2,2	98,9
53 con riesgo	1	1,0	1,1	100,0
Frecuencia categórica del cuestionario				

Correlación entre ambos instrumentos

Desde el punto de vista de las correlaciones, todas las dimensiones de autoconcepto físico se relacionan positivamente entre sí.

Se puede observar una correlación significativa (nivel 0,05) entre el subdomino “condición física” perteneciente al Cuestionario de Autoconcepto Físico y el EAT. Esto, se asociaría a una mayor tendencia a padecer TCA cuando se posee una menor condición física.

Así mismo, se visualiza una correlación negativa entre las variables de autoconcepto físico general y habilidad física respecto al total EAT, por tanto es deducible que a medida que los subdominios de habilidad y autoconcepto aumentan, la puntuación del EAT disminuye.

Tabla 5. Correlación entre los instrumentos CAF y EAT 26

	Habilidad Física	Condición	Atractivo	Fuerza	A. Físico	A. General	Total EAT
Habilidad física							
Correlación de Pearson		,322*	,528*	,382*	,269*	,326*	-,013
Sig. (bilateral)		,001	,000	,000	,008	,001	,904
Condición							
Correlación de Pearson	,322**		,307**	,317**	,136	,213*	,251*
Sig. (bilateral)	,001		,002	,002	,183	,036	,015
Atractivo							
Correlación de Pearson	,528**	,307**		,137	,625**	,506*	,046
Sig. (bilateral)	,000	,002		,182	,000	,000	,659
Fuerza							
Correlación de Pearson	,382**	,317*	,137		,049	,304**	,050
Sig. (bilateral)	,000	,002	,182		,631	,002	,633
Autoconcepto Físico							
Correlación de Pearson	,269**	,136	,625**	,049		,547	-,017
Sig. (bilateral)	,008	,183	,000	,631		,000	,868
Autoconcepto General							
Correlación de Pearson	,326**	,213*	,506**	,304**	,547**		,18
Sig. (bilateral)	,001	,036	,000	,002	,000		,864

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Relación existente entre los cuestionarios estudiados

Análisis de relación entre variables

En cuanto a las variables sociodemográficas, se han encontrado notorios resultados en función del sexo, la salud y días de ejercicio físico de los estudiantes. Respecto al sexo, las mujeres presentan una leve superioridad en algunos ítems y los hombres, obtienen una media más elevada en el test EAT-26. En cuanto a la salud, los niveles son superiores con un estado favorable. Por otro lado, el sujeto con un estado que alcanza el nivel “regular”, obtiene una elevada media en cuanto al total EAT. Finalmente, la actividad física detalla que, a medida que aumenta el número de días, el autoconcepto físico mejora.

Tabla 6. Análisis de los valores sociodemográficos

	Habilidad	Condición	Atractivo	Fuerza	Físico	General	Total EAT
<i>Sexo</i>							
Hombre							
Media	24,61	25,13	25,50	24,15	17,28	23,43	13,52
Desviación	3,59	4,21	4,20	4,74	2,94	2,70	10,72
Mujer							
Media	24,98	24,92	26,57	22,29	18,55	23,12	11,66
Desviación	4,19	4,58	3,71	4,49	2,32	2,86	10,97
<i>Salud</i>							
Regular							
Media	22,80	24,70	25,00	21,50	17,30	22,00	17,44
Desviación	4,21	5,25	4,80	6,67	3,40	,121	15,40
Bueno							
Media	25,03	25,06	26,18	23,37	18,02	23,41	12,06
Desviación	3,82	4,31	3,87	4,41	2,61	2,38	10,21
<i>Actividad</i>							
1 día							
Media	23,75	19,00	23,75	20,75	17,25	21,25	19,75
Desviación	500	4,54	4,57	4,03	3,20	5,67	18,37
2 días							
Media	23,39	23,93	25,79	21,43	18,25	22,86	8,89
Desviación	4,30	4,39	3,47	5,21	2,23	2,88	6,89
3 días							
Media	24,23	24,65	26,65	22,29	18,16	23,87	13,13
Desviación	3,29	4,02	3,49	4,41	2,57	1,89	9,82
4 o más días							
Media	26,62	26,97	26,03	25,71	17,59	23,29	14,28
Desviación	3,70	3,77	4,68	3,42	3,13	2,90	12,79

Análisis de los valores sociodemográficos aplicados

Durán, N.; Castro, R. (2020). Relación entre el autoconcepto físico y los Trastornos de Conducta Alimentaria en el alumnado de Educación Primaria. *Trances*, 12(3): 203-228

5. CONCLUSIÓN

Los hallazgos apuntan a que existe una relación significativa entre el subdominio de condición física y los trastornos de conducta alimentaria, interpretándose como una tendencia a padecer estos trastornos si el nivel de condición física es desfavorable. Por otro lado, se ha demostrado que a medida que la habilidad física y el autoconcepto aumentan, los niveles de TCA disminuyen, hecho que ratifican Castro, Cachón, Valdivia y Zagalaz (2015) identificando factores de riesgo por quienes no practican deporte. Capta la atención los resultados respecto al sexo femenino en el CAF, demostrando que en los subdominios de habilidad y autoconcepto general los niveles son claramente superiores a los varones.

Esto, puede entenderse como la existencia de hombres que se preocupan por su imagen corporal debido a los cambios sociales sufridos en los últimos años, repercutiendo considerablemente en el desarrollo de trastornos alimenticios y siendo cada vez menos notoria la diferencia entre ambos sexos. En cuanto al estado saludable, los sujetos que poseen un bajo bienestar son propensos a obtener puntuaciones desfavorables de autoconcepto y TCA.

Corroborando la idea de Barajas, Molero, Castro y Zagalaz (2012) los eminentes niveles de actividad física reafirman que el deporte es una vía idónea para trabajar el constructo de autoconcepto, otorgando valor a la asignatura de Educación Física como un medio saludable, con multitud de beneficios físicos, metales y sociales. Finalmente, se propone como futura línea de investigación una prevención de TCA a través de esta área.

Los resultados ayudan a conocer los factores que pueden desembocar en esta patología, reflexionando sobre la importancia de fomentar dentro del sistema educativo un buen uso del deporte como herramienta básica para la

adquisición de hábitos saludables, evitando de esta manera la emersión de trastornos alimenticios.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A., y González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(2), 27-34.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ávila, M., y Jáuregui, J. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6(1), 1-12.

Baile, J., y González, M. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(2), 80-88.

Bancalero, M. (2015). *Alternativas de clasificación de trastornos de conducta alimentaria: estudio de muestra clínica procedente de unidad específica ambulatoria* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Extremadura.

Calvo, A., González, R., y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y la adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y aprendizaje*, 24(1), 95-111.

Castro, R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la vigorexia (Tesis Doctoral). Universidad de Jaén, Jaén.

- Castro, R., Cachón, J., Valdivia, P., y Zagalaz, M. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(2), 251-258.
- Catalina, J., Fraile, A., y Martín, L. (2009). Autoconcepto físico en la Educación Primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 143-152.
- Cazalla-Luna, N. y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10), 43-64.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Churchill, L. (1992). *CEI-10*, España. Editorial Médica Panamericana.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24(1), 1-8.
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J.M. El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista Psicodidáctica*, 13(1), 69-96.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., Vargas, P., y Yáñez, R. (2011). Valoración del autoconcepto físico en estudiantes universitarios y su relación con la práctica deportiva. *Revista Motricidad Humana*, 12(1), 22-26.
- Fernández, J., González, I., Contreras, O., y Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33.

- Fernández-Delgado, A., y Jáuregui-Lobera., I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of negative & no positive results*, 1(2), 71-80.
- Fischer, R., y Prieto, G. (2016). Análisis del test de actitudes alimentarias (eat-26) con un modelo tipo rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 5-16.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24(1), 113–134.
- Goñi, A., e Infante., G. Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., e Liberal, I. (2004). Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(2), 195-213.
- Goñi, A., Ruiz de Azúz, S., y Rodríguez., A. Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apunts*, 77, 18-24.
- Guillén, F., y Ramírez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos de tercer ciclo de Educación Primaria. *Revista Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.
- Hernández-Cortés, L., y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología (universidad de Murcia)*, 29(3), 748-761.
- Hernández-Mulero, N., y Berengüí, R. (2016). Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en

- deportistas de competición. *Cuadernos de psicología del deporte*, 16(2), 37-44.
- Leinoir, M., y Silber, Tomas J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pedriatría*, 104(3), 253-260.
- Losada, V., y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Madruga, A. D., Leis, T. R. y Lambruschini, F. N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Asociación Española de Pediatría & Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. España: Ergón.
- Manzaneque, B. (2013). *Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios*. (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades, Cuenca.
- Maor, N., R., Sayag, S., Dahan, R., y Hermoni, D. (2006). Eating Attitudes among Adolescents. *Isr Med Assoc J*, 8(9), 627–629.
- March , J.C., Suess, A., Prieto, M.A., Escudero, M.J., Nebot, M., Cabeza, E., y Pallicer, A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.
- Marsá, M., Navalón, A., Güemes, I., Rodríguez, A., y Rubio, L.M. (2015). ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema?: Guía de prevención de TCA en adolescentes. Recuperado de

<http://www.sepsiq.org/file/Noticias/Guia%20prevenci%C3%B3n%20TC A.pdf>.

Molero, D., Castro, R., y Zagalaz, M^a.L. Autoconcepto y ansiedad: detección de los indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 12(2), 92-100.

Navarro-Leis, M. y López, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44.

Orden 17 de marzo de 2015 por la que se establece el currículo básico correspondiente a la Educación Primaria en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 475, 17 de marzo de 2015.

Recuperado de

<https://www.adideandalucia.es/normas/ordenes/Orden17marzo2015CurriculoPrimaria.pdf>.

Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.

Prieto, E. (2008). El papel del profesorado en la actualidad. Su función docente y social. *Foro de Educación*, (10), 325-345.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española (30.ªed)*. Madrid, España: Jesús Campos.

Rodríguez, A., Goñi, A., y Ruiz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención psicosocial*, 15(1), 81-94.

Durán, N.; Castro, R. (2020). Relación entre el autoconcepto físico y los Trastornos de Conducta Alimentaria en el alumnado de Educación Primaria. *Trances*, 12(3): 203-228

- Ruiz-Lázaro, P. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España [Epidemiology of eating behavior disorders in Spain]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 85-94.
- Sánchez, A. (2013). La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de conducta alimentaria (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- Shelley, T, (2007). *Psicología de la salud*, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sociedad española de nutrición clínica y metabolismo. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5). Recuperado de <https://senpe.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria.php>.