

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Nutrición Humana



*Una Institución Adventista*

## **Autoeficacia dietética, perfil antropométrico y autopercepción de imagen corporal en adultos peruanos**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

**Por:**

Diana Beatriz Ramirez Luque  
Neirru Lisset Rocha Huaman

**Asesor:**

Mg. Jacksaint Saintila

**Lima, abril de 2021**

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Mg. Jacksaint Saintila de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Nutrición Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Autoeficacia dietética, perfil antropométrico y autopercepción de imagen corporal en adultos peruanos” constituye la memoria que presenta las bachilleres Diana Beatriz Ramirez Luque y Neirru Lisset Rocha Huaman para aspirar al título de Profesional de Licenciada en Nutrición Humana ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, el 19 de abril del año 2021.



---

Mg. Jacksaint Saintila



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 13 día(s) del mes de abril del año 2021, siendo las 9:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mg. Mery Rodríguez Vasquez, el secretario: Mg. Faquelin Eveling Catizaya Milla, y los demás miembros: Mg. Silvia Blida Moon Apolunario, y el asesor: Mg. Jack saint Saintila

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Autoficacia dietética, perfil antropométrico y auto percepción de imagen corporal en adultos peruanos.

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Diana Beatriz Ramirez Luque b) Neirru Lisset Rocha Huaman conducente a la obtención del título profesional de Licenciada en Nutrición Humana (Nombre del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Diana Beatriz Ramirez Luque

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 16, B, Bueno, Muy bueno

Candidato (b): Neirru Lisset Rocha Huaman

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 16, B, Bueno, Muy bueno

(\*) Ver parte posterior. Esta sustentación fue hecha de manera virtual u online sincrónica conforme al Reglamento de Grados y Títulos.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidenta: [Signature]
Asesor: [Signature]
Candidato/a (a):

Miembro

[Signature]
Secretario

Miembro

Candidato/a (b)

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermana Lucero por el acompañamiento brindado durante toda mi formación académica y su continuo apoyo para lograr mis objetivos.

Diana Beatriz Ramirez Luque

Está dedicado con mucho amor y admiración a mis padres, quienes me apoyaron desde un inicio apostando por mis sueños y mis metas. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de cumplir mis sueños.

Neirru Lisset Rocha Huaman

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darme la inteligencia necesaria para realizar esta investigación. A mis padres, por su apoyo y amor incondicional. De la misma forma, a mis amigos y seres queridos por su contribución al desarrollo de esta investigación y finalmente al Mg. Jacksaint Saintila por su tiempo y conocimiento brindado para la conducción de este trabajo.

Diana Beatriz Ramirez Luque

A Dios, por brindarme la salud para cumplir con esta meta académica tan grande en mi vida, por ser la luz en todo momento en el proceso de esta investigación. A mis padres por su apoyo incondicional. De la misma forma, a mis amigos más cercanos por el apoyo incondicional.

Neirru Lisset Rocha Huaman

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>DEDICATORIA</b> -----	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> -----	<b>V</b>
<b>TABLA DE CONTENIDO</b> -----	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> -----	<b>VII</b>
<b>RESUMEN</b> -----	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT</b> -----	<b>IX</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> -----	<b>10</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> -----	<b>12</b>
<b>RESULTADOS</b> -----	<b>15</b>
<b>DISCUSIÓN</b> -----	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES</b> -----	<b>24</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> -----	<b>24</b>
<b>REFERENCIAS</b> -----	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b> -----	<b>30</b>
<b>ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> -----	<b>30</b>
<b>ANEXO 2: FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILO DE VIDA, ANTROPOMÉTRICOS Y DIETÉTICOS</b> -----	<b>31</b>
<b>ANEXO 3: TEST DE SILUETAS</b> -----	<b>33</b>
<b>ANEXO 4: DIETING SELF-EFFICACY SCALE (DIET-SE) VERSION MEXICANA</b> -	<b>34</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Características sociodemográficas, comportamiento de estilo de vida, patrones dietéticos e IMC según el sexo.....	16
<b>Tabla 2</b> Análisis de las variables autoeficacia dietética, IMC y percepción de imagen corporal según sexo de los participantes .....	17
<b>Tabla 3</b> Análisis de las variables antropométricas, autoeficacia dietética basadas en las categorías de percepción de imagen corporal según IMC.....	18
<b>Tabla 4</b> Análisis de las variables antropométricas, autoeficacia dietética basadas en las categorías de satisfacción con la imagen corporal .....	19
<b>Tabla 5</b> Análisis de las variables antropométricas, basadas en las categorías de autoeficacia dietética.....	19
<b>Tabla 6</b> Análisis de la variable autoeficacia dietética según las tres subescalas de los participantes .....	20

## RESUMEN

**Introducción:** Las altas tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad lo catalogan como un problema de salud pública mundialmente, por ello, es importante la prevención considerando factores de riesgo asociados. La autoeficacia dietética y percepción de imagen corporal, han resultado ser importantes para mantener un peso normal. Se evaluó la autoeficacia dietética, perfil antropométrico y percepción de la imagen corporal en adultos peruanos. **Materiales y métodos:** El estudio fue descriptivo transversal y se realizó a través de una encuesta online. Se seleccionaron 400 participantes de 18 a 59 años, los datos fueron procesados en el SPSS versión 27, se consideró un grado de significancia  $p < 0.05$  y se utilizaron las pruebas Chi cuadrado,  $t$  de student y Kruskal Wallis. **Resultados:** El 48.4% de varones presentó exceso de peso; 66.9%, presentaron insatisfacción corporal y un 43.7%, subestimaron su IMC significativamente ( $p < .05$ ). Generalmente, los participantes que estaban insatisfechos con su imagen corporal y subestimaban su peso, eran propensos a tener un IMC significativamente ( $p < .001$ ) elevado, la mayor parte de los participantes (62%) reportaron niveles bajos de autoeficacia y el 45.9 % informaron poca seguridad para resistir las tentaciones de alimentos de alto contenido calórico. **Conclusiones:** Los participantes que subestimaban y estaban insatisfechos corporalmente, tenían un IMC mayor. La mayoría de los participantes reportó insatisfacción corporal y poca resistencia hacia alimentos calóricos evidenciada en la baja autoeficacia dietética reportada. Los resultados de este estudio servirán como evidencia científica en la intervención del nutricionista y contribuirá a la disminución del exceso de peso.

**Palabras clave:** *Autoeficacia dietética, obesidad, adultos, imagen corporal.*



## ABSTRACT

**Introduction:** The high prevalence rates of overweight and obesity classify it as a public health problem worldwide, therefore, prevention considering associated risk factors is important. Dietary self-efficacy and body image perception have been found to be important in maintaining a normal weight. Dietary self-efficacy, anthropometric profile and body image perception were evaluated in Peruvian adults. **Materials and methods:** The study was a descriptive cross-sectional study and was conducted through an online survey. Four hundred participants aged 18 to 59 years were selected, the data were processed in SPSS version 27, a significance level of  $p < 0.05$  was considered and Chi-square, Student's t-test and Kruskal Wallis tests were used. **Results:** 48.4% of males were overweight; 66.9% were body dissatisfied and 43.7% significantly underestimated their BMI ( $p < .05$ ). Generally, participants who were dissatisfied with their body image and underestimated their weight were likely to have a significantly ( $p < .001$ ) elevated BMI, most participants (62%) reported low levels of self-efficacy and 45.9% reported low confidence in resisting temptations of high-calorie foods. **Conclusions:** Participants who underestimated and were body dissatisfied had a higher BMI. Most participants reported body dissatisfaction and low resistance toward caloric foods evidenced by low reported dietary self-efficacy. The results of this study will serve as scientific evidence in the nutritionist's intervention and will contribute to the reduction of excess weight.

**Keywords:** Dietary self-efficacy, obesity, adults, body image.

## INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Por consiguiente, resulta ser un motivo de preocupación y uno de los desafíos más importantes para los sistemas de salud tanto de los países de ingresos altos, como de los bajos (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) el exceso de peso como almacenamiento anormal o excesivo de grasa que es perjudicial para el organismo. En su informe publicado en el 2016, se estimó que el 39% de las personas adultas de 18 años a más tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas (2). Las tasas de prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad se han duplicado desde 1980 en más de un tercio de la población (3).

Por otro lado, el Perú reportó el 2019, que el 37.8% y 22.3% de la población mayor de 15 años, sufren de sobrepeso y obesidad, respectivamente. El exceso de peso a nivel nacional, tuvo un registro de 60.1% en personas de 15 años a más, con mayor incidencia en la provincia de Lima metropolitana indicando un problema de salud pública latente (4).

Actualmente, varios estudios han demostrado que factores sociodemográficos como la edad, sexo, nivel educativo, estado civil y factores económicos, son determinantes para el exceso de peso en adultos (5,6). También, los factores genéticos, ambientales y educativos juegan un papel importante en el control del sobrepeso y obesidad (7).

Los hábitos alimentarios inadecuados, tales como horarios irregulares de comida, ingesta alta de alimentos ultra procesados y calóricos, grasas saturadas, carbohidratos simples y mala calidad de la dieta junto a la falta de actividad física regular, componen las causas principales del sobrepeso y obesidad (8,9). Al mismo tiempo, la falta de autoeficacia dietética, definida como la capacidad percibida por un individuo para tomar decisiones alimentarias saludables, incluso cuando se enfrenta a posibles obstáculos, resulta ser también un factor determinante de estos problemas. Debido a que un alto nivel, se ha relacionado a mayor consumo de frutas, verduras y otros alimentos saludables (10).

De la misma forma, la obesidad está relacionada con una mala percepción de la imagen corporal, descrita como pensamientos, percepciones y sentimientos del individuo sobre su cuerpo. Se ha informado que la conciencia de tener sobrepeso u obesidad es un elemento esencial para empezar a seguir comportamientos relacionados con el peso (11). La imagen corporal no está necesariamente relacionada con la apariencia física real de una persona. Es importante mencionar, que está formada por 4 componentes: perceptual (percepción del cuerpo), cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo), afectivo (sentimientos o actitudes hacia el cuerpo)

y el conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción) (12).

Las percepciones más objetivas de la imagen corporal se asocian con un menor aumento de peso. Una percepción negativa, se relaciona con trastornos de conducta alimentaria (TAC) y estilo de vida poco saludable. En cambio, una positiva, se asocia con un comportamiento nutricional más saludable (13). Generalmente, existe mayor satisfacción corporal en varones, en contraste con las mujeres que muestran mayor insatisfacción relacionada a la preferencia de siluetas ligadas a un estereotipo estético más delgado (14).

La literatura científica, evidencia la importancia del estudio de las variables consideradas para esta investigación. Anjos et al.(15), realizaron un estudio descriptivo transversal en adultos utilizando las siluetas de Stunkard, encontrando que la percepción se asoció positivamente al IMC y que la gran mayoría de participantes que eligieron las siluetas más grandes, eran obesos. Sin embargo, las mujeres eran más propensas a subestimar su IMC. Con respecto a la autoeficacia dietética, Nastaskin et al. (16) encontraron que esta tenía un efecto positivo para disminuir la ingesta de grasas y sodio. Su estudio fue descriptivo transversal. Asimismo, Kulik et al. (10), encontraron la asociación significativa entre autoeficacia y la ingesta alimentaria saludable en razas blancas y negras.

Los datos proporcionados por la revisión de literatura, informan que el sobrepeso y obesidad se puede prevenir identificando y controlando los factores de riesgo asociados. La presente investigación se enfocará en estudiar los problemas enfocada a una población adulta, considerando la baja disponibilidad de investigaciones orientadas a esta etapa de vida y más aún, dentro de Perú. Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la autoeficacia dietética, perfil antropométrico y autopercepción de imagen corporal en adultos peruanos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño, tipo de investigación y participantes**

Se realizó un estudio descriptivo transversal entre los meses de febrero y marzo del 2021, a través de una encuesta online autoadministrada. El envío se hizo mediante las redes sociales comúnmente utilizadas como, Facebook, Messenger y WhatsApp. Se remitió un mensaje de texto solicitando la participación en la investigación junto con el enlace web de la encuesta. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (17). Se tomó en cuenta 400 participantes de una muestra inicial de 404, de edades comprendidas entre 18 y 59 años. De esta manera, 4 participantes fueron excluidos por no responder adecuadamente algunos datos relevantes considerados para la investigación y por no encontrarse dentro del rango mínimo de edad considerado para este estudio. Se les solicitó el consentimiento informado donde se explicó que su participación en el estudio era voluntaria, el objetivo del estudio, que sus datos serían utilizados exclusivamente para fines de la investigación y, que serían manejados anónimamente. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión y su desarrollo no causó ningún riesgo de salud para los participantes. Se respetó los aspectos éticos establecidos por la declaración de Helsinki.

### **Cuestionario de autoeficacia dietética (Dieting Self-Efficacy Scale (DIET-SE) versión en lengua española)**

Para evaluar la autoeficacia dietética, se utilizó un cuestionario creado por Stich et al. (18), en el año 2008. El cuestionario cuenta con 11 ítems que miden el nivel de confianza para resistir tentaciones alimentarias y llevar una dieta saludable. La estructura interna del instrumento está compuesta por tres subescalas; tentaciones de alimentos con alto contenido calórico (TAACC) que consideran las preguntas 3,6, 7 y 10; factores sociales e internos (FSI), que agrupan las preguntas 1, 2, 5 y 9 y eventos emocionales negativos (EEN), que consideran las preguntas 4, 8 y 11. La adaptación al español y validación se hizo en un estudio con 807 participantes en el año 2019, asimismo, la fiabilidad del instrumento según el alfa de Cronbach para las tres subescalas TAAC, FSI y EEN fue de 0.77, 0.72 y 0.70, respectivamente (19). Las respuestas se registraron en una escala de Likert de 0 a 4 (nada seguro, poco seguro, más o menos seguro, bastante seguro y muy seguro). La evaluación se realizó mediante puntuaciones del total de los ítems. Una puntuación de 20 o más se consideró como un alto riesgo de tener un trastorno alimentario (ARTA) y baja autoeficacia dietética (BAD). Asimismo, valores menores a 20 se consideró como bajo riesgo de trastorno alimentario (BRTA) y alta autoeficacia dietética (AAD).

## **Ficha de registro de datos sociodemográficos, estilo de vida, antropométricos y dietéticos**

Para la recolección de datos sociodemográficos, estilo de vida, dietéticos y antropométricos, se utilizó una ficha de registro constituida por 11 ítems. La ficha de datos sociodemográficos constó de 5 ítems en las cuales se incluyeron el sexo, edad, lugar de procedencia, estado civil y nivel de instrucción. También, se consideraron 2 ítems relacionados al estilo de vida (horas de sueño y actividad física). De la misma forma, para los datos antropométricos se consideraron el peso (kg) y talla (metros). Lo cual permitió medir el IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Para la clasificación de IMC se usó los puntos de corte de la OMS, para bajo peso,  $< 18.5$ ; normal, de  $18.5 - 24.9$ ; sobrepeso, de  $25 - 29.9$  y obesidad,  $\geq 30$  (20). La ficha de datos dietéticos tuvo 2 ítems, régimen alimentario y el tiempo de adherencia al régimen.

### **Test de siluetas de Stunkard**

Para la evaluación de la percepción de imagen corporal se empleó el método propuesto por Stunkard et al. (21) en 1990, modificado posteriormente por Collins (22) en 1991. Estas siluetas al ser relacionadas al IMC, han demostrado ser un instrumento válido, fiable y eficaz, dado que, se ha obtenido una alta exactitud para detectar sobrepeso y obesidad tanto en hombres ( $ABC = 0.85$  y  $0.84$ ) como en mujeres ( $ABC = 0.86$  y  $0.89$ ) (23). El instrumento presenta 9 siluetas anatómicas masculinas y femeninas que van siendo progresivamente más robustas, del mismo modo, cada una de las siluetas tenía asignada un rango de IMC (desde 17 a  $33 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) que se relacionaban con bajo peso (silueta 1), normal (silueta 2-5), sobrepeso (silueta 6-7), y obesidad (8-9) (24). Se solicitó a los participantes que seleccionaran la figura que, según su opinión, correspondía con su silueta corporal (IMC percibido) y finalmente, la figura que deseaban tener (IMC deseado). Para medir la percepción de imagen corporal, se restó el número de IMC real (calculado según peso y talla autoinformado) con el IMC deseado o percibido. Comparando esos valores, se obtuvo un patrón de satisfacción o insatisfacción (por bajo peso o exceso de peso) del individuo con su figura y, la percepción sobreestimada, subestimada o ajustada a el IMC. Para el tratamiento de esta información se tomó como referencia el estudio de Marrodán et al. (25), que agrupó a los sujetos en 5 categorías en función a la diferencia entre el IMC real y el deseado o percibido. Para este estudio, se han agrupado las categorías 1,2 y las categorías 4 y 5, de esta forma, se facilitó la diferenciación entre satisfacción, insatisfacción además de la percepción por categorías según IMC. Los puntos de corte para ambas variables fueron iguales.

Categoría 1 y 2:  $\text{IMC real} - \text{IMC deseado (o percibido)}: \leq -2$  (insatisfacción por bajo peso/ sobreestiman su IMC respectivamente).

Categoría 3: IMC real - IMC deseado (o percibido): entre - 2 y 2 (satisfacción de imagen corporal/ percepción ajustada a su IMC respectivamente).

Categoría 4 y 5: IMC real- IMC deseado (o percibido): entre > 2 (insatisfacción por exceso de peso/ subestiman su IMC respectivamente).

### **Análisis estadístico**

Los datos recolectados fueron ingresados y ordenados a una hoja del programa de Microsoft Excel en su versión 2019. Para el procesamiento y análisis de datos, se utilizó el paquete de software estadístico SPSS versión 27 (SPSS Inc. Chicago, IL, EE.UU.) Asimismo, se realizó el análisis descriptivo de las variables a través de tablas de frecuencias absolutas, porcentajes y medias. Se empleó la prueba estadística t de student (previamente se utilizó Levene para ver si la distribución de los datos era normal), para comparar las medias; Kruskal Wallis, entre grupos y Chi cuadrado, para diferenciar las proporciones estadísticas. El grado de significancia que se consideró fue  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En el estudio participaron 400 adultos, la distribución por sexo mostró predominio del sexo femenino (52.5%, n= 210) en contraste con el masculino (47.5%, n= 190). En la tabla 1, se evidencian los datos sociodemográficos, de estilo de vida, patrones dietéticos e IMC autoinformado de la muestra. La edad media fue de  $31.27 \pm 9.25$  años para los hombres y  $29.18 \pm 8.34$  para las mujeres. Ambas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ). Para las horas de sueño durante la noche, la media fue  $6.82 \pm 1.12$  horas, no presentando diferencia relevante. La talla y el peso medio fueron  $65.12 \pm 11.54$  kg y  $1.61 \pm 0.07$  metros, respectivamente. Se observó un IMC medio autoinformado de  $25.4 \pm 3.32$  kg/m<sup>2</sup> en los hombres y  $24.78 \pm 3.94$  kg/m<sup>2</sup> en las mujeres. Referente al IMC deseado, se encontró medias similares tanto en los hombres como en las mujeres ( $22.06 \pm 1.86$  kg/m<sup>2</sup> y  $22.16 \pm 1.66$  kg/m<sup>2</sup>). La media del IMC percibido fue  $23.75 \pm 2.79$  kg/m<sup>2</sup> en hombres y  $23.85 \pm 2.97$  kg/m<sup>2</sup> en mujeres. Las diferencias estadísticas del IMC autoinformado, deseado y percibido entre hombres y mujeres, no fueron significativas. Para el lugar de procedencia, se evidenció que el 51.4 % de mujeres eran provenientes de la zona costera del país a comparación de los hombres, esas diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ). En relación al nivel de instrucción, se observa que la mayor proporción de mujeres (45.2%) tenían título profesional o grado académico respecto a los hombres (35.7%), sin embargo, no se observa diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). Con respecto al estado civil, se encontró que la mayor parte de la muestra eran solteros(as), así como también, las mujeres (70%) lo eran en mayor proporción que los hombres (65.8%), esas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ). Los hombres informaron realizar mayor actividad física, por lo menos una vez al día en comparación a las mujeres, además, se evidenciaron diferencias significativas (79% vs 65.2 %,  $p < 0.05$ ). El patrón dietético mayoritario en ambos sexos fue el no- vegetariano en un 77%, de los cuales 81.4% eran mujeres y 72.1% eran hombres con un tiempo de adherencia  $> 12$  meses en el 93.3% de las mujeres y 89.5% de los hombres. Sólo se encontró diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) referente al patrón dietético.

**Tabla 1 Características sociodemográficas, comportamiento de estilo de vida, patrones dietéticos e IMC según el sexo.**

Variable	Hombres		Mujeres		Total		<i>p</i>
	n/M	%/DE	n/M	%/DE	n/M	%/DE	
Edad (años)	31.27 ± 9.25		29.18 ± 8.34		30.17 ± 8.84		0.018**
Peso (kg)	70.62 ± 10.46		60.14 ± 10.1		65.12 ± 11.54		0.000**
Talla (mts)	1.67 ± 0.06		1.56 ± 0.05		1.61 ± 0.07		0.000**
Procedencia							
Costa	95	50.0	108	51.4	203	50.7	0.544*
Sierra	72	37.9	74	35.2	146	36.5	
Selva	20	10.5	20	9.5	40	10.0	
Extranjero	3	1.6	8	3.8	11	2.8	
Nivel de instrucción							
Primaria	3	1.6	2	1.0	5	1.3	0.281*
Secundaria	48	25.3	44	21.0	92	23	
Técnico	71	37.4	69	32.9	140	35	
Licenciatura	51	26.8	78	37.1	129	32.3	
Posgrado	17	8.9	17	8.1	34	8.5	
Estado civil							
Soltero	125	65.8	147	70.0	272	68	0.032*
Casado	24	12.6	38	18.1	62	15.5	
Viudo	4	2.1	0	0.0	4	1	
Divorciado	8	4.2	4	1.9	12	3	
Conviviente	29	15.3	21	10.0	50	12.5	
Horas de sueño	6.70 ± 1.18		6.93 ± 1.07		6.82 ± 1.12		0.351**
Actividad física							
Nunca	40	21.1	73	34.8	113	28.2	0.017*
1 a 2 v/s	105	55.3	103	49	208	52	
3 a 4 v/s	33	17.4	25	11.9	58	14.5	
Diario	12	6.3	9	4.3	21	5.3	
Patrones dietéticos							
Vegetarianos	53	27.9	39	18.6	92	23	0.027*
No-vegetarianos	137	72.1	171	81.4	308	77	
Adherencia a la dieta							
< 12 meses	20	10.5	14	6.7	34	8.5	0.167*
>12 mes	170	89.5	196	93.3	366	91.5	
IMCa (kg/mt <sup>2</sup> )	25.4 ± 3.32		24.78 ± 3.94		25.07 ± 3.67		0.088**
IMCd (kg/mt <sup>2</sup> )	22.06 ± 1.86		22.16 ± 1.66		22.11 ± 1.75		0.574**
IMCp (kg/mt <sup>2</sup> )	23.75 ± 2.79		23.85 ± 2.97		23.80 ± 2.88		0.729**



IMCa, IMC autoinformado; IMCd, IMC deseado; IMCp, IMC percibido; \*\*significancia estadística de t de student; \* Chi cuadrado.

En el caso de autoeficacia dietética, se observó que los participantes tuvieron una BAD, observando un ARTA en el 62.6% de los hombres y el 61.4% de las mujeres, pero no hubo diferencias significativas en las proporciones. En cuanto al IMC autoinformado, casi la mitad de los hombres (48.4%) presentaron exceso de peso en comparación a las mujeres (36.2%) pero sin diferencias significativas. Las mujeres reportaron mayor satisfacción corporal que los hombres, teniendo un 42.9 % y 33.2% proporcionalmente. Por otro lado, tanto hombres como mujeres presentaron porcentajes altos de insatisfacción corporal (66.9% vs. 57.6%) con diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). Asimismo, se encontró que un grupo mayoritario de mujeres tenían percepción de imagen ajustada al IMC (63.8%) en relación a los hombres (50%). En contraste, los hombres tuvieron mayor porcentaje de subestimación del IMC (43.7%) a comparación de las mujeres (25.7%). El grado de significancia para los dos últimos casos fue alto ( $p < 0.05$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2 Análisis de las variables autoeficacia dietética, IMC y percepción de imagen corporal según sexo de los participantes**

Variable	Sexo				$X^2$	$P^*$
	Mujeres		Hombres			
	n	%	n	%		
<b>Autoeficacia dietética</b>						
BRTA/ AAD	81	38.6	71	37.4	0.061	0.804
ARTA/BAD	129	61.4	119	62.6		
<b>IMC autoinformado</b>						
Bajo peso	3	1.4	1	0.5	7.027	0.071
Normal	131	62.4	97	51.1		
Sobrepeso	58	27.6	74	38.9		
Obesidad	18	8.6	18	9.5		
<b>Satisfacción de imagen corporal</b>						
Insatisfacción por BP	15	7.1	7	3.7	7.242	0.027
Satisfacción corporal	89	42.9	63	33.2		
Insatisfacción por EP	106	50.5	120	63.2		
<b>Percepción según IMC</b>						
Percepción sobreestimada	22	10.5	12	6.3	14.759	0.001
Percepción ajustada	134	63.8	95	50.0		
Percepción subestimada	54	25.7	83	43.7		

BRTA, bajo riesgo de trastornos alimentarios; ARTA, alto riesgo de trastornos alimentarios; AAD, alta autoeficacia dietética; BAD, baja autoeficacia dietética; BP, bajo peso; EP, exceso de peso, \*significancia estadística.

En el análisis de medias según categorías de la percepción de imagen corporal, el mayor promedio de edad, fue para los que subestimaron su IMC ( $31.7 \pm 8.6$  años); en cambio, promedios menores ( $27.61 \pm 9.3$  años), indicaron sobreestimación. En el caso del IMC autoinformado, se encontró que las medias superiores correspondieron a subestimación de IMC ( $27.5 \pm 4.2$  kg/m<sup>2</sup>) y el promedio menor ( $22.2 \pm 2.2$  kg/m<sup>2</sup>), sobreestimación. Por otra parte, las medias para el IMC percibido, resultaron mayores para la sobreestimación de IMC ( $25.1 \pm 2.1$  kg/m<sup>2</sup>). Para el caso de horas de sueño, menos promedios de horas de sueño nocturnas, correspondieron a sobreestimación de IMC y más, subestimación ( $6.9 \pm 1.1$  y  $8.5 \pm 1.0$  horas). Finalmente, puntajes menores de autoeficacia dietética, apuntaron a subestimación y mayores, a sobreestimación ( $20.8 \pm 8.4$  y  $23.2 \pm 7.7$  puntos). Ambos puntajes indicaron BAD y ARTA. La percepción de imagen corporal según IMC fue distinta significativamente ( $p \leq 0.001$ ) según edad, IMC autoinformado e IMC percibido. En contraste, no fue distinta según horas de sueño, IMC deseado y autoeficacia dietética ( $p > 0.05$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3 Análisis de las variables antropométricas, autoeficacia dietética basadas en las categorías de percepción de imagen corporal según IMC**

Variable	Percepción de imagen corporal según IMC			<i>p</i> *
	Percepción ajustada	Percepción sobreestimada	Percepción subestimada	
Edad (años)	$29.63 \pm 8.7$	$27.61 \pm 9.3$	$31.7 \pm 8.6$	0.001
IMC autoinformado (kg/mt <sup>2</sup> )	$24.0 \pm 2.5$	$22.2 \pm 2.2$	$27.5 \pm 4.2$	0.000
IMC percibido (kg/mt <sup>2</sup> )	$23.7 \pm 2.5$	$25.1 \pm 2.1$	$23.6 \pm 3.4$	0.015
IMC deseado (kg/mt <sup>2</sup> )	$22.1 \pm 1.6$	$22.4 \pm 1.8$	$22.1 \pm 1.8$	0.562
Horas de sueño	$8.4 \pm 1.0$	$6.9 \pm 1.1$	$8.5 \pm 1.0$	0.847
Autoeficacia dietética (ptos)	$21.8 \pm 8.7$	$23.2 \pm 7.7$	$20.8 \pm 8.4$	0.316

*P*\*, nivel de significancia de la prueba estadística utilizada Kruskal Wallis.

Respecto a las categorías de satisfacción de imagen corporal, la mayor edad promedio ( $32 \pm 8.63$  años), se encontró en el grupo con insatisfacción corporal por exceso de peso. La media mayor de IMC autoinformado ( $27.16 \pm 3.36$  kg/m<sup>2</sup>), se halló en participantes con insatisfacción corporal por exceso de peso y el menor ( $20.19 \pm 1.33$  kg/m<sup>2</sup>), insatisfacción por bajo peso. En el caso del IMC percibido, todas las medias de satisfacción e insatisfacción corporal fueron similares y se hallaron dentro del rango normal. Las medias del IMC deseado, se encontraron en el rango normal en todas las categorías de satisfacción corporal. Posteriormente, la autoeficacia dietética mostró puntaje mayor (BAD), en insatisfacción por exceso de peso. La variable satisfacción de imagen corporal fue distinta según edad, IMC autoinformado, percibido y deseado

significativamente ( $p= 0.000$ ) pero no fue distinta a las horas de sueño y autoeficacia dietética ( $p > 0.05$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4 Análisis de las variables antropométricas, autoeficacia dietética basadas en las categorías de satisfacción con la imagen corporal**

Variable	Satisfacción de imagen corporal			$p^*$
	Satisfacción corporal	Insatisfacción corporal por Bajo Peso	Insatisfacción corporal por Exceso de Peso	
Edad (años)	28 ± 8.59	28 ± 9.71	32 ± 8.63	0.000
IMC auto informado (kg/mt <sup>2</sup> )	22.68 ± 1.67	20.19 ± 1.33	27.16 ± 3.36	0.000
IMC percibido (kg/mt <sup>2</sup> )	22 ± 1.53	23 ± 1.62	22 ± 1.84	0.000
Horas de sueño	6.9 ± 1.07	6.8 ± 1.07	6.8 ± 1.18	0.801
IMC Deseado (kg/mt <sup>2</sup> )	22.4 ± 1.5	23.2 ± 1.6	21.8 ± 1.8	0.000
Autoeficacia dietética (ptos)	21.8 ± 8.6	21 ± 8.9	22 ± 8.6	0.849

$P^*$ , nivel de significancia de la prueba estadística utilizada Kruskal Wallis.

En la tabla 5, se observa el grado de diferencia de las variables edad, IMCa, IMC deseado, IMCp y horas de sueño según las categorías de autoeficacia dietética, no se observaron diferencias significativas ( $p>0.05$ ) para ambos grupos. El IMC autoinformado correspondiente al BRTA fue ligeramente mayor ( $25.3 \pm 3.88$  kg/m<sup>2</sup>) en comparación al ARTA ( $24.71 \pm 3.28$ ). El IMC deseado y percibido, presentaron medias similares y en su mayoría, rangos normales de IMC, igualmente las horas de sueño, mostraron promedios ligeramente similares según las categorías de autoeficacia dietética.

**Tabla 5 Análisis de las variables antropométricas, basadas en las categorías de autoeficacia dietética**

Variable	Autoeficacia dietética		$p^*$
	BRTA	ARTA	
Edad (años)	30 ± 8.61	30.54 ± 9.21	0.516
IMC auto informado (kg/mt <sup>2</sup> )	25.3 ± 3.88	24.71 ± 3.28	0.115
IMC deseado (kg/mt <sup>2</sup> )	22.1 ± 1.84	22.13 ± 1.61	0.883
IMC percibido (kg/mt <sup>2</sup> )	23.6 ± 2.57	23.9 ± 3.05	0.324
Horas de sueño	6.8 ± 1.19	6.9 ± 1.03	0.357

$p^*$ , nivel de significancia y probabilidad de asociación, se utilizó la prueba estadística t de student y Levene para evaluar si existía igualdad de varianzas.

Analizando la autoeficacia dietética de los participantes se encontró que, el 26.3 % (n=105.3), se sentían más o menos seguros de resistir tentaciones alimentarias bajo un contexto social. Por otro lado, una proporción equivalente al 45.9% (n= 183.9), estaban nada o poco seguros de su capacidad de resistencia hacia tentaciones de alimentos con alto contenido calórico, finalmente, en situaciones emocionalmente negativas, el 47.4 % (n= 189.4), informaron estar entre bastante y muy seguros de soportar las tentaciones de índole alimentaria.

**Tabla 6 Análisis de la variable autoeficacia dietética según las tres subescalas de los participantes**

Subescala	Nada seguro		Poco seguro		Más o menos seguro		Bastante seguro		Muy seguro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FSI	44.3	11.1	98	24.5	105.3	26.3	89	22.3	63.5	15.9
TAACC	71.3	17.8	112.5	28.1	92.5	23.1	69.3	17.3	54.5	13.6
EEN	44	11	69.3	17.3	97.3	24.3	100	25	89.4	22.4

FSI, factores sociales e internos; TAACC, tentaciones de alimentos con alto contenido calórico; EEN, eventos emocionales negativos.

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue evaluar la autoeficacia dietética, perfil antropométrico y percepción de imagen corporal en adultos peruanos. En el estudio actual, se encontró asociaciones entre estas variables.

Los resultados de los datos sociodemográficos revelaron que la mayor parte de la muestra estuvo conformada por mujeres. Estos resultados son consistentes con lo reportado en el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en donde el 50.9 % eran mujeres (26). Estos hallazgos son similares a otros estudios donde se ha informado la mayor presencia de mujeres y donde, al igual que la presente investigación, los hombres presentaron diferencias significativamente ( $p < 0.05$ ) mayores en edad, peso, talla e IMC en comparación de las mujeres (27,28). También, se reportaron, horas de sueño, soltería y grado de estudios menores en los hombres. Estos resultados adquieren relevancia debido a que el exceso de peso es multifactorial, uno de ellos por ejemplo, la poca calidad de sueño, se ha relacionado a desequilibrios hormonales y comportamientos inadecuados que contribuyen al sobrepeso y obesidad (29), igualmente, el menor nivel de instrucción se relacionó con el 50% de adultos con sobrepeso y obesidad (30), también, se ha encontrado que personas con pareja, han mostrado significativamente ( $p < 0.01$ ) menores niveles de IMC normal que las personas solteras (31).

En el presente estudio, los hombres presentaron mayor exceso de peso, esto es verificado por Marqueta et al. (32), que encontraron mayor prevalencia de este problema en el sexo masculino. Por el contrario, en un estudio en Perú, la mayor parte de mujeres representó mayor exceso de peso (33), de igual manera, el INEI (4) reportó que el 62.9% de mujeres peruanas presentaba este problema a comparación del 57.2% en presentado en hombres, este exceso puede deberse a los factores de riesgo hallados dentro del perfil sociodemográfico que se han asociado a este problema y al menor nivel de autoeficacia dietética reportado en hombres (62.6%) en comparación a las mujeres. Resultados respaldados por Zrinyi et al. (34), en el que se informaron BAD mayoritario en el género masculino, en contraste, un estudio reveló mayor autoeficacia en hombres (35). Un estudio reciente menciona la importancia de esta autoeficacia para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional y disminuir riesgo de conductas de riesgo relacionadas al exceso de peso (36), además otros estudios mencionan su influencia para cambios de conductas alimentarias (34,35), mayor consumo de frutas y verduras e incluso, hábitos de actividad física (37,38) .

Es importante destacar que, se ha evidenciado que la conciencia del individuo sobre su imagen real, es importante para lograr conductas de cambio (11). Según el sexo, ambos presentaron insatisfacción por exceso de peso, esto ha sido consistente con

otro estudio (39) . Por otra parte, a diferencia de lo esperado, el presente estudio encontró significativamente ( $p < 0.05$ ) mayor insatisfacción corporal en hombres, esto es coherente con Rodríguez et al. (40) donde 59,8% de hombres presentó insatisfacción a diferencia del 55,2% hallado en mujeres; en cambio, Radwan et al. (11), reportaron mayor insatisfacción con diferencias significativas ( $p < 0.001$ ) por parte de las mujeres. Asimismo, Zhang et al. (41), encontró que incluso con IMC normales, las mujeres reportaron insatisfacción por exceso, esto ligado al estereotipo actual de Asia donde hay preferencia por figuras muy delgadas. Los resultados del estudio actual representan el contexto actual donde el hombre desea identificarse con figuras musculosas y esbeltas, además, los medios de comunicación refuerzan este deseo a través de anuncios o comerciales (11,42). Por otra parte, según este estudio, los hombres muestran significativamente ( $p < 0.01$ ) mayor subestimación de peso. Estos hallazgos respaldan lo encontrado por Kakeshita et al.(43), donde el 73% independiente de su IMC, subestimaron su IMC y las diferencias fueron significativas ( $p < 0.01$ ) en relación a las mujeres. La literatura evidencia que las hombres, a diferencia de las mujeres, suelen preocuparse menos por su imagen corporal (44), si bien es cierto los resultados actuales no respaldaron esta información, ya que había menos satisfacción en los hombres; hubo un grupo considerable que sí se sentía satisfecho con su cuerpo, los que pueden haber representado al grupo con subestimación del IMC, justificando la literatura. Además, se ha reportado que la actividad física se comporta como un factor protector para la subestimación del IMC, sin embargo, dado que los participantes mostraron tener poca actividad física, explica nuevamente la subestimación hallada (45) .

El actual estudio, encontró que quienes subestimaban su IMC, tenían un IMC mayor, esto es constatado por Mueller et al. (46), que encontraron que a mayor valor de IMC, mayor tendencia a subestimar el mismo; además, el 98% de personas con sobrepeso percibieron normalidad en su peso. Por otro lado, el IMC deseado fue normal para todas las categorías de la percepción y satisfacción de imagen corporal, también consistente con el estudio de Mueller et al. (46), donde la mayor parte de los participantes, señalaron el deseo por un peso normal. En contraste, Naghshizadian et al. (47) evidenciaron que, a mayor IMC medido, sintieron que mayor debía ser su objetivo de IMC deseado, posiblemente debido a que la población mayoritaria era obesa, a diferencia del presente estudio, cuyo grupo mayoritario tenía un peso normal. Soto et al.(24), indicaron que, de personas con sobrepeso, sólo el 3.8% sobreestimaban su IMC. Por su parte, Fehrman et al. (48), encontraron que la sobreestimación estuvo más relacionada con IMC menores, este último estudio fue respaldado por el actual, debido a que se encontró significativamente ( $p = 0.000$ ) sobreestimación de IMC en aquellos que tenían menores valores de IMC. .

Respecto a la satisfacción de imagen corporal, se evidenció que los participantes con insatisfacción corporal por exceso de peso, presentaron mayor IMC, datos similares reportados por Algars et al (49), relataron que la insatisfacción corporal aumentaba con el aumento del IMC, asimismo, un estudio evidenció mayor insatisfacción por exceso de peso en individuos con IMC de sobrepeso (40). Por otro lado, una investigación discordó en parte, pues la muestra femenina con IMC normal, anheló tener un IMC con bajo peso; es decir, se sentían insatisfechas con su cuerpo, todo esto influenciado por estereotipos de extrema delgadez propios de su cultura (41). En relación a la edad, participantes con mayor edad, subestimaban su IMC y estaban insatisfechos con su cuerpo, esto es consistente con los hallazgos de Bibiloni et al.(44), donde encontraron que participantes mayores tenían más probabilidad a subestimar su peso actual y a reportar más insatisfacción con su imagen corporal; por su parte, Jang et al. (50), encontró mayor subestimación en adultos con más edad. En cambio, otro estudio informó que a menor edad, era más probable de subestimar su peso (48), generalmente, la literatura evidencia que los jóvenes son más propensos a sobreestimar su IMC (51,52).

En general, todos los participantes mostraron un ARTA/BAD, sin embargo, mayores puntajes de DIET-SE (BAD), significó sobreestimación e insatisfacción de imagen corporal. Estos resultados son consistentes con Frazier et al (53), donde reportaron que una baja autoeficacia en la dieta se asoció a menor satisfacción corporal. Por su parte, Ramirez (54), informó que un BRTA/AAD, se vincularon con mayor satisfacción y percepción ajustada de imagen corporal; es decir, una BAD, se relaciona con una sobreestimación o subestimación de su imagen corporal. Un estudio reportó que la BAD se asocian a atracones y el aumento de autoeficacia, resulta beneficiosa para la disminución de IMC (55), también, una BAD se ha relacionado con dificultad en la adhesión a un plan alimentario, en el mantenimiento de la pérdida de peso, malos hábitos alimentarios, bajo control dietético, pocas conductas de control de peso, lo cual son factores de riesgo relevantes para el exceso de peso (56,57). Por lo tanto, esto justificaría el por qué es importante tener una buena autoeficacia dietética, finalmente, otro hallazgo relevante del estudio actual es, que el grupo con AAD, tuvo una media de IMC ligeramente mayor que BAD, esto puede deberse a que la mayor proporción de participantes (45.9 %) se sintió entre nada y poco seguros de resistir alimentos de alto contenido calórico, que justamente es una de las principales causas del exceso de peso (9). Applehans et al (58) menciona que en las intervenciones en el estilo de vida, suelen ser insuficientes el manejo de tentaciones, por lo que a largo plazo pueden causar la recuperación del peso y mala adherencia a la dieta.

Es importante mencionar que varios investigadores han encontrado que el IMC autoinformado ha sido subestimado con diferencias significativas ( $p < 0.05$ ), al hacer la

comparación con el medido; incluso, que son las mujeres las que han tenido mayor tendencia a subestimar sus datos concerniente al peso (59,60).

### **Limitaciones**

En este estudio existieron ciertas limitaciones que deben ser consideradas, en primer lugar, cabe mencionar que los datos obtenidos fueron autoinformados, factor que provocarían fuentes potenciales de sesgo y podría haber afectado en la precisión y veracidad de los datos y resultados. Además, por su diseño transversal existe imposibilidad de hacer una inferencia de causalidad, también, es relevante recalcar que se hallaron pocos estudios que investigaron estas variables, lo cual afectó al desarrollo de la discusión. El presente estudio es novedoso, ya que está siendo realizado por primera vez en nuestro país en población adulta.

### **CONCLUSIONES**

En conclusión, el perfil sociodemográfico relacionado a mayor exceso de peso hallado en los hombres fue, menores horas de sueño, niveles de actividad física, soltería y grado universitario, además, no estaban satisfechos con su imagen corporal y subestimaron su peso. La autoeficacia dietética resultó ser importante para tener una percepción adecuada de IMC, satisfacción de imagen corporal y conductas saludables que se relacionan con un IMC normal. También, tanto hombres como mujeres, desearon tener siluetas con IMC normales. Finalmente, los que subestimaban y estaban insatisfechos con su cuerpo, eran más propensos a tener IMC más elevado y reportaron sentirse no tener resistencia hacia tentaciones de alimentos con alto contenido calórico, que se evidenció en su baja autoeficacia dietética.

### **RECOMENDACIONES**

Se recomienda continuar haciendo más estudios referentes a estas tres variables en población peruana. Realizar un estudio longitudinal para ver la influencia de la autoeficacia dietética antes y después de una intervención sobre el IMC. También, la promoción de una alimentación saludable dentro la intervención del nutricionista, así como el trabajo multidisciplinario para lograr mejores resultados, finalmente se recomienda seguir investigando variables relacionadas al exceso de peso, para identificar y controlar todos los factores de riesgo asociados.



## REFERENCIAS

1. Djalalinia S, Qorbani M, Peykari N, Kelishadi R. Health impacts of obesity. *Pak J Med Sci.* 2015;31(1):239–42.
2. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso.* 2020.
3. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism.* 2019 Mar 1;92:6–10.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2019. 2019.
5. Álvarez Castaño LS, Goetz Rueda JD, Carreño Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2012;11(23):98–110.
6. Keetile M, Navaneetham K, Letamo G, Bainame K, Rakgoasi SD, Gabaitiri L, et al. Socioeconomic and behavioural determinants of overweight/obesity among adults in Botswana: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019;9(12):1–9.
7. Fruh SM. Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *J Am Assoc Nurse Pr.* 2017;29(1):3–14.
8. Lucero T, Aquino C, López L, Calizaya-Milla YE, Javier-Aliaga DJ, Saintila J. Dietary habits, nutritional status and lipid profile in patients group with type 2 diabetes. *Nutr clín diet hosp.* 2020;40(2):135–42.
9. Borjas Santillán M, Vásquez Portugal R, Campoverde Palma P del R, Arias Cevallo K, Loaiza Dávila L, Chávez Cevallos E. Obesidad, hábitos alimenticios y actividad física en alumnos de educación secundaria. *Rev Cuba Invest Bioméd.* 2018;37(4):1–15.
10. Kulik N, Thomas EM, Fahlman MM, Garn AC, Centeio EE, Somers CL, et al. Dietary self-efficacy and dietary intake by race/ethnicity among elementary school children. *Health Educ J.* 2019 Jun 17;78(4):486–93.
11. Radwan H, Hasan HA, Ismat H, Hakim H, Khalid H, Al-Fityani L, et al. Body mass index perception, body image dissatisfaction and their relations with weight-related behaviors among university students. *Int J Env Res Public Heal.* 2019;16(9).
12. Vaquero Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* 2013;28(1):27–35.
13. Weinberger NA, Kersting A, Riedel Heller SG, Luck Sikorski C. Body

Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2017;9(6):424–41.

14. Zaccagni L, Rinaldo N, Bramanti B, Mongillo J, Gualdi Russo E. Body image perception and body composition: Assessment of perception inconsistency by a new index. *J Transl Med*. 2020;18(1).
15. Anjos L, Ferreira Morraes C. Agreement between self-assessment of body image and measured body mass index in the Brazilian adult population. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(8):3027–36.
16. Nastaskin RS, Fiocco AJ. A survey of diet self-efficacy and food intake in students with high and low perceived stress. *Nutr J*. 2015;14(1):42–50.
17. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227–32.
18. Stich C, Knauper B, Tint A. A scenario-based dieting self-efficacy scale: The DIET-SE. Assessment. 2009 Mar 7;16(1):16–30.
19. Martínez Alvarado J, Aguiar Palacios L, Magallanes Rodríguez A, Asadi Ahmed A, Pérez K. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión mexicana de la Dieting Self-Efficacy Scale (DIET-SE). *Nutr Hosp*. 2019;36(3):723–8.
20. Ministerio de salud (MINSAs). Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. 2012.
21. Stunkard A, Stellard E. Eating and its disorders. In: *Body Images*, editor. Cash T, Pruzinsky, T. New York, NY: Guilford Press. 1990;3–20.
22. Collins ME. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *Int J Eat Disord*. 1991;10(2):199–208.
23. Kaufer Horwitz M, Martínez J, Goti-Rodríguez LM, Ávila-Rosas H. Association between measured BMI and self-perceived body size in Mexican adults. *Ann Hum Biol*. 2006;33(5–6):536–45.
24. Soto Ruiz MN, Marín Fernández B, Ontoso IA, GuillénmGrima F, Serrano Monzó I, Armayor NC, et al. Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2269–75.
25. Marrodán Serrano M, MonteroRoblas V, Mesa M, Pacheco del Cerro J, González Montero de Espinosa M, Bejarano I, et al. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak*. 2008;30(1):15–28.

26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2020. 2020.
27. Oleas Galeas M, Barahona A, Salazar Lugo R. Índice de masa corporal y porcentaje de grasa en adultos indígenas ecuatorianos Awá. *ALAN*. 2017;67(1):42–8.
28. Chernenko A, Meeks H, Smith KR. Examining validity of body mass index calculated using height and weight data from the US driver license. *BMC Public Health*. 2019;19(100):111.
29. Ding C, Lim LL, Xu L, Kong APS. Sleep and Obesity. *J Obes Metab Syndr*. 2018;27(1):4–24.
30. SÁNCHEZ CN, MADDALENA N, PENALBA M, QUARLERI M, TORRES V, WACHS A. Relación entre el nivel de instrucción y exceso de peso en pacientes de consulta externa. Estudio transversal. *Medicina (B Aires)*. 2017;77(4):291–6.
31. Moral de la Rubia J, Meza Peña C. Atribución Causal de Sobrepeso/Obesidad y su Relación con el IMC y Alteración Alimentaria. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2013;4(2):89–101.
32. Marqueta de Salas M, Martín Ramiro JJ, Juárez Soto JJ. Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española . *Med Clin (Barc)*. 2016;146(11):471–7.
33. Pajuelo Ramírez J, Torres Aparcana L, Agüero Zamora R, Bernui Leo I. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *An la Fac Med*. 2019;80(1):21–7.
34. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, et al. Dietary self-efficacy: Determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18(9):1869–73.
35. Poínhos R, M. Oliveira BMP, Correia F. Eating behaviour patterns and BMI in Portuguese higher education students. *Appetite*. 2013;71(1):314–20.
36. Liou D, Kulik L. Self-efficacy and psychosocial considerations of obesity risk reduction behaviors in young adult white Americans. Lombardo M, editor. *PLoS One*. 2020;15(6).
37. Storm V, Dörenkämper J, Reinwand DA, Wienert J, De Vries H, Lippke S. Effectiveness of a web-based computer-tailored multiple-lifestyle intervention for people interested in reducing their cardiovascular risk: A randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016;18(4):78.

38. Bouwman EP, Onwezen MC, Taufik D, de Buissonjé D, Ronteltap A. Brief self-efficacy interventions to increase healthy dietary behaviours: evidence from two randomized controlled trials. *Br Food J.* 2020;122(11):3297–311.
39. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Rev Mex trastor Aliment.* 2016;7(1):1–8.
40. Rodrigues da Silva LP, De OliveiraTucan AR, Lima Rodrigues E, Vieira Del Ré P, Angelo Sanches PM, Bresan D. Dissatisfaction about body image and associated factors: a study of young undergraduate students. *Einstein (Sao Paulo).* 2019;17(4):1–7.
41. Zhang L, Qian H, Fu H. To be thin but not healthy - The body-image dilemma may affect health among female university students in China. *PLoS One.* 2018;13(10):205–19.
42. Blond A. Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image.* 2008 Sep 1;5(3):244–50.
43. Shiraishi Kakeshita I, de Sousa Almeida S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):497–504.
44. Bibiloni MDM, Coll JL, Pich J, Pons A, Tur JA. Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health.* 2017 Dec 6;17(1):39.
45. De La Cruz Yamunaque E, Abril Ulloa V, Arévalo Peláez C, Palacio Rojas M. Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *AVFT.* 2018;37(3):235–40.
46. Mueller KG, Hurt RT, Abu Lebdeh HS, Mueller PS. Self-perceived vs actual and desired weight and body mass index in adult ambulatory general internal medicine patients: A cross sectional study. *BMC Obes.* 2014;1(1):26–34.
47. Naghshizadian R, Rahnemai Azar AA, Kella K, Weber MM, Calin ML, Bibi S, et al. Patient perception of ideal body weight and the effect of body mass index. *J Obes.* 2014;2014.
48. Fehrman Rosas P, Delgado Sánchez C, Fuentes Fuentes J, Hidalgo Fernández A, Quintana Muñoz C, Yunge Hidalgo W, et al. Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutr Hosp.* 2016;33(3):649–54.
49. Ålgars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, et al. The

adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *J Aging Health*. 2009;21(8):1112–32.

50. Jang HY, Ahn JW, Jeon MK. Factors affecting body image discordance amongst Korean adults aged 19-39 years. *Osong Public Heal Res Perspect*. 2018;9(4):197–206.
51. Alcaraz López G, Lora Gómez E, Berrio Estrada ME. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Index Enferm*. 2011 Jan;20(1–2):11–5.
52. Escandón Nagel N, Vargas JF, Herrera AC, Pérez AM. Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros. *Rev mex trastor Aliment*. 2019;10(1):32–41.
53. Frazier LD, Vaccaro JA, Garcia S, Fallahazad N, Rathi K, Leslie Frazier AD, et al. Diet Self-efficacy and Physical Self-concept of College Students at Risk for Eating Disorders. *J Behav Heal*. 2015;4(4).
54. Ramirez Molina MJ. IMAGEN CORPORAL, SATISFACCIÓN CORPORAL, AUTOEFICACIAS ESPECÍFICAS Y CONDUCTAS DE SALUD Y RIESGO PARA LA MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL. Universidad de Granada; 2017.
55. Saunders JF, Frazier LD, Nichols Lopez KA. Self-esteem, diet self-efficacy, body mass index, and eating disorders: modeling effects in an ethnically diverse sample. *Eat Weight Disord*. 2016;21(3):459–68.
56. Hernández Rodríguez S, Hernández Rodríguez, Rafael Domínguez Moreno S. El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico- nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Rev Mex Psicol*. 2015;32(1):37–47.
57. Nezami BT, Lang W, Jakicic JM, Davis KK, Polzien K, Rickman AD, et al. The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention. *Heal Psychol*. 2016;35(7):714–22.
58. Appelhans BM, French SA, Pagoto SL, Sherwood NE. Managing temptation in obesity treatment: A neurobehavioral model of intervention strategies. *Appetite*. 2016;96(1):268–79.
59. De Lima LRM, Pegado de Abreu Freitas R, Dantas Silva LR, Queiroz de Medeiros AC. Estimation of body mass index from self-reported measures: What is the validity? *J Phys Educ*. 2018;29(1):2907.
60. Krul AJ, Daanen HAM, Choi H. Self-reported and measured weight, height and body mass index (BMI) in Italy, the Netherlands and North America. *Eur J*

Public Health. 2011;21(4):414–9.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

¡Buen día! Somos Diana Ramirez y Neirru Rocha, egresadas de la EP de Nutrición Humana de la UPeU. Estamos realizando un trabajo de investigación cuyo propósito es determinar la autoeficacia dietética, perfil antropométrico y la autopercepción de la imagen corporal.

Para ello, le pedimos por favor que pueda responder una serie de preguntas cuyas respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas, sólo se utilizarán con fines de la investigación. Es importante que pueda completar todo el cuestionario, le tomará aproximadamente 10 minutos. Su participación es voluntaria. Siéntase libre de contestar abiertamente y le pediríamos que por favor conteste con total honestidad. Los resultados obtenidos serán publicados respetando la confidencialidad de la fuente.

Para cualquier duda o comentario puede comunicarse a:

[dianaluque@upeu.edu.pe](mailto:dianaluque@upeu.edu.pe)

[neirrurocha@upeu.edu.pe](mailto:neirrurocha@upeu.edu.pe)

Estamos verdaderamente agradecidos por su valiosa contribución y participación.

Si desea participar en esta investigación, marque “Deseo participar”. Si no desea participar en la investigación, marque “No deseo participar” y se le dirigirá a la página de cierre.

- a. Deseo participar
- b. No deseo participar

## **ANEXO 2: FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTILO DE VIDA, ANTROPOMÉTRICOS Y DIETÉTICOS**

### **I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Por favor, complete o marque:

1. ¿Cuál es su edad?
2. Sexo
  - a) Femenino
  - b) Masculino
3. Lugar de procedencia
  - a) Costa
  - b) Sierra
  - c) Selva
  - d) Extranjero
4. Estado civil
  - a) Soltero(a)
  - b) Casado(a)
  - c) Viudo(a)
  - d) Divorciado(a)
  - e) Conviviente
5. Nivel de instrucción
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Técnico
  - d) Licenciatura
  - e) Posgrado
6. Escriba sus horas de sueño. Ejem. (7 horas)

7. Actividad física

- a) Nunca
- b) 1 a 2 veces por semana
- c) 3 a 4 veces por semana
- d) Todos los días

II. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

8. ¿Cuál es su peso? Ejem. (68.8 kg):

9. ¿Cuál es su talla? Ejem. (1.68 mts)

III. PATRONES DIETÉTICOS

10. ¿Cuál de estos tipos de régimen alimenticio practica?

- a) Vegetariano estricto o vegano (sólo alimentos de origen vegetal)
- b) Ovovegetariano (sólo alimentos de origen vegetal y huevos)
- c) Lactovegetariano (sólo alimentos de origen vegetal y leche)
- d) Ovolactovegetariano (sólo alimentos de origen vegetal leche y huevo)
- e) Omnívoro (alimentos de origen animal y vegetal)
- f) Pescovegetariano (sólo alimentos de origen vegetal y pescado)

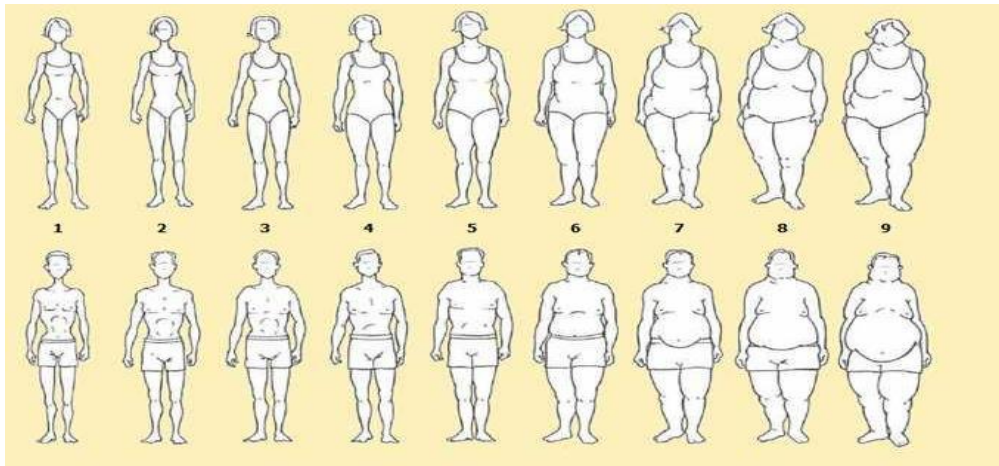
11. ¿Hace cuánto tiempo practica este régimen alimenticio?

- a) Nacimiento
- b) Menos de 6 meses
- c) De 6- 12 meses
- d) Más de 12 meses

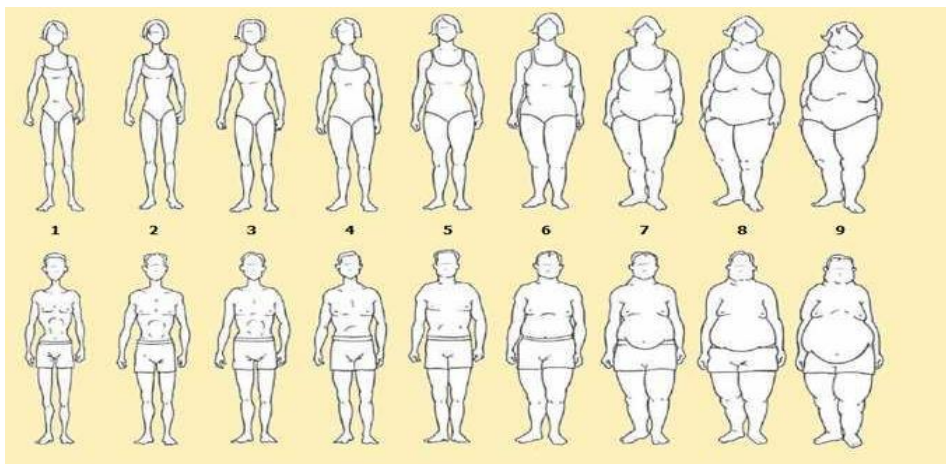


### ANEXO 3: TEST DE SILUETAS

1. Observa la imagen de abajo, ¿Con qué silueta te identificas? (del 1 al 9). Escribe su respuesta



2. Observa la imagen de abajo, ¿Qué silueta te gustaría tener? (del 1 al 9). Escribe su respuesta.



#### **ANEXO 4: DIETING SELF-EFFICACY SCALE (DIET-SE) VERSION MEXICANA**

1. Vas a cenar con tu familia y han preparado tu comida favorita. Terminas tu primer plato y alguien te dice: “¿Por qué no te sirves más?”. ¿Qué tan seguro te sientes de rechazar un segundo plato de comida?
  - a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
  
2. A menudo cenas en exceso porque llegas cansado y hambriento a casa. ¿Qué tan seguro te sientes de evitar comer en exceso?
  - a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
  
3. Estás en una celebración de tu escuela o trabajo y alguien te ofrece una rebanada de pastel. ¿Qué tan seguro te sientes de rechazar la rebanada de pastel?
  - a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
  
4. Acabas de tener una fuerte discusión con alguien de tu familia. Ahora te encuentras frente al refrigerador y sientes las ganas de comerte todo lo que hay adentro. ¿Qué tan seguro te sientes de encontrar otra forma de sentirte mejor?

- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
5. Te invitan a cenar a la casa de alguien que sabes que cocina muy bien. Suelen comer de más porque su comida te parece muy apetecible. ¿Qué tan seguro te sientes de no excederte al comer en tu cena como invitado?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
6. Terminas de comer y aún te sientes hambriento. Hay fruta y pastel disponible. ¿Qué tan seguro te sientes de tomar la fruta en vez del pastel?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
7. Te encuentras en casa de un amigo y él te ofrece un delicioso pastel. ¿Qué tan seguro te sientes de poder rechazar el pastel?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)

8. Estás teniendo un día difícil en la escuela o tu trabajo y te encuentras ansioso y molesto. Te apetece comer una barra de chocolate. ¿Qué tan seguro te sientes de encontrar una manera más provechosa de tranquilizarte y de hacer frente a tus sentimientos?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
9. Tienes ganas de celebrar. Vas a salir a comer con tus amigos a un buen restaurante. ¿Qué tan seguro te sientes de celebrar sin comer en exceso?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
10. Te encuentras en la calle con un amigo en la hora de la comida y él te sugiere que coman un helado. ¿Qué tan seguro te sientes de resistir la tentación?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)
  - e) Muy seguro(a)
11. Acabas de tener una pelea con tu novio o novia. Te sientes molesto, inquieto, y te apetece comer algo. ¿Qué tan seguro te sientes de poder hablar de tu problema con alguien o salir a caminar en vez de comer?
- a) Nada seguro(a)
  - b) Poco seguro(a)
  - c) Más o menos seguro(a)
  - d) Bastante seguro(a)

e) Muy seguro(a)