

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

A22  
201  
0.1

SEMINARIO DE TÍTULO: PREVENCIÓN EN TRASTORNOS  
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL MCKNIGHT RISK FACTOR  
SURVEY IV EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA PROVINCIA DE VALPARAÍSO

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR:

FELIPE BRAVO M, MARCELA MARÍN D, ALEXANDRA MOLINARI S,  
PAULA REYES M, M<sup>a</sup> GABRIELA SOTO P.

PROFESORAS GUIA:

CLAUDIA CALDERÓN, LILIANA CONTRERAS

VALPARAÍSO, CHILE  
ENERO 2004

N. Novic 53002 Rep. 102P

*"A Tito y Ana, por invitarme a ser siempre mejor; a Manuel, Álvaro y Camila por ser los hermanos que siempre soñé; y a mis amigos, por creer en mí y en mis proyectos"*

*Felipe*

*"A mi madre, por su inspiración; a mi familia, por ser mi sustento; a mis amigos y Fernando, por su apoyo, y a mis compañeros de seminario, por crecer juntos"*

*Marcela*

*"Por lo que comenzó como un sueño... agradezco a mis padres y hermanas por acogernos en su hogar, por su paciencia y apoyo; a los profesores que creyeron y confiaron en nosotros y a mis compañeros de seminario que contribuyeron en hacer de este sueño una realidad"*

*Alexandra*

*"El camino se hace grato, cuando sentimos el amor y apoyo de quienes rodean nuestra vida... gracias a mis padres, Claudia, Juan Pablo, mis amigos y compañeros de tesis; sin ustedes, esto no habría sido posible"*

*Paula*

*"A mis padres y hermanos, por su incondicional apoyo y comprensión; a mis amigos, por todos los momentos compartidos y a mi querido chilean team, por ser mi sustento y compañía en éste, nuestro sueño"*

*Gaby*

## TABLA DE CONTENIDOS

Tabla de Contenidos .....	i
Indice de Tablas .....	iv
Indice de Figuras y Gráficos .....	vii

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	2
Antecedentes generales.....	4
Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	4
Etiología .....	9
Epidemiología.....	11
Curso y pronóstico.....	14
<b>CAPÍTULO II</b>	
MARCO TEÓRICO.....	17
Prevenición .....	17
Prevenición Primaria .....	18
Prevenición Secundaria.....	19
Prevenición Terciaria.....	19
Programas de Prevenición .....	20
Factores de Riesgo .....	27
Modelos Explicativos .....	33
Factores de Riesgo de TCA.....	37
Estudio prospectivo de los Factores de Riesgo en el desarrollo de los TCA de la Fundación McKnight.....	48

Cuestionario de Factores de Riesgo para los TCA .....	50
<b>CAPÍTULO III</b>	
MÉTODO .....	66
Planteamiento del Problema.....	66
Objetivos de la Investigación .....	67
Pregunta de Investigación .....	67
Hipótesis.....	68
Variables en Estudio.....	69
Metodología.....	71
Diseño de Investigación.....	71
Tipo de Estudio.....	71
Población.....	71
Descripción y Selección de la Muestra .....	72
Procedimiento de Recolección de la Información .....	79
<b>CAPITULO IV</b>	
RESULTADOS .....	84
Preparación de las versiones preliminares .....	85
Evaluación de las versiones preliminares y preparación versión experimental.....	86
Pretest de la versión experimental.....	88
Evaluación de la Validez Concurrente .....	90
Evaluación de la Validez de Contenido y Validez de Constructo .....	91
Validez de Contenido.....	91
Validez de Constructo.....	94

Evaluación de la Confiabilidad.....	128
<b>CAPITULO V</b>	
CONCLUSIONES.....	130
<b>CAPITULO VI</b>	
DISCUSIONES.....	134
REFERENCIAS.....	143
ANEXOS .....	152

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 1: Factores MRFS-IV .....	54
Tabla Nº 2: Distribución por etnias de la muestra en el primer año de medición de los distritos de Arizona y California .....	57
Tabla Nº 3: Estadística descriptiva de resultados obtenidos en estudio MRFS-IV, muestra Arizona y California .....	58
Tabla Nº 4: Evaluación programa "Eating smart, eating for me" .....	64
Tabla Nº 5: Configuración de la población .....	72
Tabla Nº 6: Sujetos seleccionados en muestra piloto .....	72
Tabla Nº 7: Distribución de sujetos pertenecientes a muestra de investigación .....	74
Tabla Nº 8: Distribución de edad de la muestra de investigación .....	75
Tabla Nº 9: Nivel educacional madre .....	75
Tabla Nº 10: Nivel educacional padre .....	76
Tabla Nº 11: Estado civil padres .....	76
Tabla Nº 12: Menarquia .....	76
Tabla Nº 13: Primera cita .....	77
Tabla Nº 14: Historia familiar de trastornos alimentarios .....	77
Tabla Nº 15: Escala Stunkard madre .....	78
Tabla Nº 16: Escala Stunkard padre .....	78
Tabla Nº 17: Modificaciones versión preliminar .....	86
Tabla Nº 18: Modificaciones psicolingüista .....	87
Tabla Nº 19: Modificaciones muestra piloto .....	89

Tabla N° 20: Coeficientes de correlación entre versiones original	91
y adaptada .....	90
Tabla N° 21: Agrupación 7 factores sin subescalas dicotómicas.....	97
Tabla N° 22: Subescalas agrupadas (primer análisis) .....	97
Tabla N° 23: Subescalas inferiores a 0,50 (primer análisis) .....	98
Tabla N° 24: Agrupación 10 factores sin subescalas dicotómicas.....	98
Tabla N° 25: Subescalas agrupadas (segundo análisis) .....	99
Tabla N° 26: Subescalas inferiores a 0,50 (segundo análisis).....	100
Tabla N° 27: Agrupación 9 factores sin subescalas dicotómicas.....	100
Tabla N° 28: Subescalas agrupadas (tercer análisis).....	101
Tabla N° 29: Subescalas inferiores a 0,50 (tercer análisis) .....	102
Tabla N° 30: Agrupación 8 factores sin subescalas dicotómicas.....	102
Tabla N° 31: Subescalas agrupadas (cuarto análisis) .....	103
Tabla N° 32: Subescalas inferiores a 0,50 (cuarto análisis) .....	103
Tabla N° 33: Agrupación 7 factores con subescalas dicotómicas .....	105
Tabla N° 34: Subescalas agrupadas (quinto análisis) .....	106
Tabla N° 35: Subescalas inferiores a 0,50 (quinto análisis).....	106
Tabla N° 36: Agrupación 11 factores con subescalas dicotómicas .....	107
Tabla N° 37: Subescalas agrupadas (sexto análisis).....	108
Tabla N° 38: Subescalas inferiores a 0,50 (sexto análisis).....	108
Tabla N° 39: Agrupación 10 factores con subescalas dicotómicas .....	109
Tabla N° 40: Subescalas agrupadas (séptimo análisis).....	110
Tabla N° 41: Subescalas inferiores a 0,50 (séptimo análisis).....	110
Tabla N° 42: Agrupación 9 factores con subescalas dicotómicas .....	111
Tabla N° 43: Subescalas agrupadas (octavo análisis).....	111
Tabla N° 44: Subescalas inferiores a 0,50 (octavo análisis).....	112

<b>Tabla N° 45: Agrupación 8 factores con subescalas dicotómicas .....</b>	<b>112</b>
<b>Tabla N° 46: Subescalas agrupadas (noveno análisis) .....</b>	<b>113</b>
<b>Tabla N° 47: Subescalas inferiores a 0,50 (noveno análisis).....</b>	<b>114</b>
<b>Tabla N° 48: Matriz de Componentes Rotada .....</b>	<b>117</b>
<b>Tabla N° 49: Comunalidades.....</b>	<b>118</b>
<b>Tabla N° 50: Coeficiente Consistencia Interna alpha Cronbach por subescalas .....</b>	<b>128</b>
<b>Tabla N° 51: Índice Consistencia Interna alpha de Cronbach por factor.....</b>	<b>129</b>

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura N° 1:</b> Proceso de elucidación para determinar un factor de riesgo .....	30
<b>Figura N° 2:</b> Modos en que 2 factores de riesgo A y B pueden interactuar e influir en una patología O .....	32
<b>Figura N° 3:</b> Continuo de los Trastornos Alimentarios .....	34
<b>Figura N° 4:</b> Modelo de riesgos para el desarrollo de problemas Alimentarios .....	35
<b>Figura N° 5:</b> Representación esquemática de la adaptación de la técnica Traducción-Retraducción .....	80
<b>Figura N° 6:</b> método Traducción-Retraducción .....	81
<b>Gráfico N° 1:</b> Distribución edades muestra bilingüe .....	73

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los Trastornos Alimentarios han sido foco de atención creciente por parte de variadas disciplinas médicas y no médicas (Behar, 1996 cit en González et al, 2003), debido al aumento progresivo que la presencia de la patología ha tenido en las consultas clínicas.

La constatación del creciente aumento de la incidencia del trastorno, puede significarse en el contexto del rol preponderante que ha adquirido el cuerpo, como distinción social y como medio de competitividad, de afirmación y reconocimiento (Chinchilla, 1995 cit en González et al, 2003).

En Chile esta problemática ha ido en lento y progresivo aumento. En 1996, Behar realizó un estudio en el cual demostró que el 18% de jóvenes escolares, el 15% de un grupo de estudiantes universitarias y el 41% de las adolescentes portadoras de un sobrepeso, se encontrarían en riesgo de desarrollar eventualmente anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa bajo ciertas contingencias propicias. Debido a esto, los esfuerzos se han focalizado hacia la intervención temprana como medio para prevenir el desarrollo de estos trastornos y promover estilos de vida y conductas alimentarias saludables.

Dado lo anterior, surge la necesidad de crear herramientas que permitan identificar factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en la población chilena, ya que se cuenta con escasas herramientas psicométricas que sólo se orientan a la detección de trastornos alimentarios como el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, Garner & Garfinkel, 1979) y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI) (Garner & Garfinkel, cit en Espelage, 2003). A nivel

mundial, sólo se cuenta con el McKnight Risk Factor Survey (MRFS-IV) como instrumento para la identificación de factores de riesgo en la aparición de Trastornos Alimentarios, particularmente en mujeres y adolescentes; instrumento que fue elaborado tras un estudio longitudinal de 10 años entre la Universidad de Arizona y Stanford (White et al, 2000, cit en Boyd, 2000).

En este contexto, se hace relevante una adaptación transcultural y validación psicométrica de un instrumento que permita identificar precozmente aquellos factores de riesgo presentes en la población. Es así como surge la idea de validar el MRFS- IV en la provincia de Valparaíso, ya que es un instrumento que ha demostrado en otras poblaciones una elevada validez y confiabilidad (Shisslak, 1999; The McKnight Investigators, 2003; Field et al, 2001; Jacobi et al, 2001; Field et al 1999; Winters, Myers, Proud, 2002; Field et al, 2002; Wonderlich et al 2000; Thomas, 2000; Smolak, Levine, 2001).

## ANTECEDENTES GENERALES

### *Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*

En las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han constituido una importante fuente de investigación, favoreciendo el desarrollo de nuevas perspectivas que integran diversas variables en la explicación y comprensión de esta problemática (Appolinario et al, 2002).

Los Trastornos Alimentarios o Trastornos de la Conducta Alimentaria, pueden ser definidos como "una clara alteración de los hábitos de alimentación o de las conductas de control del peso, que se traduce en un deterioro clínicamente significativo, tanto a nivel de salud física, como funcionamiento psicosocial. Esta alteración no se debe a una enfermedad médica o a otro trastorno psiquiátrico" (Fairburn et al, 2003).

La base psicopatológica que distingue estos trastornos es la sobreevaluación del peso y la figura. Mientras la mayoría de los individuos evalúan su desempeño basándose en varios dominios como, relaciones interpersonales, familia, trabajo o logros deportivos, los pacientes que padecen TCA se juzgan a sí mismos principal o exclusivamente con relación a su figura, su peso y su capacidad de control sobre ello (Fairburn et al, 2003).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los TCA se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno alimentario no especificado y trastorno por atracón (binge eating).

## Anorexia Nerviosa

En términos generales, la Anorexia Nerviosa involucra emaciación, temor a volverse gorda, alteraciones de la imagen corporal, influencia indebida del cuerpo en la autoevaluación, negación de la seriedad del bajo peso y amenorrea (Stice, 2002).

El DSM-IV clasifica la Anorexia Nerviosa en dos subgrupos: una de tipo restrictivo, que se caracteriza por una severa restricción de la ingesta de alimentos; y otra de tipo compulsivo/purgativa, caracterizada por períodos de atracones, seguidos de purgas (Stunkard, 1997).

De acuerdo a DSM-IV, los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa son:

A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B- Miedo intenso a ganar peso, a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

Se debe especificar si la Anorexia Nerviosa es de tipo restrictivo o compulsivo/purgativo de acuerdo a las siguientes definiciones:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por un incontrolable comer compulsivo, expresado en la ingesta rápida de grandes cantidades de alimentos sin experimentar ningún placer; esto se alterna con conductas compensatorias para prevenir la ganancia de peso (por ejemplo, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes) seguidas de sentimientos de culpa, depresión o autodesprecio; así como también de miedo excesivo a engordar (Athanássios et al, 2002) e indebida influencia del cuerpo en la autoevaluación (Stice, 2002).

Los criterios diagnósticos más utilizados para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa proceden del DSM-IV, el cual señala las siguientes características:

A- Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (atracones). Estas compulsiones se caracterizan por:

- Comer en un período discreto de tiempo (dentro de dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mucho mayor a lo que cualquier persona podría comer en el mismo lapso de tiempo y en circunstancias similares. En un tiempo récord, la

persona puede llegar a engullir a escondidas más de 5000 calorías; los alimentos predilectos son precisamente aquellos considerados "prohibidos": confituras, pizzas, chocolate, etc.

- Sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (sensación de que no puede parar de comer).

- Negación de la evidencia cuando es sorprendido por alguien en pleno atracón.

B- Recurrencia de conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones, ayuno o ejercicios excesivos.

C- Las compulsiones alimentarias y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio dos veces por semana durante tres meses.

D- Influencia excesiva de la imagen corporal y el peso en la autovaloración.

#### Trastornos Alimentarios no especificados

Esta corresponde a una categoría residual de la clasificación diagnóstica del DSM-IV para aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria (Kaplan, 2000).

Los criterios del DSM-IV para esta categoría son (APA, 1995):

1- En mujeres, se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, a excepción de que menstrúa regularmente.

2- Se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa excepto que, a pesar de una pérdida muy importante de peso, el peso actual de la persona está dentro del rango normal.

- 3- Se cumplen todos los criterios de la bulimia nerviosa, salvo que los episodios de compulsión alimentaria ocurren con una frecuencia menor de dos veces por semana, en un lapso inferior a dos meses.
- 4- Un individuo de peso normal, incurre regularmente en conductas compensatorias inadecuadas después de comer pequeñas cantidades de comida.
- 5- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6- Trastorno Compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

#### Trastorno alimentario por atracón (binge eating disorder)

Actualmente, en el DSM-IV un episodio de "binge eating" o "comer compulsivo" es caracterizado por (APA, 1995):

A- Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (atracones).

B- Los episodios de compulsión alimentaria se asocian a por lo menos tres de las siguientes conductas:

- Comer más rápidamente que lo normal.
- Comer hasta tener una sensación desagradable de "lleno".
- Ingerir cantidades enormes de comida sin tener sensación de hambre.
- Comer solo (sin compañía) por sentirse avergonzado de las enormes cantidades que se ingiere.
- Sentirse muy disgustado consigo mismo, con sensación de culpa o deprimido después de haber tenido una ingesta copiosa.

C- Profunda angustia en relación con la conducta alimentaria.

D- Las compulsiones alimentarias ocurren en un promedio de dos veces por semana durante un lapso de seis meses.

E- El disturbio no ocurre exclusivamente durante un episodio de Anorexia Nerviosa o Bulimia.

### *Etiología*

Existen diversas teorías que buscan explicar la etiopatogenia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, abordando desde perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales el inicio de dichas patologías. Sin embargo, tras las últimas investigaciones se han llegado a postular modelos que intentan abarcar un amplio número de factores que en conjunto darían cuenta del desarrollo de los trastornos alimentarios.

### Teorías Biológicas

Entre los factores asociados a la Anorexia, se incluyen alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisiario, alteraciones de órganos endocrinos (bajos niveles de estrógeno que producen la amenorrea), alteraciones neurobioquímicas, del sueño, inmunológicas, neuroanatómicas y electroencefalográficas (Behar,2000). A su vez, diversos estudios genéticos señalan que la anorexia sería en gran medida producto de la herencia, observándose en gemelos monocigotos un 55% de concordancia, mientras que en la bulimia un 35% (Fairburn, 2003). En ésta última, se ha asociado la función de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina a los ciclos de sobreingesta y purga, mientras que los niveles plasmáticos de endorfina están elevados en algunos pacientes que vomitan, generando una sensación de bienestar tras ellos (Kaplan, 2000).

## Teorías Socioculturales

Esta teoría parte del supuesto de la anorexia y bulimia nerviosa como respuestas a la sobrevaloración que le ha otorgado la sociedad occidental a la delgadez y el ejercicio, representando una fuerte presión por alcanzar dichos parámetros de belleza siendo analogados al éxito, inteligencia y atractivo sexual. Además, la sociedad contemporánea valora el control que tienen las mujeres sobre sí mismas, por lo que la ausencia de éste en las pacientes bulímicas involucraría un detrimento en la autoestima y cierto grado de aislamiento social (Behar, 2000).

## Teorías Psicológicas

Tanto los pacientes bulímicos como anoréxicos tienen serias dificultades en su adolescencia, pero los pacientes bulímicos son más extrovertidos, irritables e impulsivos, e incluso pueden llegar a conductas de robo o dependencia de alcohol (Kaplan, 2000).

No existen constelaciones familiares específicas para las pacientes anoréxicas, aunque hay alguna evidencia que estas pacientes tienen relaciones estrechas, pero problemáticas con sus padres (Kaplan, 2000); donde sus miembros estarían muy involucrados entre sí, mostrando actitudes sobreprotectoras y dando una imagen de "núcleo familiar perfecto" (Behar, 1999). Por su parte, las familias de las pacientes bulímicas son generalmente más distantes y conflictivas que las de las anoréxicas, describiendo a sus padres como negligentes y rechazantes (Kaplan, 2000).

Finalmente, desde una perspectiva psicodinámica se plantea que en las anoréxicas el cuerpo puede ser percibido como si en él estuviera introyectada una madre intrusiva y no comprensiva, por lo que la inanición significa inconscientemente

detener el crecimiento de éste objeto interno no deseado. Mientras que, en las purgas de las pacientes bulímicas, éstas parecieran defenderse de la representación de la madre, reteniendo a la madre buena, no ambivalente, que la calma y la acoge mientras permanece pasiva y receptiva (Behar, 2000).

Por último, diversas investigaciones concuerdan en que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa serían trastornos multidimensionales y multideterminados, perspectiva de análisis que se desarrolla en el apartado que explica los factores de riesgo.

### *Epidemiología*

#### Prevalencia

Los estudios sobre prevalencia realizados entre mujeres adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. (APA, 1995; Johnson-Sabine E, 1988; Kaplan, 2000; White, 2000 cit en Boyd, 2000). Por su parte, Fairburn (2003) señala una prevalencia de 0,7% en mujeres adolescentes.

Por otra parte, la prevalencia del síndrome completo de bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas se estima en aproximadamente 1-3%. (APA, 1995; Kaplan, 2000). Sin embargo, otros estudios mencionan una prevalencia vital del 3-8% (White, et al 2000 cit en Boyd, 2000).

Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (por ejemplo, trastorno de la conducta alimentaria no especificado) (APA, 1995). Sin embargo, las cifras son dispares al momento de estimar la prevalencia de los síndromes parciales; es así como Johnson-Sabine en 1988, encontró que un 1,78% de

las escolares londinenses presentaban síntomas que no cumplían con los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria completo. Aunque estudios más recientes revelan cifras entre un 2-5% de prevalencia (Hay, 1998; cit en Hay, 2002; Patton et al, 1999)

Por otra parte, se calcula que la prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia nerviosa, que no reúnen los criterios mencionados por el DSM-IV, se acerca al 5 %, mientras que en la bulimia nerviosa quienes presentan un síndrome parcial, llegan incluso al 40% de las mujeres universitarias (Kaplan, 2000).

En Chile, no se dispone de información sobre la prevalencia de estos trastornos. Behar, publicó resultados sobre un estudio en el cual aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) y el de Trastornos Alimentarios (EDI), los que evalúan el riesgo de desarrollar algún TCA. Dicha investigación encontró que en escolares de III y IV medio de la quinta región, el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41% (Behar, 1998 cit en Marín, 2002).

### Incidencia

En los últimos años, la incidencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria parece haber aumentado (APA, 1995). Tras una revisión sistemática de 12 estudios de incidencia de anorexia y bulimia nerviosa, Pawluck et al (1998, cit en Hay 2002) encontró, para el primer trastorno, una incidencia media anual en la población general de 18,5 por 100.000 entre mujeres y de 2,25 por 100.000 entre hombres; mientras que para la bulimia nerviosa reveló una incidencia media anual en la población general de 28,8 por 100.000 entre mujeres y de 0,8 por 100.000 entre hombres.(Pawluck et al. 1998; cit en Hay, 2002).

Sin embargo, se han realizado investigaciones sobre incidencia y prevalencia de trastornos alimentarios que no confirman una incidencia actual creciente, excepto posiblemente por un pequeño aumento de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes. (Hay, 2002).

### Diferencias de Género

Diversos autores han señalado que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, es marcadamente superior en mujeres que en hombres, en una proporción de 10:1 (White et al, 2000 cit en Boyd, 2000; Cordella, 2001). En un estudio longitudinal, Patton et al. (1999) detectó que el 2,3 % de las mujeres tenían un síndrome parcial de TCA, mientras que sólo un 0,3% de los hombres se hallaba en similar condición (Patton et al, 1999).

Específicamente en la anorexia nerviosa, se ha observado que el 90-95% de los casos son mujeres, mientras que el 5-10% son hombres (Behar, 2000; APA, 1995). Por su parte, en la bulimia nerviosa se estima que un 90% de las personas que padecen este trastorno son mujeres (APA, 1995).

En una investigación realizada en Chile (Behar et al. 2002), en una muestra conformada por 182 mujeres y 89 hombres de la quinta región; las sujetos femeninas, aún siendo no portadoras de una patología alimentaria, se perfilaron significativamente más motivadas para alcanzar la delgadez e insatisfechas con su corporalidad que los sujetos control masculinos, lo que podría representar condiciones propicias para el eventual desarrollo de un cuadro alimentario posterior, bajo ciertas contingencias favorecedoras. A su vez, otro estudio realizado en el país (Behar, 2001) con una muestra de 63 pacientes con TCA y 63 estudiantes universitarias sin el trastorno, comparó rasgos de la identidad de género entre mujeres que presentaban un trastorno

alimentario y un grupo control sin la patología. Los resultados sugieren la alta relevancia del rasgo de feminidad en el grupo con TCA, mientras que en el grupo control sobresalió la variable androginia, como rasgo de identidad de género más preponderante.

### *Curso y Pronóstico*

El inicio de la anorexia nerviosa suele ocurrir entre los 10 y los 30 años. Después de los 13 años, la frecuencia aumenta y llega a ser máxima entre los 17 y los 18 años de edad. Cerca del 85% de estos pacientes inician la enfermedad entre los 13 y los 20 años (Kaplan, 2000). La anorexia nerviosa, rara vez se inicia antes de la pubertad y se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante (APA, 1995).

El curso y desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaídas y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años (APA, 1995).

La anorexia nerviosa tiene un buen pronóstico en 71-86% de los casos, pero los estudios de seguimiento muestran que dos tercios de los casos persisten con alguna restricción alimentaria y un tercio mantiene el bajo peso. En un 50% permanece el temor a engordar (Marín, 2002).

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones (APA, 1995).

La bulimia tiene un buen pronóstico en 60% de los casos y regular en un 30% adicional. El mal pronóstico se asocia a la presencia de una depresión significativa, drogadicción, a un desorden de la personalidad coexistente o al antecedente de abuso sexual (Marín, 2002).

A partir de un estudio longitudinal de 8 años, se pudo evidenciar que aquellas mujeres que desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria crónico han presentado la menarquia a más temprana edad, así como también índices de ánimo depresivo. (Graber et al, 1994, cit en Vandereycken et al 2000).

Las complicaciones clínicas de la anorexia y bulimia nerviosa son variadas, y están relacionadas principalmente con la gran pérdida del peso corporal y los métodos compensatorios utilizados por los pacientes. Entre ellas se encuentran: alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, hiperfosfatemia, alteraciones neurológicas, oftalmológicas, endocrinas, gastrointestinales, renales, bucomaxilares, pulmonares y hematológicas (Assumpção et al, 2002).

Cabe destacar la alta tasa de comorbilidad que presentan los trastornos de la conducta alimentaria, ya que suelen coexistir en un 50-75% con trastornos del ánimo depresivo, en un 4-12 % con el trastorno bipolar (Cordella, 2001); así como también pueden asociarse a trastornos de ansiedad, como el trastorno obsesivo compulsivo (22,4 % en anorexia nerviosa y 12,9 % en bulimia nerviosa) (Fontenelle et al, 2002) y trastornos de personalidad del Cluster C para anorexia nerviosa y del Cluster B, especialmente trastorno de personalidad Borderline, para bulimia nerviosa (White et al, 2000 cit en Boyd, 2000).

Diversos estudios, mencionan que existe una alta asociación entre trastorno alimentario y riesgo de muerte prematura. En las pacientes con anorexia nerviosa, una de las causas primarias de muerte es el suicidio y la inanición (Keel et al., 2003),

estimándose un porcentaje de mortalidad a largo plazo en pacientes hospitalizadas en centros universitarios, del 10% (APA, 1995).

Por otra parte, para la bulimia nerviosa la causa más frecuente son los accidentes automovilísticos y el suicidio (Keel et al., 2003). La mortalidad de esta enfermedad con un tratamiento adecuado es menor del 5% (Marín, 2002).

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### PREVENCIÓN

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces para las complicaciones de los trastornos alimentarios, es común que exista un atraso importante entre el inicio de los síntomas y el tratamiento. El diagnóstico precoz de estos trastornos, así como también de sus complicaciones no siempre es posible (Assumpção et al, 2002). De esto se deriva la importancia de prevenir este tipo de trastornos, en donde se desarrollen medidas que puedan incidir en todos y cada uno de los factores de riesgo asociados a ellos. Quienes están a favor de este tipo de prevención, señalan que los estudios de resultados de tratamientos demuestran que la intervención temprana es el mejor factor de la recuperación, y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente costosos (Vandereycken et al, 2000).

En términos generales, la prevención es considerada como cualquier esfuerzo sistemático para modificar las circunstancias que promueven, inician, mantienen o intensifican problemas tales como los TCA. Desde esta perspectiva, la prevención y el tratamiento conformarían un continuo de intervenciones, por lo que cualquier inversión en uno repercutiría necesariamente en el otro (Smolak & Levine, 2001). La prevención ha sido clasificada en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria.

## *Prevención primaria*

Busca reducir la incidencia del trastorno en los individuos que aún no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo. Los esfuerzos que se desarrollan desde este tipo de prevención se focalizan en la identificación de los factores causales que actúan como antecedentes del inicio de un TCA (Striegel et al. cit en Vandereycken et al, 2000). Aunque no se conozcan con exactitud todos aquellos factores que desencadenan la enfermedad, se sabe que existen algunos que son comunes a la mayoría de los pacientes: la sumisión a los estereotipos culturales, los cambios en los hábitos alimentarios como la reducción de la dieta, el deseo de estar delgadas, etc. los cuales constituirían el centro de las intervenciones (Pozo, 2000). Algunos autores (Smolak cit. en Ghaderi, 1999), señalan que estos programas se deben orientar a niñas que aún no desarrollan una preocupación excesiva por el peso, ya que ésta sería una precursora indudable de los TCA.

Entre las actividades específicas que se derivan de los programas orientados a la prevención en el ámbito primario, destacan:

- Corrección de aquellas conductas que se ha demostrado son precursoras de los trastornos alimentarios. Aquella que se debe corregir con más frecuencia es la del seguimiento de dietas.
- Detectar aquellos grupos de sujetos que están en situación de riesgo de padecer la enfermedad.
- Sensibilizar a la población del riesgo que conlleva la actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos.
- Desarrollo de programas orientados a la educación y entrenamiento en hábitos de alimentación saludable.

### *Prevención Secundaria*

Se centra en desarrollar medidas encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento, y en disminuir la duración del desorden mediante el diagnóstico temprano y tratamientos efectivos (Shisslak, 1987).

Entre las actividades a considerar se cuenta con:

- Diagnóstico y tratamiento precoz.
- Tratamientos correctos, guiados por objetivos específicos para los TCA.
- Dispositivo asistencial eficaz. Incluye la conformación de equipos profesionales multidisciplinarios, así como también atención hospitalaria especializada.
- Prevención de recaídas: Las medidas más eficaces para prevenir las recaídas son las que combinan fármacos, apoyo psicosocial y educación nutricional.

### *Prevención Terciaria*

Busca reducir el debilitamiento resultante de un trastorno ya establecido (Shisslak, 1987). Es habitual, que muchos servicios de atención y profesionales de la salud no consideren la posibilidad de la existencia de un grupo importante de pacientes crónicos o refractarios al tratamiento, a quienes se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas (Pozo 2000).

En este sentido, aquellos pacientes con TCA en los que la respuesta terapéutica haya sido nula después de repetidos intentos, que tengan comprometida su salud física por sus conductas de purga, consumo de sustancias o caquexia, pueden beneficiarse de medidas encaminadas a paliar las complicaciones y evitar el riesgo vital (Pozo 2000).

En la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, se da énfasis a la prevención secundaria y terciaria. Sin embargo, en el último tiempo se ha evidenciado la importancia de prevenir a nivel primario dada la creciente incidencia de los trastornos alimentarios, sus consecuencias físicas y psicológicas, el incremento de los costos en los cuidados médicos, y el sufrimiento de los pacientes y sus familias. Todo esto conduce a beneficios a largo plazo en población femenina que actualmente sufre de conductas alimentarias y actitudes autodestructivas, pero que aún no han culminado en un trastorno clínico (Shisslak et al, 1987).

### *Programas de Prevención*

Diversos programas se han desarrollado para la prevención de los Trastornos Alimentarios en el ámbito comunitario, de Salud y Educación. De ellos se han obtenido resultados disímiles y las evaluaciones de su impacto a largo y mediano plazo apoyan por una parte la necesidad y pertinencia de la realización de programas preventivos, mientras que otros enfatizan en generar más estudios e investigaciones prospectivas que permitan conocer qué estrategias o metodologías repercuten mayormente y hacia qué población deben dirigirse, lo que aumentaría la repercusión y mantención de los logros obtenidos.

La mayor cantidad de programas preventivos se ha desarrollado en población escolar, enfatizando diversos factores de riesgo y protección involucrados en esta problemática; tal como Alimentación saludable, Imagen corporal, Influencias socioculturales, Autoestima, etc.

Programas de prevención basados en Imagen Corporal y Autoestima.

Diversas intervenciones se han desarrollado para prevenir la insatisfacción con la imagen corporal, considerando que ésta es uno de los factores de riesgo más frecuente en el desarrollo de un Trastorno Alimentario.

Grave et al. (2001, cit en Paxton, 2002) realizaron un programa de prevención con alumnos entre 11 y 12 años, 61 mujeres y 45 hombres; 55 en grupo experimental (32 mujeres- 23 hombres) y 51 en grupo control (29 mujeres- 22 hombres). Este programa buscaba aumentar los conocimientos de los estudiantes respecto a la presión sociocultural para ser delgados y bellos, distorsiones cognitivas que predisponen los TCA, efectos psicológicos y físicos de seguir dietas. Además, pretendía ayudar a los alumnos a evitar el desarrollo de un TCA mediante la reducción de la importancia atribuida al peso y forma como medio de autoevaluación y valoración personal; desarrollando una filosofía personal de autoaceptación, junto con la creación de una cultura de autoayuda, donde estos alumnos, fueran capaces de entregar sus conocimientos respecto de estos temas a otros miembros de la escuela. Estos contenidos se distribuían en seis sesiones semanales de dos horas cada una, cuyos participantes fueron objeto de un seguimiento de 12 meses, en el cual fue posible inferir que:

- Grupo Experimental aumentó sus conocimientos en comparación con el control (niñas más que hombres).
- Grupo experimental disminuyó sus puntuaciones en ChEAT (Children Eating Attitudes Test).
- Grupo experimental disminuyó puntuaciones en EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire),
- No se identificaron efectos significativos en autoestima y conductas de dieta.

Por su parte, Higgins L. & Gray W. (1998, cit en Paxton 2002) desarrollaron un programa psicoeducativo para adultos orientado a cambiar la preocupación por la imagen corporal y hábitos de alimentación en pacientes con conductas de dieta crónicas. La intervención "Libre de Dietas" fue realizada mediante una sesión semanal durante seis meses, con duración de dos horas y un seguimiento de 12 meses. El total de participantes fue de 82 mujeres con un promedio de edad de 44 años (40 grupo experimental, 42 grupo control). Tras la evaluación post-test (12 meses) se pudo observar una disminución significativa en los puntajes del Body Shape Questionnaire (134.8 bajó a 91.8), así como también la adopción de hábitos adecuados de alimentación.

En el año 1995 Neumark-Sztainer et al. (cit en Paxton 2002) desarrollaron un programa preventivo llamado "El peso de comer"; una intervención en escolares de Décimo grado (16 años promedio) que se basaba en temas de alimentación saludable, imagen corporal y autoestima. Luego de un seguimiento de dos años, se evidenció que las participantes del grupo experimental poseían mayores conocimientos de aspectos nutricionales, así como también desarrolló hábitos de alimentación más saludables; a su vez el programa resultó efectivo en la prevención de conductas de dieta y purgas. Posteriormente se comprobó su efectividad en grupos de riesgo con sobrepeso.

Finalmente Smolak & Levine (2001) realizaron un programa de prevención a dos años orientado a la imagen corporal negativa y las formas de regulación del peso poco saludables. Esta intervención se desarrolló con niños y niñas de 11 y 13 años, que anteriormente habían sido evaluadas en otro programa preventivo por estos investigadores. Se contó con un grupo experimental (n=289) y uno control (n=204) que

eran divididos por género en aquellas evaluaciones donde fuera necesario. Se evaluaron diversos ámbitos:

- Internalización de ideales socioculturales de delgadez.
- Preocupación por ideales socioculturales.
- Musculatura (sólo para hombres).
- Escala de Autoestima.
- Síntomas depresivos.
- Preocupación por el peso.
- Índice de masa corporal.

Tras la evaluación se pudo observar que el Grupo Experimental poseía más conocimientos sobre formas de control saludables del peso y nutrición, así como también puntuaciones positivas en la Escala de Autoestima. Uno de los logros más destacables de este programa, es que tras el seguimiento de dos años, se pudo comprobar que los participantes del grupo experimental no desarrollaron TCA, mientras que en el control se contó con algunos casos.

Programas de prevención primarios completos:

En España, diversos investigadores han desarrollado programas de prevención completos en TCA, los cuales abordan en primer lugar la sensibilización e información de los sujetos en riesgo y de sus familias; y en segundo lugar, de la población general. Estos programas buscan modificar las conductas precursoras de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado); identificar los grupos de riesgo y trabajar específicamente con ellos, actuar sobre los estereotipos culturales y el “body bussines” y dar educación escolar. Es así como estas intervenciones se orientan a la población infanto-juvenil para favorecer su autoestima, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación; y

también en sus familias para educar sobre los estilos educativos, comunicación, afectividad y medios de comunicación (Ruiz-Lázaro, 2003).

En 1999 se inició un programa preventivo en Zaragoza impartido por un equipo multidisciplinario en colaboración con instituciones del gobierno regional, centros de salud, asociaciones de padres y direcciones de centros de enseñanza. Este programa escolar controlado trabaja con metodología activa, técnicas de implicación grupales, contenidos de conocimientos y actitudes sobre nutrición-alimentación, imagen corporal, críticas de modelo estético, sexualidad, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales; durante cinco sesiones semanales de dos horas en cinco clases en horario escolar, con la presencia del profesorado. Se presta atención a adolescentes, padres y educadores (Ruiz-Lázaro, 2003).

Se seleccionaron 502 estudiantes de primer año de enseñanza secundaria, 257 en intervención y 245 en grupo control, 266 mujeres y 236 varones. Tras la realización de las sesiones se realizaron dos evaluaciones, la primera inmediatamente después de las sesiones y otra un año después, obteniendo los siguientes resultados:

- Año 1999, el 7,78% en el grupo intervención se considera población con riesgo y el 7,76% en el grupo control. No existiendo diferencia significativa entre las proporciones.
- Año 2000, en el grupo intervención 4,05% se considera con riesgo y en el control 10,5%. Existiendo diferencia significativa.

A partir de las distintas experiencias preventivas los investigadores sugieren la necesidad de:

- Desarrollar programas de prevención en el medio escolar. La estrategia es la intervención frente a factores de riesgo "psicológico" asociados a la enfermedad (autoestima, autoconcepto, perfeccionismo, etc.) integrados en un conjunto de actividades de educación para la salud en centros escolares.

- Formar profesionales de educación, sobre los factores de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Realizar programas preventivos interdisciplinarios y con actividades intersectoriales.

A partir de estos estudios, los investigadores desaconsejan todas las actividades de formación específicas sobre la enfermedad dirigidas a alumnos, que tengan como base la propia patología, evitando de esta forma las conductas de emulación que pueden surgir de estas intervenciones.

Por otra parte, investigadores de la Universidad de Arizona, a través de la fundación McKnight desarrollaron un programa de promoción de Salud en el ámbito escolar. Esta propuesta busca proveer de información, estrategias y recursos para asistir a profesores y padres en la creación de ambientes saludables, considerando una serie de factores, tales como:

- Relaciones Interpersonales saludables.
- Imagen corporal negativa.
- Burlas y bromas.
- Medios de comunicación.
- Vida Saludable.
- Autoestima.
- Trastornos Alimentarios.

Considerando los aspectos antes señalados, desarrollaron una guía para padres y apoderados que entregan estrategias de promoción en cada uno de ellos; en donde la promoción de ambientes saludables dependería de estos factores.

## Programas de Prevención en Chile:

Si bien en Chile no se cuenta con programas de prevención completos para los TCA, el Ministerio de Salud ha determinado como una de sus prioridades de acción la promoción de estilos de vida saludables, la que incluye entre otras estrategias, la educación a la población enfatizando la relación entre alimentación, nutrición, salud y calidad de vida (Andrade et al, 1998).

En este contexto el Ministerio de Educación, junto a su Programa MECE-Media ha promovido la creación de Grupos Profesionales de Trabajo (GPT) al interior de cada liceo, en los cuales participan profesores y jefes de Unidades Técnico-Pedagógica, dando énfasis a la prevención en el ámbito primario. En 1998, y como una forma de contribuir a este desarrollo, las nutricionistas Margarita Andrade e Isabel Zacarías del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), de la Universidad de Chile elaboraron un manual de "Estilos de vida y conducta alimentaria del adolescente" cuyo propósito es contribuir a optimizar el desempeño del profesor ante las necesidades emergentes en el ámbito de la salud y calidad de vida de los estudiantes.

Dada la importancia de los programas de prevención primaria en los TCA, es necesaria una amplia detección de aquellos factores de riesgo y protección asociados al desarrollo de éstos, de modo tal que se generen instancias de intervención temprana en población de mayor riesgo.

## FACTORES DE RIESGO

En los últimos 20 años, las investigaciones en factores de riesgo han ido en aumento; sin embargo, los términos "riesgo", "factor de riesgo" y "causa" se han utilizado de manera inconsistente e imprecisa (Kraemer, et al. 1997). Por esta razón, Kraemer (1997, 2001) intenta establecer un método y una terminología apropiada, de modo de asegurar una mejor comunicación entre científicos y evitar aplicaciones erradas.

El lenguaje comúnmente usado en estas investigaciones (riesgo o peligro), connota un resultado adverso (inicio de enfermedad, discapacidad o muerte), sin embargo los métodos suelen aplicarse también a los resultados deseables (prevención, remisión o recuperación), es decir, tanto a "factores de riesgo" como a "factores protectores". Kraemer (1997) se refiere a ambos términos como "factores de riesgo".

Para ese autor, el "riesgo" significa la probabilidad de ocurrencia de un evento ("*outcome*") dentro de una población de sujetos; por ejemplo, el 1 % de la población adolescente femenina desarrollaría Anorexia Nerviosa. En cambio, el término "factor de riesgo" se utiliza para indicar la característica o la exposición que condiciona la probabilidad (Kraemer, et al. 1997); por ejemplo, ser mujer y adolescente es factor de riesgo para desarrollar un Trastorno Alimentario.

Esta visión enfatiza la evidencia empírica, más que la teoría. Además, las potenciales implicancias clínicas, en términos de políticas de salud juegan un rol primordial en esta propuesta, de modo que, aunque Kraemer (1997) dice fomentar la evaluación de los factores de riesgo en todo nivel y dimensionalidad; ha restringido su propuesta a un "outcome" binario (por ejemplo, presencia o ausencia de un Trastorno Alimentario), entendiendo el término "outcome" como la probabilidad de ocurrencia de un evento.

En síntesis, "un factor de riesgo es una característica cuantificable de cada sujeto de una población específica, que precede la probable ocurrencia del evento que interesa investigar. Puede ser usado para dividir la población en 2 grupos, un grupo de alto riesgo y otro de bajo riesgo" (Mrazek, et al. 1994; cit en Kraemer, et al. 1997). El término "sujeto" puede referirse a un individuo, un grupo de personas o una comunidad; mientras que las características pueden ser rasgos individuales o del contexto del sujeto.

Demostrar que una característica constituye un factor de riesgo requiere de su evaluación en una muestra de sujetos que no presentan la ocurrencia del evento que interesa pesquisar (siguiendo el ejemplo anterior, se requiere una muestra de sujetos sin Trastorno Alimentario). Luego, es preciso distinguir a aquellos sujetos que posteriormente desarrollan la patología de interés, de aquellos que no la desarrollan. La hipótesis nula que plantea que la ocurrencia del evento de interés y la característica son independientes entre sí, debe ser rechazada.

Como la asociación debe ser estadísticamente significativa, es fundamental que el tamaño de la muestra sea lo suficientemente amplio y que el diseño de la investigación y las medidas estadísticas sean adecuadas para documentar una asociación entre la característica y la probable ocurrencia del evento, es decir, que no se pueda atribuir al azar (Kraemer, et al. 1987; cit en Kraemer et al. 1997).

La mera demostración de significancia estadística no es suficiente (Kraemer, et al. 1997). También es necesario indicar la "potencia" del factor, definida como la máxima discrepancia acumulable, usando ese factor de riesgo para dividir la población en grupos de alto y bajo riesgo (Kraemer, et al. 1997); para este efecto suelen utilizarse diversas medidas de resumen estadísticas (ej. Odds ratio, riesgo absoluto, riesgo relativo, riesgo atribuible,  $k$ ,  $\phi$ ,  $\gamma$ ), así como también métodos para la estimación del punto e intervalo de confianza (Kraemer, 1992; cit en Kraemer, et al. 1997).

Es difícil encontrar dos variables que sean absolutamente independientes entre sí, por lo que virtualmente cualquier factor podría ser demostrado como un factor de riesgo para cualquier evento que lo siguiera. Por esta razón Kraemer (1997) sostiene que todo resultado de significancia estadística debe corroborarse con la evaluación clínica. Los requisitos de una evaluación de riesgo, propuestos por Kraemer (1997) son los siguientes:

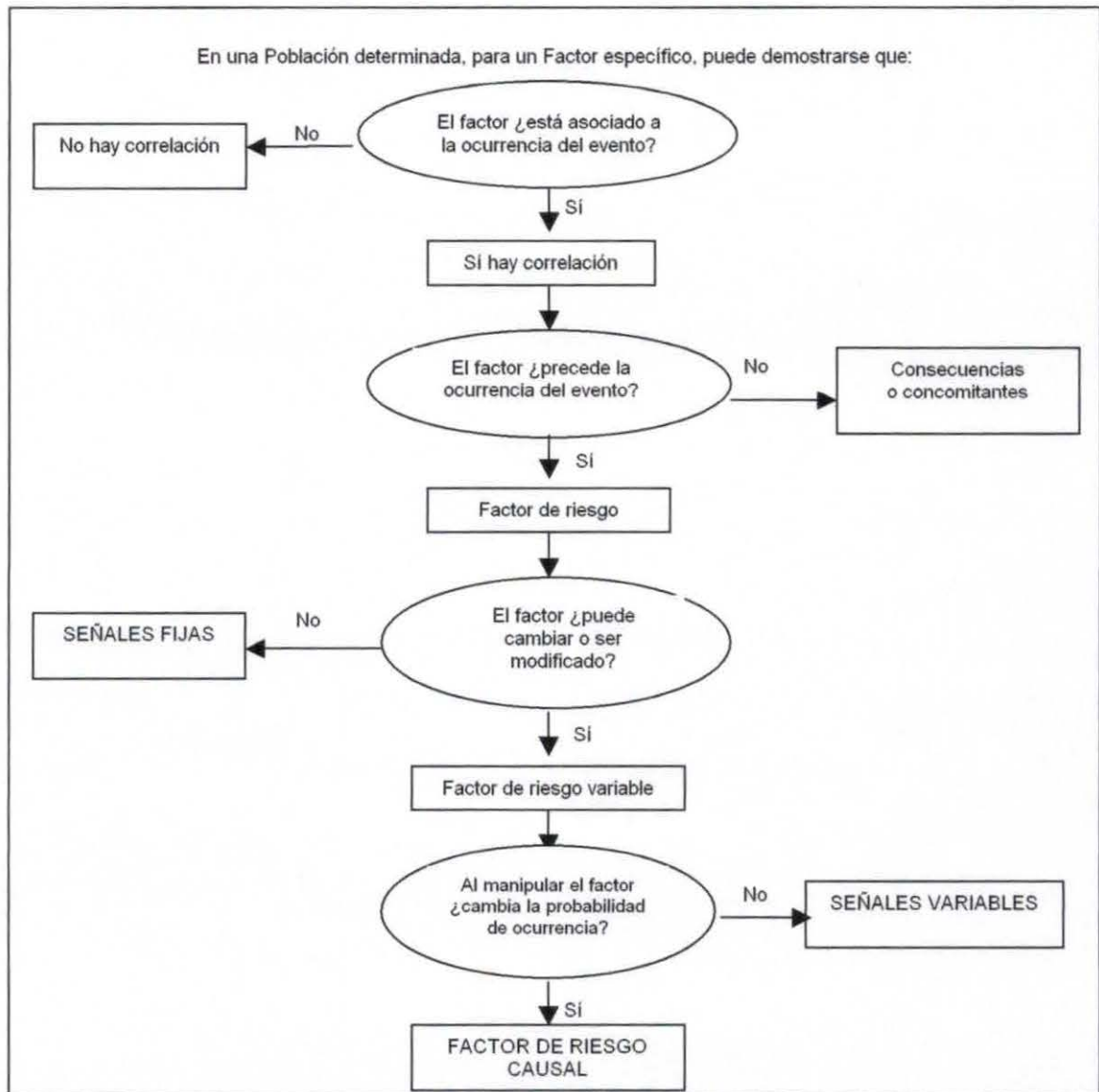
1. Definir claramente la probabilidad de ocurrencia del evento de interés, medir su validez y confiabilidad.
2. Definir adecuadamente la población y la muestra.
3. Definir el factor de riesgo, estableciendo si éste define una característica que se da antes de la ocurrencia del evento, medir su validez y confiabilidad.
4. Utilizar procedimientos analíticos para definir grupos de alto y bajo riesgo y establecer qué diferencia estadísticamente significativa existe entre el riesgo que presentan estos dos grupos.
5. Utilizar procedimientos analíticos que permitan demostraciones de la potencia del factor, para establecer una diferencia clínica o políticamente significativa en el riesgo que presentan los grupos de alto y bajo riesgo.

Por otra parte, los factores de riesgo en una determinada población pueden clasificarse en una tipología propuesta por Kraemer (1997). El proceso de elucidar el estatus de un factor de riesgo consta de varios pasos, que se muestran en la figura 1. A través de ellos es posible identificar si la variable corresponde a una "señal fija", una "señal variable" o un "factor de riesgo causal" (Kraemer, et al. 1997).

Las "señales fijas" preceden la ocurrencia del evento, pero no está demostrado que puedan variar ni modificarse; entre éstas se encuentran la raza, el género, el año de nacimiento, entre otras.

Las "señales variables" también preceden la ocurrencia del evento, pero pueden cambiar espontáneamente o a través de una intervención; sin embargo, su modificación no influye mayormente en el riesgo de aparición del evento. Por último, se encuentran los "factores de riesgo causales", que poseen las mismas características que las "señales variables"; sólo que al ser modificados, generan un cambio en el riesgo de desarrollar el evento que interesa investigar (Kraemer, et al. 1997).

**Figura N°1. Proceso de elucidación para determinar un factor de riesgo.**



Fuente: Kraemer et al (1997)

La importancia del estudio de los factores de riesgo radica en que son el primer paso para la elucidación de las causas de un trastorno o enfermedad. Sin embargo, la mayoría de estas patologías son muy complejas y muchos factores están involucrados. Por esta razón, Kraemer (2001) realiza una definición conceptual y operacional de cinco modos, clínicamente relevantes, en que dos factores de riesgo pueden interactuar para influir en la probabilidad de ocurrencia de un evento (Ver figura2).

En primer lugar, se describen los "factores de riesgo próximos", que muestran una relación con la futura ocurrencia del evento, sólo porque se correlacionan con un factor de riesgo causal verdadero (Kraemer et al. 2001 cit en Stice, 2002). Por definición, la manipulación de éstos factores de riesgo no generará un cambio subsecuente en el riesgo de desarrollar una patología (Stice, 2002).

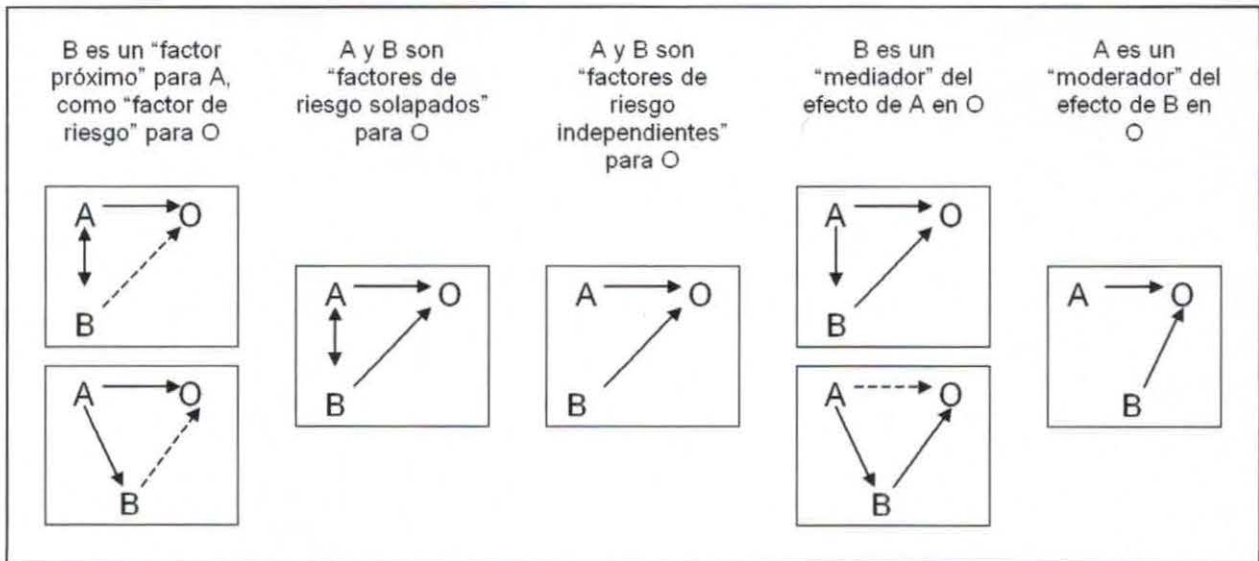
Por otra parte, cuando existen dos variables que se relacionan fuertemente con un mismo constructo y se caracterizan porque no se preceden temporalmente la una a la otra, se correlacionan y son codominantes se está en presencia de "factores de riesgo solapados".

En tercer lugar, se propone llamar "factores de riesgo independientes" a aquellos que no poseen una dependencia temporal, ni correlación entre ambos; sin embargo, sí son concomitantes (Kraemer, et al. 2001).

Por su parte, una "variable mediadora" explica cómo y porqué otra variable afecta la ocurrencia (Kraemer et al, 2001). La variable provocaría presumibles cambios en el mediador, quien a su vez, generaría cambios en la ocurrencia del evento (Stice, 2002), contribuyendo a la formación de cadenas causales.

Por último, los "moderadores" especifican cómo o bajo qué condiciones otra variable operará para producir la ocurrencia, por lo tanto, éstos afectarían la relación entre la otra variable y la ocurrencia de la patología, a diferencia del mediador, que supone ser influenciado por la otra variable directamente (Kraemer, 2002).

**Figura 2: Modos en que dos factores de riesgo A y B, pueden interactuar e influir en el desarrollo de una patología O (evento)\***



\* Las posiciones de izquierda a derecha indican un orden temporal, una flecha sólida indica correlación. Una flecha punteada indica una correlación que se debilita o desaparece cuando se considera el otro factor de riesgo. (Fuente: Kraemer, 2001)

Clasificar de esta manera los factores de riesgo puede ayudar a identificar a individuos con un elevado riesgo, que necesitan de intervenciones preventivas; así como también, contribuir a informar sobre el contenido de tales intervenciones. Además, estos métodos pueden ayudar a llenar el vacío entre la teoría, las ciencias básicas y clínicas, y las aplicaciones clínicas y políticas; ayudando de esta manera, a la búsqueda de diagnósticos tempranos e incrementar la eficacia de las intervenciones preventivas y tratamientos (Kraemer et al, 2001).

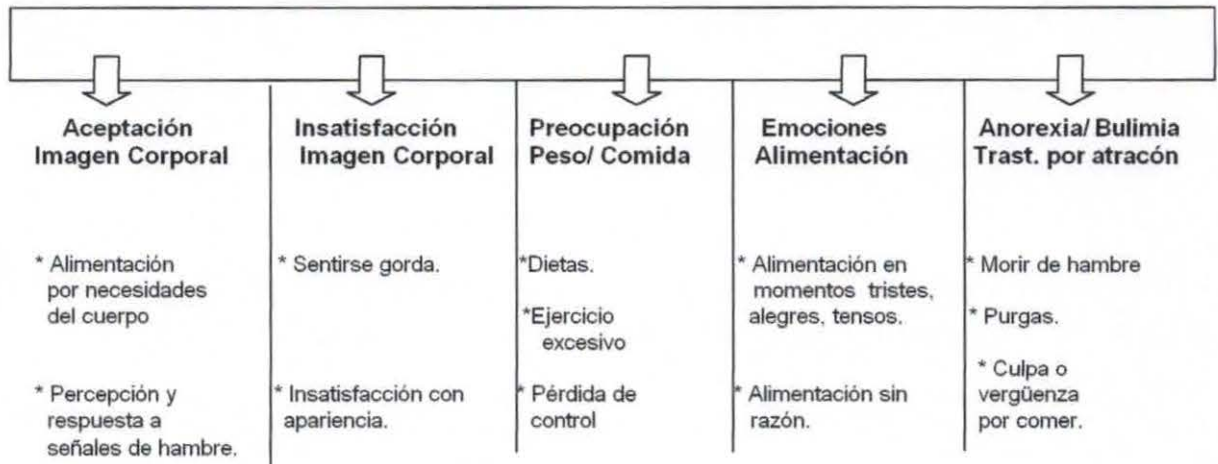
## *Modelos explicativos*

Para explicar la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se han propuesto numerosos modelos teóricos que sugieren varios ámbitos de riesgo, incluyendo el contexto sociocultural y el familiar, la vulnerabilidad constitucional (biológica) y los sucesos adversos de la vida personal (Striegel-Moore, cit. en Vandereycken et al, 2000).

Aún cuando existen diferencias respecto al énfasis que cada modelo otorga a uno u otro ámbito de riesgo, existe cierto acuerdo en que la etiología de los TCA es multifactorial, es decir, el riesgo surgiría de una combinación de factores específicos de riesgo (propios de la enfermedad) y otros factores generales de riesgo (relacionados con una serie de trastornos). A su vez, se considera que la exposición a dichos ámbitos de riesgo ocurre en ambientes variados (por ejemplo, la familia, la escuela, los grupos de pares, etc.), que la fuerza de los factores de riesgo deriva en parte del momento evolutivo en que ocurren, y que el riesgo es acumulativo (Vandereycken et al, 2000).

En este contexto, es posible mencionar diversos modelos teóricos multifactoriales que pretenden explicar la etiología de los TCA; los cuales son configurados a partir de un continuo (entre salud y TCA) o múltiples dimensiones. Entre los primeros se cuenta con el Continuo de los Trastornos Alimentarios (Friedman, 2000), que indica la variabilidad de niveles que las personas pueden atravesar durante el desarrollo de un TCA.

**Figura N° 3. Continuo de los Trastornos Alimentarios**

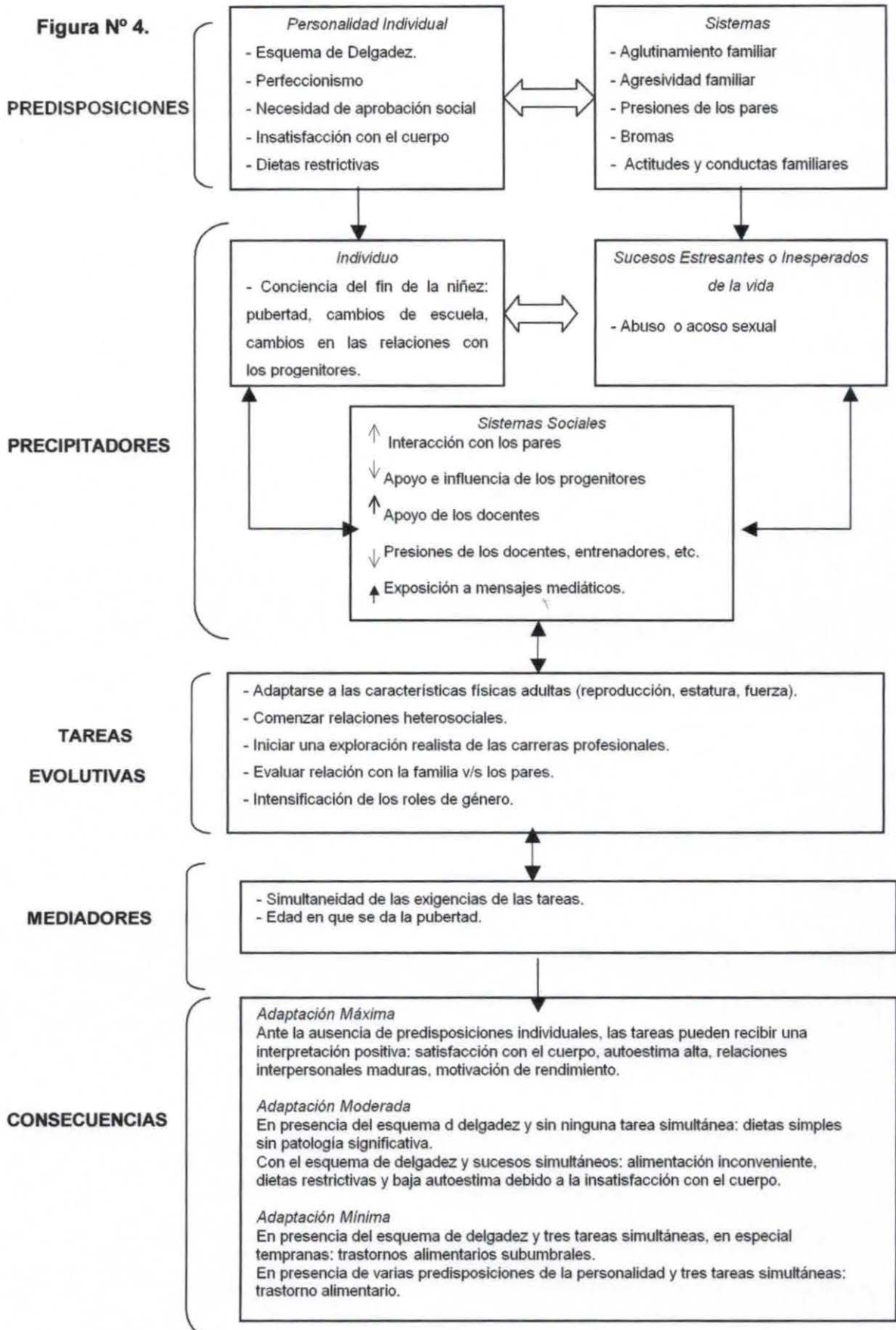


Fuente Friedman (2000).

Por su parte, los modelos multidimensionales consideran que diversos factores estarían involucrados en la aparición de un TCA, en donde cada uno de ellos corresponde más bien a un ámbito general de riesgo, conformado por varios aspectos específicos. A su vez, estos modelos consideran el momento evolutivo en el cual se desarrollan o aumentan los factores de riesgo, lo que derivaría en una mayor o menor predisposición al desarrollo de un trastorno.

Smolak y Levine (1996 cit. en Vandereycken 2000) plantean un Modelo de Riesgos para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana (Figura N° 4).

**Figura N° 4.**



Este modelo se basa en una perspectiva multifactorial y evolutiva de los problemas alimentarios, considerando que existen predisposiciones (por ejemplo, necesidad de aprobación social) que pueden constituir factores causales de riesgo, los que interactúan con los desencadenantes (por ejemplo, cambios en la pubertad) para originar interpretaciones de las tareas y exigencias evolutivas o reacciones ante ellas. Estas reacciones tendrían diversas consecuencias potenciales que varían en su grado de adaptabilidad. En resumen, el modelo da cuenta de los acontecimientos que ocurren durante la escuela primaria (y antes de ella) que darían ciertas formas a las reacciones ante la adolescencia (Vandereycken et al, 2000).

Desde esta perspectiva, se sugiere que los programas de prevención en las escuelas primarias podrían considerar como objetivo algunas de estas predisposiciones, así como también suministrar información a las niñas sobre algunos de los antecedentes, a fin de prepararlas para las exigencias de la transición a la adolescencia temprana (Vandereycken et al, 2000).

Es así, como el modelo brinda una base sólida para los programas que intentan prevenir el inicio de los problemas alimentarios en la etapa escolar primaria, dado que los efectos de los factores de riesgo y protección pueden variar según el estadio evolutivo (Kraemer, 1997).

## *Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Las últimas dos décadas han evidenciado un creciente interés por el estudio de los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos alimentarios. Diversos factores han sido descritos como posibles causantes del desarrollo, curso, y mantención de los desórdenes alimentarios; algunos de ellos son: seguimiento de dietas, autoestima, imagen corporal, apoyo social, afrontamiento, insatisfacción corporal, interacción familiar y del medio, entre otros (Ghaderi, 1999). A su vez, autores como Taylor y Altman (1997, cit en Ghaderi 1999) sugieren que existirían factores de riesgo causales, que involucran una serie de ámbitos y comportamientos más específicos, estos son:

### Factores personales

#### **Pubertad:**

La edad más frecuente para el inicio de los TCA es la pubertad; ésta es una etapa compleja de desarrollo en que muchos cambios físicos y psicológicos, así como también numerosos desafíos deben ser enfrentados. En las niñas, el peso aumenta en un 40% en las edades comprendidas entre 11 y 13 años, siendo este período el de mayor crecimiento; mientras que en los niños, el peso ganado suele ser explicado por un aumento de su musculatura. Además existe una relación entre la obesidad infantil y una menarquia temprana, que suele determinar un factor de riesgo para el desarrollo de bulimia nerviosa.

La preocupación por el peso y la figura, puede ser encontrada incluso en niñas de 5 años, existiendo un incremento de esta preocupación a medida que aumenta la

edad, siendo aún mayor en niñas post-puberales que en aquellas que se encuentran antes de esta etapa (Schmidt, 2001).

Finalmente, es posible mencionar que la presencia de problemas alimentarios en la niñez temprana o un trastorno alimentario en la adolescencia, constituyen un importante riesgo para el mantenimiento de este trastorno a lo largo de la adultez (Kottler et al, 2001)

### **Alimentación restrictiva y seguimiento de dietas:**

El seguimiento de dietas es una práctica común entre las mujeres (Hill, Oliver & Rogers, 1992; Seidell, 1995; cit. en Ghaderi, 1999), y ha estado ligado al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Killen et al (1994) demostraron una relación significativa entre el inicio de los síntomas de los TA y una preocupación por el peso (miedo a engordar, dietas realizadas, importancia del peso, y sobrepeso que la persona creía tener). Mientras que Patton (1999) sugiere que el hacer dietas es uno de los más importantes predictores del desarrollo de los trastornos alimentarios, en donde las adolescentes que realizan dietas no son sólo aquellas que se perciben con sobrepeso sino también, aquellas que se sienten insatisfechas con alguna parte de su cuerpo (Halvarsson, 2000).

Es frecuente que los proyectos de adelgazamiento se inicien con una *dieta selectiva* en la que se procura comer más de unos alimentos que de otros. Esto se manifiesta por un cambio de actitud en la adolescente que hasta ese momento comía lo que le gustaba en la cantidad que deseaba y sin mayor preocupación. Cuando la dieta comienza a ser una *dieta restrictiva* resulta un comportamiento de riesgo, ya que se limita el número total de calorías ingeridas mediante la supresión de comidas y/o grupos de alimentos. Esta actitud comienza a ser patológica cuando se trata de una

*restricción absoluta* de alimentación con prolongados períodos de ayuno (Saldaña, 2001).

### **Insatisfacción corporal y preocupación por el cuerpo:**

La insatisfacción con el propio cuerpo surge de la creencia que determinadas partes del mismo, relacionadas con la silueta, resultan inaceptables porque son “demasiado grandes” o “demasiado gordas”, como muslos, caderas y nalgas (Cattarrin & Thompson, 1994; cit en Vandereycken, 2000). Todo esto, sumado a la presencia de estados de ánimo negativo, puede conducir al uso y abuso anormal de alimentos, lo que con el paso del tiempo, puede llevar a que estas conductas sean aprendidas e instauradas en el repertorio conductual.

La insatisfacción corporal promovería el hacer dieta, ya que habría una creencia en las adolescentes de que ésta sería una eficaz técnica de control del peso. También puede fomentar el afecto negativo porque la apariencia es un aspecto fundamental de evaluación para la mujer. Finalmente el descontento con el cuerpo puede promover comportamientos compensatorios que caracterizan algunos trastornos alimentarios, como la inducción del vómito en la bulimia (Stice, 2002). Los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes o diuréticos son signos de un trastorno alimentario, pero pueden presentarse en ausencia de otros signos necesarios para un diagnóstico certero; sin embargo, se ha descubierto que aunque no siempre definan un trastorno alimentario, estas conductas favorecen el desarrollo posterior de él. Se ha descrito que entre el 5 y 15% de las adolescentes recurren a estos peligrosos métodos para controlar su peso (Killen, 1993; cit en Vandereycken et al, 2000).

**Autoestima:**

Se ha demostrado que una baja autoestima correlaciona con las actitudes negativas respecto del propio cuerpo y que dichas actitudes son más frecuentes en mujeres que en hombres (Rosen et al. 1987; cit en Vandereycken et al, 2000). Es así como bajos niveles de autoestima, contribuyen a un mayor riesgo para desarrollar síntomas severos de trastornos alimentarios y otros trastornos psicológicos (Cervera et al. 2003).

Por su parte Killen y col. (1987) descubrieron que los adolescentes con puntajes más elevados en un test destinado a evaluar los trastornos alimentarios también mostraban una baja autoestima, y Fischer y col. (1994) hallaron una asociación similar.

**Depresión:**

Los TA frecuentemente van asociados con la depresión, aunque no se ha establecido con exactitud si ésta es causa o resultado de la patología. Es así, como ha surgido cierta controversia entre los diversos investigadores acerca del rol que tiene la depresión en la etiología de los TA (González, 2003).

En una investigación realizada por Stice et al (2000) se encontró que los TA tendrían una relación temporal en el desarrollo de la depresión. Algunos factores como la insatisfacción corporal y la dieta estricta, serian predictores importantes en el desarrollo futuro de depresión. Estos investigadores concluyeron que la imagen corporal es una dimensión a partir de la cual las mujeres son evaluadas, por lo tanto, si éstas no se sienten satisfechas con su propio cuerpo, intentarán buscar por todos los medios el logro de una "imagen perfecta", surgiendo de esta manera, un segundo síntoma que corresponde a las dietas estrictas a que se someten. Si fracasaran en sus intentos podrían caer en un estado de angustia y desesperación que las llevarían a desarrollar un trastorno depresivo (Dorr, 1995 cit en González, 2003).

**Perfeccionismo:**

El perfeccionismo y la excesiva preocupación por el orden, presentes desde la infancia, son considerados como factores de riesgo para el desarrollo posterior, tanto de anorexia como bulimia nerviosa. Esta última, se suele asociar a rasgos de personalidad impulsivos, sin embargo, en un estudio realizado por Anderluh et al, en el año 2003, se encontró que el 39% de los sujetos con Bulimia o historia de esta patología, presentaban rasgos obsesivos de simetría y exactitud. A su vez, se observó que el perfeccionismo y la preocupación por el orden, persisten luego de la remisión de síntomas propios de un TCA.

Por otras parte, en una investigación realizada en Chile por Patricia Cordella (2002) sobre la base de la atención y seguimiento de 100 pacientes con trastornos alimentarios, propone una gran cantidad de marcadores de riesgo para este trastorno, entre los que se encuentra el perfeccionismo, entendido como elevada autoexigencia, crítica, autodevaluación y funcionamiento polar.

Por su parte, dentro del desempeño escolar se ha encontrado al perfeccionismo como un factor de riesgo para el desarrollo de TA. Behar (1996) encontró altos niveles de perfeccionismo en la subescala del EDI (Eating Disorder Inventory) tanto para los pacientes con Bulimia Nerviosa, como para los pacientes con Anorexia Nerviosa.

**Abuso sexual:**

Diversos estudios que investigan el abuso sexual como factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, han arrojado resultados contradictorios y controversiales (Fallon & Wonderlich, 1997; cit en Ghaderi, 1999). Pope y Hudson, (1992) en un estudio hecho para determinar la relación entre bulimia y el abuso sexual en la infancia, concluyeron que no había evidencia que apoyara la hipótesis que el abuso fuera factor de riesgo para desarrollar BN. Otros estudios actuales, tampoco han

encontrado relación entre ambos (Fallon & Wonderlich, 1997; Welch & Fairburn, 1994; cit. en Ghaderi 1999). Sin embargo, el abuso sexual parece ser factor de riesgo en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en mujeres jóvenes (Welch et al, 1996).

Por otra parte, Smolak y Levine (1996, cit. en Vandereycken et al 2000) plantean un Modelo de Riesgos para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana, donde el abuso o presión sexual son considerados como sucesos estresantes, inesperados y precipitadores de un TCA.

#### **Uso de Sustancias:**

Killen et al (1987) entrevistaron a 646 adolescentes de 2º medio en Carolina del Norte, con el objetivo de evaluar la prevalencia del trastorno por atracón (Binge Eating) y las conductas purgativas, encontrando altos niveles de uso de marihuana, cigarrillos y alcohol. En un estudio más reciente, Ross (1999) encontró que las personas con trastorno por atracón usaban las mismas sustancias descritas en el estudio anterior.

#### **Eventos Negativos:**

En la mayoría de los casos, los eventos vitales estresantes o negativos preceden el inicio del TA. La importancia de estos eventos en el desarrollo y mantenimiento de los TA ha sido demostrado repetidas veces en diversas investigaciones; sin embargo, no hay evidencia clara al considerarlo como un factor de riesgo específico. Además, muchas personas que han sido expuestas a diferentes eventos en sus vidas, no han desarrollado ningún trastorno psiquiátrico. La carencia de habilidades de afrontamiento adecuadas y de apoyo social puede explicar la relación entre los eventos negativos y los TA (Ghaderi, 2001).

Por otra parte, en un estudio realizado por Horesh et al, en el año 1995, señalan que las adolescentes que sufren Anorexia Nerviosa presentan una historia de mayor

número de eventos negativos que el grupo control, sumado a que situaciones estresantes preceden el desarrollo tanto de Bulimia como Anorexia Nerviosa en la mayoría de los casos (Schmidt et al, 1997 cit en. Ghaderi, 1999).

### **Desempeño escolar:**

Aunque no se pueden establecer reglas generales para los pacientes con TA, las estudiantes con AN suelen tener buenos resultados académicos, debido a su perfeccionismo, meticulosidad y a que suelen buscar en el estudio un refugio a su aislamiento social, inseguridad y afán competitivo por destacar. En cuanto a las pacientes con BN sus resultados académicos son más variables, pero es característico que su expediente se deteriore de forma paralela al TA. La baja autoestima, los sentimientos de ineffectividad y la dificultad para controlar los impulsos que acompañan a la enfermedad producen un comportamiento más bien caótico, que frecuentemente se confirma por la inconsistencia de sus propósitos para controlar la alimentación, las relaciones personales y, en definitiva, el estudio (Saldaña, 2001).

## Factores Socioculturales

### **Influencias parentales**

Vivir en una familia que otorgue excesiva importancia a la apariencia, al físico y a la alimentación constituye un claro factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Neipp-Lopez, 2002).

Estudios familiares han indicado que los padres intentan influenciar las conductas alimentarias de sus hijos y a menudo los animan para hacer dietas. Los padres contribuyen a los problemas alimentarios de sus hijos, creando un contexto en

donde se da importancia a la delgadez, e incluso algunas veces modelan preocupaciones por el peso (Halvarsson, 2000).

La actitud de los padres hacia sus propios cuerpos puede afectar a los niños de dos maneras. Por un lado, las niñas siguen el modelo de su figura materna y por otro, las madres que padecen un trastorno alimentario pueden influir sobre el peso, forma y hábitos de comer de las niñas (Simon, 2001).

En un estudio controlado a 41 madres con TA y 153 madres sin historia de TA, Agras et al (1999) encontró que la comida era usada por la figura parental del niño como una manera de controlar el comportamiento. Además, las madres con TA estaban más preocupadas por el peso de sus hijas ya a la edad de dos años; a los cinco años las hijas de estas madres con TA ya mostraban signos de inestabilidad afectiva (Simon, 2001).

Stein & Fairburn (1989) demostraron que madres con BN tenían dificultades con la alimentación de sus hijos además de una preocupación excesiva sobre el peso y figura de éstos. Otro estudio realizado por Weaver (1994) encontró que la obesidad de los padres fue en ocasiones el motivo para que las adolescentes comenzaran a hacer dietas.

### **Bromas:**

Las bromas han sido definidas como un intercambio comunicativo en el que se combinan elementos relacionados con agresión, humor, ironía y ambigüedad (Ghaderi, 2001). Algunas investigaciones indican que a menudo las bromas sobre el peso y la silueta pueden precipitar actitudes restrictivas. (Thompson, 1993 cit. en Vandereycken et al 2000). Stewart en 1998 (cit. en Vandereycken 2000) basó su programa de prevención en la generación de inmunidad ante las bromas.

Otras investigaciones muestran que las bromas relacionadas con el aspecto físico pueden jugar un rol fundamental en el desarrollo de la preocupación por el cuerpo, la insatisfacción corporal y/o trastornos alimentarios (Cattarin & Thompson, 1994; cit en Ghaderi, 2001). Además, se ha demostrado que las bromas pueden ser gatillantes en el inicio de dietas, lo que dejaría más vulnerables a las personas con sobrepeso.

### **Apoyo social:**

El apoyo percibido es un factor protector para el impacto psicológico que producen los eventos negativos estresantes y las tensiones altas. Las investigaciones realizadas en personas con trastornos alimentarios han indicado que estos perciben apoyo social más bajo por parte de sus amigos y familias, y redes de apoyo más deficientes y limitadas en comparación con el grupo control (Tiller, 1997; cit en Ghaderi, 2001).

### **Influencia de pares:**

La adolescencia es un período donde se configuran los ajustes sociales heterosexuales y el posterior desarrollo de comportamientos intelectuales, por lo que la valoración y aceptación de los iguales es muy importante. Esto se aplica a todos los aspectos personales, sobre todo al propio cuerpo, ya que éste cambia y debe integrarse con la autoimagen global (Neipp-Lopez et al, 2002).

La influencia de los pares puede ser tanto un factor protector como de riesgo. En el último caso, la influencia de los pares en manifestaciones como burlas y bromas sobre el peso, pueden contribuir en las adolescentes a internalizar esquemas de delgadez exagerados y una sobrevaloración de la importancia de la apariencia física (Stice, 2002).

Según Crandall (1998) las mujeres que tenían amigas que seguían dietas presentaban más síntomas de trastornos alimentarios; asimismo, en un estudio hecho por Cattarin & Thompson (1994, cit en Ghaderi, 2001) se halló que las bromas hechas a las adolescentes por sus pares producían efectos como la insatisfacción por su propio cuerpo y restricción de su alimentación.

### **Modelaje de los medios:**

En la sociedad actual, la delgadez es signo de salud, belleza y aceptación social debido a lo cual se ha constatado una disminución importante en el "volumen ideal de la forma femenina". Esta valoración de la delgadez generalmente conduce a las adolescentes a determinadas conductas tales como dietas y ejercicio físico, existiendo a la base una sobrepreocupación por ajustar sus cuerpos al modelo ideal que prima en la cultura occidental (Neipp-Lopez et al, 2002).

Los medios de comunicación contribuyen con publicidad a forzar a la persona a igualar una apariencia física ideada culturalmente, mediante una construcción cognitiva, a costo de poner en peligro su salud física y mental. Además esta sociedad de consumo crea un modelo de delgadez que se vende como un producto más y es siempre sinónimo de éxito (González, 2003).

Las industrias de modas y entretenimiento han puesto en el rol de modelos a personas tan delgadas, que no se asemejan a la mujer común y actual. Esto ha sido causante de dietas restrictivas y ha incrementado la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno alimentario (Garner, 1997, cit. en Ghaderi 1999).

En un estudio realizado por Martínez-González et al (2003) se encontró una relación significativa entre "escuchar programas de radio" y "leer revistas de moda", y el aumento de riesgo a desarrollar trastorno alimentario; mientras que no hubo una relación significativa con ver televisión.

## Actividades de alto riesgo.

El deporte y el ejercicio físico constituyen un aspecto esencial en la formación de los adolescentes, en esta etapa la energía vital se desborda de modo espontáneo con una actividad exuberante, generalmente realizada en grupo y que por ello resulta gratificante y divertida. Sin embargo, se considera que esas actitudes son de riesgo cuando la motivación principal para el ejercicio físico ya no es divertirse con el deporte o el baile, ni pasarlo bien con los amigos, sino que se hace prioritariamente para perder calorías y grasa. Es entonces cuando privilegian actividades que resultan más eficaces a sus propósitos, como correr, nadar, ir al gimnasio, etc (Saldaña, 2001).

La mayoría de los estudios coinciden en identificar la gimnasia, danza, atletismo, y modelaje como actividades y deportes con un alto riesgo de desarrollar y mantener un trastorno de la conducta alimentaria (Neipp-Lopez, 2002).

En una investigación realizada con deportistas en Chile, se encontró que un 18,1% de los deportistas obtuvo puntajes de rango patológico en el EAT-40, contrastando con el 0,5 a 1% para anorexia nerviosa y el 1 a 3% en la bulimia nerviosa para la población general. El rango de edad de los deportistas que obtuvo un puntaje de 18,1% fue de 23,6 años, con una D.S de 8,7 (Behar, 2002).

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO  
DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA  
FUNDACIÓN MCKNIGHT

En el año 1994 surge en Estados Unidos, el Proyecto McKnight de Factores de Riesgo (*McKnight Risk Factor Project*), el cual consiste en un estudio longitudinal de 10 años de duración realizado entre la Universidad de Arizona y Universidad Stanford. La población que se utilizó fue sólo de mujeres, dada la alta prevalencia de los TCA en este grupo, en comparación con población masculina.

Su objetivo es identificar tanto los factores de riesgo como de protección de la alimentación perjudicial y las prácticas de control del peso, además de los trastornos alimentarios, en niñas preadolescentes y adolescentes. Otra meta de este estudio, es promover una alimentación y control del peso saludables, y disminuir la aparición de los trastornos alimentarios mediante el desarrollo de programas escolares de prevención (Shisslak, 2000 cit en Vandereycken et al, 2000).

Para obtener un modelo correcto de las trayectorias de los factores de riesgo y protección a lo largo del tiempo, determinaron como edad de estudio entre los 9 y 14 años, dado que las dietas y la preocupación por la imagen corporal aparecen en las niñas entre los 9 y 11 años y sufren un aumento notable durante la transición hacia la escuela secundaria (Richards y col. 1999, cit. en Vandereycken et al 2000).

De este modo, el estudio longitudinal parte de 6 grupos de niñas de 9 a 14 años, y sigue a cada grupo por 4 años, midiendo los factores de riesgo y protección en múltiples ámbitos: familiar, biológico y sociocultural (Smolak, Levine, 2001).

El proyecto, financiado por la Fundación McKnight, se divide en cuatro fases:

Fase 1:

Se llevó a cabo en 2 años, finalizando en la primavera de 1996. Durante esta fase, se desarrolló la herramienta denominada Estudio McKnight de los Factores de Riesgo – Versión III (*McKnight Risk Factor Survey- Version 3 MRFS-III*) que identifica potenciales factores de riesgo y protección de la alimentación problemática y las conductas relacionadas con el control del peso en las niñas en edad escolar.

Fase 2:

En esta etapa, se pretendió identificar tanto los factores de riesgo como los de protección; evaluar la interacción y modificación de dichos factores a través del tiempo; determinar la eficacia de MRFS-III para predecir nuevos casos de trastornos alimentarios de síndrome total y parcial; establecer pautas a fin de tomar a estudiantes como población objeto para realizar intervenciones preventivas; y también establecer los tiempos óptimos para intervenciones preventivas específicas. A partir de esta fase surge el MRFS-IV.

Fases 3 y 4:

La fase 3 implica el desarrollo y la evaluación de las intervenciones escolares para prevenir la alimentación perjudicial y las prácticas peligrosas de control de peso en las púberes y adolescentes; mientras que en la etapa 4 se buscó difundir dichas intervenciones.

*Cuestionario de Factores de Riesgo para los Trastornos de la Conducta  
Alimentaria de la fundación McKnight (MRFS-IV)*

Antecedentes Generales

El "McKnight de Factores de Riesgo IV" (MRFS-IV) versión 6-12 grado, es un cuestionario de autorreporte compuesto por 103 preguntas que pretenden evaluar factores protectores y de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios en las adolescentes. Fue desarrollado por investigadores de la Universidad de Stanford y Arizona (Shisslak et al, 1998) (Ver anexo 1).

Los factores generales fueron definidos en base a una revisión teórica de la literatura especializada y la evaluación respecto a constructos teóricos similares. Posteriormente fueron presentados a un grupo de especialistas en: Psicología del Desarrollo, Nutrición, Salud Pública y Psicometría, con el objetivo de generar una lista basada en la evidencia sobre los factores que influyen en la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Tras la revisión efectuada por los expertos, se generó una lista de factores generales de riesgo, la que fue aplicada a 52 estudiantes de 4 a 12 Grado en 1994, construyéndose a partir de esto, la versión I del MRFS.

Esta primera versión, consistía en la recopilación de datos demográficos y preguntas que evaluaban los dominios de maduración, regulación del peso, sobrepreocupación por el peso y la forma, influencia familiares, influencias de pares, eventos estresantes y estilos de afrontamiento e influencia de medios, los que en su mayoría se mantienen en la versión IV. Ésta primera versión, se aplicó a 128 niñas entre Primer y Sexto grado, 492 de Séptimo a Noveno grado, y 236 de Décimo a

Duodécimo grado. Además, se realizó una entrevista al azar con el objetivo de evaluar la dificultad para entender los ítems y recibir sugerencias sobre el cuestionario.

Como resultado de esta aplicación, se modificó la escala de respuesta inicialmente constituida por un Likert de 5 alternativas a uno de 3. Además, se agregaron 12 ítems para evaluar factores protectores, y se eliminó el factor general Estilos de Afrontamiento debido a que los sujetos tenían dificultades para entender los reactivos.

En 1995, se aplicó el MRFS-II (modificación de la primera versión) a 103 niñas entre Primer y Sexto grado, 420 de Séptimo a Noveno grado, y 66 de Décimo a Duodécimo grado. Estos resultados fueron sujetos a análisis factorial, estadística descriptiva y evaluación de consistencia interna.

La versión anterior fue revisada para desarrollar el MRFS-III, el cual incluía modificaciones tales como: reestructuración del factor general de Influencias Familiares y sus subescalas; incorporación del factor general Perfeccionismo basado en el EDI (Eating Disorder Inventory, Cooper, 1983); reformulación del ítem sobre la educación de los padres (muchas respuestas "no se"); la escala Likert se estructuró en 5 alternativas para la versión 6-12 grado, mientras que se mantuvo la escala Likert de 3 para la versión 4-5 grado. Finalmente, se sumaron preguntas que tenían relación con enfermedades médicas que podrían estar asociadas con la regulación de la ingesta de alimentos, como diabetes, alergia a algún alimento y úlcera.

En el año 1995, se aplicó la versión III del MRFS a 134 niñas entre Primer y Sexto grado, 234 de Séptimo a Noveno grado, y 274 de Décimo a Doceavo grado en Arizona y California. La versión 4-5 grado consistía en 75 preguntas, mientras que la versión 6-12 grado en 79 preguntas. Se recopiló información relativa al peso y altura para calcular el IMC, y además se realizó una aplicación test-retest del cuestionario. Por su parte, la validez convergente se determinó mediante el empleo de la Escala

sobre Preocupación por el Peso (WCS, Killen, 1996), la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (Weissman et al, 1980) y el Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1985).

Se encontraron elevados coeficientes de confiabilidad test-retest, donde los más altos fueron sobre 40 ( $r = .40$ ). En la consistencia interna se encontraron coeficientes alfa sobre 60 ( $r = .60$ ), mientras que en la validez convergente se encontraron altos puntajes de correlación entre los ítems del MRFS-III y los cuestionarios anteriormente mencionados. En el análisis factorial se encontró una estructura similar para cada factor general en los distintos cursos de las participantes, a excepción del grupo entre Primero y Sexto grado, en el cual surgieron uno o dos factores adicionales. A partir de los resultados obtenidos, se concluyó que la subescala de control del peso presentaba una alta confiabilidad entre Séptimo y Duodécimo grado.

Entre las limitaciones encontradas se puede mencionar, que dadas las características de autorreporte del MRFS pudo haberse generado distorsión en los datos, así como también que las niñas de Primero a Sexto grado no entendieran los ítems o que los interpretaran de manera distinta que las de Séptimo a Duodécimo grado (Shisslak et al, 1998).

Para la versión IV del MRFS, se analizaron los datos de la aplicación test-retest, y se modificaron, agregaron y eliminaron determinados ítems de la versión III.

## Cuestionario de Factores de Riesgo McKnight versión IV

El MRFS-IV consiste en 103 preguntas que incluyen: datos demográficos, edad de inicio del síndrome menstrual, apreciación de la apariencia, efectos de los cambios corporales, confianza, humor depresivo, modelaje de los medios, preocupación por peso y figura, preocupación de los padres y pares por la delgadez, bromas, eventos vitales negativos, perfeccionismo, cambios de alimentación alrededor de los pares, uso de sustancias, soporte de otros, seguimiento de dieta, actividades que te hacen sentir bien respecto de ti misma, participación en actividades de alto riesgo y percepción de los máximos puntajes de padre/madre en la figura Rating Scale of Stunkard (Ver anexo 2).

La mayoría de los ítems se puntúan en una escala de Likert constituida por 5 alternativas: **1** (Nunca) – **5** (Siempre). Los ítems se agrupan de acuerdo a subescalas establecidas en base a consideraciones teóricas (Ver anexo 3).

Las subescalas propuestas fueron planteadas como posibles factores de riesgo del desarrollo de trastornos alimentarios en un estudio longitudinal de 4 años (1999-2003), realizado por los Investigadores McKnight a un grupo de 1358 niñas provenientes de diferentes etnias y que cursaban de sexto año básico a primero medio de los distritos de Arizona y California en Estados Unidos. De esta manera, los ítems del cuestionario se agruparon en 36 subescalas, de las cuales 3 no se consideran en el análisis (Stunkard padre, Stunkard madre e Historia familiar de TA); a su vez, del total de 103 ítems, 5 no se agrupan en ninguna de éstas (McKnight Investigators, 2003).

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales, para las subescalas propuestas como posibles factores de riesgo para las jóvenes adolescentes de la muestra. Las redundancias obtenidas fueron eliminadas o combinadas. Los factores de

riesgo se establecieron mediante un análisis factorial, donde quedaron eliminados aquellos con carga menor a 0.5 en la primera medición (línea de base del estudio).

La información que se tiene en cuanto al análisis factorial del MRFS-IV en población estadounidense, indica que las subescalas se agruparon en 7 factores (Ver Tabla 1).

**Tabla N° 1: Factores MRFS-IV.**

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>	<b>Nº de Subescalas</b>
1 Preocupación por la Delgadez y Presión Social	Modelaje de Medios, Sobrepreocupación por Peso y Figura, Preocupación de Pares por Delgadez, Conductas de Control del Peso, Bromas de Pares por Peso	5
2 Uso de Sustancias	Uso de Sustancias	1
3 Influencias Parentales	Preocupación de Padres por Delgadez, Bromas de Adultos por Peso	2
4 Influencias Psicológicas Generales	Apreciación de la Apariencia, Confianza, Depresión, Evaluación Social	4
5 Soporte Social	Apoyo Compartido, Apoyo Personal	2
6 Eventos Vitales Negativos	Eventos Vitales Negativos	1
7 Desempeño Escolar	Desempeño Escolar, Perfeccionismo	2
<b>Total</b>		17

Como se puede observar en la tabla anterior, la información adquirida contempla sólo 17 subescalas, no existiendo datos disponibles respecto de las 16 restantes ni de los ítems que no se agrupaban en ninguna de ellas (Ver Anexo 4).

En el estudio, además de evaluar cada uno de los aspectos contenidos en las subescalas, se consideró aspectos demográficos, la historia familiar de trastornos alimentarios, el puntaje en la escala de Stunkard y aparición del periodo menstrual, que reflejaban aquellos eventos ocurridos antes de la primera evaluación.

Cada año las estudiantes debían completar el cuestionario MRFS-IV y someterse a mediciones de su peso y estatura. Además, debían ser entrevistadas, de acuerdo a una entrevista clínica estructurada, por un equipo entrenado.

Luego de la primera entrevista, la muestra quedó conformada por 1103 niñas, quedando eliminadas del estudio tanto niñas que presentaban síndromes completos de trastorno alimentario (según criterios de DSM-IV) como aquellas que manifestaban síndromes parciales. Para el diagnóstico de Síndrome parcial de Anorexia, se siguieron los mismos criterios que para el síndrome completo, sin embargo no se tomó en cuenta el criterio de ausencia de período menstrual por 3 meses; se consideró con síndrome parcial a aquellas niñas que cumplían los criterios para un síndrome completo, pero que no habían tenido su período menstrual por 2 meses o que aun no tenían su menarquia. Además, las niñas que presentaban conductas similares a la Bulimia Nerviosa, pero en menor frecuencia, fueron diagnosticadas con síndrome parcial.

Para el análisis estadístico de los factores de riesgo, se utilizó como base el planteamiento de Kraemer et al. (2001) procediendo de la siguiente manera: los posibles factores de riesgo fueron ordenados temporalmente (prepubertad, adolescencia temprana, línea de base y los cambios con respecto a la línea de base en los años 1, 2 y 3 del estudio). La estabilidad de la medición fue determinada por el coeficiente de correlación intracategorial a lo largo de los años de evaluación, donde las variables con un  $r$  mayor a 0.6 eran consideradas como estables. Para evitar el uso de variables inestables o cambiantes en el análisis de los factores de riesgo, se testearon aquellas anteriormente eliminadas mediante el uso del modelo proporcional de riesgo de Cox. Para evitar error de tipo I, asociado a análisis múltiples, sólo aquellas variables que estaban relacionadas significativamente con el inicio de un trastorno fueron retenidas como posibles factores de riesgo ( $p < 0,001$ ).

Por último, dentro de las diferentes etapas consideradas (prepubertad, adolescencia temprana, línea de base, años de seguimiento), los factores de riesgo fueron examinados en pares para determinar si eran factores independientes, proxy o solapados (Kraemer et al, 2001). Los factores independientes eran aquellos que no se correlacionaban y que ejercían efectos independientes en el desarrollo y para los que la procedencia temporal no podía ser establecida. En el caso de los factores solapados, sólo el mejor predictor del par fue considerado. Aquellos factores que sobraban fueron examinados con el tiempo para ver si eran variables independientes, mediadoras o moderadoras (Kraemer et al, 1997). Un factor mediador indica cómo o porqué algún factor podría influenciar el desarrollo de un trastorno, en cambio un factor moderador indica para quien o bajo qué condiciones un factor influencia el desarrollo.

La potencia de las continuas mediciones fue determinada por la prueba de diferencia de medias de Cohen. Los coeficientes de 0.20 eran considerados pequeños, aquellos de 0.50 medianos y los 0.80 eran considerados grandes. Por otra parte, la fuerza de las mediciones binarias fue determinada por un registro de relaciones de desigualdad.

### *Resultados del estudio*

#### - Descripción de la línea de Base:

En cuanto a los resultados, de las 1358 niñas medidas inicialmente, 34 (2.5%) ya presentaban un síndrome parcial o completo de Trastorno Alimentario y fueron omitidas del análisis. Un total de 221 niñas fueron evaluadas solamente en la línea de base del estudio y no estuvieron disponibles para los años sucesivos de análisis. Los porcentajes de estudiantes disponibles en los años de seguimiento 1, 2 y 3 en los distritos de Arizona y California fueron 80%, 66% y 60%, y 79%, 69% y 60%

respectivamente. De esta manera la distribución por etnias de las 1103 niñas de la muestra queda configurada como se detalla en la Tabla N°2.

No hubo diferencias significativas de abandono en los distritos donde se realizó el estudio. Sin embargo, las personas que solían dejar el estudio eran aquellas que pertenecían a etnia africana, usaban sustancias, poseían mas eventos negativos, o que tenían un peor rendimiento académico.

**Tabla N° 2: Distribución por etnias de la muestra en el primer año de medición de los distritos de Arizona y California.**

Etnia	Arizona		California		Total	
	(N = 590)		(N = 513)		(N = 1103)	
	N	%	N	%	N	%
Blanca	282	48	144	28	426	39
Negra	46	8	98	19	144	13
Hispana	213	36	167	33	380	34
Otro	49	8	104	20	153	14

Extraído de McKnight Investigators, 2003.

- Estabilidad de las mediciones de la Línea de Base:

La estabilidad del análisis de las variables medidas a través de los tres años de estudio se puede apreciar en la Tabla N°2 que detalla los resultados obtenidos a partir de la muestra total del estudio <sup>1</sup> Cinco variables (índice masa corporal, preocupación por la delgadez y presión social, influencias psicológicas generales y los índices en la Escala Stunkard) arrojaron una estabilidad > 0.6. Por lo tanto, las variables que presentaron mayor inestabilidad no se tomaron en cuenta al realizar el análisis de los factores de riesgo que más influyeron en la muestra.

<sup>1</sup> Tabla que detalla estadística descriptiva de los distritos de Arizona y California.

**Tabla N° 3: Estadística descriptiva de resultados obtenidos en estudio MRFS-IV. Muestra total Arizona y California.**

Variable	Total										Cronbach's Alpha	Stability Over Time
	Rango Posible	Linea Base		Años de seguimiento								
		Media	DS	1		2		3				
				Media	DS	Media	DS	Media	DS			
<i>Indice Escala Stunkard</i>												
Padre	1-9	4,6	1,4	4,8	1,3	4,9	1,3	5	1,3			0,70
Madre	1-9	4,4	1,3	4,6	1,3	4,6	1,3	4,7	1,3			0,77
Indice Masa Corporal		22	5,1	22,7	5,2	23,3	5,3	23,9	5,4			0,93
<i>Indices Cuestionario McKnight</i>												
Preocupación por delgadez y presión social	1-5	2	0,9	1,9	0,8	1,8	0,7	1,8	0,8	0,91		0,68
Uso de Sustancias	1-5	1,4	0,7	1,5	0,8	1,6	0,9	1,7	0,9	0,86		0,58
Influencias Parentales	1-5	1,4	0,6	1,3	0,6	1,3	0,6	1,3	0,5	0,71		0,49
Influencias Psicológicas Gen.	1-5	2,7	0,8	2,6	0,8	2,5	0,7	2,5	0,7	0,78		0,62
Apoyo Social	1-5	3,6	1,2	3,8	1,1	3,9	1,1	4	1,1	0,83		0,44
Eventos Negativos	0-9	3,6	1,7	3,2	1,6	3	1,5	3	1,6			0,34
Desempeño Escolar	0-4	2,2	0,7	2,2	0,7	2,2	0,7	2,2	0,7			0,47

Extraído de McKnight Investigators 160:2, 2003.

- Incidencia de Trastornos Alimentarios:

Durante los años de estudio, 32 niñas (2.9%) de las 1103 que conformaban la muestra, desarrollaron síndromes completos o parciales de Trastornos Alimentarios y fueron clasificadas como: 1 con Bulimia Nerviosa, 26 con síndrome parcial de Bulimia y 5 con Trastorno por Atracón (binge eating). No hubo casos de desarrollo de Anorexia o síndromes parciales de esta. De los casos diagnosticados, 19 fueron identificados en el distrito de Arizona y 13 en California.

- Análisis de los factores de riesgo:

Al analizar aquellos factores de riesgo que influyeron en el desarrollo de Trastornos Alimentarios de los casos detectados en la muestra, se pudo ver que en la muestra del distrito de Arizona, compuesta por 590 niñas, los 19 casos de inicio de síndrome parcial o completo pertenecían a personas hispanicas y los factores de

riesgo más detectados fueron: preocupación por la delgadez y presión social ( $W=17.4$ ), influencias psicológicas generales ( $W=9.8$ ) e incremento de eventos negativos en sus vidas ( $W=9.1$ ). Tras el análisis de factores, se pudo observar que el factor de preocupación por la delgadez y presión social, ocurría al mismo tiempo que el de influencias psicológicas generales; ya que correlacionaban significativamente ( $R=0.66$ ), lo que sugiere la posibilidad que el factor de influencias psicológicas generales se encuentre próximo (proxy) al factor de preocupación por la delgadez y presión social, por lo que podría ser eliminado en futuros análisis factoriales para la muestra estudiada.

Las variables restantes (ser hispano, preocupación por la delgadez y presión social, cambios en el número de eventos vitales negativos) fueron examinados en pares sobre la base de su secuencia temporal. Cambios en el número de eventos negativos fueron identificados como un factor de riesgo independiente, ya que no correlacionaba con el ser hispano y la preocupación por la delgadez y presión social. Los sujetos que desarrollaron un Trastorno Alimentario mostraban un incremento en eventos vitales negativos ( $M=0.39$ ,  $DS=1.2$ ), mientras que los sujetos sin Trastorno Alimentario presentaron puntajes inferiores ( $M=-0.25$ ,  $DS=1$ ; diferencia de medias= $0.65$ ). Hubo una relación significativa entre ser hispano y la preocupación por la delgadez y presión social ( $W=9.7$ ,  $p<0.01$ ), lo que indica que el ser hispano modera la preocupación por la delgadez y presión social.

Para explorar este último aspecto con mayor detalle se comparó los puntajes de la media para la preocupación por la delgadez y presión social en casos de hispanos y los sujetos sin TCA: 68% de los sujetos eran hispanos, sin embargo los hispanos sólo eran 35% de los sujetos sin TCA. Los nuevos casos de TCA en sujetos hispanos puntuaron 3.2 ( $DS=0.9$ ) en la variable de preocupación por la delgadez y presión social, comparado con el 2.1 ( $DS=0.8$ ) para hispanos sin TCA (diferencia de

medias=1.3). Para los no hispanicos los nuevos casos de TCA puntuaron 2.7 (DS=0.5) comparado con un 2.1 (DS=0.9) para los casos sin TCA.

En cuanto al distrito de California, de los 13 casos detectados de una muestra compuesta por 513 sujetos, sólo el factor de preocupación por la delgadez y presión social fue relacionado significativamente con el inicio de un TCA ( $W= 15.0$ ,  $p<0.0001$ ). Los nuevos casos puntuaron 3.0 (DS=0.7) comparado con un 1.9 (DS=0.8) para los sujetos sin TCA (diferencia de medias=1.2).

- Screening de factores de riesgo:

Para determinar qué ítems correspondientes al factor de preocupación por la delgadez y presión social podrían ser utilizados para detectar posibles casos de TCA, las cinco subescalas pertenecientes a este factor y sus respectivos ítems, fueron sometidos a un análisis de detección de señales. Cada subescala y puntuaciones de sus ítems fueron tratadas como un test para detectar un trastorno, y fueron evaluados a lo largo de un rango de puntos de cortes que determinaban aquellas variables que podrían conformar un test óptimo y eficiente.

El análisis identificó tres criterios derivados de los siguientes cuatro ítems (cada uno con puntuación 1-5): *¿Con qué frecuencia has estado a dieta para perder peso? (puntuación 4 o 5); ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti? (puntuación 5); y el promedio entre Con qué frecuencia has cambiado tu forma de comer cuando estabas con niños u hombres jóvenes? y Con qué frecuencia has cambiado tu forma de comer cuando estabas con niñas o mujeres jóvenes? (promedio  $> 6 = 3.5$ )*. Las respuestas con puntuación sobre el punto de corte establecido para cualquiera de los tres criterios, arrojaron una sensibilidad de detección de 0.72, una especificidad de 0.80 y una eficiencia de 0.79. En la muestra

anteriormente mencionada, el screening detectó 242 estudiantes con riesgo de TCA (21.9% del total), de los cuales 23 (10%) desarrolló efectivamente un TCA.

- Conclusiones:

A partir de este estudio se derivan las siguientes conclusiones:

- El factor de preocupación por la delgadez y presión social resultó ser el más relevante en el desarrollo de Trastornos Alimentarios en adolescentes.
- Los grupos hispánicos presentan mayor riesgo de desarrollar un TCA.
- Es necesario generar programas de prevención que se orienten a reducir la importancia que se brinda a la delgadez a nivel sociocultural.

**Estudios en los que se ha utilizado el MRFS-IV.**

En un estudio desarrollado por Field et al (1999, 2000, 2001) se utilizó una versión abreviada del MRFS-IV para evaluar las preocupaciones, actitudes y conductas relacionadas con el peso en una muestra de 5.623 niños y 7.299 niñas. Para ello se administró una abreviación del cuestionario en dos ocasiones, 1996 y 1997 como parte del "Estudio Creciendo Hoy" (Growing Up Today Study). Se utilizaron preguntas relacionadas con la preocupación por el peso (4 preguntas), importancia de la delgadez para los pares y adultos (6 preguntas), bromas y comentarios acerca del peso por parte de los pares y adultos (11 preguntas), comer social (2 preguntas), y la influencia del medio (1 pregunta). Los resultados de confiabilidad fueron los siguientes:

- Preocupación por el peso (test-retest =0.84; Cronbach's [Alpha] = 0.86).
- Influencia de los medios de comunicación (test-retest = 0.66; con una pregunta no es posible Cronbach's [Alpha]).

- Bromas por parte de los pares (test-retest =0.76; Cronbach's [Alpha] = 0.85).
- Bromas por parte de los adultos (test-retest = 0.63; Cronbach's [Alpha] = 0.67).
- Importancia de la delgadez para los pares (test-retest = 0.62; Cronbach's [Alpha] = 0.54).
- Importancia de la delgadez para los padres (test-retest = 0.59; Cronbach's [Alpha] = 0.75).
- Cambio en la forma de comer cuando los pares están cerca (test-retest = 0.77; Cronbach's [Alpha] = 0.63).

Según los datos extraídos en el año 1996, un 9 % de niñas y un 4 % de niños estaban altamente preocupados por su peso, mientras que un 2 % de niñas y un 1 % de niños señalaron estar siempre en dieta para perder o mantener el peso. Un año después un 6 % de las niñas y un 2 % de niños estaban altamente preocupados por el peso, mientras que un 2 % de niñas y un 1 % de niños continuaban en dieta.

Las niñas que destacaron la importancia que daban sus padres al que ellas sean delgadas, fueron dos veces mayor con respecto a quienes mencionaron la importancia de los pares en este mismo punto. Por otra parte, los niños que desarrollaron preocupación por el peso, no manifestaron importancia con respecto a la percepción de sus padres por su peso. A su vez, la influencia de los pares no pareció ser predictiva para ninguno de los grupos (niños/ niñas) en relación con el peso. Finalmente, un gran número de niñas reportaron hacer un gran esfuerzo por verse como las personas de su mismo sexo que aparecían en los medios de comunicación.

Para examinar las actitudes alimentarias en niños de 8 años del área de San Francisco Jacobi, Agras y Hammer (2001) formaron una muestra de 100 niños y 116 niñas junto a sus padres. Los niños debieron una entrevista estructurada basada en el MRFS-IV (Shisslak, 1999), mientras que los padres contestaron el Cuestionario de Tres Factores alimentarios (Stunkard, 1985). La entrevista contenía ítems relacionados con la conducta de atracón y purga, conductas de control del peso, preocupaciones por la gordura y síntomas de depresión. También se incluyeron ítems relacionados con las preocupaciones parentales acerca del peso y forma de los niños.

Se encontró que el 55.6 % de los niños y un 38.9 % de las niñas señaló tener "a veces" o "siempre" conductas de atracón; mientras que, un 24.1 % de los niños y un 31.5 % de las niñas señaló tener purgas "a veces" o "siempre". Los investigadores concluyeron que los niños sobreestimaban los conceptos de "atracción" y "purgas" por lo que decidieron excluirlos de su investigación. La consistencia interna fue un Cronbach alfa de 0.78 para la conducta de dieta, 0.73 para preocupación por el peso y 0.61 para síntomas de depresión.

Con respecto a los padres, los investigadores concluyeron que la presencia de un TCA en las madres genera mayor impacto en sus hijas que el de los padres, ya que la influencia de éstas es directa sobre las hijas y su posibilidad de sufrir un trastorno alimentario.

Smolak y Levine (2001) buscaron evaluar el impacto del programa "Eating Smart, Eating for me" (ESEM; Levine, 1995), para lo cual utilizaron el Cuestionario Sociocultural de Actitudes Hacia la Apariencia (SATAQ; Thompson y Stormer, 1995), la Escala de Estima Corporal de Mendelson y White (1993) y las subescalas de síntomas depresivos (5 ítems) y preocupación por el peso (5 ítems) del MRFS (Shisslak, 1999). Estas dos subescalas tenían un alfa de 0.83 y un n de 490 para la escala de síntomas

depresivos, mientras que para la escala de preocupación por el peso se obtuvo un alfa de 0.90 y un n de 497.

Los resultados obtenidos en esta evaluación dan cuenta de puntuaciones inferiores en cada una de las escalas para aquellas niñas que participaron del programa ESEM (Ver Tabla N° 4).

**Tabla N° 4. Evaluación programa "Eating smart, eating for me".**

Variables	ESEM		No pertenecientes al ESEM, mismo colegio		No pertenecientes al ESEM; diferente colegio	
	Niñas	niños	Niñas	niños	Niñas	Niños
Técnicas para perder peso	14.8 (6.24)	11.89 (4.22)	15.22 (6.17)	11.74 (3.61)	16.47 (6.86)	13.63 (5.20)
Preocupación por el peso	11.06 (5.41)	8.18 (4.23)	11.63 (5.80)	7.16 (2.42)	12.39 (5.78)	8.36 (3.90)
Depresión	9.53 (4.24)	8.83 (3.56)	9.79 (4.49)	8.38 (9.09)	10.13 (3.73)	8.77 (3.26)

Extraído de Smolak y Levine (2001).

Por su parte, Wonderlich (2000) estudió la relación entre abuso sexual y riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Para llevar a cabo esta investigación, utilizó una muestra de 20 niñas entre 10 y 15 años que habían sido abusadas sexualmente, y 20 niñas que no habían sufrido ningún tipo de abuso. Ambos grupos contestaron el Cuestionario de Trauma Infantil de Bernenstein, la Escala Corporal para Adolescentes de Sherman, el Cuestionario Infantil de Trastornos Alimentarios de Childress y el MRFS-IV.

Del McKnight Risk Factor Survey versión IV, se utilizaron preguntas relacionadas con la apariencia corporal, conductas de atracón, el comer menos o más cuando se está enojada, modelaje de los medios de comunicación, preocupación por el peso y la forma, riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, perfeccionismo y control del peso.

Este estudio reveló que las niñas abusadas sexualmente expresaban más que aquellas no abusadas su insatisfacción con respecto al peso, su restricción de ingesta de comida cuando estaban emocionalmente afectadas, y se sentían más presionadas por los modelos ideales de belleza. También mostraron menos perfeccionismo que el grupo control. Este estudio revela una posible relación entre el abuso sexual y la presencia de Trastornos Alimentarios

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la revisión de la literatura, se puede concluir que existen numerosos estudios que identifican los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, así como también modelos que dan cuenta de lo complejo y multivariado del fenómeno. De esta manera, los esfuerzos se han focalizado en la identificación de aquellos factores causales que actuarían como antecesores de estos trastornos, con el fin de generar estrategias preventivas que permitan modificar las circunstancias que los promueven, inician, mantienen o intensifican. (Smolak & Levine, 2001)

En este contexto, surge el proyecto McKnight de Factores de Riesgo cuyo objetivo es identificar tanto los factores de riesgo como de protección de la alimentación perjudicial y las prácticas de control del peso, además de los trastornos alimentarios en púberes y adolescentes. Otra finalidad de este estudio es promover una alimentación y control de peso saludable, y disminuir la aparición de los trastornos alimentarios mediante el desarrollo de programas escolares de prevención. (Shisslak, 2000 cit en Vandereycken et al, 2000).

Si bien en Chile, en el ámbito clínico, se evidencia un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria, no existen datos estadísticos que den cuenta de dicho fenómeno. A su vez, las herramientas utilizadas para detectar el trastorno en el ámbito clínico, no han sido validadas, ni cuentan con datos de confiabilidad en población chilena.

Es así como surge la inquietud de llevar a cabo la adaptación transcultural y validación del cuestionario MRFS-IV, instrumento que permitiría detectar los factores más prevalentes en el desarrollo de los trastornos alimentarios en Chile.

#### *Pregunta de Investigación*

¿Qué índices de Confiabilidad y Validez obtiene la versión adaptada del MRFS-IV en una muestra de mujeres adolescentes de 6° a 8° año de enseñanza básica de la Provincia de Valparaíso?

#### *Objetivos de Investigación*

##### **Objetivo General**

Determinar la confiabilidad y validez de la versión adaptada del Instrumento McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) en mujeres adolescentes de 6° a 8° año de enseñanza básica de la Provincia de Valparaíso.

##### **Objetivos Específicos**

- Adaptar transculturalmente el MRFS-IV para población de mujeres adolescentes de 6° a 8° año de enseñanza básica de la Provincia de Valparaíso.
- Estudiar la validez de contenido de la versión adaptada del MRFS-IV.
- Determinar la validez concurrente de la versión adaptada del MRFS-IV.
- Explorar la validez de constructo de la versión adaptada del MRFS-IV.
- Obtener un índice de consistencia interna de la versión adaptada del MRFS-IV.

### *Hipótesis*

- Respecto a la Validez Concurrente, obtenida mediante la aplicación de las versiones original y adaptada; las respuestas de los sujetos bilingües en ambas versiones se correlacionan de manera significativa en al menos el 70% de los ítems, con un nivel de significancia de 0,01.
- Respecto de la Validez de Contenido, los expertos consultados consideran que los ítems de la versión adaptada del MRFS-IV son pertinentes para identificar tanto los factores de riesgo como de protección de los trastornos alimentarios.
- Respecto a la Validez de Constructo, la estructura factorial que se obtiene producto de la aplicación de la versión adaptada del MRFS-IV en la muestra de mujeres adolescentes de 6° a 8° año de enseñanza básica de la Provincia de Valparaíso, es coherente con los antecedentes conceptuales disponibles en la literatura especializada y el modelo propuesto por los investigadores del grupo McKnight.
- La consistencia interna de los factores y las subescalas, obtenida mediante el alfa de Cronbach, es igual o superior a 0,60 en al menos un 50 % de los casos.

## *Variables en Estudio*

A continuación se presentan las definiciones conceptuales de las variables en estudio considerando que aún no es posible realizar definiciones operacionales, ya que no se cuenta con puntos de corte en población chilena.

### **1. Preocupación por la delgadez y presión social:**

Este factor mide la preocupación por el peso, figura y alimentación, así como también el modelaje de los medios de comunicación, comer social, seguimiento de dietas y las bromas respecto del peso.

*Definición conceptual:* Implica la influencia ejercida por el entorno social en la valoración de la delgadez como un atributo deseable de alcanzar, que incluye pensar frecuentemente en la silueta y/o realizar actividades para la obtención de ésta.

### **2. Uso de sustancias:**

*Definición conceptual:* Incluye el uso o abuso de sustancias tales como tabaco, alcohol, drogas y /o fármacos sin prescripción médica dentro del último año.

### **3. Influencias parentales:**

Conformado por las subescalas preocupación de los padres por la delgadez y bromas de adultos por el peso, de acuerdo a la propuesta del grupo Mcknight.

*Definición conceptual:* Se refiere a la preocupación excesiva por parte de los padres hacia temas vinculados con apariencia física, peso y alimentación, expresadas mediante comentarios y/o bromas.

#### **4. Influencias psicológicas generales:**

Conformado por las subescalas apreciación de la apariencia, confianza, depresión y evaluación social.

*Definición conceptual:* Implica aspectos personales del funcionamiento cognitivo, afectivo y social que intervienen en la aparición o mantención de un trastorno alimentario.

#### **5. Apoyo social:**

Este factor determina la cantidad de apoyo y la frecuencia de situaciones en las que se comparte con otras personas. Conformado por las subescalas apoyo personal y apoyo compartido.

*Definición conceptual:* Se refiere al grado de protección percibido por un individuo respecto del entorno y su grupo de referencia.

#### **6. Eventos vitales negativos:**

Corresponde al número total de experiencias o acontecimientos negativos que ocurrieron durante el último año.

*Definición conceptual:* Experiencia negativa que altera la actividad habitual del individuo, causando cambios y necesidad de reajuste.

#### **7. Desempeño escolar:**

Conformado por las subescalas desempeño escolar y perfeccionismo.

*Definición conceptual:* Implica la evaluación objetiva y subjetiva que realiza un sujeto con respecto a su rendimiento en actividades académicas.

## METODOLOGÍA

### *Diseño de la Investigación*

Corresponde a un diseño no experimental, ya que no se realiza una manipulación deliberada de las variables. Además, es transeccional, ya que los datos se recolectan en un momento dado y es correlacional, puesto que la estimación de confiabilidad y validez del instrumento implica este tipo de análisis.

### *Tipo de Estudio*

El tipo de estudio es Descriptivo – Correlacional, ya que, por una parte se especifican las propiedades importantes de un fenómeno sometido a análisis, en este caso la caracterización descriptiva del comportamiento de cada variable medida por la versión adaptada del MRFS-IV (Dankhe, 1986, cit. en Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P.,1998). Por otra parte, el estudio psicométrico requiere de un análisis correlacional para la obtención de la confiabilidad y validez del MRFS-IV.

### *Población*

La población está definida por mujeres adolescentes de la Provincia de Valparaíso, que se encuentran durante el período de administración de las pruebas matriculadas y cursando entre 6º y 8º año de enseñanza general básica, en establecimientos municipalizados, particulares subvencionados o particulares no subvencionados, de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana

que cumplen con los requisitos de ser urbanos, diurnos y de enseñanza completa (que cuenten con Enseñanza General Básica y Media).(ver Tabla N° 4)

**Tabla N° 5: Configuración de la Población.**

Tipo de Establecimiento	Número de establecimientos				Total
	Valparaíso	Viña del Mar	Quilpue	Villa Alemana	
Municipalizado	8	1	6	3	18
Particular subvencionado	23	17	18	11	69
Particular no-subvencionado	7	29	2	3	41
<b>Total</b>					<b>128</b>

*Selección y Descripción de la muestra*

En el presente estudio se utilizaron tres muestras:

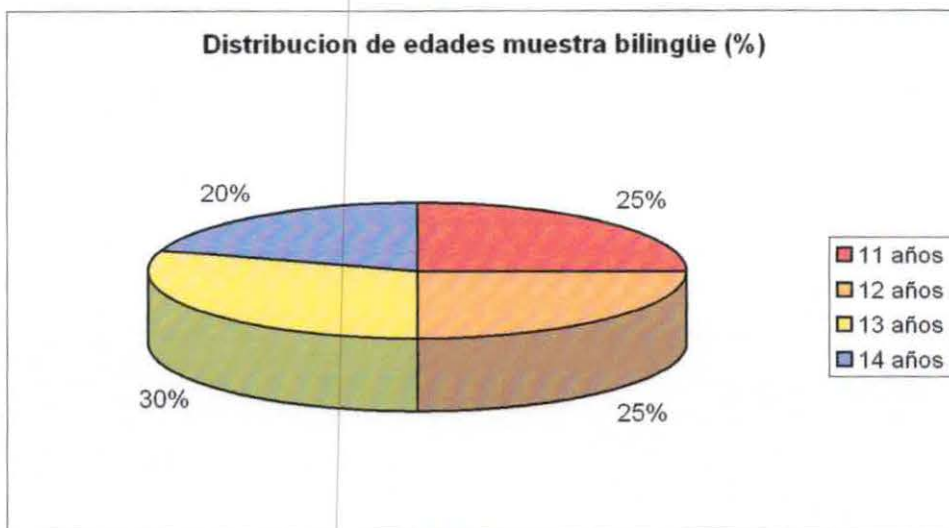
1.- Muestra Piloto: esta muestra estuvo compuesta por 9 adolescentes seleccionadas aleatoriamente, que pertenecían a cada uno de los tipos de establecimientos que componen la población de investigación (Ver Tabla N° 6).

**Tabla N° 6. Sujetos seleccionados en muestra piloto.**

	Municipales	Particular Subvencionado	Particular no Subvencionado
<b>Sexto básico</b>	1	1	1
<b>Séptimo básico</b>	1	1	1
<b>Octavo básico</b>	1	1	1

2.- Muestra bilingüe: conformada por 20 niñas pertenecientes a un establecimiento educacional de habla inglesa de la provincia de Valparaíso. El 50% de ellas cursaban sexto básico, el 25% séptimo y en octavo básico el 25% restante.

La edad de los sujetos se distribuía de la siguiente forma:



### 3.- Muestra de Investigación:

Dada la dispersión geográfica que presenta la población se opta por un muestreo por conglomerado, ya que éste constituye un muestreo de tipo probabilístico, en el cual cada conglomerado se caracteriza por constituir un conjunto heterogéneo que aumenta la probabilidad de distribución normal de las variables en estudio.

Los conglomerados se seleccionaron mediante un procedimiento al azar simple, quedando la muestra constituida por 12 conglomerados y un total de 504 mujeres adolescentes matriculadas en cursos de 6° a 8° año de enseñanza básica de un establecimiento Municipalizado, Particular Subvencionado o Particular no Subvencionado de Valparaíso, Viña del Mar, Quilpue y Villa Alemana. La muestra se describe en la Tabla N° 7.

**Tabla N° 7. Distribución de sujetos pertenecientes a la muestra de investigación.**

Total	Comuna (número)	Tipo Establecimiento (número)	Curso (número)
504	Valparaíso (126)	Municipalizado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
		Part Subvencionado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
		Part No Subvenc (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
	Viña del Mar (126)	Municipalizado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
		Part Subvencionado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
		Part No Subvenc (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
	Quilpue (126)	Municipalizado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
		Part Subvencionado (42)	6º: (14)
			7º: (14)
			8º: (14)
Part No Subvenc (42)		6º: (14)	
		7º: (14)	
		8º: (14)	
Villa Alemana (126)	Municipalizado (42)	6º: (14)	
		7º: (14)	
		8º: (14)	
	Part Subvencionado (42)	6º: (14)	
		7º: (14)	
		8º: (14)	
	Part No Subvenc (42)	6º: (14)	
		7º: (14)	
		8º: (14)	

Para el análisis de los datos se eliminaron 2 sujetos que cumplían con el criterio excluyente de embarazo, ya que los cambios corporales se deberían a dicha condición, más que a la autoimagen corporal.

La muestra final de investigación estuvo integrada por 502 sujetos, cuyo promedio de edad es de 12 años, distribuyéndose de la siguiente manera:

**Tabla N° 8. Distribución de edad de la muestra de investigación.**

Edad (en años)	N° de sujetos	Porcentaje (%)
11	100	19,9
12	153	30,5
13	177	35,3
14	67	13,3
15	4	0,8
16	1	0,2
Total	502	100,0

Respecto a la educación de los padres, la mayoría de las madres posee una educación superior completa (39,8 %) seguida de enseñanza media completa (36,7%). Al igual que los padres, donde la mayoría posee educación superior completa (45,6 %) seguida de enseñanza media completa (25,5 %).

**Tabla N° 9. Nivel Educativo de la Madre.**

Nivel educacional	N° de sujetos	Porcentaje (%)
Básica Incompleta	3	0,6
Básica Completa	14	2,8
Media Incompleta	44	8,8
Media Completa	184	36,7
Superior Incompleta	3	0,6
Superior Completa	200	39,8
Total	448	89,2
No sabe / No responde	54	10,8
Total	502	100,0

**Tabla N° 10. Nivel Educativo del Padre.**

<b>Nivel educativo</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Básica Completa	8	1,6
Media Incompleta	46	9,2
Media Completa	128	25,5
Superior Incompleta	2	0,4
Superior Completa	229	45,6
Total	413	82,3
No sabe / No responde	89	17,7
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

Los datos muestran que un 72,9% de los padres de los sujetos que conformaron la muestra de investigación, viven juntos (casados o convivientes) y un 26,7% están separados o anulados.

**Tabla N° 11. Estado Civil de los Padres.**

<b>Padres Separados</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
No	366	72,9
Sí	134	26,7
Total valido	500	99,6
No sabe /No responde	2	0,4
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

Por su parte, se puede observar que en un 61% de los casos, las adolescentes han tenido su primer periodo menstrual o menarquia.

**Tabla N° 12. Menarquia.**

<b>Menarquia</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
No	195	38,8
Sí	306	61,0
Total valido	501	99,8
No sabe /No responde	1	0,2
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

Un 49,6 % de los sujetos han tenido su primera cita con sujetos del sexo opuesto, mientras que un 49,6% no lo ha hecho aún.

**Tabla N° 13. Primera Cita.**

<b>Primera cita</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
No	249	49,6
Sí	249	49,6
Total valido	498	99,2
No sabe /No responde	4	0,8
Total	502	100,0

En un 33,1 % de los casos, los sujetos relatan que en sus familias hay al menos un miembro que padece un TA.

**Tabla N° 14. Historia Familiar de Trastornos Alimentarios.**

<b>Historia familiar TA</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
No	335	66,9
Sí	166	33,1
Total valido	501	99,8
No sabe /No responde	1	0,2
Total	502	100,0

Con respecto a la escala de Stunkard sobre apreciación de la contextura parental, se observa que un 59 % de los sujetos ubica a su madre entre las opciones 4 y 5, y un 47,2 % ubica a su padre en el mismo rango, lo que apunta a una contextura normal a gruesa (Ver Tabla 15 y 16).

**Tabla N° 15. Escala Stunkard Madre.**

<b>Escala Stunkard madre</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
1	3	0,6
2	13	2,6
3	65	12,9
4	144	28,7
5	152	30,3
6	86	17,1
7	25	5,0
8	7	1,4
9	1	0,2
Total valido	496	98,8
No sabe /No responde	6	1,2
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

**Tabla N° 16. Escala Stunkard Padre.**

<b>Escala Stunkard madre</b>	<b>N° de sujetos</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
1	6	1,2
2	20	4,0
3	54	10,8
4	102	20,3
5	135	26,9
6	90	17,9
7	46	9,2
8	13	2,6
9	0	0,0
Total valido	466	92,8
No sabe /No responde	36	7,2
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

**Descripción general del instrumento:**

El McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) versión 6-12, consiste en un cuestionario de autorreporte de 103 preguntas que pretenden evaluar factores protectores y de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios en las adolescentes de 6° a 12° grado (6° básico-4° medio). Fue desarrollado por investigadores de la Universidad de Stanford y Arizona (Shisslak et al, 1999). (Ver detalles en página 35)

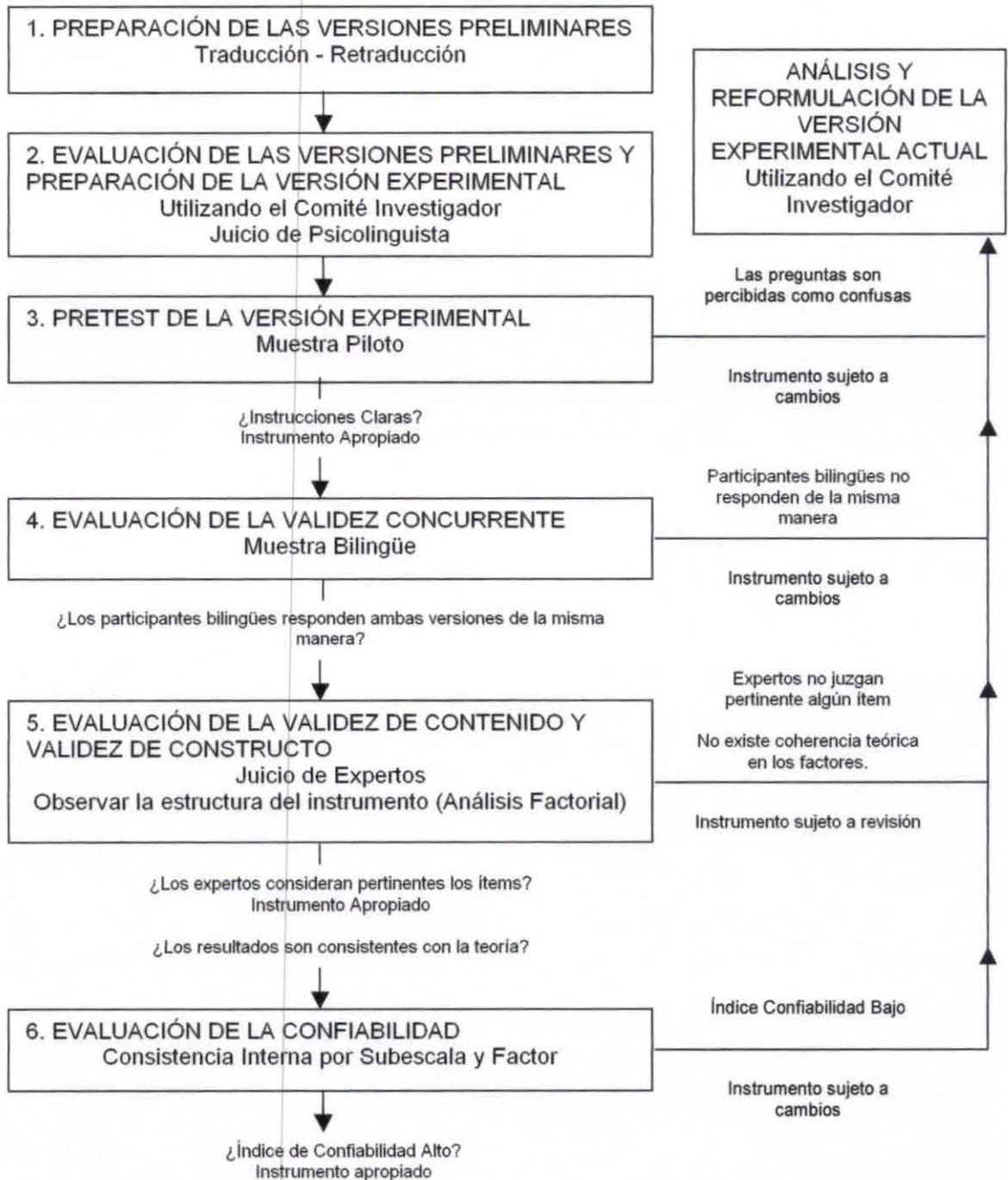
Los 7 factores que componen el instrumento son: preocupación por la delgadez y presión social (incluye preguntas acerca del modelaje de los medios, sobrepreocupación por peso y figura, preocupación de los pares por la delgadez, conductas de dieta y bromas de los pares por el peso), uso de sustancias, influencias parentales (incluye preguntas acerca de preocupación de los padres por la delgadez y bromas de adultos por el peso), influencias psicológicas generales (incluye preguntas acerca de la apreciación de la apariencia, confianza, depresión y evaluación social), apoyo social (incluye preguntas acerca del apoyo personal, y apoyo compartido), eventos vitales negativos y desempeño escolar (incluye preguntas acerca del desempeño escolar y perfeccionismo). Además, el cuestionario entrega información relativa a la aparición del periodo menstrual, primera cita, historia familiar de trastornos alimentarios, y la contextura parental a través de la escala de Stunkard. También, se encuentran subescalas que no configuran ningún factor (Ver anexo 4).

Respecto a la puntuación de los ítems, no existe un puntaje de riesgo total por lo que se puntúan las subescalas pertenecientes a cada factor.

## Adaptación Transcultural y Validación del MRFS-IV:

Para adaptar y validar el MRFS-IV se utilizó una versión adaptada de la técnica de traducción transcultural desarrollada por Vallerand (1989, cit. en Banville et al, 2000). Esta metodología esta compuesta por seis pasos mostrados en la figura N° 5.

**Figura N° 5: Representación esquemática de la adaptación de la técnica de traducción transcultural.** (Basado en Vallerand 1989, cit. en Banville 2000.)

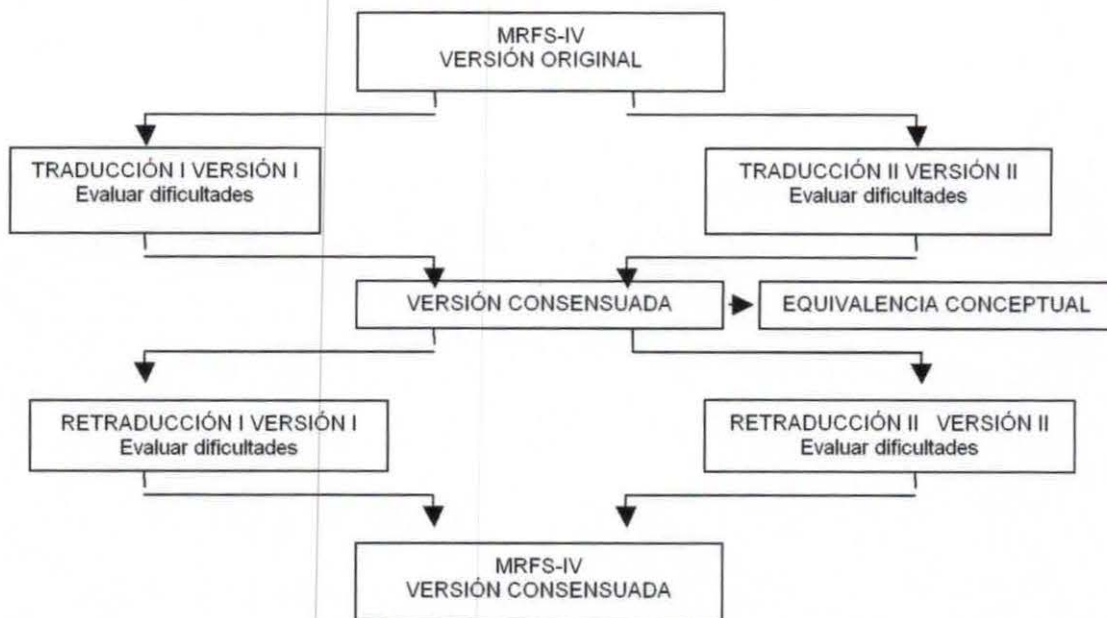


1. *Preparación de las versiones preliminares:* En esta etapa se realizó la adaptación transcultural del instrumento mediante la técnica de Traducción – Retraducción (Brislin, 1970, 1986. cit en Banville, 2000).

En la primera fase, el cuestionario original se tradujo al castellano por dos personas bilingües de lengua materna castellana, quienes residieron en Estados Unidos por un período aproximado de un año. A éstos se les solicitó que primen la equivalencia de los conceptos con la versión original, y no una traducción literal. Posteriormente, el equipo investigador revisa y compara las dos traducciones y obtiene una primera traducción unificada.

En la fase de Retraducción, la versión castellana obtenida es traducida nuevamente al inglés de forma independiente por dos traductores bilingües de lengua materna inglesa, residentes en Chile. El equipo investigador analiza las discrepancias y compara las versiones con el cuestionario original (Ver Figura N° 6).

**Figura N° 6: Método de Traducción- retraducción.** (Basado en Cuñado, 2002)



2. *Evaluación de las versiones preliminares y preparación de la versión experimental:* Se realiza una revisión de la versión obtenida en el paso anterior, en la que participan dos profesores de Inglés de Colegios Británicos de la Provincia, el equipo investigador y una Psicolingüista, con el objetivo de verificar la coherencia y pertinencia de la traducción. A partir de esta revisión se obtuvo la versión final en castellano.
3. *Pretest de la versión experimental:* a las participantes de la muestra piloto se les solicitó que contestaran el cuestionario para posteriormente, realizar una valoración de la comprensión y claridad de las expresiones e instrucciones. Si encontraban dificultad para entender el sentido de las preguntas, se les pidió que formularan palabras o expresiones alternativas.
4. *Evaluación de la validez concurrente:* La validez concurrente corresponde a las medidas de relación entre las puntuaciones de la prueba y un "criterio de validación" (Jay & Swerdilk, 2001). Se determinó correlacionando los resultados de la versión adaptada del MRFS –IV con los de la versión original, en la muestra de sujetos bilingües; método propuesto por Haccoun (1987, cit. en Banville, 2000).
5. *Evaluación de la validez de contenido y de la validez de constructo:* Para estudiar la validez de contenido se utilizó el juicio de siete expertos para evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems en la medición de los factores de riesgo en trastornos alimentarios. Además, se les pidió que indicaran a qué factor de los siete propuestos por los autores del MRFS-IV, correspondía cada ítem.

Por su parte, para la evaluación de la validez de constructo, se realizó un análisis factorial, utilizando como método la extracción de componentes principales y el

procedimiento de rotación Varimax, a través del programa estadístico SPSS versión 11.0.

El análisis de componentes principales es una técnica estadística de síntesis de la información, o reducción de la dimensión (número de variables). Es decir, ante un banco de datos con muchas variables, el objetivo será reducirlas a un menor número perdiendo la menor cantidad de información posible. Los nuevos componentes principales o factores serán una combinación lineal de las variables originales, y además serán independientes entre sí.

También se utilizó el método rotación ortogonal Varimax, que minimiza el número de variables que tiene saturaciones altas en cada factor, simplificando la interpretación de éstos y optimizando la solución por columna.

A partir de lo anterior, se formó una matriz de pesos factoriales mayor o igual a 0.50. El equipo de investigadores evaluó el grado de semejanza de la estructura factorial obtenida, con la propuesta por los autores del cuestionario y su coherencia a la luz de los antecedentes teóricos y empíricos.

6. *Evaluación de la confiabilidad:* La confiabilidad del instrumento se midió a través del coeficiente alfa de Cronbach; de esta manera se evaluó la consistencia interna de cada una de las subescalas del cuestionario, excepto aquellas compuestas por un sólo ítem, y de cada factor obtenido a partir del análisis factorial. Este coeficiente se utiliza habitualmente para evaluar el grado en que los ítems de una misma escala evalúan un concepto común a todos ellos.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En el siguiente capítulo se exponen y analizan los resultados obtenidos en las distintas fases que componen la investigación. En primer lugar, se aborda el procedimiento de traducción-retraducción donde se efectuó la preparación de las versiones preliminares, las cuales posteriormente fueron evaluadas por un comité investigador y el juicio de psicolingüista, que dio como resultado la preparación de la versión experimental. Luego, se analizan los resultados obtenidos en el pretest de la versión experimental y de la muestra bilingüe. Finalmente, a partir de los datos obtenidos en la muestra de investigación, se evalúan los coeficientes de validez y confiabilidad obtenidos para la versión adaptada MRFS-IV.

## PREPARACIÓN DE LAS VERSIONES PRELIMINARES

En base al modelo expuesto, para la preparación de la versión preliminar se entregó el cuestionario a dos personas chilenas bilingües, quienes residieron en Estados Unidos por el período de un año. Estos tradujeron cada uno de los ítems del cuestionario original de inglés a castellano, considerando la aplicación de términos idiosincráticos para contextualizarlos a nuestra cultura; encontrando una equivalencia para cada uno de los conceptos en los que no era pertinente utilizar una traducción literal. Por ejemplo, para el término "down in the dumps" or "depressed", la traducción que se utilizó fue "bajoneada" o "deprimida".

A partir del análisis de las discrepancias y coincidencias, el equipo investigador extrajo una primera versión consensuada en castellano del cuestionario (Ver Anexo N°5).

Posteriormente, dicha versión consensuada se entregó a dos estadounidenses residentes en Chile. Cada uno de ellos, debió traducir los ítems al inglés, considerando la equivalencia conceptual de cada término. Luego, se comparó la versión original del MRFS-IV (versión inglés) con la desarrollada por los sujetos extranjeros, evaluando las discrepancias y equivalencias arrojadas en cada uno de los ítems. A partir de esto, se generaron modificaciones en la versión en castellano y se desarrollaron los ítems finales para la versión preliminar. Concluyendo así la fase de traducción- retraducción.

## EVALUACIÓN DE LAS VERSIONES PRELIMINARES Y PREPARACIÓN DE LA VERSIÓN EXPERIMENTAL

Se realizó un análisis de la versión preliminar en castellano, la cual fue desarrollada por dos profesores de inglés de Colegios Británicos de la Provincia. Ellos compararon la versión original del MRFS-IV (en inglés) con la versión obtenida en el paso anterior para verificar la coherencia y pertinencia de la traducción. A partir de esta revisión se obtuvo la versión final en castellano.

Los cambios realizados fueron los siguientes:

**Tabla N° 17: Modificaciones versión preliminar.**

Ítem	Versión final castellano
En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a una persona de confianza que te escuche cuando has necesitado hablar con alguien?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?
En el último año, ¿Con qué frecuencia te has dado cuenta que no tenías la energía que tienes habitualmente?	En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?
En el último año, ¿Con qué frecuencia te costó divertirse en actividades que habitualmente disfrutas?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?
Si los chicos (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado esto la forma en que te sientes respecto de ti misma?	Si los niños u hombres jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?
Necesito ser la mejor en todo	Necesito ser la mejor en lo que hago
Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar físicamente fuerte?	Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar bien físicamente? (con tu cuerpo en forma, tonificada)

Por otra parte, para la evaluación de la adaptación transcultural se entregó la versión final en español a una psicolingüista, quien corrigió la aplicación de términos y

conceptos idiosincráticos, la sintáxis y semántica de cada uno de los ítems, y la pertinencia del lenguaje utilizado con la etapa evolutiva de los sujetos a los que va dirigido el instrumento. A su vez, evaluó la estabilidad en el tiempo de la terminología utilizada. Con esto, se obtuvo la versión experimental del MRFS-IV.

**Tabla N° 18: Modificaciones psicolingüista.**

<b>Ítem</b>	<b>Versión experimental</b>
En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado debido a tener grasa en tu cuerpo?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?
En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho comentarios acerca de tu peso o tus formas de alimentarte que te ha hecho sentir mal?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho comentarios acerca de tu peso o tu alimentación que te ha hecho sentir mal?
En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu forma de comer cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?
En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a una persona de confianza que te escuche cuando has necesitado hablar con alguien?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?
En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) a hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?	En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?

## PRETEST DE LA VERSIÓN EXPERIMENTAL

Al grupo de adolescentes que conformaban la muestra piloto, se les solicitó que contestaran la versión experimental en español del MRFS-IV, previo consentimiento de los padres y de las participantes (Ver Anexo 6).

En un principio, se consideró que podrían responder el cuestionario en hojas de respuesta elaboradas por el equipo investigador, con el fin de agilizar la corrección y posterior ingreso de datos. Sin embargo, se consideró la posibilidad que este tipo de formato pudiese implicar mayor dificultad de comprensión y errores al responder, en comparación con el cuadernillo de preguntas. De esta manera, se decidió poner a prueba ambas modalidades de respuesta.

Para esto, a cada una de las participantes se les entregó el cuestionario MRFS-IV y una hoja de respuesta anexa. Se les dio la instrucción de responder hasta el ítem 63 en el cuadernillo de preguntas y desde el ítem 64 a 103 en la hoja de respuesta, con el fin de evaluar el grado de dificultad de cada formato (Ver Anexo 7). El tiempo promedio para responder el cuestionario fue de 45 minutos. Una vez finalizada la aplicación, se realizó una entrevista estructurada que incluyó dos apartados, el primero vinculado con el formato del instrumento y el segundo con el contenido (Ver Anexo 8).

En la entrevista, se les pidió a las encuestadas que proporcionaran información con respecto al formato del cuestionario. Siete de las nueve encuestadas mencionaron que ambas modalidades no les producían mayor dificultad, sin embargo, el formato de hoja de respuesta implicaba mayor tiempo en responder que el cuadernillo. Ante esto, sugirieron que la hoja de respuesta se simplificara para futuras aplicaciones, considerando que esto agilizaría el procedimiento y facilitaría la respuesta de los ítems. Las dos encuestadas restantes indicaron que la hoja de respuesta era compleja.

Tomando en cuenta la información obtenida a través de la aplicación y posterior entrevista estructurada, se modificó la hoja de respuesta, con el fin de espaciar y ordenar los ítems en forma menos compleja (Ver Anexo 9).

En cuanto al contenido del cuestionario, se formularon preguntas que pretendían conocer las dificultades que percibieron las participantes al contestar el MRFS-IV. Estas se orientaban a la comprensión de las instrucciones, de palabras y/o conceptos, ítems confusos o difíciles de responder, finalidad del cuestionario y sugerencias y/o cambios (Ver Anexo 8).

La mayoría de los sujetos presentaron dificultades en la comprensión de los ítems 1, 86 y 92. Los cuales fueron modificados tomando en cuenta la opinión de los sujetos.

**Tabla N° 19: Modificaciones muestra piloto.**

<b>Ítem</b>	<b>Ítem modificado</b>
En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con seguridad respecto de ti misma?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza en ti misma?
Sólo un desempeño destacado es lo suficientemente bueno para mi familia	En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago
Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar bien físicamente? (con tu cuerpo en forma, tonificada)	Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buen forma? (cuerpo tonificado)

En cuanto a la finalidad del instrumento, mencionaron los siguientes temas: alimentación, sexualidad, familia, amistades. Sólo una de las encuestadas mencionó que posiblemente el cuestionario medía la presencia de anorexia o bulimia.

A partir de esto, surge el cuestionario final en castellano, la cual se aplicó posteriormente a la muestra de investigación (Ver Anexo 10).

## EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ CONCURRENTES

Con el fin de estudiar la validez concurrente, se administró a la muestra bilingüe la versión adaptada del MRFS-IV (en castellano) y luego de una semana, la versión original (en inglés).

Se realizó un análisis de correlación entre la respuesta de los sujetos a cada ítem, en ambas versiones del cuestionario. Para los ítems dicotómicos (de respuesta Sí-No) se utilizó el coeficiente de correlación Phi ( $\phi$ ) (Hernández, et al; 1998), correspondiendo a un 26% del total de ítems. Para el 74% restante (respuestas en intervalos) se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) (Hernández, et al; 1998) (Ver Anexo 11).

En el 79% de los casos, la correlación entre los ítems resultó significativa, con un nivel de significancia de 0,01. Un 50% de los ítems mostraron una correlación positiva considerable (igual o mayor a 0.70). En un 16% de los casos, la correlación no resultó significativa (Ver Tabla 20).

**Tabla Nº 20: Coeficientes de Correlación entre Versiones Original y Adaptada**

Coef. de Correlación	Nº de Ítems	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
1,00-0,85 *	31	28	28
0,84-0,70 *	24	22	50
0,69-0,52 *	32	29	79
0,51-0,30	13	12	91
0,29-0,15	3	3	94
0,14-0,00	2	2	95
Total	105	95	

(\*)Correlaciones significativas al 0,01.

En cinco ítems, que constituyen el 5% restante, no se pudo determinar el coeficiente de correlación, puesto que las respuestas en al menos una de las versiones se mantuvieron constantes, impidiendo el análisis (Ver Anexo 12).

## EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO Y VALIDEZ DE CONSTRUCTO

### *Validez de Contenido*

Para evaluar la validez de contenido, se envió el cuestionario MRFS-IV a siete profesionales relacionados con el área de la salud e investigación, para que en su calidad de expertos, emitieran su juicio con respecto a la pertinencia de cada uno de los ítems del instrumento para la evaluación de los factores de riesgo y protección en Trastornos Alimentarios. Indicando además, a qué factor de los siete propuestos correspondían los ítems (Ver anexo 23).

El grupo de expertos estuvo conformado por:

- Rosa Behar: Médico Psiquiatra, Docente Universidad de Valparaíso.
- Patricia Cordella: Médico Psiquiatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Loreto Correa: Pediatra, Especialista en adolescencia, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Luis González: Psicólogo, Docente Universidad San Sebastián, Concepción.
- Tamara Zubarew: Pediatra, Especialista en adolescencia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

A cada uno de los expertos se les envió una plantilla confeccionada por los investigadores donde debían evaluar los aspectos anteriormente señalados (Ver Anexo 13).

Sólo cuatro de estos juicios fueron utilizados en el análisis final, ya que uno de los expertos no comprendió totalmente las instrucciones. Sin embargo, la información entregada por éste fue de utilidad para el análisis cualitativo.

A partir de la información entregada se realizó el siguiente análisis:

En cuanto a la pertinencia de cada uno de los ítems del instrumento para la evaluación de los factores de riesgo y protección en Trastornos Alimentarios; considerando los 103 ítems como total, se desprende que:

- En 99 de los 103 casos (96,12%) los expertos consideraron que los ítems del cuestionario eran pertinentes con el objetivo del instrumento. Los ítems 22 y 63 "En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?" y "¿Has tenido tu primer período menstrual?" fueron evaluados como no pertinentes por dos de los cuatro expertos; los ítems 33 y 103 "En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños y hombres jóvenes?" y "actividades en las que participas y que te hacen sentir bien contigo misma", fueron evaluadas como no pertinentes por uno de los expertos.

En cuanto a la atribución de factores:

- En 43 casos (41,75%), los cuatro expertos coincidieron ubicando los ítems en un mismo factor.
- En 15 casos (14,56%), los cuatro expertos coincidieron en el factor, pero los incluyeron en uno o más de estos siete factores.
- En 34 de los casos (33,01%), tres de los cuatro expertos coincidieron en el mismo factor.
- En 11 casos (10,68%), dos de los cuatro expertos coincidieron ubicando los ítems en un mismo factor.

Por otra parte, se realizó un análisis para comparar en qué factores habían ubicado los expertos los ítems y cuál era su ubicación en la configuración original, destacando que:

- El 68% de los ítems que en la investigación original se agrupan en el factor de Preocupación por la delgadez y presión social, fueron incluidos por el total de los expertos en el mismo factor y un 24% por tres de los cuatro expertos.
- El 100% de los ítems pertenecientes al factor de Uso de sustancias, fueron incluidos en este factor por el total de los expertos.
- El 20% de los ítems pertenecientes al factor de Influencias parentales, fueron ubicados en este factor por el total de los expertos y 60% por tres de los cuatro jueces.
- En el factor de Influencias psicológicas generales, el total de los expertos coincidió en incluir el 100% de los ítems que correspondían a este factor.
- El 75% de los ítems que configuran el factor de Apoyo social, fueron incluidos en este factor por el total de los expertos y un 25% por tres de los cuatro jueces.
- El 80% de los ítems que pertenecen al factor de Eventos vitales negativos, fueron incluidos en este factor por el total de los expertos y un 10% por tres de los cuatro expertos.
- El 16,67% de los ítems que en la investigación original se agrupan en el factor de Desempeño escolar, fueron incluidos por el total de los expertos en el mismo factor y un 50% por tres de los cuatro expertos.

Dados los resultados descritos, se considera que el contenido de los ítems del cuestionario es válido para la evaluación de los factores de riesgo y protección de los trastornos alimentarios.

## *Validez de Constructo*

Para obtener la validez de constructo, se realizaron nueve simulaciones de análisis factorial, utilizando como método la extracción de componentes principales y el procedimiento de rotación ortogonal Varimax.

A continuación se describen los pasos previos al análisis factorial, luego, se exponen brevemente los 9 análisis realizados; posteriormente, se opta por aquel que se considera más coherente teórica y matemáticamente.

Para esto, se consideró la equivalencia con el modelo factorial McKnight, así como también con la literatura revisada respecto a los Trastornos Alimentarios. Por su parte, para evaluar la coherencia matemática de la configuración factorial, se utilizaron los siguientes criterios:

- Los coeficientes factoriales deben ser próximos a 1.
- Una variable debe tener coeficientes elevados sólo con un factor.
- No deben existir factores con coeficientes similares.

## **Análisis Factorial**

En primera instancia, las respuestas de los sujetos de la muestra de investigación, a cada uno de los ítems del MRFS-IV fueron convertidas a un puntaje único por cada subescala. Este procedimiento se realizó según la guía de puntuación propuesta por el grupo de investigadores McKnight (The McKnight Investigators, 2003).

Al realizar este procedimiento, se observó que 5 ítems no se agrupaban en ninguna subescala; por lo que se procedió a consultar directamente con los investigadores. Estos respondieron que 4 de estos ítems (92, 93, 94 y 95) estaban

vinculados al autoconcepto y teóricamente no correspondían a factores de riesgo o protección; sugiriendo probar esto empíricamente. En cuanto al quinto ítem (31) no se obtuvo mayor información (Luce, comunicación personal, 2003). Estos 5 ítems se incluyeron en el análisis factorial como subescalas independientes para observar cómo se agrupaban.

Para realizar el análisis factorial, las variables debían estar medidas en un nivel por intervalos o razón (Hernández, R et al., 1998). Dentro de las subescalas definidas por el grupo McKnight, existen 4 que no cumplen con este requisito, ya que están constituidas por un ítem dicotómico (sí – no), estas son: Uso de Ritalín, Uso de insulina, Presión sexual y Apoyo femenino. Tomando en cuenta esta restricción, se excluyeron en la primera fase de análisis.

Finalmente, se procedió a traspasar todos los resultados a puntaje Z (tal como lo sugirieron los investigadores McKnight); con el fin de estandarizar los valores y así poder comparar puntuaciones incluidas en intervalos de distinto rango.

El análisis factorial se realizó en dos etapas. En la primera de éstas, los procedimientos no incluyeron las subescalas dicotómicas, considerando las restricciones mencionadas anteriormente.

En la segunda etapa, se incluyeron las subescalas que cuentan con ítems dicotómicos (Uso de Insulina, Uso de Ritalín, Apoyo Femenino y Presión Sexual), considerando que éstas forman parte del modelo original propuesto por los investigadores del MRFS-IV, siendo relevantes tanto para la coherencia teórica del modelo como para la configuración de los factores.

### **Primera etapa de análisis:**

Para evaluar la viabilidad y pertinencia de los análisis factoriales que no incluyen subescalas dicotómicas, se calcularon los siguientes índices estadísticos.

#### *Determinante de la matriz de correlaciones:*

En este análisis, el determinante es 0,000001447, lo que indica que el análisis factorial es una técnica pertinente para analizar estas variables, ya que los determinantes próximos a cero están indicando que las variables utilizadas están linealmente relacionadas.

#### *Medida de adecuación muestral KMO (Kayser-Meyer-Olkin):*

Este estadístico varía entre 0 y 1, donde los índices menores a 0,5 indican que no debe utilizarse el análisis factorial con los datos muestrales que se están analizando.

En el presente análisis, esta medida arrojó un índice de 0,887, lo que indica que las correlaciones entre los pares de variables pueden ser explicadas por otras variables y que por lo tanto, es pertinente utilizar los datos muestrales para el análisis factorial.

#### *Prueba de esfericidad de Bartlett:*

En este análisis, el nivel crítico (Sig) es 0,00 por lo que existen correlaciones significativas entre las variables, de lo que se dedujo que el análisis factorial es pertinente.

1<sup>er</sup> Análisis:

En este análisis, se excluyeron las subescalas dicotómicas y se estableció a priori una agrupación de siete factores, con el fin de replicar la cantidad propuesta por el grupo McKnight (The McKnight Investigators, 2003) (Ver Anexo 14).

**Tabla N° 21: Agrupación de 7 factores sin subescalas dicotómicas.**

Factor	% Varianza Explicada	% Varianza Acumulada
1	15.14	15.14
2	7.85	22.99
3	7.72	30.71
4	7.32	38.04
5	6.91	44.95
6	5.24	50.18
7	4.58	54.77

Se observa que los 7 factores seleccionados explican un 54,77% de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas:

**Tabla N° 22: Subescalas agrupadas (primer análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura , Comer social, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada	8
2	<b>Apreciación de la apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de estar en buena forma, Importancia de salir adelante por sí misma	4
4	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por el peso	3
5	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias	3
6	Dolor de cabeza vinculado a estrés, <b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b>	3
7	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva por ser delgada	2
<b>Total</b>		<b>26</b>

\* Las subescalas marcadas en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

\*\* Las subescalas en cursiva, presentaban una carga igual o mayor a 0,50 en más de un factor.

En este análisis, nueve subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior. En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 23: Subescalas inferiores a 0,50 (primer análisis).**

<i>Factor</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Carga</i>
1	Conductas de purga	0,45
2	Depresión	0,42
3	Evaluación social	0,42
	Preocupación de pares por delgadez	0,38
	Preocupación de los padres por delgadez	0,41
4	Molestia por cambios corporales	0,28
5	Desempeño escolar	-0,43
6	Dolor de estomago vinculado a estrés	0,41
	Riesgo de trastorno alimentario	0,27
7	-	-
<b>Total</b>	9 subescalas	

*2<sup>do</sup> Análisis:*

Dado que el análisis con 7 factores explica un 54,77% de la variabilidad original, se procedió a realizar un segundo análisis, con el fin de probar cuál era la máxima varianza explicada (Ver Anexo 15).

**Tabla N° 24: Agrupación 10 factores sin subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	14.22	14.22
2	8.32	22.54
3	6.18	28.72
4	5.96	34.68
5	5.73	40.40
6	5.42	45.82
7	5.03	50.85
8	4.75	55.60
9	4.54	60.14
10	4.29	64.43

Se observa que a partir de la solicitud de extracción de autovalores mayores que uno, se obtuvo una agrupación de 10 factores que explican un 64,43 % de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas.

**Tabla N° 25: Subescalas agrupadas (segundo análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura, Comer social, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b>	6
2	<b>Apreciación de la apariencia, Confianza, Sentirse bonita</b>	3
3	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias	3
4	Atracones, Emociones asociadas a comer más	2
5	Evaluación social, Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada	3
6	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma	3
7	Preocupación de padres por delgadez, Preocupación de pares por delgadez	2
8	Dolor de cabeza asociado a estrés, Dolor de estomago asociado a estrés	2
9	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
10	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b>	2
<b>Total</b>		<b>28</b>

\*Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, seis subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 26: Subescalas inferiores a 0,50 (segundo análisis).**

<i>Factor</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Carga</i>
1	Conductas de purga	0,47
2	Depresión	0,45
	Molestia por cambios corporales	0,34
	Riesgo de trastorno alimentario	0,32
3	Desempeño escolar	-0,40
4	-	-
5	-	-
6	-	-
7	Bromas de padres por peso	0,47
8	-	-
9	-	-
10	-	-
<b>Total</b>	6 subescalas	

**3<sup>er</sup> Análisis:**

En el análisis precedente, se agruparon tres factores más, por lo que se complejiza la estructura factorial tomando en cuenta que el aumento de la varianza total explicada es sólo de un 9,66% con respecto al primer análisis (Ver Anexo 16).

Considerando estos antecedentes, se procedió a realizar el siguiente análisis con una agrupación a priori de nueve factores, siguiendo la lógica "step-rewind" (paso hacia atrás).

**Tabla N° 27: Agrupación 9 factores sin subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	14.97	14.97
2	8.41	23.38
3	6.53	29.91
4	6.14	36.06
5	6.14	42.19
6	5.60	47.79
7	4.87	52.66
8	4.56	57.22
9	4.26	61.48

Se observa que los 9 factores seleccionados explican un 61,48% de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las subescalas que se observan en la Tabla N° 28.

**Tabla N° 28: Subescalas agrupadas (tercer análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura</b> , Comer social, <b>Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por peso	3
4	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias	3
5	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma	3
6	Preocupación de pares por delgadez, Preocupación de padres por delgadez	2
7	Dolor de cabeza vinculado a estrés, Dolor de estomago vinculado a estrés	2
8	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
9	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b>	2
<b>Total</b>		28

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, seis subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 29: Subescalas inferiores a 0,50 (tercer análisis).**

Factor	Subescalas	Carga
1	Conductas de purga	0,46
2	Depresión	0,46
	Molestia por cambios corporales	0,32
	Riesgo de trastorno alimentario	0,32
3	-	-
4	Desempeño escolar	-0,40
5	-	-
6	Evaluación Social	0,31
7	-	-
8	-	-
9	-	-
<b>Total</b>	6 subescalas	

**4<sup>to</sup> Análisis:**

Continuando con la lógica anterior de "step- rewind", se realizó el último análisis factorial que no contempla las subescalas dicotómicas, con una agrupación a priori de ocho factores (Ver Anexo 17).

**Tabla N° 30: Agrupación 8 factores sin subescalas dicotómicas.**

Factor	% Varianza Explicada	% Varianza Acumulada
1	15.19	15.19
2	8.06	23.25
3	7.28	30.52
4	6.94	37.47
5	5.89	43.36
6	5.54	48.90
7	4.69	53.58
8	4.57	58.15

Se observa que los 8 factores seleccionados explican un 58,15% de la varianza de los datos originales.

Por su parte, con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas:

**Tabla N° 31: Subescalas agrupadas (cuarto análisis).**

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>	<b>N° de Subescalas</b>
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura</b> , Comer social, <b>Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por peso	3
4	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias	3
5	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma	3
6	Preocupación de padres por delgadez, Evaluación social	2
7	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b>	2
8	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
<b>Total</b>		26

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, ocho subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 32: Subescalas inferiores a 0,50 (cuarto análisis).**

<i>Factor</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Carga</i>
1	Conductas de purga	0,45
2	Depresión	0,46
	Molestia por cambios corporales	0,30
3	-	-
4	Desempeño escolar	-0,44
	Dolor de estómago vinculado a estrés	0,40
5	Riesgo percibido de trastorno alimentario	0,31
6	Preocupación de los pares por delgadez	0,46
7	Dolores de cabeza vinculado a estrés	0,41
8	-	-
<b>Total</b>	8 subescalas	

## **Segunda etapa de análisis:**

En la segunda etapa de análisis se incluyeron las subescalas dicotómicas. Inicialmente, las subescalas Uso de Insulina, Uso de Ritalín y Presión Sexual, corresponden a factores de riesgo, en donde un bajo riesgo (para una respuesta "no") se codifica con 0 y un alto riesgo (para una respuesta "sí") se codifica 1. La última subescala, Apoyo Femenino, corresponde a un factor protector donde la ausencia de una mujer que sea un modelo a seguir y un apoyo, se codifica con 1 y la presencia de ésta, se codifica como 0.

Tomando en cuenta lo anterior, y para poder incluirlas en el análisis factorial se procedió a recodificar las puntuaciones de estas subescalas, en donde las respuestas "no" (anteriormente con 0) se codifican 1 y las respuestas "sí" (anteriormente con 1) se codifican 5, de modo que sean similares a los intervalos de las variables no dicotómicas.

Para evaluar la viabilidad y pertinencia de los análisis factoriales que incluyen subescalas dicotómicas, se calcularon los siguientes índices estadísticos.

### *Determinante de la matriz de correlaciones:*

En este análisis, el determinante es 0,0000007765, lo que indica que el análisis factorial es una técnica pertinente para analizar estas variables.

### *Medida de adecuación muestral KMO (Kayser-Meyer-Olkin):*

En el presente análisis, esta medida arrojó un índice de 0,882, lo que indica que las correlaciones entre los pares de variables pueden ser explicadas por otras variables y que por lo tanto, es pertinente utilizar los datos muestrales para el análisis factorial.

*Prueba de esfericidad de Bartlett (ver Anexo 24):*

En este análisis, el nivel crítico (Sig) es 0,00 por lo que existen correlaciones significativas entre las variables, de lo que se dedujo que el análisis factorial es pertinente.

*5<sup>to</sup> Análisis:*

En este análisis, se incluyeron todas las subescalas estableciéndose a priori una agrupación de siete factores, con el fin de replicar el análisis de la versión original del MRFS- IV en USA (The McKnight Investigators, 2003) (Ver Anexo 18).

**Tabla N° 33: Agrupación 7 factores con subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	15.58	15.58
2	7.67	23.26
3	6.22	29.48
4	5.59	35.07
5	5.50	40.58
6	5.32	45.90
7	4.30	50.20

Se observa que los 7 factores seleccionados explican un 50,20% de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas:

**Tabla N° 34: Subescalas agrupadas (quinto análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura, Comer social, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma	3
4	Dolor de cabeza vinculado a estrés, Eventos vitales negativos, Dolor de estómago vinculado a estrés	3
5	Atracones, Emociones asociadas a comer más	2
6	Uso de sustancias, Presión sexual	2
7	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b>	2
<b>Total</b>		23

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, quince subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 35: Subescalas inferiores a 0,50 (quinto análisis).**

Factor	Subescalas	Carga
1	Conductas de purga	0,46
	Preocupación de padres por delgadez	0,44
	Evaluación social	0,38
	Preocupación de los pares por delgadez	0,34
2	Depresión	0,48
	Molestia por cambios corporales	0,31
	Riesgo percibido de trastorno alimentario	0,30
3	Actividades que hacen sentir bien	-0,39
4	Desempeño escolar	-0,33
	Uso de Ritalín	0,31
5	Bromas de adultos por el peso	0,49
6	Sentimientos de inseguridad	0,46
	Presión deportiva	0,42
7	Uso de insulina	-0,32
	Apoyo femenino	0,47
<b>Total</b>	15 subescalas	

### 6<sup>to</sup> Análisis:

Dado que el análisis con 7 factores explica sólo un 50,20% de la variabilidad original, y considerando que 15 subescalas no se agrupan en ningún factor, se procedió a realizar un segundo análisis probando la máxima varianza explicada (Ver Anexo 19).

**Tabla N° 36: Agrupación 11 factores con subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	14.32	14.32
2	7.30	21.62
3	6.00	27.62
4	5.80	33.42
5	5.02	38.45
6	4.32	42.76
7	4.24	47.00
8	4.21	51.21
9	4.14	55.35
10	4.00	59.35
11	2.95	62.31

Se observa que los 11 factores agrupados explican un 62,31 % de la variabilidad total de la información original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas:

**Tabla N° 37: Subescalas agrupadas (sexto análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura, Comer social, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso, Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.</b>	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza, Sentirse bonita</b>	3
3	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma, Importancia de estar en buena forma	4
4	Atracones, Emociones asociadas a comer más	2
5	Uso de sustancias, Presión sexual, Evaluación social	3
6	Dolor de estomago vinculado a estrés, Dolor de cabeza vinculado a estrés	2
7	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
8	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido, Apoyo femenino</b>	3
9	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Desempeño escolar	3
10	Preocupación de padres por delgadez, Preocupación de pares por delgadez, Uso de insulina	3
11	Uso de Ritalín	1
<b>Total</b>		<b>34</b>

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

\*\* Las subescalas en cursiva, presentaban una carga igual o mayor a 0,50 en más de un factor.

En este análisis, cinco subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 38: Subescalas inferiores a 0,50 (sexto análisis).**

Factor	Subescalas	Carga
1	Conductas de purga	0,48
	Bromas de adultos por el peso	0,42
2	Depresión	0,41
	Riesgo percibido de trastorno alimentario	0,33
3	-	-
4	-	-
5	-	-
6	-	-
7	-	-
8	-	-
9	-	-
10	-	-
11	Molestia por cambios corporales	0,42
<b>Total</b>	<b>5 subescalas</b>	

*7<sup>mo</sup> Análisis:*

Al realizar el análisis con la varianza máxima, la estructura factorial se complejiza pasando de siete factores a once, en donde el aumento de la varianza explicada es sólo de un 12,11%, por lo que se procedió a realizar el siguiente análisis con una agrupación a priori de diez factores, siguiendo la lógica step-rewind (Ver Anexo 20).

**Tabla N° 39: Agrupación 10 factores con subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	13.83	13.83
2	7.50	21.34
3	5.97	27.31
4	5.69	33.00
5	5.61	38.61
6	4.71	43.32
7	4.71	48.03
8	4.28	52.31
9	4.22	56.54
10	3.01	59.55

Se observa que los 10 factores seleccionados explican un 59,55 % de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las siguientes subescalas:

**Tabla N° 40: Subescalas agrupadas (séptimo análisis).**

Factor	Subescalas	N° de Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura</b> , Comer social, <b>Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante, Importancia de estar en buena forma	3
4	Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias , Presión sexual	3
5	Atracones, Emociones asociadas a comer más	2
6	Dolor de cabeza vinculado a estrés, Dolor de estómago vinculado a estrés	2
7	Preocupación de padres por delgadez	1
8	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b> , Apoyo femenino	3
9	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
10	Uso ritalin, Uso insulina	2
<b>Total</b>		29

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

\*\* Las subescalas en cursiva, presentaban una carga igual o mayor a 0,50 en más de un factor

En este análisis, diez subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 41: Subescalas inferiores a 0,50 (séptimo análisis).**

Factor	Subescalas	Carga
1	-	-
2	Molestias por cambios corporales Depresión	0,29 0,46
3	Riesgo percibido de trastorno alimentario Perfeccionismo Evaluación social	0,30 0,48 0,44
4	Eventos vitales negativos Conductas de purga	0,47 0,46
5	Bromas adultos por peso	0,49
6	-	-
7	Preocupación de pares por la delgadez Desempeño escolar	0,49 -0,36
8	-	-
9	-	-
10	-	-
<b>Total</b>	10 subescalas	

### 8<sup>vo</sup> Análisis:

Se procedió a realizar el siguiente análisis, con una agrupación a priori de nueve factores incluyendo todas las subescalas (Ver Anexo 21).

**Tabla N° 42: Agrupación de 9 factores con subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	13.81	13.81
2	7.67	21.47
3	5.91	27.38
4	5.89	33.27
5	5.76	39.03
6	4.67	43.69
7	4.61	48.30
8	4.17	52.46
9	4.16	56.63

Se observa que los 9 factores seleccionados explican un 56,63% de la variabilidad original. Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las subescalas presentadas en la Tabla N° 43.

**Tabla N° 43: Subescalas agrupadas (octavo análisis).**

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>	<b>N° de Subescalas</b>
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura</b> , Comer social, <b>Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias, Presión sexual	4
4	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por si misma	3
5	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por peso	3
6	Dolor de cabeza vinculados a estrés, Dolor de estómago vinculados a estrés	2
7	Preocupación de pares por delgadez, Preocupación de padres por delgadez	2
8	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
9	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b> , Apoyo femenino	3
<b>Total</b>		<b>30</b>

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, ocho subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la tabla N°44, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 44: Subescalas inferiores a 0,50 (octavo análisis).**

<i>Factor</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Carga</i>
1	-	-
2	Molestias por cambios corporales Depresión	0,31 0,48
3	Conductas de purga Desempeño escolar	0,48 -0,25
4	Riesgo percibido de trastorno alimentario Evaluación social	0,30 0,35
5	-	-
6	Uso de ritalin	0,36
7	Uso de insulina	0,42
8	-	-
9	-	-
<b>Total</b>	8 subescalas	

**9<sup>no</sup> Análisis:**

Se procedió a realizar el siguiente análisis, con una agrupación a priori de ocho factores incluyendo todas las subescalas (Ver Anexo 22).

**Tabla N° 45: Agrupación 8 factores con subescalas dicotómicas.**

<b>Factor</b>	<b>% Varianza Explicada</b>	<b>% Varianza Acumulada</b>
1	15.40	15.40
2	7.60	23.00
3	5.77	28.77
4	5.53	34.30
5	5.45	39.75
6	5.22	44.97
7	4.29	49.26
8	4.18	53.44

Se observa que los 8 factores seleccionados explican un 53,44% de la variabilidad original.

Con una carga igual o superior a 0,50 se observó la agrupación de las subescalas que se observan en la Tabla N° 46.

**Tabla N° 46: Subescalas agrupadas (noveno análisis).**

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>	<b>N° de Subescalas</b>
1	Emociones asociadas a comer menos, <b>Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura</b> , Comer social, <b>Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso</b> , Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.	8
2	<b>Apreciación de la Apariencia, Confianza</b> , Sentirse bonita	3
3	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por peso	3
4	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante	3
5	Eventos vitales negativos, Dolor de cabeza vinculados a estrés, Dolor de estómago vinculados a estrés	3
6	Uso de sustancias, Presión sexual	2
7	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva	2
8	<b>Apoyo personal, Apoyo compartido</b> , Apoyo femenino	3
<b>Total</b>		27

\* Los ítems marcados en negrita, corresponden a la agrupación original del MRFS-IV en USA (The McKnight Investigators, 2003).

En este análisis, once subescalas mostraron cargas inferiores a 0,50 para cualquiera de los factores, por lo que no se integran en la tabla anterior.

En la siguiente tabla, se muestran los factores en los que estas subescalas presentaron mayor carga.

**Tabla N° 47: Subescalas inferiores a 0,50 (noveno análisis).**

<i>Factor</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Carga</i>
1	Preocupación de pares por la delgadez Preocupación de padres por la delgadez Evaluación social	0,39 0,47 0,40
2	Molestias por cambios corporales Depresión Riesgo percibido de trastorno alimentario Desempeño escolar	0,31 0,48 0,29 -0,28
3	-	-
4	-	-
5	Uso de ritalin	0,35
6	Conductas de purga Sentimientos de inseguridad	0,46 0,38
7	-	-
8	Uso de insulina	-0,25
<b>Total</b>	11 subescalas	

**Análisis Factorial seleccionado para el estudio de la Validez de Constructo:**

**Análisis Cuantitativo:**

A partir de las nueve combinaciones factoriales realizadas, se optó por el 4º análisis, en el cual se excluyen las subescalas dicotómicas y se extrae una agrupación de ocho factores.

La elección de una configuración factorial en la que se excluyen las subescalas dicotómicas, podría argumentarse dado que, al revisar los análisis factoriales en los que se consideran las subescalas dicotómicas (segunda fase), fue posible observar que sólo en las agrupaciones que consideraban 10 y 11 factores, el Uso de Insulina, Uso de Ritalín, Presión Sexual y Apoyo Femenino presentaban cargas superiores a 0,50. En el primer caso, las subescalas que daban cuenta del uso de fármacos, se agrupaban en el factor 10 explicando sólo un 3,01% de la variabilidad original; por su parte, en el análisis configurado por 11 factores, el Uso de Ritalín no se agrupaba con

ninguna subescala y el Uso de Insulina se incluía en el factor 10 con Preocupación de Pares y Padres por la delgadez, dando cuenta de la baja relación teórica con dichas subescalas.

Respecto a la subescala Presión Sexual, ésta presentaba cargas superiores a 0,50 en todos los análisis de la segunda fase, sin embargo, no existe evidencia empírica consistente que avale la pertinencia de considerarla como posible predictor de riesgo para el desarrollo de Trastornos Alimentarios (Fallon & Wonderlich, 1997 cit.en Ghaderi, 1999; Pope y Hudson, 1992).

Finalmente, se consideró que la subescala dicotómica de Apoyo Femenino no entregaba información relevante, ya que existen otras dos (Apoyo Personal, Apoyo Compartido) que dan cuenta del soporte social que poseen las mujeres adolescentes.

A partir de la evidencia anteriormente señalada, se evaluó la pertinencia de excluir las subescalas dicotómicas de los análisis, ya que esto no generaba mayores cambios en el modelo factorial y concordaba con los datos extraídos de diversos estudios en los que se evaluaban los factores de riesgo para TCA. A su vez, se consideró el grado de manipulación que existía en dichas variables, ya que como se mencionó anteriormente, sus puntajes fueron arbitrariamente modificados y recodificados en datos intervalares para posibilitar su inclusión en el análisis factorial, lo que podría dar cuenta de un cierto sesgo en los resultados.

No obstante lo anterior, existen estudios que avalan una alta comorbilidad (33% aproximadamente) entre TCA y Diabetes. Por lo que se considera relevante incluir las subescalas Uso de Insulina y Ritalín como datos que aportan información sobre antecedentes mórbidos de los sujetos, incluyéndose en el apartado del cuestionario que hace referencia a aspectos demográficos. Esto permitirá distinguir entre los cambios y preocupaciones corporales debido a efectos secundarios de tales medicamentos o un trastorno alimentario propiamente tal (Jones et al. 2000).

Por otra parte, el análisis seleccionado que incluye ocho factores constituidos por 26 subescalas, explica un 58,15% de la varianza original de los datos (ver Tabla 30); lo cual, al considerar la complejidad y amplitud del fenómeno que pretende explicar, puede ser valorado como razonable (Hair et al. 1995). Teniendo en cuenta que al añadir un factor se explica un 61,48% (Ver Tabla nº 27) mientras que, quitando uno la variabilidad explicada es de un 54,77% (Ver Tabla nº 21) se puede observar que la diferencia en términos matemáticos es similar (aproximadamente un 3%), sin embargo, la agrupación de 7 factores presenta inconsistencias teóricas tales como:

- Factor 6 agrupa dolores de cabeza vinculados a estrés junto a apoyo personal y compartido.
- Factor 3 agrupa perfeccionismo, importancia de ser inteligente, importancia de salir adelante por sí misma, junto a la importancia de estar en buena forma.

Por su parte, no era conveniente considerar 9 factores, ya que se complejizaba el modelo de factores de riesgo y no presentaba un aumento de varianza significativa.

A su vez, en el modelo seleccionado un 76% de las subescalas del cuestionario tienen una carga igual o superior a 0.50 en alguno de los 8 factores arrojados por el análisis. Cabe destacar, que el 24% restante presentan cargas iguales o superiores a 0,30 en al menos un factor; por lo que se considera que el conjunto de subescalas abarca de manera satisfactoria el porcentaje de la varianza explicada.

**Tabla N° 48: Matriz de Componentes Rotada.**

8 Factores (análisis excluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividades que hacen sentir bien	-0,042	-0,109	0	0,007	-0,073	-0,073	0,171	<b>-0,8</b>
Apreciación de la apariencia	0,361	<b>0,699</b>	0,222	0,137	0,08	0,049	0,043	-0,016
Molestia por cambios corporales	0,251	0,309	0,286	0,099	0,228	0,05	0,212	-0,044
Atracones	0,113	0,138	<b>0,777</b>	0,061	-0,002	0,063	0,008	0,134
Confianza	0,287	<b>0,748</b>	0,151	0,089	-0,084	0,134	0,105	0,015
Depresión	0,312	0,46	0,359	0,387	0,117	-0,026	0,23	-0,035
Riesgo percibido de TA	0,248	0,308	0,162	0,111	0,314	-0,011	0,199	0,058
Emociones asociadas a comer menos	<b>0,77</b>	0,125	0,093	0,12	0,003	-0,003	0,124	0,012
Emociones asociadas a comer más	0,244	0,151	<b>0,728</b>	0,068	-0,061	0,087	-0,012	-0,006
Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,189	0,18	0,201	0,235	0,183	-0,399	0,411	0,086
Eventos vitales negativos	0,054	0,128	0,274	<b>0,663</b>	0,175	0,062	0,097	0,131
Modelaje de medios	<b>0,714</b>	0,223	0,184	0,073	0,107	0,188	0,057	0,028
Sobrepresocupación por peso y figura	<b>0,807</b>	0,186	0,181	0,007	0,104	0,182	-0,079	0,01
Preocupación de los padres por delgadez	0,3	-0,188	0,123	0,155	0,131	<b>0,543</b>	0,073	-0,169
Perfeccionismo	0,099	-0,191	0,285	-0,051	<b>0,546</b>	0,127	-0,03	0,184
Preocupación de los pares por delgadez	0,217	0,099	0,213	0,151	0,144	0,468	-0,005	0,073
Conductas de purgas	0,457	0,135	0,082	0,432	-0,007	0	-0,077	0,028
Sentimientos de inseguridad	-0,035	0,095	0,202	<b>0,654</b>	0,054	0,299	0,01	0,184
Desempeño escolar	-0,161	-0,167	0,122	-0,443	0,182	-0,152	-0,086	0,258
Comer social	<b>0,672</b>	0,027	0,334	0,15	0,021	0,054	0,011	0,048
Evaluación social	0,246	0,249	0,11	-0,063	0,141	<b>0,55</b>	0,048	0,091
Presión deportiva por ser delgada	0,089	-0,181	0,024	0,195	0,081	-0,015	0,078	<b>0,746</b>
Dolores de estómago vinculados a estrés	0,271	-0,047	0,095	0,402	0,115	-0,295	0,298	-0,092
Uso de sustancias	0,16	0,085	-0,047	<b>0,662</b>	-0,111	-0,091	-0,147	0,061
Apoyo personal	-0,027	-0,003	-0,038	-0,113	-0,107	0,006	<b>0,759</b>	-0,176
Apoyo compartido	0,022	0,216	0,017	0,063	-0,281	0,154	<b>0,656</b>	0,077
Conductas de control del peso	<b>0,868</b>	0,13	0,043	0,058	0,035	0,094	-0,018	0,084
Bromas de pares por el peso	<b>0,585</b>	0,243	0,359	0,166	0,1	0,225	0,006	-0,089
Bromas de adultos por peso	0,379	0,078	<b>0,591</b>	0,162	0,07	0,118	0,037	-0,157
Sentirse bonita	0,054	<b>0,832</b>	0,023	0,131	-0,077	0,009	0,014	-0,066
Importancia de estar en buena forma	<b>0,536</b>	0,123	-0,008	0,071	0,358	0,45	0,094	0,091
Importancia de ser inteligente	0,085	0,011	-0,013	-0,042	<b>0,685</b>	0,252	-0,145	0,155
Importancia de ser delgada	<b>0,565</b>	0,086	0,038	0,117	0,273	0,452	0,129	0,062
Importancia de salir adelante por sí misma	0,066	0,042	-0,131	0,044	<b>0,721</b>	0,021	-0,133	-0,071

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales

Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 11 iteraciones.

Respecto de las cargas factoriales, es posible mencionar que el 80,8% de las subescalas presenta coeficientes elevados sólo en un factor, y las restantes tienen índices que fluctúan entre 0,20 y 0,30 en un segundo factor, que no obstante, son

insuficientes para agruparlas en ellos. De esto se deduce, que los factores seleccionados son independientes entre sí.

Por otra parte, la varianza de cada subescala que es explicada por la solución de factores seleccionada, se puede observar en las siguientes comunalidades:

**Tabla N° 49: Comunalidades**

Subescalas	Inicial	Extracción
Actividades que hacen sentir bien	1	<b>0,68734574</b>
Apreciación de la apariencia	1	<b>0,69749669</b>
Molestia por cambios corporales	1	0,35150291
Atracones	1	<b>0,66170024</b>
Confianza	1	<b>0,70866073</b>
Depresión	1	<b>0,65563469</b>
Riesgo percibido de TA	1	0,33645561
Emociones asociadas a comer menos	1	<b>0,64782254</b>
Emociones asociadas a comer más	1	<b>0,62808441</b>
Dolores de cabeza vinculados a estrés	1	<b>0,53340488</b>
Eventos vitales negativos	1	<b>0,59412934</b>
Modelaje de medios	1	<b>0,65006211</b>
Sobrepresocupación por peso y figura	1	<b>0,76892077</b>
Preocupación de los padres por delgadez	1	<b>0,51003495</b>
Perfeccionismo	1	0,47941627
Preocupación de los pares por delgadez	1	0,37024839
Conductas de purgas	1	0,42789084
Sentimientos de inseguridad	1	<b>0,60528243</b>
Desempeño escolar	1	0,39513398
Comer social	1	<b>0,59273579</b>
Evaluación social	1	0,47105228
Presión deportiva por ser delgada	1	<b>0,64888175</b>
Dolores de estómago vinculados a estrés	1	0,44365826
Uso de sustancias	1	<b>0,5195418</b>
Apoyo personal	1	<b>0,63300963</b>
Apoyo compartido	1	<b>0,5898021</b>
Conductas de control del peso	1	<b>0,79283173</b>
Bromas de pares por el peso	1	<b>0,62613302</b>
Bromas de adultos por peso	1	<b>0,5701639</b>
Sentirse bonita	1	<b>0,72346731</b>
Importancia de estar en buena forma	1	<b>0,65526542</b>
Importancia de ser inteligente	1	<b>0,58654938</b>
Importancia de ser delgada	1	<b>0,64079117</b>
Importancia de salir adelante por sí misma	1	<b>0,56869845</b>

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales

Las comunales cuyo porcentaje de varianza explicada por los factores comunes es inferior a 0,50, alcanzan un 23,52%, mientras que aquellas cuyos valores superan el 0,60 constituyen un 50%.

En general, es posible mencionar que el 75% de las subescalas que presentan una comunalidad inferior a 0,50 (ver tabla N° 49) poseen además cargas factoriales menores a 0,50 (ver tabla N° 48) lo que indicaría que éstas no aportan en mayor medida a la configuración de los 8 factores, a la vez que este modelo no parece explicar un alto porcentaje de la variabilidad de estas subescalas.

No obstante lo anterior, un 77% de las subescalas presenta una alta comunalidad, por lo que es posible señalar que gran parte de la varianza de cada una de ellas está recogida por el análisis factorial seleccionado, lo que indica que al emplear los 8 factores en lugar de las 34 subescalas originales, no se está perdiendo un alto porcentaje de información.

Tomando en cuenta los antecedentes descritos, la elección de este modelo factorial es considerada la más pertinente para explicar los constructos teóricos a la base de las subescalas evaluadas por el cuestionario.

### ***Análisis Cualitativo:***

En el apartado anterior, se revisó la pertinencia matemática del modelo factorial escogido para la validez de constructo; sin embargo, también resulta necesario revisar la coherencia de la agrupación de las subescalas, basándose en los antecedentes teóricos y empíricos.

Debido a que la agrupación factorial seleccionada por el grupo investigador no replica con exactitud la versión original presentada por los autores, se procedió a designar con un nombre cada factor, en los casos que se estimó necesario.

Factor	Subescalas
1	Emociones asociadas a comer menos, Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura, Comer social, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso, Importancia de estar en buena forma, Importancia de ser delgada.

Este factor agrupa cuatro de las cinco subescalas que en el análisis norteamericano pertenecen al primer factor "Preocupación por la delgadez y presión social" (Modelaje de medios, Sobrepreocupación por peso y figura, Conductas de control del peso, Bromas de pares por peso).

Es posible señalar que existe coherencia teórica entre las subescalas Modelaje de los medios, Sobrepreocupación por peso y figura y Conductas de control del peso, ya que se asocian a la presión social por la delgadez. Esta valoración del ser delgada, generalmente conduce a las adolescentes a determinadas conductas tales como dietas y ejercicio físico, existiendo a la base una sobrepreocupación excesiva por el peso y por la necesidad de ajustar sus cuerpos al modelo ideal imperante en la cultura occidental (Neipp-López et al,2002).

Estas subescalas influirían en la formación del autoconcepto, propiciando una valoración excesiva de la Importancia de ser delgada. Para Stice (2002) la influencia de los pares en manifestaciones como burlas y bromas sobre el peso, pueden contribuir en las adolescentes a internalizar esquemas de delgadez exagerados y jugar un rol importante en el desarrollo de la insatisfacción corporal, preocupación por el cuerpo y/o trastornos alimentarios (Cattarin &Thompson, 1994; cit en Ghaderi, 2001), además de

ser posibles precipitadores de conductas restrictivas (Thompson, 1993 cit. en Vandereycken et al 2000).

El comer social se relaciona con modificar la alimentación en presencia de otras personas, por lo que es posible especular una asociación entre esta subescala y las bromas de los pares, considerando además que un valor asociado a la delgadez es el autocontrol y autosacrificio que probabiliza la puesta en marcha de determinadas conductas que conducen al ajuste del propio cuerpo a los modelos de belleza dominantes (Neipp-Lopez et al, 2002).

A partir de lo anterior, se considera pertinente conservar el nombre original del primer factor "Preocupación por la delgadez y presión social" propuesto por el grupo McKnight.

En el segundo factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
2	Apreciación de la apariencia, Confianza, Sentirse bonita

Este factor no forma parte del modelo original, si bien las subescalas *Apreciación de la apariencia* y *Confianza* aparecen agrupadas en el análisis original, se encuentran asociadas a las subescalas *Depresión* y *Evaluación social* con las que no se vinculan en este análisis.

Las tres subescalas que conforman este factor están altamente relacionadas con una valoración del sí mismo, las que a su vez se pueden asociar con el concepto de autoestima, en donde según Cervera (2003), niveles bajos de autoestima contribuyen a un mayor riesgo para desarrollar síntomas severos de trastornos alimentarios y otros trastornos psicológicos.

Según Rosen (1987, cit. en Vandereycken et al, 2000), una baja autoestima correlaciona con las actitudes negativas respecto del propio cuerpo, de lo que se podría deducir que el sentirse bonita y con confianza respecto de sí misma, jugaría un rol preponderante en la apreciación positiva de la apariencia.

De los antecedentes expuestos anteriormente, se propone designar el presente factor como: "Valoración de sí misma".

En el tercer factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
3	Atracones, Emociones asociadas a comer más, Bromas de adultos por peso

Este factor tampoco se da en el modelo propuesto por los investigadores norteamericanos. Sin embargo la revisión bibliográfica da cuenta de una relación entre las tres subescalas agrupadas.

Teóricamente las conductas de atracón pueden ser definidas como situaciones en las cuales se consume una gran cantidad de alimentos en poco tiempo (APA, 1995), siendo éstas asociadas a emociones negativas o adversas, ligadas a sentimientos de culpabilidad por el descontrol que implican estas conductas.

Se ha observado que los sujetos que presentan conductas de comer compulsivo, buscarían en éstas satisfacción y distracción frente a emociones adversas o descalificaciones previas, posterior al atracón vendrían sentimientos de culpa e ineficacia asociadas al descontrol en la ingesta de alimentos, los que confirmarían esta devaluación (Stice, 2002); a su vez estudios señalan que la presencia de ánimo negativo aumentaría la ingesta de alimentos calóricos en individuos que no presentan

TA, sugiriendo que el afecto negativo predispondría la aparición de un desorden alimentario (Cools, et al. 1992 cit en Stice, 2002).

Por otra parte, Fairburn et. al (1998), realizaron un estudio que pretendía detectar los factores de riesgo para el trastorno por atracón, en el cual se observó que los sujetos que presentaban conductas de comer compulsivo, eran más vulnerables a las bromas de los padres con respecto a la figura, alimentación o apariencia, así como también a las críticas o comentarios sobre el peso por parte de familiares o personas significativas.

A partir de la información revisada, se propone designar el presente factor como: "Comer compulsivo".

En el cuarto factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
4	Eventos vitales negativos, Sentimientos de inseguridad, Uso de sustancias

El modelo propuesto por los autores no contiene ninguna configuración que sea replicada por este factor. En el modelo original, las subescalas Uso de sustancias y Eventos vitales negativos conforman por sí solas, dos factores independientes (2 y 6 respectivamente). La subescala Sentimientos de inseguridad, no se agrupa en ninguno de los siete factores originales.

Teóricamente se considera que los eventos vitales negativos actúan como factores precipitantes de un trastorno en la medida en que se asocian a estrategias de afrontamiento inadecuadas (Ghaderi, 2001). Se podría especular que una persona que enfrenta situaciones adversas de manera insegura, podría interpretar una mayor cantidad de eventos vitales como estresantes, al no sentirse capaz de enfrentarlos. De

esta manera, se podría vincular la subescala de Inseguridad a Eventos vitales negativos.

En cuanto a la subescala de Uso de sustancias, un alto consumo, podría entenderse como una manera de huir de las problemáticas denotando un estilo de afrontamiento evitativo (García-Grau, 2002). Por otra parte, un estudio realizado por Saldaña (2001), propone una asociación entre sentimientos de inseguridad y uso de sustancias en bulímicas, al considerar la dificultad para controlar los impulsos que acompaña a la enfermedad, que sumado a sentimientos de inseguridad e ineffectividad se traducirían en comportamientos más bien caóticos, vinculados con el uso y abuso de sustancias.

De los antecedentes expuestos, se propone designar el presente factor como: "Estrés y uso de sustancias".

En el quinto factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
5	Perfeccionismo, Importancia de ser inteligente, Importancia de salir adelante por sí misma

Este factor no se da en el modelo propuesto por los autores. Sin embargo, se ha encontrado una alta prevalencia de rasgos de perfeccionismo en pacientes con Anorexia y Bulimia nerviosa (Behar, 1996), asociados a importante autocrítica y autoexigencia. Esto es concordante con las subescalas que destacan la Importancia de autoevaluarse como una persona inteligente y la autoexigencia de ser capaz de Salir adelante por sí misma.

Diversos estudios han encontrado que el perfeccionismo es un factor de riesgo para la Bulimia Nerviosa y un factor mantenedor de diversas patologías alimentarias (Santonastaso et al, 1999 cit en Stice, 2002).

Por otra parte, se considera que los Trastornos Alimentarios parecen ser una modalidad particular de inclinación a la autosuperación, donde los sujetos que padecen dichas patologías, hacen despliegue de un implacable autocontrol, de una metódica estricta, de una rigurosa escrupulosidad y de una severa disciplina para colocar el sello de superioridad en su quehacer cotidiano (Behar, 1996).

De los antecedentes expuestos, se considera pertinente designar el presente factor como: "Autoexigencia".

En el sexto factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
6	Preocupación de padres por delgadez, Evaluación social

Este factor no se configura en el modelo norteamericano. Sin embargo, se podría hipotetizar a partir de la agrupación de las subescalas, que una persona altamente influenciada por la aprobación externa, es más sensible a la opinión de las figuras que considera significativas, como los padres, ya que éstos a lo largo de la vida constituyen una influencia importante en la valoración que hace el sujeto de sí mismo.

Vivir en una familia que otorgue una excesiva importancia a la apariencia, al físico y a la alimentación constituye un claro factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Neipp-López, 2002; Halvarsson, 2000)

En este sentido, Hill & Franklin (1998, cit. en Gowers, 2001) sugieren que las madres cumplen un rol importante en la transmisión de los valores culturales asociados

con el peso, la figura y la apariencia; además, Smolak et al. (1999 cit. en Gowers, 2001) encontraron que los comentarios, especialmente de las madres, que indican una preocupación por el peso y figura, eran más influyentes que el modelaje conductual.

De los antecedentes expuestos, se considera pertinente designar el presente factor como: "Influencias parentales".

En el séptimo factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
7	Apoyo personal, Apoyo compartido

Esta agrupación replica el factor "Apoyo social" del modelo propuesto por los autores. La agrupación de estas subescalas presenta coherencia teórica, ya que, la presencia de amplias redes de apoyo social y soporte familiar son factores protectores para el desarrollo de patologías psiquiátricas, por lo que la percepción de redes deficientes predispondría la presencia de un Trastorno alimentario (Ghaderi, 2001).

Investigaciones realizadas en personas con trastornos alimentarios han indicado que estos perciben apoyo social más bajo por parte de sus amigos y familias, y redes de apoyo más deficientes y limitadas en comparación con el grupo control (Tiller, 1997; cit. en Ghaderi, 2001).

Considerando que este factor coincide con el original, se decide mantener su denominación previa, "Apoyo Social".

Finalmente, en el octavo factor se da la siguiente agrupación de subescalas:

<b>Factor</b>	<b>Subescalas</b>
8	Actividades que hacen sentir bien, Presión deportiva por la delgadez

Este factor no se da en el modelo propuesto por el grupo McKnight. Sin embargo, se considera que las subescalas agrupadas poseen cierta coherencia teórica.

En diversas investigaciones, se ha determinado que en poblaciones en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, se encuentran sujetos que otorgan una especial trascendencia al peso y la silueta corporal (Behar, 1999; cit. en Behar, 2002). El modelaje, la actuación, la danza y el deporte son actividades que podrían favorecer la manifestación de una patología alimentaria. Aquellos deportes en los cuales la delgadez o esbeltez de la silueta son condiciones importantes para el óptimo rendimiento, tales como atletismo, gimnasia, entre otros; son los más riesgosamente asociados con afecciones alimentarias (Behar et. al, 2002).

Por otra parte según Saldaña (2001), la alta presión por conseguir un peso y figura delgada, favorece que la motivación principal para realizar actividades deportivas, deje de ser “disfrutar y sentirse bien”, y se transforme en una exigencia para perder calorías y grasa.

De los antecedentes expuestos anteriormente, se propone designar el presente factor como: “Actividades extra escolares”.

En este contexto, se concluye que el análisis factorial del presente estudio, replica de modo parcial la estructura factorial del análisis desarrollado por los autores norteamericanos.

## EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

Para evaluar la confiabilidad del MRFS-IV, se realizaron dos cálculos del índice de consistencia interna mediante la técnica del Alpha de Cronbach; el primero entre los ítems pertenecientes a cada una de las subescalas, y el otro entre las subescalas que conforman los factores.

La consistencia entre reactivos se refiere al grado de correlación entre todos los reactivos en una escala. Una medida de este tipo, se calcula a partir de una sola aplicación de una forma única de una prueba, siendo útil a su vez, para evaluar la homogeneidad de la prueba (Jay et al., 2001).

Tomando en cuenta que los investigadores McKnight consideraron como aceptable un coeficiente alpha sobre 0,60, el análisis fue realizado en base a dicho planteamiento. A su vez, aquellas subescalas conformadas por un ítem y en las que el cálculo se realizaba mediante la suma de las respuestas, no fueron incluidas en este análisis.

En el 77,28% de los casos, el índice de consistencia de Cronbach resultó apropiado, arrojando cifras mayores a 0,60. Un 22,73% de los ítems mostraron una consistencia sobre 0,80, mientras que en el 22,72% restante el índice fue menor a 0,60. (Ver Tabla 48).

**Tabla N° 50: Coeficientes de Consistencia Interna alpha de Cronbach por subescalas.**

Coeficiente alpha	N° de subescalas	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
1,00-0,80	5	22,73	22,73
0,79-0,60	12	54,55	77,28
0,59-0,40	3	13,64	90,92
0,39-0,20	2	9,08	100
0,19-0,00	0	0	
Total	22	100	

El segundo análisis de Consistencia Interna, se realizó mediante la correlación entre las subescalas pertenecientes a cada uno de los factores de la estructura factorial, seleccionada a partir del análisis de validez de constructo.

El índice de consistencia interna de Cronbach para cada uno de los factores fue el siguiente:

**Tabla N° 51: Índice Consistencia Interna alpha de Cronbach por factor.**

Factor	Índice Alpha de Cronbach
1	0,90
2	0,81
3	0,71
4	0,64
5	0,61
6	0,37
7	0,48
8	No se realiza

Como se puede observar en la tabla anterior, los cinco primeros factores (71,4%) presentan índices de consistencia adecuados, es decir, un alpha sobre 0,60. Por su parte, dos de los factores (28,6%) arrojan un índice de Cronbach por debajo del criterio propuesto por los investigadores McKnight (0,60), evidenciando una menor homogeneidad entre sus componentes. A su vez, el factor 8 no es incluido en el análisis, ya que una de sus subescalas (Actividades que te hacen sentir bien) presenta una puntuación de la sumatoria de sus respuesta (Shisslak, 1999).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

A partir de los objetivos e hipótesis propuestos al inicio de la presente investigación, es posible concluir que:

Con respecto a la Adaptación transcultural del MRFS-IV para población de mujeres adolescentes de 6° a 8° año de enseñanza básica de la Provincia de Valparaíso, es relevante señalar que los pasos que conformaron esta etapa: preparación de la versión preliminar (traducción-retraducción), evaluación de ésta y pretest de la versión experimental, se llevaron a cabo en forma satisfactoria.

Respecto a los resultados obtenidos en la fase de adaptación, se constató que no hubo discrepancias significativas, tanto a nivel sintáctico como semántico, entre la versión original del MRFS-IV y la versión en inglés consensuada. Esto último, sumado a la evaluación realizada por los profesores de inglés de Colegios Británicos de la Provincia, da cuenta de la pertinencia y coherencia de la traducción del cuestionario, lo que fue complementado por el juicio de la psicolingüista como forma de contextualizarlo a nuestra cultura.

A partir de la aplicación del cuestionario experimental en castellano a la muestra piloto, se observó que en sólo 3 ítems del total, las participantes coincidieron en que la redacción era poco clara y su contenido difícil de comprender. A su vez, a partir de la entrevista realizada a las participantes, se comprobó que el formato alternativo de hoja de respuesta era factible de ser aplicado en una población con las características establecidas para la muestra de estudio. De esta manera, se desprende que la adaptación fue adecuada, lo que permitió continuar con las siguientes fases del proceso, y la posterior aplicación del instrumento en una muestra mayor.

Por otra parte, en cuanto a la Validez Concurrente, obtenida mediante la aplicación de las versiones original y adaptada en una muestra de sujetos bilingües, las respuestas obtenidas en ambas versiones, correlacionaron de manera significativa en el 79% de los ítems, con un nivel de significancia de 0,01, cumpliendo con la hipótesis planteada para este análisis. Esto implica que, más de tres cuartas partes del cuestionario estarían altamente relacionadas con el criterio de validación, correspondiente al MRFS-IV versión original. Sin embargo, de esto también se deduce que existiría un 21% de ítems donde no existe evidencia que respalde que ambas versiones sean equivalentes.

Lo anterior podría explicarse de diversas formas. En primer lugar, la variabilidad mostrada en algunas de las respuestas podría atribuirse a que el contenido medido tiende a variar en el tiempo, por ejemplo el ítem 31: *¿Con qué frecuencia te sentiste bonita?* podría ser una variable fácilmente modificada por el estado de ánimo, eventos cotidianos, etc., lo que podría contrastarse en futuras investigaciones a través del método de confiabilidad test-retest. Otra explicación para la variabilidad obtenida, apunta hacia el rango de edad de las participantes de la muestra bilingüe, donde el 50% de ellas tenía entre 11 y 12 años y cursaban sexto año básico, por lo que podrían presentar mayores dificultades en la comprensión de algunos conceptos o términos idiosincráticos en inglés, lo que sugiere para futuras investigaciones, considerar una muestra con mayor número de sujetos, más heterogénea y con un grado más elevado en el dominio del idioma.

Con respecto a la Validez de Contenido, los expertos consultados consideraron que la mayoría de los ítems de la versión adaptada del MRFS-IV eran pertinentes para identificar tanto los factores de riesgo como de protección de los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que aquellos evaluados como poco pertinentes,

coinciden con la baja evidencia teórica y empírica en cuanto a su relación con el desarrollo de dicha patología, excepto el caso de la “presencia de menarquia temprana” (ítem 63) que presenta antecedentes que avalan su implicancia como factor de riesgo.

En cuanto a la agrupación de los ítems en los factores propuestos por McKnight, los expertos coincidieron con lo planteado por los autores; lo que indica que el contenido de los factores que resultan del análisis original, es considerado como pertinente y válido desde un punto de vista teórico y clínico para la población chilena.

Respecto a la Validez de Constructo, la estructura factorial seleccionada agrupa 8 factores, que explican un 58,15% de la varianza total y considera un 76% de las subescalas. Esto podría interpretarse como un modelo que si bien, deja fuera una parte importante de los posibles factores de riesgo y protección involucrados en el desarrollo de un Trastorno Alimentario, es explicado de manera adecuada por las subescalas incluidas en el cuestionario.

Si bien, el análisis factorial del presente estudio replica de modo parcial la estructura factorial del análisis desarrollado por los autores, esto podría deberse en parte al porcentaje de ítems en los que no se evidenció que fueran equivalentes a sus homólogos de la versión original (Muestra Bilingüe). De esta manera, esto afectaría la validez de la puntuación de algunas subescalas, influyendo en los resultados del análisis factorial. A su vez, estas discrepancias podrían explicarse debido a diferencias culturales propias de la idiosincrasia de cada país, considerando que la muestra del estudio norteamericano estuvo constituida por diversas etnias: blanca, negra e hispana, dando mayor diversidad cultural y heterogeneidad a la muestra.

De todos modos, se cumple la hipótesis, considerando que la mayoría de los factores se agruparon de manera coherente a la luz de los antecedentes teóricos y empíricos revisados para el estudio.

Por otra parte, respecto a la confiabilidad de las subescalas de la versión adaptada del MRFS-IV, en el 77,28% de los casos, el índice de consistencia alpha de Cronbach resultó apropiado, arrojando cifras mayores a 0,60; lo que indica que los ítems que pertenecen a la mayoría de las subescalas son homogéneos y por lo tanto, evalúan un concepto común a todos ellos.

En relación a los índices de consistencia interna de los factores, se puede señalar que el Primer factor "Preocupación por la delgadez y presión social", es el más consistente con 0,90, lo que avalaría que las subescalas que lo componen, efectivamente evaluarían un concepto común. Además, cabe destacar que este es el factor más potente, desde un punto de vista teórico y de la cantidad de varianza explicada.

A su vez, los factores 2, 3, 4 y 5 presentan índices de consistencia interna superiores a 0,60; por lo que, las subescalas que componen estos factores, muestran ser homogéneas entre sí.

En los factores restantes, las subescalas no muestran evidencia en cuanto a evaluar un concepto en común. Llama la atención que el séptimo factor "Apoyo Social", presente estos resultados, ya que teóricamente debiera ser altamente consistente, dado que las dos subescalas que lo componen apuntan al mismo constructo.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIONES

El McKnight Risk Factor Survey IV, es el único instrumento a nivel mundial que permite identificar factores de riesgo y protección en trastornos de la conducta alimentaria, lo cual posibilita el posterior desarrollo de programas de promoción de alimentación y control del peso saludables, así como también la elaboración de estrategias preventivas, mediante programas escolares que permitan disminuir la aparición de los TCA en mujeres adolescentes.

El presente estudio constituye un primer paso para la adaptación y validación de dicho cuestionario en la provincia de Valparaíso, considerando que en Chile no se cuenta con instrumentos válidos que permitan evaluar y/o diagnosticar trastornos alimentarios, así como tampoco herramientas que permitan identificar factores asociados al desencadenamiento de tales patologías.

A su vez, la situación actual de la investigación en Chile en torno a estas patologías psiquiátricas es escasa, poco representativa y de baja rigurosidad metodológica; lo que lleva a cuestionar los criterios que se están utilizando para el desarrollo de intervenciones tanto a nivel clínico como comunitario, las cuales tendrían un escaso respaldo empírico que avale los fenómenos y aspectos involucrados, en los que se focalizan dichas prácticas. Además, esto permite reflexionar sobre la utilización inapropiada de instrumentos que no están adaptados y validados a la realidad chilena, lo que implica el uso de estándares ajenos a nuestra cultura y por lo tanto, la poca fiabilidad de los resultados que lleva a la categorización arbitraria de los sujetos a partir de criterios externos a nuestra cultura. De este modo, el presente estudio permite disminuir la brecha existente entre la evidencia teórica y empírica, dando cuenta de la necesidad de contar con herramientas adaptadas a la realidad de la población chilena.

En el presente estudio, se planteó como hipótesis que la estructura factorial que se obtuviera, debía corresponderse con el modelo factorial propuesto por los autores norteamericanos o bien, ser coherente con los antecedentes conceptuales disponibles en la literatura especializada. Con respecto al primer punto, se puede decir que existió divergencia en la mayoría de los factores, por lo que se estructuró un nuevo modelo factorial que daría cuenta del fenómeno en la realidad chilena.

Respecto de la estructura factorial obtenida, es posible mencionar que si bien el modelo chileno aumenta la complejidad de la estructura, agregando un factor, incluye un mayor número de subescalas agrupadas, por lo cual abarca un mayor número de dominios de riesgo, dando cuenta del fenómeno de los factores de riesgo y protección en los trastornos alimentarios en forma más acabada.

	<b>Modelo Factorial Muestra Norteamericana</b>	<b>Modelo Factorial Muestra Chilena</b>
<b>Nº de Factores</b>	7	8
<b>Nº de Factores</b>	17	26

Por otra parte, existen ciertas agrupaciones de subescalas interesantes de analizar.

En lo que se refiere al factor "Preocupación por la delgadez y presión social", llama la atención que siendo el factor que conceptualmente está más directamente relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, es también el que explica un mayor porcentaje de la varianza. Además, la agrupación es muy similar al factor que, tras un estudio prospectivo en la muestra norteamericana, predijo de mejor manera el desarrollo de trastorno alimentario. Esto podría deberse a que las subescalas de este factor contienen aspectos específicos de los TCA.

**Preocupación por la delgadez  
y presión social (Chile)**

Modelaje de los medios
Sobrepresocupación por peso y figura
Conductas de control del peso
Bromas de pares por peso
Comer social
Emociones asociadas a comer menos
Importancia de ser delgada
Importancia de estar en buena forma

**Preocupación por la delgadez  
y presión social (E.E.U.U)**

Modelaje de los medios
Sobrepresocupación por peso y figura
Conductas de control del peso
Bromas de pares por peso
Preocupación de pares por delgadez

Como se observa, las cuatro primeras subescalas son iguales en ambos modelos factoriales. Además, aquellas que se agregan en la estructura chilena, no alteran la lógica original, por lo que se mantiene el rótulo que las agrupa. A su vez, la inclusión de dichas subescalas agrega una dimensión más psicológica (emocional y cognitiva), complementando el reporte conductual de la configuración original.

Por otra parte el factor "Valoración de sí misma" puede ser comparado con el "Influencias psicológicas generales", de la configuración McKnight.

**Valoración de sí misma (Chile)**

Apreciación de la apariencia
Confianza
Sentirse bonita

**Influencias psicológicas generales  
(E.E.U.U)**

Apreciación de la apariencia
Confianza
Depresión
Evaluación social.

Como se puede observar, ambas configuraciones agrupan dos subescalas equivalentes. Sin embargo, el modelo chileno posee mayor especificidad, dando cuenta de una dimensión de autoestima, lo que puede ser objeto de estudio para la elaboración de futuros programas de prevención, considerando su cualidad de factor protector.

El factor "Comer compulsivo", agrupa escalas que no estaban incluidas en la configuración original propuesta por los investigadores; sin embargo la literatura especializada da cuenta de una relación bastante interesante entre estas subescalas, reflejando un hecho observado en la clínica, donde las adolescentes suelen presentar un episodio de atracón, luego de una situación de devaluación social. Sin embargo, al revisar los estudios de Fairburn et. al (1998), surge la interrogante de si las bromas serían factores precipitadores de un atracón o más bien, los sujetos que presentan conductas de comer compulsivo, serían más vulnerables a las bromas de sus padres u otros adultos significativos.

**Comer compulsivo (Chile)**

Atracones
Emociones asociadas a comer más
Bromas de adultos por peso

En cuanto al factor "Estrés y uso de sustancias" este aporta simplicidad al modelo original, ya que resume dos de sus factores en uno.

**Eventos vitales negativos (E.E.U.U)**

Eventos vitales negativos
---------------------------

**Uso de sustancias (E.E.U.U)**

Uso de sustancias
-------------------



**Estrés y uso de sustancias (Chile)**

Eventos vitales negativos
Sentimientos de inseguridad
Uso de sustancias

La agrupación de estas subescalas, da cuenta de una relación interesante desde el punto de vista de las estrategias de afrontamiento, en donde el utilizar un estilo de afrontamiento evitativo se asociaría tanto al consumo de sustancias, como a los sentimientos de inseguridad que predisponen al sujeto a interpretar una mayor cantidad de eventos vitales como estresantes.

Respecto al factor "Autoexigencia", podría ser asociado con la agrupación original "Desempeño escolar", donde esta última incluye la subescala perfeccionismo.

#### **Autoexigencia (Chile)**

Perfeccionismo
Importancia de ser inteligencia
Importancia de salir adelante por sí misma

#### **Desempeño escolar (E.E.U.U)**

Perfeccionismo
Desempeño escolar

Si bien, en ambas configuraciones se agrupa la subescala perfeccionismo podría especularse, que en el modelo norteamericano éste estaría asociado a la importancia del éxito y productividad propio de dicha cultura. Mientras que en el modelo chileno, el perfeccionismo daría cuenta de aspectos más bien psicológicos asociados al autoconcepto y autosuperación.

El factor "Influencias parentales" conserva el nombre original propuesto por los investigadores, sin embargo la configuración y el sentido de la agrupación es distinto.

#### **Influencias parentales (Chile)**

Preocupación de padres por delgadez
Evaluación social

#### **Influencias parentales (E.E.U.U)**

Preocupación de padres por delgadez
Bromas de adultos por el peso

Cabe destacar que tanto en la muestra norteamericana, como en la chilena, aparecen las "Influencias parentales" como un factor de riesgo. Sin embargo, en las dos muestras éste tiene distinta configuración. En la estadounidense, la preocupación de los padres por la delgadez se asociaría a bromas de adultos por el peso, por lo que tendría que ver con un contexto familiar devaluador para la adolescente; mientras que en la muestra chilena esta preocupación se asocia a la evaluación social, por lo que los padres actuarían como figuras transmisoras de los valores culturales asociados con el peso, figura y apariencia, pero sin tener el contenido de crítica hacia la niña. Esto podría dar cuenta de diferencias culturales en la relación padres e hijos.

El factor "Apoyo social" también conserva el nombre original y configuración propuesta por los investigadores, sin embargo, resulta interesante que presente baja consistencia interna, dado que los ítems de sus subescalas, apoyo personal y apoyo compartido, son conceptualmente homogéneas y sin embargo las respuestas de las niñas serían poco consistentes. Tal vez, esto podría relacionarse a la inestabilidad e inconsistencia en las relaciones interpersonales propias de la adolescencia, o bien que ambas subescalas apuntan a diferentes tipos de apoyo: familiar y de pares, este último adquiriéndose en una posterior etapa evolutiva.

Finalmente, el octavo factor propuesto en el modelo chileno asocia dos escalas vinculadas a las actividades que realizan las niñas adolescentes.

#### **Actividades extra escolares (Chile)**

Actividades que hacen sentir bien
Presión deportiva por ser delgada

Este factor aporta novedad al modelo, ya que ninguna de estas subescalas se agruparon en el modelo original presentando tanto coherencia teórica, como evidencia empírica. En este sentido, las actividades que hacen sentir bien se asociarían a aquellas que involucran presión por ser delgada, donde el bienestar subjetivo estaría asociado a dicha condición, dando cuenta de un alto riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

En general, es posible señalar que si bien la estructura factorial obtenida en esta investigación no replica el modelo original, es coherente a la luz de los antecedentes teóricos y empíricos, lo que implica que el instrumento mediría aquellos factores de riesgo y protección para el desarrollo de un trastorno alimentario descritos en la literatura especializada.

Como todo estudio, el presente no está exento de limitaciones, dentro de éstas se pueden mencionar las relacionadas con el instrumento propiamente tal y las que se vinculan con los procedimientos de la investigación.

Respecto de las primeras, es posible mencionar que como en todo cuestionario de autorreporte, pueden existir sesgos tanto por la distorsión de las respuestas por parte de las participantes, así como por inexactitudes dada la dificultad en la comprensión de los ítems y aspectos que escapan al control del grupo investigador tales como: deseabilidad social, omisiones, recursos personales, etc.

En cuanto a las limitaciones metodológicas del estudio, se encuentran aquellas vinculadas a la muestra bilingüe en la fase de evaluación de validez concurrente, la cual estuvo compuesta por un número reducido de niñas que pertenecían en su mayoría a Sexto básico, por lo que podrían no haber dominado el idioma inglés en el

nivel necesario; lo que pudo haber interferido en que un porcentaje de ítems no presentaran correlación significativa.

En cuanto a las proyecciones, se puede señalar la importancia de continuar estudiando el comportamiento del cuestionario en muestras similares. De modo más específico, sería conveniente la aplicación del MRFS-IV en niñas adolescentes de otras provincias representativas del país.

Por otra parte, se considera necesario replicar el análisis de validez concurrente, utilizando una muestra más amplia de niñas bilingües, cuyo nivel de inglés sea previamente evaluado para asegurar un manejo adecuado del idioma, con el fin de disminuir los sesgos de la investigación. A su vez, sería importante complementar este análisis con la aplicación de pruebas psicométricas validadas, para relacionar algunas subescalas con una variable criterio; por ejemplo, es posible correlacionar el factor "Valoración de sí misma" con las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Autoestima de Coopersmith, o aplicar paralelamente el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Gracia & Musitu, para observar la validez concurrente del factor "Apoyo social".

Asimismo, es importante replicar la aplicación del MRFS-IV para contrastar los resultados obtenidos en la evaluación de la validez de constructo, en búsqueda de un modelo factorial cada vez más consistente, donde sea posible confirmar la agrupación de 8 factores propuesta o generar modificaciones pertinentes, a partir de los resultados encontrados.

Para estimar la estabilidad de las variables medidas por el cuestionario, sería adecuado aplicarlo en dos oportunidades a la misma muestra, mediante una estimación de confiabilidad test-retest.

Considerando la necesidad de establecer criterios normativos que permitan evaluar si un sujeto presenta alto o bajo riesgo, respecto de los distintos factores contemplados en el MRFS-IV para los trastornos de la conducta alimentaria, se debe estandarizar el instrumento en población adolescente chilena.

Finalmente, es fundamental para asegurar la medición de factores de riesgo y protección para el desarrollo de trastornos alimentarios, realizar un estudio longitudinal que permita evaluar si las variables contempladas por el cuestionario MRFS-IV, realmente identifican condiciones que preceden la probabilidad de ocurrencia de una patología alimentaria en población chilena. Esto podría corroborarse a través de un estudio de validez predictiva.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association.(1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Cuarta edición Ed Masson S.A. Madrid, España.
- Anderluh, M; Tchanturia, K; Rabe-Hesketh, S; Treasure, J (2003). Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women with Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorders Phenotype. Am J Psychiatry 2003; 160:242-247).
- Andrade, M; Zacarías, I (1998). Programa Estilos de Vida y Conducta Alimentaria del Adolescente. MECE / Educación Media. Santiago, Chile.
- Appolinario, JC (2002) Transtornos Alimentares. Rev Bras Psiquiatr 24 (Supl III): 1-2.
- Assumpção C, Cabral M. (2002) Complicações da Anorexia e Bulimia. Rev Bras Psiquiatr 24 (Supl III): 29-33
- Athanássios, T; Medeiros, A. (2002) Trastornos Alimentares: fundamentos historicos.. Rev Bras Psiquiatr 24 (Supl III): 3-6.
- Banville, D; Desrosiers, P; Genet-Volet, Y. (2000). Translating questionnaires and inventories using a cross-cultural translation technique. Journal of Teaching in Physical Education. 19: 374-387.
- Behar, R. (1996) El Perfeccionismo en los Trastornos del Hábito del Comer. Rev Chil Neuro-Psiquiat 34: 257-262.

Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. (2001) Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Méd Chile 129:1003-11

Behar R, De la Barrera M, Michelotti J.(2002) Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. Rev Méd Chile 130:964-975

Behar, R; Hernández, P (2002). Deportes y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev Med Chile Vol 130 n° 3. Santiago, Chile

Behar, R. (2000). Capítulo XVIII: Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Psiquiatría Clínica. Herleein, A. Editorial Universitaria

Boyd, M (2000). Psychiatric Nursing: Contemporary Practice, 2nd Edition. LWW Editions.

Cervera S, Lahortiga, F, Martínez-González M, Gual P, Irala-Estévez J, Alonso Y (2003) Neuroticism and Low Self-esteem as Risk Factors for Incident Eating Disorders in a Prospective Cohort Study. Wiley Periodicals.

Cordella, P. Capítulo XXIII. Trastornos en la alimentación. En Valdivieso F., Sergio (2001) Fundamentos de psiquiatría clínica. Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Cuñado, A; Bernardo, C; Rial, C; Marco, A; García, F. (2002). Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). Enfermería Clínica; 12 (5): 273-80.

Espelage, D; Aggen, S; Mazzeo, S; Quitner, A; Sherman, R; Thompson, R (2003) Examining the Construct Validity of the Eating Disorder Inventory. Psychological Assessment, vol 15, N° 1, 71-80.

Fairburn, Ch; Welch, S; Doll, H; Davies, B; O'Connor, M .(1997) Risk Factors for Bulimia Nervosa. Arch Gen Psychiatry Vol 54: 509-517.

Fairburn, C; Doll, H; Welch, S; Hay, P; Davies, B; O'Connor, M. (1998) Risk factors for binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:425-432.

Fairburn, C; Cooper, Z; Doll, H; Welch, S (1999). Risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:468-476.

Fairburn, C; Harrison, P. (2003) Eating Disorders. Lancet 361: 407-16.

Field, A; Camargo, C; Taylor, B; Berkey, C; Frazier, L; Gillman, M; Colditz, G. (1999). Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Field, A; Camargo, C; Taylor, B; Berkey, C; Roberts, S; Colditz, G. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. Pediatrics.

Field, A; Austin, B; Frazier, L; Gillman, M; Camargo, C; Colditz, G. (2002). Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors: In which order are the behaviors adopted?(Statistical Data Included). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Fontanelle, L; Cordes, T; Sassi, E. (2002) Eating Disorders and the mood and obsessive-compulsive spectrum. Rev Bras Psiquiatr 24 (Supl III): 24-28.

Friedman, S. (1999). The diet/ weight obsession. Healthy Attitudes Program, Vancouver Richmond Health.

Garner, D; Garfinkel, P. (1979) The Eating Attitudes Test: An Index of th ymptoms of Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine, 10, 647-656

Ghaderi, A. (2001) Review of Risk Factor for Eating Disorders: Implications for Primary Prevention and Cognitive Behavioural Therapy. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy Vol. 30, N° 2: 57-74.

Ghaderi, Ata (1999). Prevalence, Incidence, and Prospective Risk Factors for Eating Disorders among Young Adult Women in the General Population. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology of Uppsala University.

González, L; Hidalgo, M; Hurtado, M; Nova, C; Venegas, M. (2003) Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XI, N° 1.

Gowers, S; Shore, A (2001).Development of Weight and Shape Concerns in the Aetiology of Eating Disorders. The British Journal of Psychiatry 179: 236-242.

Hair, J.F; Anderson, R.E; Tatham, R.L.; Black, W. (1995). Multivariate Data Analysis.

Halvarsson, K (2000) Dieting and Eating Attitudes in Girls: Development and Prediction.  
Disertation for the degree of Doctor of Philosophy in Science presented at Uppsala University.

Hay, P. (2002). Epidemiología dos transtornos alimentares:estado atual e desenvolvimentos futuros. Rev Bras Psiquiatr 24 (Supl III):13-7

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México.

Jacobi, C; Agras, S; Hammer, L. (2001). Predicting Children's Reported Eating Disturbances at 8 Years of Age. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Jay, R; Swerdlik, M. (2001) Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición. Ed.Mc Graw Hill. México

Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A.(1988) Abnormal eating attitudes in London schoolgirls--a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires Psychol Med Aug;18(3):615-22

Jones J.M; Lawson M.L; Daneman D; Olmsted, M.P; Rodin, G (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. BMJ 320:1563-1566, 2000.

Kaplan, H. (2000). Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta. Ed.Panamericana. Madrid, España.

Keel, P; Dorer, D; Eddy, K; Franko, D; Charatán, D; Herzog, D. (2003) Predictors of Mortality in Eating Disorders. Arch Gen Psychiatry 60: 179-183.

Kotler, L; Cohen, P; Davies, M; Pine, D; Walsh, T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40 (12): 1434-1440.

Kraemer, H; Kazdin, A; Offord, D; Kessler, R; Jensen, P; Kupfer, D. (1997) Coming to Terms With the Terms of Risk. Arch Gen Psychiatry Vol 54: 337-343.

Kraemer, H; Stice, E; Kazdin, A; Offord, D; Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together?. Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. Am J Psychiatry; 158: 848-856.

Marín, V (2002) Trastornos de la Conducta alimentaria en Escolares y Adolescentes. Rev Chil Nutr Vol 29 n° 2.

Martínez-González, M; Gual, P; Lahortiga, F; Alonso, Y; Irala-Estévez, J; Cervera, S. (2003). Parental Factors, Mass Media Influences, and the Onset of Eating Disorders in a Prospective Population- Based Cohort. Pediatrics Vol 111 n°2

McKnight Investigators (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. Am J Psychiatry 160:248-254

Neipp-López, R; Neipp López, MC; Retortillo Calvo, MP; Castellanos Martínez, J.(2002). Variables Disposicionales y Factores de Riesgo en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Salud Rural Vol 19 n° 18.

Patton, G; Selzer, R; Coffey, C; Carling, J; Wolfe, R. (1999) Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ Vol. 318: 765-768.

Paxton, S. (2003). Evaluated Prevention Intervention Research Literature. Body Image and Health Inc and Psychology Department, University of Melbourne.

Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. Archives of Women's Ment Health 4:67-78.

Pozo, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León. Servicio de Psiquiatría, Hospital General Yagüe y Hospital Divino Valles.

Ruiz-Lázaro, P (2003). Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España. Interpsiquis 2003.

Saldaña, C (2001) Detección y Prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente. Ed. Psicología Pirámide. Madrid, España.

Shisslak, C; Crago, M; Neal, M; Swain, B (1987) Primary Prevention of Eating Disorders Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 55, n° 5: 660-667.

Shisslak, C; Renger, R; Sharpe, T; Crago, M; McKnight, K; Gray, N; Bryson, S; Estes, L; Parnaby, O; Killen, J; Taylor, B. (1999). Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for Assessing Potential Risk and Protective Factors for Disordered Eating in Preadolescent and Adolescent Girls. Int J Eat Disord; 25: 195-214.

Smolak, L; Levine, M (2001). A two-year follow-up of a Primary Prevention Program for negative body image and unhealthy weight regulation. Eating Disorders, 9: 313-325, 2001.

Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin. Vol 128, n°5, 825-848.

Stunkard, A; Sorensen, T; Schulsinger, F; (1983) Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness, en Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders, editado por Kety S; Rowland, L; Sidman, R; Matthysse S. Raven Press, New York.

Stunkard, A; Messick, S. (1985) The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. Journal of Psychosomatic Research, Vol 29, no 1, pp. 71-83.

Stunkard, A (1997) Eating Disorders: The Last 25 Years. *Appetite*, 29: 181-190.

Thomas, K; Ricciardelli, L; Williams, L. (2000). Gender Traits and Self-Concept: Indicators of Problem Eating and Body Dissatisfaction Among Children. *Journal of Research*.

Vandereycken, W; Noordenbos, G. (2000). La Prevención de los Trastornos Alimentarios. Ed. Granica, Santiago, Chile.

Welch, S. (1996) Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community – based case control study. *Child abuse & Neglect*, Vol. 20, N° 7: 633-642.

Winters, N; Myers, K; Proud, L. (2002). Ten-year review of rating scales. III: scales assessing suicidality; cognitive style, and self-esteem. (Research Update Review). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Wonderlich,S; Crosby, R; Mitchell, J; Roberts, J; Haseltine, B; Demuth, G;Thompson,K. (2000). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disturbance in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

**ANEXO 1**

The questions below ask about what it is like to be a girl or young woman today. There are no right or wrong answers. We just want to know what you think. If you have problems with any of the questions, please raise your hand and we will help you.

1. In the past year, how often did you feel confident?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

2. In the past year, how often have you been on a diet TO LOSE WEIGHT?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

3. In the past year, how often have you worried about having fat on your body?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

4. In the past year, how often have you starved (not eaten) for a day or more TO LOSE WEIGHT?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

5. In the past year, how often did you drink alcohol when you were by yourself or with friends?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

6. In the past year, how often did you eat less than usual when you were bored?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

7. In the past year, how often have you felt fat?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

8. In the past year, how often have you tried to lose weight?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

9. In the past year, how often have you thought about wanting to be thinner?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

10. In the past year, how often has your father made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?

*(Remember that "father" is the adult man in your life who acts most like a father to you.)*

I do not  
have contact with  
anyone that I think of  
as a "father"

0

Never

1

A Little

2

Sometimes

3

A Lot

4

Always

5

11. In the past year, how often have you changed your eating when you were around girls/young women?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

12. In the past year, how often have you had someone you can count on to listen to you when you need to talk?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

13. In the past year, how often have you cut back on what you ate TO LOSE WEIGHT?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

14. In the past year, how often did you use drugs (not medicine)?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

15. In the past year, how often did you eat less than usual to try to feel better about yourself?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

16. In the past year, how often have you had someone to share your most private worries and fears with?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

17. In the past year, how often have girls/young women (including sisters) made fun of you because of your weight?

Never  
1A Little  
2Sometimes  
3A Lot  
4Always  
5

18. In the past year, how often have you taken laxatives or "water" pills TO LOSE WEIGHT?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

19. In the past year, how often have you felt ugly?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

20. In the past year, how often have you skipped meals TO LOSE WEIGHT?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

21. In the past year, how often have you liked most things about yourself?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

22. In the past year, how often have you had headaches?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

23. In the past year, how often have you kept eating and eating and felt like you could not stop?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

24. In the past year, how often has a teacher or coach made a comment to you about your weight that made you feel bad?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

25. In the past year, how often did you eat more than usual when you were bored?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

26. In the past year, how often did you smoke cigarettes?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

27. In the past year, how often did you feel worthless?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
28. In the past year, how often did you notice you didn't have as much energy as you usually do?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
29. In the past year, how often have you exercised TO LOSE WEIGHT?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
30. In the past year, how often did you feel "down in the dumps" or "depressed"?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
31. In the past year, how often have you felt pretty?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
32. In the past year, how often have you had stomachaches?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
33. In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by boys/young men (including brothers)?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
34. In the past year, how often have you MADE yourself throw-up TO LOSE WEIGHT?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
35. In the past year, how often have you been happy just the way you are?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
36. In the past year, how often have you eaten less sweets or fatty foods TO LOSE WEIGHT?
- |            |               |                |            |             |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|
| Never<br>1 | A Little<br>2 | Sometimes<br>3 | A Lot<br>4 | Always<br>5 |
|------------|---------------|----------------|------------|-------------|

37. In the past year, how often have boys/young men (including brothers) made fun of you because of your weight?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

38. In the past year, how often has your mother made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?

*(Remember that "mother" is the adult woman in your life who acts most like a mother to you.)*

I do not  
have contact with  
anyone that I think of  
as a "mother"

0

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

39. In the past year, how often have you had someone to help you understand a problem when you needed it?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

40. In the past year, how often did you eat less than usual when you were upset?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

41. In the past year, how often have you taken diet pills TO LOSE WEIGHT?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

42. In the past year, how often did you eat more than usual to try to feel better about yourself?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

43. In the past year, how often have your female friends talked about wanting to lose weight?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

44. In the past year, how often have you changed your eating when you were around boys/young men?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

45. In the past year, how often did you have trouble concentrating?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

46. In the past year, how often did you eat more than usual when you were upset?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

47. In the past year, how often did you have trouble enjoying activities you usually enjoy?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

48. In the past year, how often did you eat a lot of food in a short amount of time when it was NOT a meal or a holiday?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

49. In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by girls/young women (including sisters)?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

50. In the past year, how often have photographs/pictures of thin girls/women made you wish that you were thin?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

51. In the past year, how much have you worried about gaining two pounds?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

52. If boys (including brothers) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?

I have <u>not</u> been teased 0	Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
---------------------------------------	-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

53. In the past year, how much has your weight made a difference in how you feel about yourself?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

54. In the past year, how happy have you been with the way your body looks?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

55. In the past year, how much do you think your weight made boys NOT like you?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

56. In the past year, how important has it been to your friends that you be thin?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

57. If girls (including sisters) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?

I have <u>not</u> been teased 0	Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
---------------------------------------	-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

58. In the past year, how much have you tried to look like the girls or women you see on television, in movies, or in magazines?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

59. In the past year, how important has it been to your mother that you be thin?

*(Remember that "mother" is the adult woman in your life who acts most like a mother to you.)*

I do <u>not</u> have contact with anyone that I think of as a "mother" 0	Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
--	------------	---------------	----------------	------------	-------------

60. In the past year, how much do you think your weight made other girls NOT like you?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

61. In the past year, how important has it been to your father that you be thin?

*(Remember that "father" is the adult man in your life who acts most like a father to you.)*

I do <u>not</u> have contact with anyone that I think of as a "father" 0	Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
--	------------	---------------	----------------	------------	-------------

62. In the past year, how important has it been to your friends that they be thin?

Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5
-----------------	---------------	------------------	------------	--------------

63. Have you gotten your first period yet? No Yes  
0 1

If **Yes**, what grade were you in when you got your first period? *(Circle one.)*

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Before 4th grade       | 10. In the 8th grade        |
| 2. In the 4th grade       | 11. Summer after 8th grade  |
| 3. Summer after 4th grade | 12. In the 9th grade        |
| 4. In the 5th grade       | 13. Summer after 9th grade  |
| 5. Summer after 5th grade | 14. In the 10th grade       |
| 6. In the 6th grade       | 15. Summer after 10th grade |
| 7. Summer after 6th grade | 16. In the 11th grade       |
| 8. In the 7th grade       | 17. Summer after 11th grade |
| 9. Summer after 7th grade | 18. In the 12th grade       |

64. Have you started to date? No Yes  
0 1

If **Yes**, what grade were you in when you started to date? *(Circle one.)*

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Before 4th grade       | 10. In the 8th grade        |
| 2. In the 4th grade       | 11. Summer after 8th grade  |
| 3. Summer after 4th grade | 12. In the 9th grade        |
| 4. In the 5th grade       | 13. Summer after 9th grade  |
| 5. Summer after 5th grade | 14. In the 10th grade       |
| 6. In the 6th grade       | 15. Summer after 10th grade |
| 7. Summer after 6th grade | 16. In the 11th grade       |
| 8. In the 7th grade       | 17. Summer after 11th grade |
| 9. Summer after 7th grade | 18. In the 12th grade       |

65. Do you go to a different school now than you did last year? No Yes  
0 1

66. In the past year, has your body changed? No Yes  
0 1

If **Yes**, how bothered are you about your body changing?

Not At All	A Little	Pretty Much	A Lot	Totally
1	2	3	4	5

67.	In the past year, have you broken up with a boyfriend?	No 0	Yes 1
68.	In the past year, have you been seriously injured or seriously ill?	No 0	Yes 1
69.	In the past year, have you lost a friend (for example, because of a fight or a move)?	No 0	Yes 1
70.	In the past year, have any of your pets died?	No 0	Yes 1
71.	In the past year, have you felt rejected by someone important to you?	No 0	Yes 1
72.	In the past year, have you felt threatened <u>at school</u> ?	No 0	Yes 1
73.	In the past year, has anyone important to you died?	No 0	Yes 1
74.	In the past year, have your parents separated, divorced, or split up?	No 0	Yes 1
75.	In the past year, have you felt threatened <u>outside of school</u> ?	No 0	Yes 1
76.	In the past year, have other people noticed changes in your body?	No 0	Yes 1

If Yes, how bothered are you about other people noticing changes in your body?

	Not At All 1	A Little 2	Pretty Much 3	A Lot 4	Totally 5	No 0	Yes 1
77.	In the past year, have either of your parents gotten remarried?					No 0	Yes 1
78.	In the past year, have you been a cheerleader, a songleader or on a drill/dance team?					No 0	Yes 1
79.	In the past year, have you had to take medicine (like Ritalin) to help you pay attention and do better in school?					No 0	Yes 1
80.	In the past year, have you had to take insulin to help you control diabetes?					No 0	Yes 1
81.	In the past year, have you felt, or have others told you, that you eat less than you should?					No 0	Yes 1

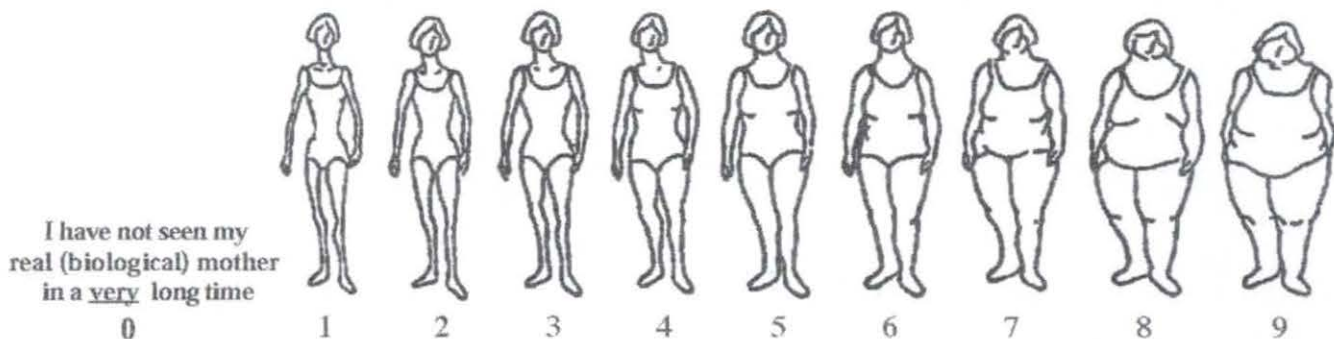
82. Please circle any of the people you talk to when you have a problem: (You can circle more than one)

- A. Mother/Stepmother
- B. Father/Stepfather
- C. Brother/Stepbrother
- D. Sister/Stepsister
- E. Other relative
- F. Friend
- G. Boyfriend
- H. Coach/Teacher
- I. Counselor/Minister/Priest/Rabbi
- J. Other person: \_\_\_\_\_
- K. No one

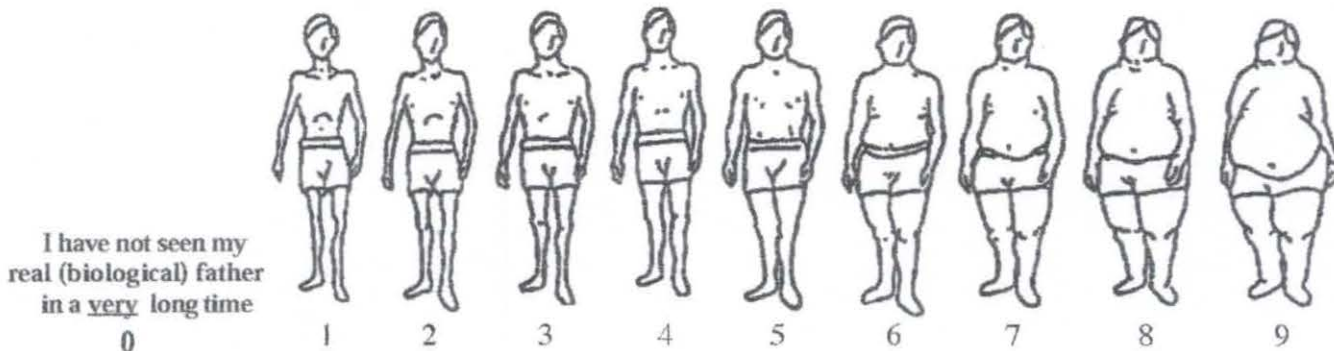
83. In the past year, how have you been doing in school?

- Failing 0      Below Average 1      Average 2      Above Average 3

84. Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) MOTHER weigh (NOT including when she is or was pregnant).



85. Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) FATHER weigh.



86. Only outstanding performance is good enough in my family.

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

87. I try very hard to avoid disappointing my parents and teachers.

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

88. I need to be the best at things.

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

89. I feel that I must do things perfectly or not do them at all.

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

90. I have extremely high goals.

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

91. How often do you worry about what other people will think of you?

Never 1	A Little 2	Sometimes 3	A Lot 4	Always 5
------------	---------------	----------------	------------	-------------

92. To feel good about yourself, how important is it to be physically strong?

Not At All Important 1	A Little Important 2	Pretty Much Important 3	A Lot Important 4	Totally Important 5
------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------

93. To feel good about yourself, how important is it to be smart?

Not At All Important 1	A Little Important 2	Pretty Much Important 3	A Lot Important 4	Totally Important 5
------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------

94. To feel good about yourself, how important is it to be thin?

Not At All Important 1	A Little Important 2	Pretty Much Important 3	A Lot Important 4	Totally Important 5
------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------

95. To feel good about yourself, how important is it to stand up for yourself?

Not At All Important 1	A Little Important 2	Pretty Much Important 3	A Lot Important 4	Totally Important 5
------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------

96. In the past year, has there been a supportive woman (role model) in your life who you look up to and/or talk to about the things that happen to you? No 0 Yes 1
97. Have other people told you that you have an eating disorder (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)? No 0 Yes 1
98. Are you training to become a professional dancer or ballerina? No 0 Yes 1
99. Do you think that you have an eating disorder now (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)? No 0 Yes 1
100. In the past year, have you trained for competition in any of the following sports:
- |                 |         |          |
|-----------------|---------|----------|
| ice skating     | No<br>0 | Yes<br>1 |
| swimming        | No<br>0 | Yes<br>1 |
| gymnastics      | No<br>0 | Yes<br>1 |
| track and field | No<br>0 | Yes<br>1 |
101. Has anyone in your family ever had an eating disorder? No 0 Yes 1
102. In the past year, have you felt pressured to have sex? No 0 Yes 1
103. Check any of these activities THAT YOU PARTICIPATE IN that make you feel really good about yourself -
- Organized sports (for example, basketball, volleyball, softball, soccer)
- Swimming/diving
- Track and field
- Gymnastics
- Community service (for example, volunteer at a hospital or animal shelter)
- Scouting
- 4H
- Church youth groups
- Journal club/Creative writing/Newspaper/Yearbook
- Dance
- Theater/Drama
- Music/Band/Choir
- Other (please write it in: \_\_\_\_\_)

ANEXO 2

**Anexo N° 2: Factores MRFS-IV.**

<b>FACTOR</b>	<b>SUBESCALA</b>	<b>ITEM</b>
1er Factor: Preocupación por la delgadez y presión social	Modelaje de medios	<i>Promedio:</i> -Item 50: En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada? -Item 58: En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?
	Sobrepresupación por peso y figura	<i>Promedio:</i> -Item 3: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo? -Item 7: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"? -Item 9: En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada? -Item 51: En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo? -Item 53: En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?
	Preocupación de pares por la delgadez	<i>Promedio:</i> -Item 43: En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso? -Item 56: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada? -Item 62: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?
	Conductas de control del peso	<i>Promedio:</i> -Item 2: En el último año, ¿con qué frecuencia has estado a dieta para perder peso? -Item 4: En el último año, ¿con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más para perder peso? -Item 8: En el último año, ¿con qué frecuencia has intentado perder peso? -Item 13: En el último año, ¿con qué frecuencia has comido menos para perder peso? -Item 20: En el último año, ¿con qué frecuencia te has "saltado" comidas para perder peso? -Item 29: En el último año, ¿con qué frecuencia has hecho ejercicios para perder peso? -Item 36: En el último año, ¿con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para perder peso?
	Bromas de pares por peso	<i>Promedio:</i> -Item 17: En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso? -Item 33: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)? -Item 37: En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso? -Item 49: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)? -Item 52: Si los niños u hombre jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma? -Item 55: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti? -Item 57: Si las niñas (incluyendo tus hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma? -Item 60: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?

2° Factor: Uso de sustancias	Uso de Sustancias	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 5: En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?</p> <p>-Item 14: En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?</p> <p>-Item 26: En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?</p>
3er Factor: Influencias Parentales	Preocupación de padres por la delgadez	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 59: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?</p> <p>-Item 61: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?</p>
	Bromas de adultos por el peso	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 10: En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?</p> <p>-Item 24: En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?</p> <p>-Item 38: En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?</p>
4° Factor: Influencias psicológicas generales	Apreciación de la apariencia (*)	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 19 (<i>Orden Inverso</i>): En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?</p> <p>-Item 42 (<i>No fue considerado en esta escala en nuestro análisis</i>): En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?</p> <p>-Item 54: En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?</p>
	Confianza (*)	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 1: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma?</p> <p>-Item 21: En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?</p> <p>-Item 35: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?</p>
	Depresión	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 27: En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?</p> <p>-Item 28: En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?</p> <p>-Item 30: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?</p> <p>-Item 45: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?</p> <p>-Item 47: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?</p>
	Evaluación social	<p>-Item 91: ¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la que gente piense de ti?</p>
5° Factor: Apoyo social	Apoyo compartido (*)	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 12: En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?</p> <p>-Item 16: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?</p> <p>-Item 39: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?</p>

	Apoyo personal (*)	<p><i>Sumatoria:</i></p> <p>-Item 82: Marca con una cruz a las personas con las que tú conversas cuando tienes un problema (<i>Puedes indicar a más de una persona</i>)</p> <p>A. Mamá/Madre sustituta/Madrastra  B. Papá/Padre sustituto/Padrastro  C. Hermano/Hermanastro  D. Hermana/Hermanastra  E. Otro pariente  F. Amigo/Amiga  G. Pololo  H. Entrenador(a)/Profesor(a)  I. Orientador(a)/ Sacerdote/ Pastor/ Rabino  J. Otra persona: _____  K. Nadie</p>
6° Factor: Eventos vitales negativos	Eventos vitales negativos	<p><i>Contar:</i></p> <p>-Item 65: ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?  -Item 67: En el último año, ¿Has terminado con un pololo?  -Item 68: En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?  -Item 69: En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).  -Item 70: En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?  -Item 71: En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?  -Item 72: En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?  -Item 73: En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?  -Item 74: En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?  -Item 77: En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?</p>
7° Factor: Desempeño escolar	Desempeño escolar	Item 83:
	Perfeccionismo	<p><i>Promedio:</i></p> <p>-Item 86: En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago.  -Item 87: Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.  -Item 88: Necesito ser la mejor en lo que hago.  -Item 89: Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas.  -Item 90: Tengo metas extremadamente altas.</p>

(\*) Subescalas que corresponden a factores protectores, por lo que fueron puntuadas de manera inversa (en estudio Chile).

ANEXO 3

### Anexo N° 3: Subescalas e ítems.

Subescala	N°	Ítem
Actividades que te hacen sentir bien	103	Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma
Apreciación de la apariencia	19	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?
	42*	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
	54	En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?
Molestia por cambios corporales	66b	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?
	76b	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?
Trastorno por atracón	23	En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?
	48	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?
Confianza	1	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en tí misma?
	21	En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de tí misma?
	35	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?
Depresión	27	En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?
	28	En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?
	30	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?
	45	En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?
	47	En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?
Riesgo percibido de trastorno alimentario	81	En el último año, ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?
	97	¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)
	99	¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)
Emociones vinculadas a comer menos	6	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?
	15	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
	40	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?
Emociones vinculadas a comer más	25	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?
	42	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
	46	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?
Historia familiar de trastorno alimentario	101	¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?

Escala Stunkard madre	84	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu MAMÁ (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso.(NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada)
Escala Stunkard padre	85	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.
Dolores de cabeza vinculados a estrés	22	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?
Dolores de estómago vinculados a estrés	32	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?
Uso de Insulina	80	En el último año, ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?
Eventos vitales negativos	65	¿Actualmente, asistes a un colegio/escuela distinta que el año pasado?
	67	En el último año, ¿Has terminado con un pololo?
	68	En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?
	69	En el último año, ¿Has perdido algún amigo?(por ejemplo, debido a una pelea o cambio de casa)
	70	En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?
	71	En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?
	72	En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?
	73	En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?
	74	En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?
	77	En el último año, ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?
Modelaje de los medios	50	En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?
	58	En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte con las niñas o mujeres que ves en la televisión, películas o revistas?
Sobrepreocupación por peso y figura	3	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?
	7	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"?
	9	En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?
	51	En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?
	53	En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?
Preocupación de padres por la delgadez	59	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?
	61	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?
Perfeccionismo	86	En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago
	87	Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores
	88	Necesito ser la mejor en lo que hago
	89	Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas

	90	Tengo metas extremadamente altas
Preocupación de pares por la delgadez	43	En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?
	56	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?
	62	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?
Conductas de purga	18	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxante o diuréticos para perder peso?
	34	En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?
	41	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?
Uso de Ritalín	79	En el último año, ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?
Sentimientos de inseguridad	72	En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?
	75	En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?
Desempeño escolar	83	En el último año, ¿Cómo te ha ido en el colegio?
Comer social	11	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?
	44	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?
Evaluación social	91	¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la gente piense de ti?
Presión deportiva por ser delgada	78	En el último año, ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?
	98	¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?
	100a	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Aeróbica?
	100b	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Natación?
	100c	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Gimnasia (artística, rítmica, olímpica)?
	100d	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Atletismo?
Uso de sustancias	5	En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?
	14	En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?
	26	En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?
Apoyo personal	82	Marca con una cruz a las personas con las que tu conversas cuando tienes un problema
Apoyo compartido	12	En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?
	16	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?
	39	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?
Apoyo femenino	96	En el último año, ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?

Presión sexual	102	En el último año, ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?
Conductas de control del peso	2	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?
	4	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO?
	8	En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?
	13	En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?
	20	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?
	29	En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?
Bromas de pares por el peso	36	En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?
	17	En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?
	33	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?
	37	En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?
	49	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?
	52	Si los niños u hombres jóvenes se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?
	55	En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por tí?
	57	Si las niñas (incluyendo hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?
	60	En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas simpaticen contigo?
	Bromas de adultos por el peso	10
24		En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?
38		En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?
Ítemes que no pertenecen a ninguna subescala	31	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?
	92	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es estar en buena forma?(cuerpo tonificado)
	93	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser inteligente?
	94	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser delgada?
	95	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es salir adelante por tí misma?

Datos de la muestra	63a	¿Has tenido tu primer período menstrual?
	63b	Si tu respuesta es Sí, ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?
	64a	¿Has comenzado a salir con niños?
	64b	Si tu respuesta es Sí, ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?

**ANEXO 4**

#### Anexo 4: Subescalas que no se agruparon en un factor determinado.

Actividades que te hacen sentir bien	103	Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma
Molestia por cambios corporales	66b	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?
	76b	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?
Trastorno por atracón	23	En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?
	48	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?
Riesgo percibido de trastorno alimentario	81	En el último año, ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?
	97	¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)
	99	¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)
Emociones vinculadas a comer menos	6	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?
	15	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
	40	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?
Emociones vinculadas a comer más	25	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?
	42	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
	46	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?
Historia familiar de trastorno alimentario	101	¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?
Escala Stunkard madre	84	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu MAMÁ (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso.(NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada)
Escala Stunkard padre	85	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.
Dolores de cabeza vinculados a estrés	22	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?
Dolores de estómago vinculados a estrés	32	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?
Uso de Insulina	80	En el último año, ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?
Conductas de purga	18	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxante o diuréticos para perder peso?
	34	En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?
	41	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?
Uso de Ritalín	79	En el último año, ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?
Sentimientos de inseguridad	72	En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?
	75	En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?

Comer social	11	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?
	44	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?
Presión deportiva por ser delgada	78	En el último año, ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?
	98	¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?
	100a	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Aeróbica?
	100b	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Natación?
	100c	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Gimnasia (artística, rítmica, olímpica)?
	100d	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Atletismo?
Apoyo femenino	96	En el último año, ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?
Presión sexual	102	En el último año, ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?
Sentirse bonita	31	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?
Importancia de estar en buena forma	92	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es estar en buena forma?(cuerpo tonificado)
Importancia de ser inteligente	93	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser inteligente?
Importancia de ser delgada	94	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser delgada?
Importancia de salir adelante por sí misma	95	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?

**ANEXO 5**

Anexo N° 5: Versiones traducción-retraducción.

n. – Versión consensuada en castellano, derivada de la traducción del cuestionario en español realizada por dos sujetos chilenos bilingües.
Versión consensuada en inglés, desarrollada por dos sujetos extranjeros de habla inglesa residentes en Chile.
<b>Versión original en inglés.</b>
Versión final en castellano construida en base a las modificaciones sugeridas por las participantes de la muestra piloto.

1. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con seguridad respecto de ti misma?

In the past year, how often did you feel confident in yourself?

**In the past year, how often did you feel confident?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza en ti misma?*

2. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?

In the past year, how often have you been on a diet TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you been on a diet TO LOSE WEIGHT?**

3. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado debido a tener grasa en tu cuerpo?

In the past year, how frequently have you worried about having fat in your body?

**In the past year, how often have you worried about having fat on your body?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?*

4. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO?

In the past year, how often have you been starving for one or more days TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you starved (not eaten) for a day or more TO LOSE WEIGHT?**

5. - En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?

In the past year, how frequently did you drink alcohol when you were alone or with friends?

**In the past year, how often did you drink alcohol when you were by yourself or with friends?**

6. - En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?

In the past year, how often did you eat less than usual when you were bored?

**In the past year, how often did you eat less than usual when you were bored?**

7. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"?

In the past year, how often have you felt "fat"?

**In the past year, how often have you felt fat?**

8. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?

In the past year, how often have you tried to lose weight?

**In the past year, how often have you tried to lose weight?**

9. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?

In the past year, how frequently have you thought about wanting to be thinner?

**In the past year, how often have you thought about wanting to be thinner?**

10. - En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho comentarios acerca de tu peso o tus formas de alimentarte que te ha hecho sentir mal?

In the past year, how often has your father made comments about your weight or eating habits that have made you feel bad?

**In the past year, how often has your father made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho comentarios acerca de tu peso o tu alimentación que te ha hecho sentir mal?*

11. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu forma de comer cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?

In the past year, how often have you changed your eating habits when around other girls or young women?

**In the past year, how often have you changed your eating when you were around girls/young women?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?*

12. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a una persona de confianza que te escuche cuando has necesitado hablar con alguien?

In the past year, how often have you counted on someone who will listen when you've needed to talk?

**In the past year, how often have you had someone you can count on to listen to you when you need to talk?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?*

13. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido que comer menos PARA PERDER PESO?

In the past year, how often have you eaten less TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you cut back on what you ate TO LOSE WEIGHT?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?*

14. - En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?  
USASTE

In the past year, how often did you consume drugs (not medicated)?

**In the past year, how often did you use drugs (not medicine)?**

15. - En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

In the past year, how frequently did you eat less than usual to try to feel better about yourself?

**In the past year, how often did you eat less than usual to try to feel better about yourself?**

16. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?

In the past year, how frequently have you had someone to share your more private worries and fears?

**In the past year, how often have you had someone to share your most private worries and fears with?**

17. - En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?

In the past year, how often have other girls or young women (including sisters) teased you about your weight?

**In the past year, how often have girls/young women (including sisters) made fun of you because of your weight?**

18. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO?

In the past year, how frequently have you taken laxatives or diuretics TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you taken laxatives or "water" pills TO LOSE WEIGHT?**

19. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?

In the past year, how often have you felt ugly?

**In the past year, how often have you felt ugly?**

20. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?

In the past year, how often have you "skipped meals" TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you skipped meals TO LOSE WEIGHT?**

21. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?

In the past year, how often have you liked many things about yourself?

**In the past year, how often have you liked most things about yourself?**

22. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?

In the past year, how frequently have you had headaches?

**In the past year, how often have you had headaches?**

23. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?

In the past year, how often have you kept eating with the sensation that you couldn't stop?

**In the past year, how often have you kept eating and eating and felt like you could not stop?**

24. - En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?

In the past year, how often has a teacher or coach/trainer made a comment about your weight that made you feel bad?

**In the past year, how often has a teacher or coach made a comment to you about your weight that made you feel bad?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?*

25. - En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?

In the past year, how often did you eat more than usual when you were bored?

**In the past year, how often did you eat more than usual when you were bored?**

26. - En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?

In the past year, how often did you smoke cigarettes?

**In the past year, how often did you smoke cigarettes?**

27. - En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?

In the past year, how often did you feel that you were worthless?

**In the past year, how often did you feel worthless?**

28. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has dado cuenta que no tenías la energía que tienes habitualmente?

In the past year, how often did you notice that you didn't have as much energy as you usually do?

**In the past year, how often did you notice you didn't have as much energy as you usually do?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?*

29. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?

In the past year, how frequently have you exercised TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you exercised TO LOSE WEIGHT?**

30. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?

In the past year, how often did you feel "down" or "depressed"?

**In the past year, how often did you feel "down in the dumps" or "depressed"?**

31. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?

In the past year, how often have you felt pretty?

**In the past year, how often have you felt pretty?**

32. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?

In the past year, how frequently have you had stomachaches?

**In the past year, how often have you had stomachaches?**

33. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?

In the past year, how often have you tried to change your weight so that boys or young men (including brothers) wouldn't tease you?

**In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by boys/young men (including brothers)?**

34. - En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?

In the past year, how often have you made yourself vomit TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you MADE yourself throw-up TO LOSE WEIGHT?**

35. - En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?

In the past year, how often have you felt happy with who you are?

**In the past year, how often have you been happy just the way you are?**

36. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?

In the past year, how often have you eaten less candies or fatty foods TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you eaten less sweets or fatty foods TO LOSE WEIGHT?**

37. - En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?

In the past year, how frequently have boys or young men (including brothers) made fun of you for your weight?

**In the past year, how often have boys/young men (including brothers) made fun of you because of your weight?**

38. - En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá ha hecho un comentario acerca de tu peso o forma de alimentarte que te ha hecho sentir mal?

In the past year, how often has your mother made a comment about your weight or eating habits that has made you feel bad?

**In the past year, how often has your mother made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te ha hecho sentir mal?*

39.- En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?

In the past year, how frequently have you had someone that helps you understand a problem when you needed it?

**In the past year, how often have you had someone to help you understand a problem when you needed it?**

40. - En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?

In the past year, how often have you eaten less than usual because you were upset?

**In the past year, how often did you eat less than usual when you were upset?**

41.- En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?

In the past year, how often have you taken weight-loss pills TO LOSE WEIGHT?

**In the past year, how often have you taken diet pills TO LOSE WEIGHT?**

42.- En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

In the past year, how often have you eaten more than usual to try to feel better about yourself?

**In the past year, how often did you eat more than usual to try to feel better about yourself?**

43.- En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?

In the past year, how often have your friends talked about wanting to lose weight?

**In the past year, how often have your female friends talked about wanting to lose weight?**

44. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu forma de comer cuando estabas con niños u hombres jóvenes?

In the past year, how often have you changed your eating habits when you are with boys or young men?

**In the past year, how often have you changed your eating when you were around boys/young men?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?*

45. - En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido problemas para concentrarte?

In the past year, how frequently have you had trouble concentrating?

In the past year, how often did you have trouble concentrating?

**En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?**

46.- En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?

In the past year, how often have you eaten more than usual when you were upset?

**In the past year, how often did you eat more than usual when you were upset?**

47.- En el último año, ¿Con qué frecuencia te costó divertirse en actividades que habitualmente disfrutas?

In the past year, how often have you had problems having a good time in an activity that you usually enjoyed?

**In the past year, how often did you have trouble enjoying activities you usually enjoy?**

*En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?*

48.- En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?

In the past year, how often have you eaten a lot of food in little time and it wasn't at a formal dinner or a special date (new years, Christmas, birthdays, etc)?

**In the past year, how often did you eat a lot of food in a short amount of time when it was NOT a meal or a holiday?**

49.- En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?

In the past year, how often have you tried to change your weight so that other girls or young women (including sisters) wouldn't tease you?

**In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by girls/young women (including sisters)?**

50. En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?

In the past year, how often have pictures or images of thin girls/women made you want to be thinner?

**In the past year, how often have photographs/pictures of thin girls/women made you wish that you were thin?**

51.- En el último año, ¿Cuánto te has preocupado por subir un kilo?

In the past year, how often have you worried about gaining one kilo (2.3lbs)?

In the past year, how much have you worried about gaining two pounds?

52.- Si los chicos (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado esto la forma en que te sientes respecto de ti misma?

If boys or young men (including brothers) have teased you about your weight in the past year, how much has that made the way you feel about yourself change?

**If boys (including brothers) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?**

*Si los niños u hombre jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?*

53.- En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?

In the past year, how much does your weight influence in the way that you feel about yourself?

**In the past year, how much has your weight made a difference in how you feel about yourself?**

54.- En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?

In the past year, how happy have you been about the way your body looks?

**In the past year, how happy have you been with the way your body looks?**

55.- En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?

In the past year, how much do you think your weight influences boys or young men being attracted to you?

**In the past year, how much do you think your weight made boys NOT like you?**

56.- En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?

In the past year, how important has it been to your friends that you were thin?

**In the past year, how important has it been to your friends that you be thin?**

57.- Si las niñas (incluyendo tus hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?

If girls or young women (including sisters) have teased you about your weight in the past year, how much has that changed the way you feel about yourself?

**If girls (including sisters) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?**

58.- En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?

In the past year, how much have you tried to look like girls or women that you see on television, movies, or magazines?

**In the past year, how much have you tried to look like the girls or women you see on television, in movies, or in magazines?**

59.- En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?

In the past year, how important has it been for your mother that you be thin?

**In the past year, how important has it been to your mother that you be thin?**

60.- En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?

In the past year, how much do you believe that your weight influences other girls so that they are not nice to you?

**In the past year, how much do you think your weight made other girls NOT like you?**

61.- En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?

In the past year, how important has it been for you father that you be thin?

**In the past year, how important has it been to your father that you be thin?**

62.- En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?

In the past year, how important has it been for your friends that you be thin?

**In the past year, how important has it been to your friends that they be thin?**

63.- ¿Has tenido tu primer período menstrual?

Have you had your first period (menstrual cycle)?

**Have you gotten your first period yet?**

Si tu respuesta es Si ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?.

If your answer is YES, what grade were you in when you had your first period (menstrual cycle)?

**If Yes, what grade were you in when you got your first period?**

64.- ¿Has comenzado a salir con niños?

Have you started dating boys or young men?

**Have you started to date?**

Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?

If your answer is YES, what grade were you in on your first date?

**If Yes, what grade were you in when you started to date?**

65.- ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?

Do you now attend a different school than you did last year?

**Do you go to a different school now than you did last year?**

66.- En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?

In the past year, has your body changed?

**In the past year, has your body changed?**

Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?

If your answer is YES, how bothered are you about the change in your body?

**If Yes, how bothered are you about your body changing?**

67.- En el último año, ¿Has terminado con un pololo?

In the past year, have you broken up with a boyfriend?

**In the past year, have you broken up with a boyfriend?**

68.- En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?

In the past year, have you had a serious accident or been critically ill?

**In the past year, have you been seriously injured or seriously ill?**

69.- En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).

In the past year, have you lost a friend? (for example, due to a fight, or a change of living location?)

**In the past year, have you lost a friend (for example because of a fight or a move)**

70.- En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?

In the past year, have any of your pets died?

**In the past year, have any of your pets died?**

71.- En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?

In the past year, have you felt rejected by someone important to you?

**In the past year, have you felt rejected by someone important to you?**

72.- En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?

In the past year, have you felt threatened at school?

**In the past year, have you felt threatened at school ?**

73.- En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?

In the past year, has someone important to you died?

**In the past year, has anyone important to you died?**

74.- En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?

In the past year, have your parents gotten their marriage annulled or have they separated?

**In the past year, have your parents separated, divorced, or split up?**

75.- En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?

In the past year, have you felt threatened outside of school?

**In the past year, have you felt threatened outside of school?**

76.- En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?

In the past year, have other people noticed changes in your body?

**In the past year, have other people noticed changes in your body?**

Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?

If your answer is YES, how bothered are you with other people who mention changes in your body?

**If Yes, how bothered are you about other people noticing changes in your body?**

77.- En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?

In the past year, has either of your parents gotten remarried?

**In the past year, have either of your parents gotten remarried?**

78.- En el último año ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?

In the past year, have you been the leader of a cheerleading team, musical group, dance group, etc?

**In the past year, have you been a cheerleader, a songleader or on a drill/dance team?**

79.- En el último año ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalin) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?

In the past year, have you had to take medications (like Ritalin) to help you concentrate more and do better in school?

**In the past year, have you had to take medicine (like Ritalin) to help you pay attention and do better in school?**

80.- En el último año ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?

In the past year, have you had to use insulin to control your diabetes?

**in the past year, have you had to take insulin to help you control diabetes?**

81.- En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?

In the past year, have you felt or have other people told you that you eat less than you should?

**In the past year, have you felt, or have others told you, that you eat less than you should?**

82.- Marca con una cruz a las personas con las que tú conversas cuando tienes un problema (*Puedes indicar a más de una persona*)

Mark with a cross the people with whom you talk when you have a problem (*you may indicate more than one person*)

**Mark with a cross any of the people you talk to when you have a problem.**

83.- En el último año ¿Cómo te ha ido en el colegio?

In the past year, how have you done in school?

**in the past year, how have you been doing in school?**

84.- Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tú MAMÁ (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso. (NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada).

Mark with a circle the number of the figure that most resembles your MOTHER (biological) when she has weighed the most. (Do No take into account when she has been pregnant)

**Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) MOTHER weigh (NOT including when she is or was pregnant).**

85.- Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.

Mark with a circle the number of the figure that most resembles your FATHER (biological) when he has weighed the most.

**Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) FATHER weigh.**

86.- Sólo un desempeño destacado es lo suficientemente bueno para mi familia.

Only an outstanding performance is good enough for my family.

Only outstanding performance is good enough in my family.

En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago.

87.- Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores

I work hard to not disappoint my parents and teachers.

I try very hard to avoid disappointing my parents and teachers.

88.- Necesito ser la mejor en lo que hago.

I have to be the best at what I do.

I need to be the best at things.

89. - Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas

I feel that I have to do everything to perfection or else is better not to do them at all.

I feel that I must do things perfectly or not do them at all.

90.- Tengo metas extremadamente altas.

I have extremely high goals.

**I have extremely high goals.**

91.- ¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la que gente piense de ti?

How frequently do you worry about what people think about you?

**How often do you worry about what other people will think of you?**

92.- Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar físicamente fuerte?

To feel good about yourself, how important is it to be physically strong?

**To feel good about yourself, how important is it to be physically strong?**

*Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma?  
(cuerpo tonificado)*

93.- Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser inteligente?

To feel good about yourself, how important is it to be intellectually smart?

**To feel good about yourself, how important is it to be smart?**

94.- Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser delgada?

To feel good about yourself, how important is it to be thin?

**To feel good about yourself, how important is it to be thin?**

95.- Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?

To feel good about yourself, how important is to get ahead for yourself?

**To feel good about yourself, how important is it to stand up for yourself?**

96.- En el último año ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?

In the past year, has there been a woman in your life that is a roll model, who you admire and talk to when you are going through the things that happen to you?

**In the past year, has there been a supportive woman (role model) in your life who you look up to and/or talk to about the things that happen to you?**

97.- ¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)

Have you been told you have an eating disorder? (example: anorexia or bulimia, not just being overweight.)

**Have other people told you that you have an eating disorder (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)?**

98.- ¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?

Are you trained to be a professional dancer?

**Are you training to become a professional dancer or ballerina?**

99.- ¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso)

Do you think you have an eating disorder? (like anorexia or bulimia, not just being overweight.)

**Do you think that you have an eating disorder now (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)?**

100.- En el último año ¿Has entrenado para competir en alguno de los siguientes deportes?

In the past year, have you trained to compete in any of the following sports?

**In the past year, have you trained for competition in any of the following sports**

101.- ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?

Has anyone in your family ever had an eating disorder?

**Has anyone in your family ever had an eating disorder?**

102.- En el último año ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?

In the past year, have you felt pressured to have sexual relations?

**In the past year, have you felt pressured to have sex?**

103.- Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma:

Mark with a X whichever of these activities in which YOU PARTICIPATE and that make you feel good about yourself.

**Check any of these activities THAT YOU PARTICIPATE IN that make you feel really good about yourself:**

**ANEXO 6**

Anexo Nº 6: Carta de consentimiento para contestar cuestionario.



Valparaíso, Octubre 2003

Sr. Apoderado y estimada alumna:

La Psicóloga Liliana Contreras, docente de la Universidad de Valparaíso y los alumnos seminaristas de la carrera de Psicología Felipe Bravo, Marcela Marín, Alexandra Molinari, Paula Reyes y Gabriela Soto; se encuentran realizando un trabajo de investigación consistente en la evaluación de Hábitos de Alimentación.

Para realizar esta evaluación necesitamos contar con el consentimiento del apoderado y la participación de la alumna que consistirá en contestar un cuestionario de 103 preguntas relacionadas con el tema, cuya duración no excede los 45 minutos. Su aplicación se realizará en el establecimiento educacional al que pertenece, contando con la autorización de la dirección.

Todos los datos obtenidos serán tratados confidencialmente, los resultados generales de esta investigación estarán disponibles para el establecimiento en caso de requerirlos, una vez que haya finalizado este estudio.

Sr. Apoderado, si usted autoriza a su hija a participar en nuestra investigación firme en el siguiente espacio, por favor:

-----

Alumna, si deseas colaborar con nuestra investigación firma en el siguiente espacio, por favor:

-----

Agradeciendo de antemano su colaboración se despide atentamente,

\_\_\_\_\_  
Ps. Liliana Contreras

ANEXO 7

Anexo N° 7: Hoja de respuesta cuestionario.

HOJA DE RESPUESTAS  
ENCUESTA PARA ADOLESCENTES

Escuela/ Colegio: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Item					
1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5

Item					
24.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5
30.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5
32.	1	2	3	4	5
33.	1	2	3	4	5
34.	1	2	3	4	5
35.	1	2	3	4	5
36.	1	2	3	4	5
37.	1	2	3	4	5
38.	1	2	3	4	5
39.	1	2	3	4	5
40.	1	2	3	4	5
41.	1	2	3	4	5
42.	1	2	3	4	5
43.	1	2	3	4	5
44.	1	2	3	4	5
45.	1	2	3	4	5
46.	1	2	3	4	5

Item					
47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5
57.	1	2	3	4	5
58.	1	2	3	4	5
59.	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5
61.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5

63.	0	1																
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
64.	0	1																
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r

65.	0	1
66.	0	1
67.	0	1
68.	0	1
69.	0	1
70.	0	1

71.	0	1
72.	0	1
73.	0	1
74.	0	1
75.	0	1
76.	0	1

77.	0	1
78.	0	1
79.	0	1
80.	0	1
81.	0	1

82.	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
83.	0	1	2	3						
84.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86.	1	2	3	4	5					
87.	1	2	3	4	5					
88.	1	2	3	4	5					
89.	1	2	3	4	5					
90.	1	2	3	4	5					
91.	1	2	3	4	5					
92.	1	2	3	4	5					
93.	1	2	3	4	5					
94.	1	2	3	4	5					
95.	1	2	3	4	5					

96.	0	1
97.	0	1
98.	0	1
99.	0	1

100.a	0	1
b	0	1
c	0	1
d	0	1

101.	0	1
102.	0	1

103.	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ANEXO 8

**Anexo N° 8: Entrevista Muestra Piloto.**

**ENTREVISTA PARA ALUMNAS PARTICIPANTES DE LA MUESTRA PILOTO**

**FORMATO:**

- 1.- ¿Qué te pareció el cuestionario? (profundizar en temas: longitud del cuestionario, cansancio/ fatiga; aburrimiento).
- 2.- ¿Qué modalidad te acomodó más? (hoja de respuesta/ cuestionario).
- 3.- ¿Qué te parecería si la forma de contestar fuera sólo mediante la hoja de respuesta?
- 4.- ¿Qué te parecería si la forma de contestar fuera sólo mediante las respuestas en el cuestionario?

**CONTENIDO:**

- 5.- ¿Tuviste alguna dificultad en comprender las instrucciones?
- 6.- ¿Hay alguna palabra o concepto que te haya costado entender?
- 7.- ¿Hay algún ítem que consideras confuso o difícil de responder?
- 8.- ¿Para qué crees que es el cuestionario (qué mide)?
- 9.- ¿Qué cambios harías al cuestionario?
- 10.- Sugerencias.

**ANEXO 9**

**HOJA DE RESPUESTAS**  
**ENCUESTA PARA ADOLESCENTES**

POR FAVOR MARCA SEGÚN CORRESPONDE:

a.- Fecha de Nacimiento:

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

b.- Edad \_\_\_\_\_

c.- ¿A qué escuela vas?

\_\_\_\_\_

d.- ¿En qué curso estás?

6° \_\_\_\_\_ 7° \_\_\_\_\_ 8° \_\_\_\_\_

e.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene tu mamá?

(Para responder, considera a la mujer adulta en tu vida quien es más como una madre para ti. Por favor marca, con un círculo, solamente una respuesta):

No sé	Menos que	Terminó la	Más que la
	Enseñanza Media	Enseñanza Media	Enseñanza Media
1	2	3	4

f.- ¿Qué nivel de escolaridad tiene tu papá?

(Para responder, considera al hombre adulto en tu vida quien es más como un papá para ti. Por favor marca, con un círculo, solamente una respuesta):

No sé	Menos que	Terminó la	Más que la
	Enseñanza Media	Enseñanza Media	Enseñanza Media
1	2	3	4

g.- ¿Están tu papá/mamá separados o anulados? (Por favor marcar con una X).

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

h.- Actualmente, ¿ TU estás embarazada? (Por favor marcar con una X).

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN, MARCA CON UNA "X" TU RESPUESTA A CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO.

Item						
1.	1	2	3	4	5	
2.	1	2	3	4	5	
3.	1	2	3	4	5	
4.	1	2	3	4	5	
5.	1	2	3	4	5	
6.	1	2	3	4	5	
7.	1	2	3	4	5	
8.	1	2	3	4	5	
9.	1	2	3	4	5	
10.	0	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5	
12.	1	2	3	4	5	
13.	1	2	3	4	5	
14.	1	2	3	4	5	
15.	1	2	3	4	5	
16.	1	2	3	4	5	
17.	1	2	3	4	5	
18.	1	2	3	4	5	
19.	1	2	3	4	5	
20.	1	2	3	4	5	

Item						
21.	1	2	3	4	5	
22.	1	2	3	4	5	
23.	1	2	3	4	5	
24.	1	2	3	4	5	
25.	1	2	3	4	5	
26.	1	2	3	4	5	
27.	1	2	3	4	5	
28.	1	2	3	4	5	
29.	1	2	3	4	5	
30.	1	2	3	4	5	
31.	1	2	3	4	5	
32.	1	2	3	4	5	
33.	1	2	3	4	5	
34.	1	2	3	4	5	
35.	1	2	3	4	5	
36.	1	2	3	4	5	
37.	1	2	3	4	5	
38.	0	1	2	3	4	5
39.	1	2	3	4	5	
40.	1	2	3	4	5	

Item						
41.	1	2	3	4	5	
42.	1	2	3	4	5	
43.	1	2	3	4	5	
44.	1	2	3	4	5	
45.	1	2	3	4	5	
46.	1	2	3	4	5	
47.	1	2	3	4	5	
48.	1	2	3	4	5	
49.	1	2	3	4	5	
50.	1	2	3	4	5	
51.	1	2	3	4	5	
52.	1	2	3	4	5	
53.	1	2	3	4	5	
54.	1	2	3	4	5	
55.	1	2	3	4	5	
56.	1	2	3	4	5	
57.	1	2	3	4	5	
58.	1	2	3	4	5	
59.	0	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5	

61.	0	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5	

63.	0	1																
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
64.	0	1																
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r

65.	0	1				
66.	0	1				
	1	2	3	4	5	
67.	0	1				
68.	0	1				
69.	0	1				
70.	0	1				
71.	0	1				
72.	0	1				
73.	0	1				
74.	0	1				
75.	0	1				
76.	0	1				
	1	2	3	4	5	
77.	0	1				
78.	0	1				
79.	0	1				
80.	0	1				
81.	0	1				

82.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
83.	0	1	2	3							

84.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
85.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
86.	1	2	3	4	5								
87.	1	2	3	4	5								
88.	1	2	3	4	5								
89.	1	2	3	4	5								
90.	1	2	3	4	5								
91.	1	2	3	4	5								
92.	1	2	3	4	5								
93.	1	2	3	4	5								
94.	1	2	3	4	5								
95.	1	2	3	4	5								
96.	0	1											
97.	0	1											
98.	0	1											
99.	0	1											
100.	0	1											
	0	1											
	0	1											
	0	1											
101.	0	1											
102.	0	1											
103.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

**ANEXO 10**

## MRFS-IV

Las preguntas que se encuentran a continuación se refieren a lo que es ser una adolescente hoy en día. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo queremos saber lo que tú piensas. Si tienes un problema con alguna pregunta, puedes levantar la mano, y te ayudaremos. RESPONDE EN LA SEGUNDA HOJA DE RESPUESTAS.

**1. En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**2. En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**3. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**4. En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**5. En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**6. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**7. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**8. En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

9. En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

10. En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?

(Recuerda que "papá" es el hombre adulto que actúa como padre en tu vida):

No tengo a  
alguien que  
represente ser  
padre para mí

Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre	
0	1	2	3	4	5

11. En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

12. En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

13. En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

14. En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

15. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

16. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**17. En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**18. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**19. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**20. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**21. En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**22. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**23. En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**24. En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

**25. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?**

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

26. En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

27. En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

28. En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

29. En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

30. En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

31. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

32. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

33. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

34. En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

35. En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

36. En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

37. En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

38. En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?

(Recuerda que "mamá" es la mujer adulta que actúa como madre en tu vida):

No tengo a  
alguien que  
represente ser  
madre para mí

0	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5

39. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

40. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

41. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

42. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

43. En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

44. En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

45. En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

46. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

47. En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

48. En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

49. En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

50. En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

51. En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

52. Si los niños u hombre jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

53. En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

54. En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

55. En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

56. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

57. Si las niñas (incluyendo tus hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

58. En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

59. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?

*(Recuerda que "mamá" es la mujer adulta que actúa como madre en tu vida):*

No tengo a alguien que represente ser madre para mí	No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
0	1	2	3	4	5

60. En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

**61. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?**

*(Recuerda que "papá" es el hombre adulto que actúa como padre en tu vida):*

No tengo a alguien que represente ser padre para mí	No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
0	1	2	3	4	5

**62. En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?**

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

**63. ¿Has tenido tu primer período menstrual?**

<b>No</b>	<b>Sí</b>
0	1

**Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?**

- |   |  |
|---|--|
| a.- Antes de Cuarto Básico                  | l.- En Primero Medio.                      |
| b.- En Cuarto básico.                       | m.- En el verano después de Primero Medio. |
| c.- En el verano después de Cuarto Básico.  | n.- En Segundo Medio.                      |
| d.- En Quinto básico.                       | o.- En el verano después de Segundo Medio. |
| e.- En el verano después de Quinto Básico.  | p.- En Tercero Medio.                      |
| f.- En Sexto Básico.                        | q.- En el verano después de Tercero Medio. |
| g.- En el verano después de Sexto Básico.   | r.- En Cuarto Medio.                       |
| h.- En Séptimo Básico.                      |  |
| i.- En el verano después de Séptimo Básico. |  |
| j.- En Octavo Básico.                       |  |
| k.- En el verano después de Octavo Básico.  |  |

64. ¿Has comenzado a salir con niños?

No	Sí
0	1

Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?

- |   |  |
|---|--|
| a.- Antes de Cuarto Básico                  | l.- En Primero Medio.                      |
| b.- En Cuarto básico.                       | m.- En el verano después de Primero Medio. |
| c.- En el verano después de Cuarto Básico.  | n.- En Segundo Medio.                      |
| d.- En Quinto básico.                       | o.- En el verano después de Segundo Medio. |
| e.- En el verano después de Quinto Básico.  | p.- En Tercero Medio.                      |
| f.- En Sexto Básico.                        | q.- En el verano después de Tercero Medio. |
| g.- En el verano después de Sexto Básico.   | r.- En Cuarto Medio.                       |
| h.- En Séptimo Básico.                      |  |
| i.- En el verano después de Séptimo Básico. |  |
| j.- En Octavo Básico.                       |  |
| k.- En el verano después de Octavo Básico.  |  |

65. ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?

No	Sí
0	1

66. En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?

No	Sí
0	1

Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?

Para nada	Un poco	Bastante	Muchísimo	Totalmente
1	2	3	4	5

67. En el último año, ¿Has terminado con un pololo?

No	Sí
0	1

68. En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?

No	Sí
0	1

69. En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).

No	Sí
0	1

70. En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?

No	Sí
0	1

71. En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?

No	Sí
0	1

72. En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?

No	Sí
0	1

73. En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?

No	Sí
0	1

74. En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?

No	Sí
0	1

75. En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?

No	Sí
0	1

76. En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?

No	Sí
0	1

Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

77. En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?

No	Sí
0	1

78. En el último año ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?

No	Sí
0	1

79. En el último año ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?

No	Sí
0	1

80. En el último año ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?

No	Sí
0	1

81. En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?

No	Sí
0	1

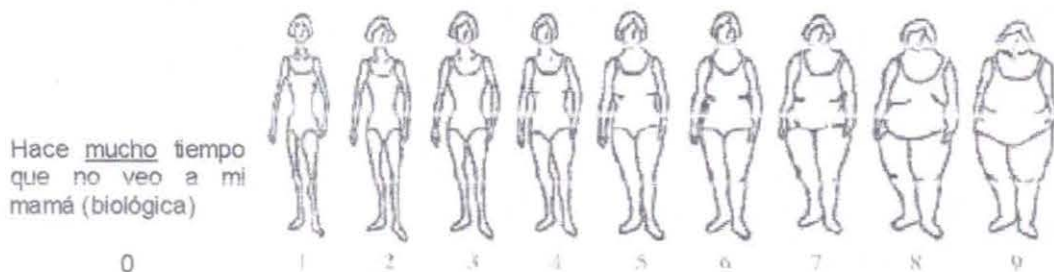
82. Marca con una cruz a las personas con las que tú conversas cuando tienes un problema (Puedes indicar a más de una persona)

- A. Mamá/Madre sustituta/Madrastra
- B. Papá/Padre sustituto/Padrastra
- C. Hermano/Hermanastro
- D. Hermana/Hermanastra
- E. Otro pariente
- F. Amigo/Amiga
- G. Pololo
- H. Entrenador(a)/Profesor(a)
- I. Orientador(a)/ Sacerdote/ Pastor/ Rabino
- J. Otra persona: \_\_\_\_\_
- K. Nadie

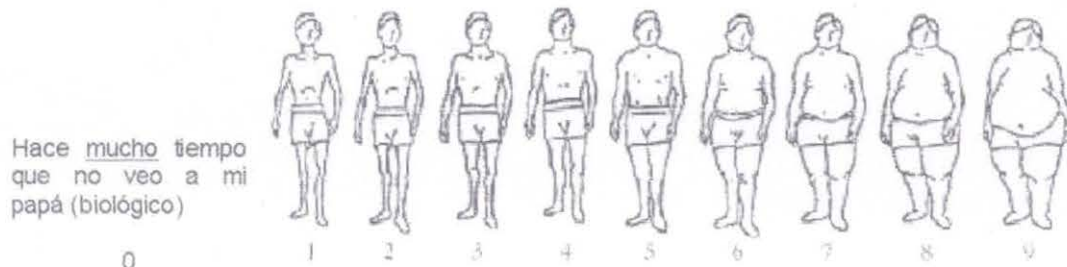
83. En el último año ¿Cómo te ha ido en el colegio?

Probablemente repita	Peor que la mayoría de mis compañeros(as)	Igual que la mayoría de mis compañeros(as)	Mejor que la mayoría de mis compañeros(as)
0	1	2	3

84. Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tú **MAMÁ** (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso. (NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada).



85. Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu **PAPÁ** (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.



86. En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago.

Nunca	Muy poco	A veces	Mucho	Siempre
1	2	3	4	5

87. Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

88. Necesito ser la mejor en lo que hago.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

89. Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

90. Tengo metas extremadamente altas.

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

91. ¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la gente piense de ti?

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

92. Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma? (cuerpo tonificado)

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

93. Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser inteligente?

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

94. Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser delgada?

No es importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

95. Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?

Para nada importante	Un poco importante	Medianamente importante	Muy importante	Sumamente importante
1	2	3	4	5

96. En el último año ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?

No	Sí
0	1

97. ¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)

No	Sí
0	1

98. ¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?

No	Sí
0	1

99. ¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso)

No	Sí
0	1

100. En el último año ¿Has entrenado para competir en alguno de los siguientes deportes?

Aeróbica	No	Sí
	0	1
Natación	No	Sí
	0	1
Gimnasia (artística, rítmica, olímpica)	No	Sí
	0	1
Atletismo	No	Sí
	0	1

101. ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?

No	Sí
0	1

102. En el último año ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?

No	Sí
0	1

103. Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma:

- A. \_\_ Deportes en equipo (por ejemplo, Volleyball, Basketball, Fútbol, etc)
- B. \_\_ Natación/Buceo
- C. \_\_ Atletismo
- D. \_\_ Gimnasia
- E. \_\_ Servicios a la comunidad (por ejemplo, voluntaria en un hospital o protección de animales)
- F. \_\_ Scout
- G. \_\_ Grupo juvenil religioso
- H. \_\_ Diario o revista escolar
- I. \_\_ Danza
- J. \_\_ Teatro
- K. \_\_ Música/Banda/Coro
- L. \_\_ Trabajos de verano/ misiones
- M. \_\_ Otra

**ANEXO 11**

Anexo N° 11: Muestra bilingüe, ítems que correlacionan.

N° Ítem	Versión Original	Versión Adaptada	Estadístico Utilizado	Coef Correlación
1	In the past year, how often did you feel confident?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en tí misma?	Coef Pearson	0.658 *
2	In the past year, how often have you been on a diet TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.589 *
3	In the past year, how often have you worried about having fat on your body?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?	Coef Pearson	0.948
4	In the past year, how often have you starved (not eaten) for a day or more TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.8 *
5	In the past year, how often did you drink alcohol when you were by yourself or with friends?	En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?	Coef Pearson	0.904 *
6	In the past year, how often did you eat less than usual when you were bored?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?	Coef Pearson	0.635 *
7	In the past year, how often have you felt fat?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"?	Coef Pearson	0.88 *
8	In the past year, how often have you tried to lose weight?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?	Coef Pearson	0.779 *
9	In the past year, how often have you thought about wanting to be thinner?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?	Coef Pearson	0.658*
10	In the past year, how often has your father made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?	Coef Pearson	0.806*
11	In the past year, how often have you changed your eating when you were around girls/young women?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?	Coef Pearson	0.69*
12	In the past year, how often have you had someone you can count on to listen to you when you need to talk?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?	Coef Pearson	0.361
13	In the past year, how often have you cut back on what you ate TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.791*

15	In the past year, how often did you eat less than usual to try to feel better about yourself?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?	Coef Pearson	0.921*
16	In the past year, how often have you had someone to share your most private worries and fears with?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?	Coef Pearson	0.521*
17	In the past year, how often have girls/young women (including sisters) made fun of you because of your weight?	En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?	Coef Pearson	0.627*
18	In the past year, how often have you taken laxatives or "water" pills TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxante o diuréticos para perder peso?	Coef Pearson	0.829*
19	In the past year, how often have you felt ugly?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?	Coef Pearson	0.909*
20	In the past year, how often have you skipped meals TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.78*
21	In the past year, how often have you liked most things about yourself?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?	Coef Pearson	0.787*
22	In the past year, how often have you had headaches?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?	Coef Pearson	0.769*
23	In the past year, how often have you kept eating and eating and felt like you could not stop?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?	Coef Pearson	0.668*
24	In the past year, how often has a teacher or coach made a comment to you about your weight that made you feel bad?	En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?	Coef Pearson	0.49
25	In the past year, how often did you eat more than usual when you were bored?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?	Coef Pearson	0.723*
26	In the past year, how often did you smoke cigarettes?	En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?	Coef Pearson	0.875*
27	In the past year, how often did you feel worthless?	En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?	Coef Pearson	0.898*
28	In the past year, how often did you notice you didn't have as much energy as you usually do?	En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?	Coef Pearson	0.762*

29	In the past year, how often have you exercised TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.888*
30	In the past year, how often did you feel "down in the dumps" or "depressed"?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?	Coef Pearson	0.689*
31	In the past year, how often have you felt pretty?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?	Coef Pearson	0.458
32	In the past year, how often have you had stomachaches?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?	Coef Pearson	0.616*
33	In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by boys/young men (including brothers)?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?	Coef Pearson	0.336
34	In the past year, how often have you MADE yourself throw-up TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?	Coef Pearson	0.884*
35	In the past year, how often have you been happy just the way you are?	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?	Coef Pearson	0.65*
36	In the past year, how often have you eaten less sweets or fatty foods TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?	Coef Pearson	0.705*
37	In the past year, how often have boys/young men (including brothers) made fun of you because of your weight?	En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?	Coef Pearson	0.582*
38	In the past year, how often has your mother made a comment to you about your weight or your eating that made you feel bad?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?	Coef Pearson	0.825*
39	In the past year, how often have you had someone to help you understand a problem when you needed it?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?	Coef Pearson	0.198
40	In the past year, how often did you eat less than usual when you were upset?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?	Coef Pearson	0.82*
41	In the past year, how often have you taken diet pills TO LOSE WEIGHT?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?	Coef Pearson	0.594*

42	In the past year, how often did you eat more than usual to try to feel better about yourself?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?	Coef Pearson	0.845*
43	In the past year, how often have your female friends talked about wanting to lose weight?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?	Coef Pearson	0.87*
44	In the past year, how often have you changed your eating when you were around boys/young men?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?	Coef Pearson	0.808*
45	In the past year, how often did you have trouble concentrating?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?	Coef Pearson	0.582*
46	In the past year, how often did you eat more than usual when you were upset?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?	Coef Pearson	0.65*
47	In the past year, how often did you have trouble enjoying activities you usually enjoy?	En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?	Coef Pearson	0.624*
48	In the past year, how often did you eat a lot of food in a short amount of time when it was NOT a meal or a holiday?	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?	Coef Pearson	0.33
49	In the past year, how often have you tried to change your weight so you would not be teased by girls/young women (including sisters)?	En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?	Coef Pearson	0.752*
50	In the past year, how often have photographs/pictures of thin girls/women made you wish that you were thin?	En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?	Coef Pearson	0.87*
51	In the past year, how much have you worried about gaining two pounds?	En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?	Coef Pearson	0.796*
52	If boys (including brothers) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?	Si los niños u hombres jóvenes se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?	Coef Pearson	0.753*
53	In the past year, how much has your weight made a difference in how you feel about yourself?	En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?	Coef Pearson	0.911*

54	In the past year, how happy have you been with the way your body looks?	En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?	Coef Pearson	0.673*
55	In the past year, how much do you think your weight made boys NOT like you?	En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?	Coef Pearson	0.858*
56	In the past year, how important has it been to your friends that you be thin?	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?	Coef Pearson	0.512
57	If girls (including sisters) have teased you about your weight in the past year, how much has it changed the way you feel about yourself?	Si las niñas (incluyendo hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?	Coef Pearson	0.462
58	In the past year, how much have you tried to look like the girls or women you see on television, in movies, or in magazines?	En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte con las niñas o mujeres que ves en la televisión, películas o revistas?	Coef Pearson	0.659*
59	In the past year, how important has it been to your mother that you be thin?	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?	Coef Pearson	0.854*
60	In the past year, how much do you think your weight made other girls NOT like you?	En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas simpaticen contigo?	Coef Pearson	0.571*
61	In the past year, how important has it been to your father that you be thin?	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?	Coef Pearson	0.85*
62	In the past year, how important has it been to your friends that they be thin?	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?	Coef Pearson	0.669*
63a	Have you gotten your first period yet?	¿Has tenido tu primer período menstrual?	Coef Phi	1*
63b	If Yes, what grade were you in when you got your first period?	Si tu respuesta es Sí, ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?	Coef Pearson	0.985*
64a	Have you started to date?	¿Has comenzado a salir con niños?	Coef Phi	0.419
64b	If Yes, what grade were you in when you started to date?	Si tu respuesta es Sí, ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?	Coef Pearson	0.874*
65	Do you go to a different school now than you did last year?	¿Actualmente, asistes a un colegio/escuela distinta que el año pasado?	Coef Phi	1*
66a	In the past year, has your body changed?	En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?	Coef Phi	0.84*
66b	If Yes, how bothered are you about your body changing?	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?	Coef Pearson	0.118
67	In the past year, have you broken up with a boyfriend?	En el último año, ¿Has terminado con un pololo?	Coef Phi	0.688*

68	In the past year, have you been seriously injured or seriously ill?	En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?	Coef Phi	-0.15
69	In the past year, have you lost a friend (for example, because of a fight or a move)?	En el último año, ¿Has perdido algún amigo?(por ejemplo, debido a una pelea o cambio de casa)	Coef Phi	0.583*
70	In the past year, have any of your pets died?	En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?	Coef Phi	0.882*
71	In the past year, have you felt rejected by someone important to you?	En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?	Coef Phi	0.406
72	In the past year, have you felt threatened at school ?	En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?	Coef Phi	0.792*
73	In the past year, has anyone important to you died?	En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?	Coef Phi	0.802*
74	In the past year, have your parents separated, divorced, or split up?	En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?	Coef Phi	-0.053
75	In the past year, have you felt threatened outside of school ?	En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?	Coef Phi	0.577*
76a	In the past year, have other people noticed changes in your body?	En el último año, ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?	Coef Phi	0.467
76b	If Yes, how bothered are you about other people noticing changes in your body?	Si tu respuesta es Sí, ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?	Coef Pearson	0.546*
78	In the past year, have you been a cheerleader, a songleader or on a drill/dance team?	En el último año, ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc?	Coef Phi	0.435
79	In the past year, have you had to take medicine (like Ritalin) to help you pay attention and do better in school?	En el último año, ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?	Coef Phi	1*
80	In the past year, have you had to take insulin to help you control diabetes?	En el último año, ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?	Coef Phi	1*
81	In the past year, have you felt, or have others told you, that you eat less than you should?	En el último año, ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?	Coef Phi	0.685*
82	Please circle any of the people you talk to when you have a problem	Marca con una cruz a las personas con las que tu conversas cuando tienes un problema	Coef Pearson	0.291
83	In the past year, how have you been doing in school?	En el último año, ¿Cómo te ha ido en el colegio?	Coef Pearson	0.889*

84	Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) MOTHER weigh (NOT including when she is or was pregnant)	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu MAMÁ (biológica), cuando ella ha estado con mayor peso. (NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada)	Coef Pearson	0.753*
85	Please circle the number of the figure below that best looks like the MOST you have ever seen your real (biological) FATHER weigh	Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.	Coef Pearson	0.862*
86	Only outstanding performance is good enough in my family.	En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago	Coef Pearson	0.366
87	I try very hard to avoid disappointing my parents and teachers.	Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores	Coef Pearson	0.521*
88	I need to be the best at things.	Necesito ser la mejor en lo que hago	Coef Pearson	0.895*
89	I feel that I must do things perfectly or not do them at all.	Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas	Coef Pearson	0.603*
90	I have extremely high goals.	Tengo metas extremadamente altas	Coef Pearson	0.427
91	How often do you worry about what other people will think of you?	¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la gente piense de ti?	Coef Pearson	0.861*
92	To feel good about yourself, how important is it to be physically strong?	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es estar en buena forma?(cuerpo tonificado)	Coef Pearson	0.533*
93	To feel good about yourself, how important is it to be smart?	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser inteligente?	Coef Pearson	0.684*
94	To feel good about yourself, how important is it to be thin?	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser delgada?	Coef Pearson	0.752*
95	To feel good about yourself, how important is it to stand up for yourself?	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es salir adelante por tí misma?	Coef Pearson	0.849*
96	In the past year, has there been a supportive woman (role model) in your life who you look up to and/or talk to about the things that happen to you?	En el último año, ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?	Coef Phi	0.56*
100a	In the past year, have you trained for competition in any of the following sports: ice skating	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Aeróbica?	Coef Phi	1*
100b	In the past year, have you trained for competition in any of the following sports: swimming	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Natación?	Coef Phi	1*

100c	In the past year, have you trained for competition in any of the following sports: gymnastics	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Gimnasia (artística, rítmica, olímpica)?	Coef Phi	1*
100d	In the past year, have you trained for competition in any of the following sports: track and field	En el último año, ¿Has entrenado para competir en Atletismo?	Coef Phi	1
101	Has anyone in your family ever had an eating disorder?	¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?	Coef Phi	0.667*
102	In the past year, have you felt pressured to have sex?	En el último año, ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?	Coef Phi	0.688*
103	Check any of these activities THAT YOU PARTICIPATE IN that make you feel really good about yourself	Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma	Coef Pearson	0.993*

**ANEXO 12**

**Anexo N°12: Muestra bilingüe, ítems que no correlacionan.**

N° de ítem	Versión Original	Versión Adaptada	Estadístico Utilizado
14	In the past year, how often did you use drugs (not medicine)?	En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?	Coef Pearson
77	In the past year, have either of your parents gotten remarried?	En el último año, ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?	Coef Phi
97	Have other people told you that you have an eating disorder (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)?	¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)	Coef Phi
98	Are you training to become a professional dancer or ballerina?	¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?	Coef Phi
99	Do you think that you have an eating disorder now (like anorexia or bulimia, not simply being overweight)?	¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)	Coef Phi

**ANEXO 13**

## Anexo 13: Material Juicio de Expertos.

Estimado Sr. o Sra:

A continuación encontrará las definiciones de los siete factores del instrumento, en el cuadro de más abajo aparecen los 103 ítems del cuestionario, le pedimos que en el primer casillero indique con una "X" si el ítem es pertinente de acuerdo al objetivo del test y en el segundo casillero que indique el número del factor al cual Ud. considera que corresponde el ítem. Bajo cada pregunta encontrará una línea para que anote las observaciones en el caso de requerirlo.

De antemano, muchas gracias por su colaboración.

Grupo Seminario Trastornos Alimentarios 2003 UV.

### *Definición de los Factores*

- 1. Preocupación por la delgadez y presión social:** Implica la influencia ejercida por el entorno social en la valoración de la delgadez como un atributo deseable de alcanzar, que incluye pensar frecuentemente en la silueta y/o realizar actividades para la obtención de ésta.
- 2. Uso de sustancias:** Incluye el uso o abuso de sustancias tales como tabaco, alcohol, drogas y /o fármacos sin prescripción médica.
- 3. Influencias parentales:** Se refiere a la preocupación excesiva por parte de los padres hacia temas vinculados con apariencia física, peso y alimentación, expresadas mediante comentarios y/o bromas.
- 4. Influencias psicológicas generales:** Implica aspectos personales del funcionamiento cognitivo, afectivo y social que intervienen en la aparición o mantención de un trastorno alimentario.
- 5. Apoyo social:** Se refiere al grado de protección percibido por un individuo respecto del entorno y su grupo de referencia.
- 6. Eventos negativos vitales:** Experiencia negativa que altera la actividad habitual del individuo, causando cambios y necesidad de reajuste.
- 7. Desempeño escolar:** Implica la evaluación objetiva y subjetiva que realiza un sujeto con respecto a su rendimiento en actividades académicas.

Nº	ITEMES	¿Es pertinente este ítem de acuerdo al objetivo del test?		Indique el nº del factor al que corresponde este ítem
		SI	NO	
1	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma? ----- ----- -----			
2	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO? ----- ----- -----			
3	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo? ----- ----- -----			
4	En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO? ----- ----- -----			
5	En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)? ----- ----- -----			
6	En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida? ----- ----- -----			
7	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"? ----- ----- -----			
8	En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso? ----- ----- -----			

9	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
10	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia tu papá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
11	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
12	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
13	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
14	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
15	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
16	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

17	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
18	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
19	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
20	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
21	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
22	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
23	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
24	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

25	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
26	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
27	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
28	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
29	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
30	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
31	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
32	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

33	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
34	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos para PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
35	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
36	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
37	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
38	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia tu mamá te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
39	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
40	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

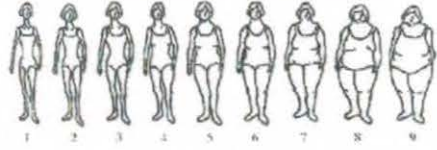
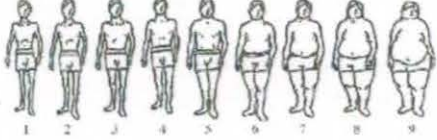
41	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
42	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
43	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
44	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
45	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
46	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
47	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
48	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

49	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
50	<p>En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
51	<p>En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
52	<p>Si los niños u hombre jóvenes (incluyendo tus hermanos) se han burlado de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha hecho cambiar la forma en que te sientes acerca de ti misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
53	<p>En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
54	<p>En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
55	<p>En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

56	<p>En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
57	<p>Si las niñas (incluyendo tus hermanas) se han burlado acerca de tu peso en el último año, ¿Cuánto ha cambiado la forma de sentirte contigo misma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
58	<p>En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
59	<p>En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
60	<p>En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
61	<p>En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
62	<p>En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
63	<p>¿Has tenido tu primer período menstrual? Si tu respuesta es SÍ ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primer período?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

64	<p>¿Has comenzado a salir con niños? Si tu respuesta es Sí ¿En qué curso estabas cuando tuviste tu primera cita?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
65	<p>¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
66	<p>En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo? Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás acerca del cambio en tu cuerpo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
67	<p>En el último año, ¿Has terminado con un pololo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
68	<p>En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
69	<p>En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
70	<p>En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
71	<p>En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

72	<p>En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
73	<p>En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
74	<p>En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
75	<p>En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
76	<p>En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo? Si tu respuesta es Sí ¿Qué tan molesta estás con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
77	<p>En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
78	<p>En el último año ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc.?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
79	<p>En el último año ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritalín) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
80	<p>En el último año ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

81	<p>En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
82	<p>Marca con una cruz a las personas con las que tú conversas cuando tienes un problema (<i>Puedes indicar a más de una persona</i>)</p> <p>A. Mamá/Madre sustituta/Madrastra</p> <p>B. Papá/Padre sustituto/Padrastra</p> <p>C. Hermano/Hermanastro</p> <p>D. Hermana/Hermanastro</p> <p>E. Otro pariente</p> <p>F. Amigo/Amiga</p> <p>G. Pololo</p> <p>H. Entrenador(a)/Profesor(a)</p> <p>I. Orientador(a)/Sacerdote/Pastor</p> <p>J. Otra persona: _____</p> <p>K. Nadie</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
83	<p>En el último año ¿Cómo te ha ido en el colegio?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
84	<p>Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tú <u>MAMÁ</u> (biológica), cuando ella ha estado con <u>mayor peso</u>. (NO tomes en cuenta cuando ella ha estado embarazada).</p> <p>Hace <u>mucho</u> tiempo que no veo a mi mamá (biológica)</p> <p>0</p>  <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
85	<p>Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu <u>PAPÁ</u> (biológico), cuando él ha estado con <u>mayor peso</u>.</p> <p>Hace <u>mucho</u> tiempo que no veo a mi papá (biológico)</p> <p>0</p>  <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

86	<p>En mi familia solo soy buena cuando me destaco en lo que hago.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
87	<p>Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
88	<p>Necesito ser la mejor en lo que hago.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
89	<p>Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
90	<p>Tengo metas extremadamente altas</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
91	<p>¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la que gente piense de ti?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
92	<p>Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en <u>buena forma</u>? (cuerpo tonificado)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
93	<p>Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser <u>inteligente</u>?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

94	Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser <u>delgada</u> ? <hr/> <hr/> <hr/>			
95	Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es <u>luchar por ti misma</u> ? <hr/> <hr/> <hr/>			
96	¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quien admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren? <hr/> <hr/> <hr/>			
97	¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso) <hr/> <hr/> <hr/>			
98	¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional? <hr/> <hr/> <hr/>			
99	¿Crees que actualmente tienes un trastorno alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso) <hr/> <hr/> <hr/>			
100	En el último año, has <u>entrenado para competir</u> en alguno de los siguientes deportes? a. Aeróbica b. Natación c. Gimnasia (artística, rítmica, olímpica) d. Atletismo <hr/> <hr/> <hr/>			

101	<p>¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un trastorno alimentario?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
102	<p>¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
103	<p>Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma:</p> <p>a. Deportes grupales (por ejemplo, Volleyball, b. Basketball, Handball, Fútbol, etc.) c. Natación/Buceo d. Atletismo e. Gimnasia f. Servicios a la comunidad (por ejemplo, voluntaria en un hospital o protección de animales) g. Scout h. Grupo juvenil religioso i. Diario o revista escolar j. Danza k. Teatro l. Música/Banda/Coro m. Trabajos de verano/ misiones n. Otra</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

ANEXO 14

## Anexo 14: Primer Análisis Factorial

Matriz de Componentes Rotada

7 Factores (análisis excluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0,0548	-0,128	-0,1377	0,0002	-0,0122	0,1786	<b>-0,75</b>
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,349	<b>0,6797</b>	0,0906	0,2277	0,1475	0,1188	0,016
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,2265	0,2808	0,2186	0,2835	0,0896	0,2676	-0,0156
Zscore: Atracones	0,1161	0,1322	0,0278	<b>0,7772</b>	0,0663	0,0421	0,1272
Zscore: Confiianza	0,2963	<b>0,7533</b>	0,0082	0,1579	0,0931	0,1338	-0,0128
Zscore: Depresión	0,2821	0,4229	0,089	0,3518	0,3801	0,3267	0,0003
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,2113	0,2689	0,2625	0,157	0,1041	0,2725	0,1098
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,7568</b>	0,1076	0,0097	0,0879	0,1203	0,1874	0,0337
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,2527	0,1497	-0,0154	<b>0,7307</b>	0,0749	0,0211	-0,0148
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,1152	0,1009	-0,0491	0,1722	0,2172	<b>0,552</b>	0,2104
Zscore: Eventos vitales negativos	0,0363	0,1065	0,1967	0,268	<b>0,6555</b>	0,1629	0,1194
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,7157</b>	0,2206	0,1974	0,1891	0,0761	0,0914	0,0144
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,8117</b>	0,1858	0,1831	0,1906	0,0215	-0,0383	0,0132
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,3413	-0,143	0,4102	0,1379	0,1344	-0,0164	-0,308
Zscore: Perfeccionismo	0,0737	-0,216	<b>0,5247</b>	0,2875	-0,0518	-0,0011	0,222
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,2523	0,1365	0,3847	0,2286	0,1441	-0,0618	-0,0422
Zscore: Conductas de purgas	0,4504	0,1226	-0,0006	0,0827	0,4446	-0,0057	0,0441
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0,013	0,1169	0,2311	0,2066	<b>0,6466</b>	-0,0003	0,0786
Zscore: Desempeño escolar	-0,1801	-0,184	0,0642	0,118	-0,4334	-0,078	0,3229
Zscore: Comer social	<b>0,6676</b>	0,0159	0,0487	0,3332	0,1566	0,0674	0,0584
Zscore: Evaluación social	0,2905	0,2989	0,4291	0,1286	-0,0729	-0,0392	-0,0466
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,0833	-0,18	0,1083	0,0077	0,1917	0,0841	<b>0,7011</b>
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,214	-0,109	-0,0561	0,0725	0,3865	0,4136	0,0011
Zscore: Uso de sustancias	0,1548	0,0738	-0,1338	-0,0493	<b>0,6771</b>	-0,074	0,073
Zscore: Apoyo personal	-0,0395	-0,008	-0,0584	-0,0621	-0,1746	<b>0,7076</b>	-0,2421
Zscore: Apoyo compartido	0,0401	0,2422	-0,1081	-0,0018	0,0107	<b>0,5819</b>	-0,0642
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,8669</b>	0,1255	0,0882	0,046	0,0691	0,0304	0,0906
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,5912</b>	0,2422	0,2002	0,3683	0,1704	0,0421	-0,1054
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,377	0,0664	0,1093	<b>0,5942</b>	0,1626	0,0816	-0,1511
Zscore: Sentirse bonita	0,0524	<b>0,8255</b>	-0,0635	0,0313	0,1426	0,0649	-0,0505
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,5488</b>	0,1402	<b>0,5604</b>	0,0041	0,06	0,0656	0,0145
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,0647	-0,006	<b>0,7062</b>	0,0017	-0,0349	-0,1276	0,1875
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,5826</b>	0,1074	0,4915	0,0488	0,1031	0,0954	-0,0295
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,0155	-0,01	<b>0,5979</b>	-0,1215	0,0543	-0,0531	0,0488

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

**ANEXO 15**

## Anexo 15: Segundo Análisis Factorial

### Matriz de Componentes Rotada

Análisis de Varianza Máxima: 10 Factores	(análisis excluye subescalas dicotómicas)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0	-0,1	0,01	-0	-0,1	-0	0,02	0,05	<b>-0,8</b>	0,19
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,36	<b>0,74</b>	0,1	0,13	0,05	0,07	0,11	0,1	0,02	0,02
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,26	0,35	0,07	0,2	0,02	0,25	0,14	0,14	-0	0,19
Zscore: Atracciones	0,12	0,1	0,1	<b>0,83</b>	0,17	-0	-0	0,12	0,06	-0
Zscore: Confianza	0,27	<b>0,73</b>	0,09	0,14	0,22	-0,1	0	0,05	0	0,1
Zscore: Depresión	0,28	0,45	0,33	0,32	0,15	0,06	0,02	0,37	-0,1	0,12
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,23	0,32	0,06	0,1	0,1	0,29	0,05	0,23	0,06	0,12
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,77</b>	0,11	0,11	0,06	0,11	0,01	-0	0,14	-0	0,12
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,28	0,14	0,12	<b>0,75</b>	0,08	-0	0,06	0,02	-0,1	0,02
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,11	0,2	0,04	0,13	-0	0,04	-0,1	<b>0,73</b>	0,1	0,13
Zscore: Eventos vitales negativos	0,08	0,17	<b>0,64</b>	0,19	-0,1	0,21	0,18	0,18	0,15	0,08
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,68</b>	0,23	0,05	0,13	0,26	0,07	0,16	0,11	0,03	0,02
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,8</b>	0,18	0,02	0,15	0,25	0,1	0,09	-0	-0	-0,1
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	<b>0,25</b>	-0,1	0,06	-0,1	0,18	0,08	<b>0,75</b>	-0	-0	0,02
Zscore: Perfeccionismo	0,15	-0,1	-0	0,22	-0	<b>0,65</b>	0,14	-0,1	0,19	0,03
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,12	0,17	0,04	0,1	0,35	0	<b>0,57</b>	0,13	0,15	-0,1
Zscore: Conductas de purgas	0,48	0,13	0,44	0,05	0,01	0,02	-0	0,08	0,01	-0,1
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0	0,11	<b>0,69</b>	0,17	0,11	0,09	0,23	-0	0,19	0,05
Zscore: Desempeño escolar	-0,1	-0,2	-0,4	0,17	-0,1	0,22	-0,2	-0,1	0,23	-0,1
Zscore: Comer social	<b>0,67</b>	0,07	0,09	0,24	0,02	0,02	0,22	0,15	0,08	-0
Zscore: Evaluación social	0,17	0,18	0	0,19	<b>0,68</b>	0,05	0,14	-0,1	0,02	0,03
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,09	-0,1	0,16	-0	-0	0,09	0,05	0,1	<b>0,78</b>	0,05
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,14	-0	0,14	-0	0,03	-0,1	0,14	<b>0,8</b>	-0	-0
Zscore: Uso de sustancias	0,2	0	<b>0,74</b>	0,03	0,05	-0,1	-0,3	0,06	-0	-0,1
Zscore: Apoyo personal	-0	-0	-0,1	-0	-0	-0	-0	0,11	-0,2	<b>0,8</b>
Zscore: Apoyo compartido	0,05	0,2	0,12	0,03	0,05	-0,2	0	-0	0,06	<b>0,75</b>
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,88</b>	0,13	0,07	0	0,14	0,06	0,04	-0	0,08	0,02
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,59</b>	0,32	0,12	0,22	0,06	0,11	0,38	0,05	-0	-0
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,42	0,2	0,09	0,41	-0,2	0,13	0,47	0,08	-0,1	0,03
Zscore: Sentirse bonita	0,06	<b>0,85</b>	0,11	-0	0,01	-0,1	-0	0,01	-0	0,02
Zscore: Importancia de estar en buena forma	0,46	0,06	0,1	0,02	<b>0,64</b>	0,26	0,13	0,06	0,03	0,04
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,05	-0	0,02	0,03	0,43	<b>0,64</b>	-0	-0	0,09	-0,2
Zscore: Importancia de ser delgada	0,48	0,05	0,11	0,04	<b>0,61</b>	0,16	0,22	0,12	0,03	0,05
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,06	0,06	0,04	-0,2	0,07	<b>0,72</b>	0,03	0,03	-0,1	-0,2

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

**ANEXO 16**

## Anexo 16: Tercer Análisis Factorial

### Matriz de Componentes Rotada

9 Factores (análisis excluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0,04	-0,12	0,002	0,009	-0,08	-0,03	0,077	<b>-0,82</b>	0,161
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,343	<b>0,72</b>	0,176	0,085	0,044	0,102	0,15	0,004	-0,01
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,234	0,326	0,253	0,052	0,207	0,111	0,215	-0,04	0,145
Zscore: Atracones	0,14	0,125	<b>0,8</b>	0,115	0,048	0,011	0,006	0,092	0,045
Zscore: Confianza	0,3	<b>0,75</b>	0,14	0,099	-0,06	0,061	-0,01	0,017	0,131
Zscore: Depresión	0,295	0,466	0,324	0,337	0,092	0,048	0,314	-0,05	0,156
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,226	0,32	0,13	0,056	0,284	0,048	0,252	0,057	0,117
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,77</b>	0,112	0,09	0,107	0,01	-0,01	0,163	-0,01	0,102
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,271	0,139	<b>0,75</b>	0,122	-0,01	0,039	-0,01	-0,05	0,03
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,102	0,214	0,118	0,047	0,04	-0,07	<b>0,68</b>	0,114	0,165
Zscore: Eventos vitales negativos	0,04	0,142	0,237	<b>0,62</b>	0,155	0,146	0,273	0,128	0,037
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,71</b>	0,237	0,158	0,051	0,112	0,197	0,083	0,033	0,038
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,82</b>	0,184	0,179	0,025	0,133	0,125	-0,02	-0	-0,06
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,255	-0,09	0,014	0,04	0,079	<b>0,75</b>	0,05	-0,07	-0
Zscore: Perfeccionismo	0,107	-0,19	0,293	-0,03	<b>0,57</b>	0,084	0,033	0,155	-0,04
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,176	0,192	0,111	0,045	0,09	<b>0,65</b>	0,041	0,166	-0,08
Zscore: Conductas de purgas	0,464	0,121	0,08	0,436	0	-0,01	0,116	0,007	-0,08
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0,01	0,103	0,192	<b>0,68</b>	0,098	0,251	0,008	0,179	0,053
Zscore: Desempeño escolar	-0,15	-0,19	0,161	-0,41	0,198	-0,21	-0,08	0,231	-0,07
Zscore: Comer social	<b>0,64</b>	0,054	0,289	0,083	-0,02	0,188	0,211	0,066	-0,07
Zscore: Evaluación social	0,302	0,25	0,134	0,035	0,255	0,313	-0,33	0,079	0,188
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,069	-0,16	0,005	0,144	0,06	0,045	0,165	<b>0,76</b>	0,023
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,16	0,019	-0,03	0,164	-0,07	0,153	<b>0,7</b>	-0,02	0,016
Zscore: Uso de sustancias	0,207	0,021	0,01	<b>0,75</b>	-0,05	-0,25	0,005	-0,01	-0,06
Zscore: Apoyo personal	-0,01	-0,03	-0,01	-0,1	-0,05	-0,06	0,148	-0,21	<b>0,77</b>
Zscore: Apoyo compartido	0,056	0,19	0,05	0,109	-0,2	0,011	0,02	0,047	<b>0,73</b>
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,88</b>	0,119	0,046	0,067	0,058	0,045	0,044	0,067	-0,01
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,56</b>	0,288	0,295	0,098	0,064	0,347	0,144	-0,05	-0,06
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,332	0,138	<b>0,51</b>	0,056	-0	0,357	0,259	-0,11	-0,08
Zscore: Sentirse bonita	0,049	<b>0,84</b>	-0,01	0,108	-0,1	0,001	0,036	-0,05	0
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,57</b>	0,122	-0	0,123	0,44	0,282	-0,12	0,073	0,165
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,121	-0,01	0,018	0,032	<b>0,75</b>	0,063	-0,15	0,113	-0,09
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,58</b>	0,103	0,022	0,132	0,327	0,365	-0,05	0,065	0,166
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,052	0,047	-0,15	0,02	<b>0,7</b>	0,026	0,111	-0,08	-0,19

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

ANEXO 17: Anexo Administrativo

Tabla 1: Datos de los recursos humanos

Descripción del recurso humano	1	2	3	4	5	6	7	8
Personal administrativo	100	100	100	100	100	100	100	100
Personal de apoyo	200	200	200	200	200	200	200	200
Personal de oficina	300	300	300	300	300	300	300	300
Personal de campo	400	400	400	400	400	400	400	400
Personal de mantenimiento	500	500	500	500	500	500	500	500
Personal de seguridad	600	600	600	600	600	600	600	600
Personal de transporte	700	700	700	700	700	700	700	700
Personal de comunicaciones	800	800	800	800	800	800	800	800
Personal de informática	900	900	900	900	900	900	900	900
Personal de salud	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Personal de servicios sociales	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100
Personal de servicios legales	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
Personal de servicios financieros	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300
Personal de servicios de relaciones públicas	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400
Personal de servicios de atención al cliente	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
Personal de servicios de atención al proveedor	1600	1600	1600	1600	1600	1600	1600	1600
Personal de servicios de atención al socio	1700	1700	1700	1700	1700	1700	1700	1700
Personal de servicios de atención al cliente y proveedor	1800	1800	1800	1800	1800	1800	1800	1800
Personal de servicios de atención al cliente y socio	1900	1900	1900	1900	1900	1900	1900	1900
Personal de servicios de atención al proveedor y socio	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
Personal de servicios de atención al cliente, proveedor y socio	2100	2100	2100	2100	2100	2100	2100	2100
Personal de servicios de atención al cliente y proveedor y socio	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200
Personal de servicios de atención al proveedor y socio y cliente	2300	2300	2300	2300	2300	2300	2300	2300
Personal de servicios de atención al cliente, proveedor y socio y cliente	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400
Personal de servicios de atención al proveedor y socio y cliente y cliente	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500
Personal de servicios de atención al cliente, proveedor y socio y cliente y cliente	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600
Personal de servicios de atención al proveedor y socio y cliente y cliente y cliente	2700	2700	2700	2700	2700	2700	2700	2700
Personal de servicios de atención al cliente, proveedor y socio y cliente y cliente y cliente	2800	2800	2800	2800	2800	2800	2800	2800
Personal de servicios de atención al proveedor y socio y cliente y cliente y cliente y cliente	2900	2900	2900	2900	2900	2900	2900	2900
Personal de servicios de atención al cliente, proveedor y socio y cliente y cliente y cliente y cliente	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000

ANEXO 18

## Anexo 18: Quinto Análisis Factorial

Matriz de Componentes Rotada

7 Factores (análisis incluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	0,0592	-0,1329	-0,3916	0,221	-0,1364	-0,3546	0,2667
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,3737	<b>0,7117</b>	0,0389	0,1411	0,1718	0,027	-0,0191
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,2814	0,3187	0,1793	0,2319	0,2316	-0,0426	0,1355
Zscore: Atracones	0,1681	0,1305	0,0811	0,059	<b>0,7706</b>	0,1446	0,0267
Zscore: Confianza	0,3208	<b>0,7601</b>	-0,0338	0	0,1399	0,0498	0,0899
Zscore: Depresión	0,3239	0,4873	0,0413	0,389	0,279	0,2047	0,1533
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,2408	0,3016	0,2613	0,2087	0,1177	0,057	0,1389
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,7257</b>	0,1179	-0,0515	0,1088	0,0775	0,1477	0,1177
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,3037	0,1678	-0,0154	0,0686	<b>0,6952</b>	0,0574	0,0041
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,0417	0,2221	-0,006	<b>0,5211</b>	0,1786	0,0608	0,1042
Zscore: Eventos vitales negativos	0,0801	0,202	0,2092	<b>0,5197</b>	0,1815	0,4097	-0,0124
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,7332</b>	0,2431	0,1168	0,0647	0,1424	0,0478	0,0191
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,8265</b>	0,1816	0,0933	-0,0343	0,1473	0,0505	-0,0591
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,4492	-0,0976	0,2038	0,3444	0,0021	-0,264	-0,1426
Zscore: Perfeccionismo	0,144	-0,1992	<b>0,5773</b>	0,0174	0,2627	-0,0053	-0,0158
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,3479	0,1312	0,2748	0,229	0,1354	-0,0388	-0,1476
Zscore: Conductas de purgas	0,4677	0,1356	-0,064	0,1663	0,0399	0,4224	-0,0338
Zscore: Sentimientos de inseguridad	0,0661	0,1663	0,2252	0,3395	0,134	0,4617	0,0078
Zscore: Desempeño escolar	-0,2014	-0,2714	0,1866	-0,3355	0,2339	-0,0525	-0,03
Zscore: Comer social	<b>0,661</b>	0,0376	-0,0023	0,175	0,2927	0,1324	-0,0437
Zscore: Evaluación social	0,3894	0,2486	0,3695	-0,1196	0,0853	-0,0472	0,1223
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	-0,0493	-0,1166	0,3597	0,0494	0,1348	0,4285	-0,0963
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,1789	0,0097	-0,1388	<b>0,6173</b>	0,0162	0,0918	0,0077
Zscore: Uso de sustancias	0,1614	0,0704	-0,1331	0,1918	-0,0868	<b>0,6914</b>	0,0281
Zscore: Apoyo personal	-0,0305	-0,0013	-0,095	0,159	-0,0058	-0,233	<b>0,7217</b>
Zscore: Apoyo compartido	0,036	0,2409	-0,0741	0,0813	0,0853	0,0057	<b>0,6463</b>
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,8365</b>	0,1277	0,0227	-0,0238	0,0418	0,146	-0,0197
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,6494</b>	0,2785	0,0757	0,2103	0,2715	-0,019	-0,0483
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,4497	0,1156	-0,0108	0,3007	0,4951	-0,0645	-0,0428
Zscore: Sentirse bonita	0,0738	<b>0,8275</b>	-0,1108	0,0631	-0,0076	0,0528	0,0052
Zscore: Uso de insulina	0,0808	-0,0227	-0,1406	0,1557	0,1432	-0,2267	-0,3278
Zscore: Uso de ritalin	-0,0071	-0,014	0,0507	0,3142	0,0003	0,0912	0,0412
Zscore: Apoyo femenino	0,0559	-0,0444	-0,137	0,0225	0,0118	0,175	0,4713
Zscore: Presión sexual	0,1912	-0,0248	-0,1347	0,1487	0,0937	<b>0,5254</b>	0,187
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,6516</b>	0,1035	0,4504	0,0201	-0,0475	0,067	0,107
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,1769	-0,0383	<b>0,6998</b>	-0,0483	-0,049	0,0155	-0,1065
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,6758</b>	0,0862	0,3606	0,1048	-0,0113	0,0505	0,1012
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,1065	0,0373	<b>0,5232</b>	0,1354	-0,214	-0,1078	-0,2255

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

ANEXO 19

## Anexo 19: Sexto Análisis Factorial

### Matriz de Componentes Rotada

Análisis de Varianza Máxima: 11 Factores	(análisis incluye subescalas dicotómicas)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0	-0,1	-0,1	0,01	0,02	0,09	<b>-0,8</b>	0,1	0,1	-0,1	-0
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,38	<b>0,7</b>	0,05	0,17	0	0,14	0,04	0,01	0,12	0,07	-0
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,28	0,29	0,21	0,26	-0,1	0,21	-0	0,13	0,16	-0	-0,1
Zscore: Atracones	0,15	0,13	0,06	<b>0,8</b>	0,16	0,03	0,06	0	-0,1	0,08	0,09
Zscore: Confianza	0,31	<b>0,8</b>	-0	0,14	0,07	0,01	-0	0,11	0,03	0,05	-0
Zscore: Depresión	0,31	0,46	0,12	0,34	0,24	0,32	-0	0,11	0,21	-0	0,1
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,25	0,29	0,3	0,15	0,03	0,24	0,05	0,09	0,05	-0,1	0,09
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,8</b>	0,1	0	0,07	0,12	0,15	-0	0,08	0,04	-0,1	0,12
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,3	0,14	-0	<b>0,7</b>	0,06	-0	-0	-0	0,07	0,02	0,05
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,11	0,21	0,02	0,13	0,02	<b>0,7</b>	0,08	0,07	-0	-0	0,18
Zscore: Eventos vitales negativos	0,06	0,14	0,17	0,27	0,32	0,26	0,19	0,01	<b>0,5</b>	0,02	0,1
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,7</b>	0,23	0,16	0,15	0,03	0,06	0,02	0,02	0,08	0,06	-0
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,8</b>	0,17	0,14	0,16	0,03	-0	-0	-0,1	0,02	0,06	0,04
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,34	-0,1	0,19	0,02	-0,2	0	-0,1	0,03	0,38	<b>0,53</b>	-0
Zscore: Perfeccionismo	0,14	-0,2	<b>0,5</b>	0,3	-0,1	0	0,21	-0	0,1	-0,1	-0,1
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,23	0,15	0,22	0,1	0,05	0,02	0,15	0,05	0,11	<b>0,6</b>	-0
Zscore: Conductas de purgas	0,44	0,13	0,01	0,06	0,46	0,13	0,06	-0	0,15	0,03	-0,2
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0	0,13	0,16	0,21	0,42	-0	0,23	0,1	<b>0,5</b>	0,15	-0
Zscore: Desempeño escolar	-0,2	-0,2	0,16	0,12	-0	0	0,17	-0	<b>-0,7</b>	0,08	-0,1
Zscore: Comer social	<b>0,7</b>	0,02	-0	0,26	0,09	0,17	0,1	0,01	0,08	0,14	-0
Zscore: Evaluación social	0,31	0,25	0,37	0,16	0	-0,3	-0	0,13	0,02	0,19	0,26
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,07	-0,1	0,08	0,02	0,03	0,14	<b>0,8</b>	0,03	0,1	-0,1	0,05
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,16	0,02	-0	-0	0,21	<b>0,7</b>	-0	0,06	0,06	0,21	-0
Zscore: Uso de sustancias	0,13	0,06	-0,1	0,01	<b>0,7</b>	0,02	0,04	-0,1	0,25	-0,1	0,13
Zscore: Apoyo personal	-0	-0	0,02	0,01	-0,1	0,2	-0,3	<b>0,6</b>	-0	-0,2	0,11
Zscore: Apoyo compartido	0,05	0,23	-0,1	0,05	-0	0,07	0,01	<b>0,7</b>	0,07	-0,1	-0
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,9</b>	0,11	0,06	0,02	0,08	0,03	0,07	-0	0,01	-0	0,02
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,6</b>	0,25	0,09	0,27	-0	0,09	0,01	0,04	0,24	0,23	-0,1
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,4	0,09	0	0,49	-0	0,2	-0	0,06	0,23	0,26	-0,3
Zscore: Sentirse bonita	0,06	<b>0,8</b>	-0,1	0	0,08	0,05	-0	0,03	0,08	0,05	0
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,5</b>	0,12	<b>0,5</b>	-0	0,18	-0,1	0	0,11	-0	0,22	0,06
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,1	-0	<b>0,7</b>	0,02	0,05	-0,1	0,11	-0,2	-0,1	0,07	0,07
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,6</b>	0,1	0,43	0,01	0,17	-0	-0	0,14	0,01	0,3	0,07
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,05	0,02	<b>0,6</b>	-0,1	-0,1	0,15	-0	-0,3	0,09	-0	-0,2
Zscore: Uso de insulina	-0	0,04	-0,2	0,06	-0	0,11	-0,1	-0,2	-0,2	<b>0,6</b>	0,12
Zscore: Uso de ritalin	0,04	-0	-0	0,05	0,02	0,13	0,06	-0	0,12	0,07	<b>0,8</b>
Zscore: Apoyo femenino	0,03	-0	-0,2	-0,1	0,19	-0,1	0,09	<b>0,6</b>	0,03	0,11	-0,1
Zscore: Presión sexual	0,11	0,02	0,02	0,13	<b>0,7</b>	0,15	-0,1	0,12	-0,1	0,03	-0

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 16 iteraciones.

ANEXO 20

## Anexo 20: Séptimo Análisis Factorial

Matriz de Componentes Rotada

10 Factores (análisis incluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0,1	-0,1	-0,1	0,03	-0	0,1	0,03	0,11	<b>-0,8</b>	-0,1
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,37	<b>0,7</b>	0,06	0,03	0,17	0,16	0,11	0	0,04	-0
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,26	0,3	0,19	-0	0,24	0,26	0,14	0,11	0	-0,1
Zscore: Atracciones	0,15	0,12	0,09	0,16	<b>0,8</b>	0,06	-0	0,01	0,06	0,13
Zscore: Confianza	0,31	<b>0,76</b>	0,02	0,06	0,15	0,01	0,02	0,11	-0	0,01
Zscore: Depresión	0,29	0,47	0,12	0,3	0,31	0,37	0,08	0,11	-0	-0
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,24	0,28	0,3	0,06	0,13	0,29	-0	0,08	0,05	-0
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,76</b>	0,11	0,03	0,13	0,05	0,19	-0	0,1	-0	0,03
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,28	0,16	0,01	0,1	<b>0,73</b>	0,05	0,06	-0	-0	0
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,11	0,19	-0	0,03	0,12	<b>0,71</b>	-0,1	0,06	0,07	0,11
Zscore: Eventos vitales negativos	0,02	0,18	0,14	0,47	0,2	0,36	0,31	0,01	0,2	-0,1
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,72</b>	0,23	0,17	0,04	0,14	0,08	0,13	0,02	0,02	-0
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,82</b>	0,18	0,16	0,04	0,15	-0	0,07	-0,1	0	0,02
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,3	-0,1	0,17	-0,1	0	0,02	<b>0,7</b>	0	-0,1	0,1
Zscore: Perfeccionismo	0,12	-0,2	0,49	-0,1	0,28	0,05	0,12	-0,1	0,22	-0,3
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,23	0,15	0,22	0,03	0,12	-0	0,49	0	0,14	0,28
Zscore: Conductas de purgas	0,45	0,13	-0	0,46	0,06	0,08	0,11	-0	0,04	-0,1
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0	0,17	0,14	<b>0,54</b>	0,16	0,04	0,4	0,09	0,22	-0,1
Zscore: Desempeño escolar	-0,1	-0,3	0,16	-0,2	0,22	-0,2	-0,3	-0,1	0,15	0,17
Zscore: Comer social	<b>0,67</b>	0,03	-0	0,1	0,26	0,17	0,18	-0	0,1	0,02
Zscore: Evaluación social	0,29	0,26	0,45	0,02	0,14	-0,2	0,12	0,15	-0	0,22
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,07	-0,1	0,06	0,08	-0	0,16	0,03	0,04	<b>0,77</b>	-0,1
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,18	-0	-0,1	0,18	-0	<b>0,61</b>	0,17	0,01	-0,1	0,12
Zscore: Uso de sustancias	0,13	0,07	-0	<b>0,78</b>	-0	0,06	-0,1	-0	0,03	-0
Zscore: Apoyo personal	-0	-0	0,04	-0,1	-0	0,24	-0,1	<b>0,66</b>	-0,3	-0
Zscore: Apoyo compartido	0,05	0,23	-0,1	-0	0,04	0,08	0,03	<b>0,71</b>	0,01	-0,1
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,87</b>	0,12	0,07	0,08	0,02	0,05	0,03	-0	0,07	-0
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,6</b>	0,28	0,07	0,03	0,27	0,1	0,37	0,01	0,01	-0,1
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,39	0,11	-0	0,02	0,49	0,16	0,42	0,02	-0	-0,1
Zscore: Sentirse bonita	0,06	<b>0,83</b>	-0,1	0,09	0	0,05	0,01	0,02	-0	0,05
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,55</b>	0,1	<b>0,56</b>	0,14	0,01	-0,1	0,14	0,08	-0	0,13
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,09	-0,1	<b>0,74</b>	0,02	0,03	-0,1	0,01	-0,2	0,11	0,03
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,57</b>	0,09	0,46	0,14	0,03	-0	0,23	0,11	-0	0,18
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,05	0,02	<b>0,55</b>	-0,1	-0,1	0,16	0,1	-0,4	-0	-0,2
Zscore: Uso de insulina	0,02	0,01	-0,1	-0,1	0,11	0,01	0,24	-0,2	-0,1	<b>0,55</b>
Zscore: Uso de ritalin	-0	-0	0,09	0,11	-0	0,33	-0,1	0,08	0,09	<b>0,57</b>
Zscore: Apoyo femenino	0,05	-0	-0,2	0,17	-0	-0,1	0,1	<b>0,58</b>	0,08	0,04
Zscore: Presión sexual	0,15	-0	0,02	<b>0,65</b>	0,16	0,07	-0,2	0,1	-0,1	0,12

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales □ Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 25 iteraciones.

ANEXO 21

## Anexo 21: Octavo Análisis Factorial

Matriz de Componentes Rotada

9 Factores (análisis incluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0,05	-0,11	0,02	-0,08	-0	0,05	-0,02	<b>-0,8</b>	0,1
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,36	<b>0,71</b>	0,05	0,05	0,18	0,14	0,09	0,03	-0
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,25	0,32	0,01	0,22	0,26	0,23	0,07	-0,04	0,12
Zscore: Atracciones	0,14	0,12	0,15	0,06	<b>0,8</b>	0,02	0,02	0,08	0,02
Zscore: Confianza	0,31	<b>0,76</b>	0,07	-0,02	0,15	-0,02	0,02	0,01	0,11
Zscore: Depresión	0,29	0,48	0,31	0,12	0,32	0,34	0,02	-0,07	0,11
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,25	0,29	0,06	0,3	0,14	0,26	-0,05	0,04	0,09
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,76</b>	0,11	0,11	0	0,07	0,19	-0,01	-0,01	0,09
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,27	0,16	0,11	0	<b>0,73</b>	0,01	0,07	-0,04	-0,01
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,11	0,21	0,01	0,01	0,15	<b>0,7</b>	-0,1	0,04	0,04
Zscore: Eventos vitales negativos	0,01	0,2	<b>0,52</b>	0,2	0,21	0,36	0,19	0,14	0,01
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,72</b>	0,24	0,05	0,15	0,15	0,08	0,12	0,01	0,02
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,82</b>	0,18	0,04	0,13	0,16	-0,01	0,1	0,01	-0,07
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,28	-0,06	-0,03	0,19	-0,01	0,07	<b>0,7</b>	-0,09	0,03
Zscore: Perfeccionismo	0,12	-0,21	-0,04	<b>0,56</b>	0,29	0,02	0,04	0,17	-0,04
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,23	0,15	0,07	0,18	0,11	0,02	<b>0,56</b>	0,16	0,03
Zscore: Conductas de purgas	0,45	0,13	0,48	-0,01	0,08	0,08	0,03	0,01	-0,06
Zscore: Sentimientos de inseguridad	-0,05	0,17	<b>0,6</b>	0,17	0,16	0,06	0,3	0,18	0,1
Zscore: Desempeño escolar	-0,13	-0,29	-0,25	0,11	0,21	-0,17	-0,23	0,21	-0,06
Zscore: Comer social	<b>0,66</b>	0,03	0,12	-0,01	0,27	0,19	0,17	0,08	-0,01
Zscore: Evaluación social	0,31	0,26	0,01	0,36	0,11	-0,25	0,21	0,06	0,18
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,06	-0,14	0,1	0,1	0,01	0,22	-0	<b>0,73</b>	0,03
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,17	0,01	0,18	-0,08	0,01	<b>0,63</b>	0,13	-0,1	-0,01
Zscore: Uso de sustancias	0,14	0,06	<b>0,76</b>	-0,07	-0,03	0,06	-0,12	0,03	-0,03
Zscore: Apoyo personal	-0,02	-0	-0,15	0,02	0,01	0,22	-0,17	-0,31	<b>0,65</b>
Zscore: Apoyo compartido	0,05	0,24	0,01	-0,09	0,05	0,09	-0,03	-0,01	<b>0,7</b>
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,87</b>	0,12	0,08	0,05	0,03	0,06	0,03	0,07	-0,03
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,58</b>	0,29	0,08	0,09	0,28	0,11	0,33	-0,03	0,02
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,36	0,13	0,08	0,01	<b>0,51</b>	0,16	0,36	-0,1	0,02
Zscore: Sentirse bonita	0,07	<b>0,83</b>	0,09	-0,1	0	0,03	0,01	-0,02	0,02
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,58</b>	0,11	0,14	0,5	-0	-0,09	0,18	0,03	0,11
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,12	-0,04	0,02	<b>0,72</b>	0,01	-0,1	0,04	0,14	-0,15
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,59</b>	0,1	0,15	0,39	0,02	-0,02	0,27	0,02	0,14
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,05	0,04	-0,03	<b>0,62</b>	-0,13	0,1	0,02	-0,07	-0,33
Zscore: Uso de insulina	0,02	-0	-0,16	-0,22	0,09	0,06	0,43	0,01	-0,19
Zscore: Uso de ritalin	0,02	-0,02	0,05	-0,01	-0,05	0,36	0,09	0,15	0,09
Zscore: Apoyo femenino	0,05	-0,05	0,18	-0,2	-0,04	-0,05	0,09	0,08	<b>0,58</b>
Zscore: Presión sexual	0,17	-0,04	<b>0,61</b>	-0,04	0,16	0,05	-0,17	-0,09	0,1

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

**ANEXO 22**

## Anexo 22: Noveno Análisis Factorial

Matriz de Componentes Rotada

8 Factores (análisis incluye subescalas dicotómicas)	1	2	3	4	5	6	7	8
Zscore: Actividades que hacen sentir bien	-0,047	-0,106	-0,006	-0,066	0,078	0,039	<b>-0,81</b>	0,111
Zscore: Apreciación de la apariencia	0,376	<b>0,709</b>	0,181	0,033	0,142	0,021	0,032	-0,001
Zscore: Molestia por cambios corporales	0,27	0,314	0,261	0,207	0,206	-0,001	-0,042	0,129
Zscore: Atracciones	0,156	0,118	<b>0,793</b>	0,056	0,032	0,129	0,093	0,013
Zscore: Confianza	0,321	<b>0,757</b>	0,147	-0,032	-0,004	0,057	0,015	0,1
Zscore: Depresión	0,289	0,487	0,333	0,11	0,343	0,284	-0,062	0,117
Zscore: Riesgo percibido de TA	0,227	0,296	0,153	0,289	0,182	0,088	0,016	0,123
Zscore: Emociones asociadas a comer menos	<b>0,716</b>	0,118	0,084	-0,035	0,106	0,194	-0,042	0,111
Zscore: Emociones asociadas a comer más	0,283	0,161	<b>0,727</b>	-0,004	0,034	0,09	-0,028	-0,019
Zscore: Dolores de cabeza vinculados a estrés	0,035	0,222	0,189	0,008	<b>0,514</b>	0,077	-0,025	0,119
Zscore: Eventos vitales negativos	0,066	0,197	0,211	0,2	<b>0,509</b>	0,376	0,188	-0,02
Zscore: Modelaje de medios	<b>0,731</b>	0,239	0,154	0,117	0,063	0,07	0,003	0,02
Zscore: Sobrepreocupación por peso y figura	<b>0,822</b>	0,178	0,161	0,095	-0,036	0,077	-0,006	-0,066
Zscore: Preocupación de los padres por delgadez	0,476	-0,1	-0,022	0,159	0,381	-0,298	-0,003	-0,083
Zscore: Perfeccionismo	0,145	-0,214	0,291	<b>0,545</b>	0	-0,045	0,168	-0,027
Zscore: Preocupación de los pares por delgadez	0,392	0,12	0,091	0,157	0,287	-0,168	0,236	-0,067
Zscore: Conductas de purgas	0,438	0,139	0,076	-0,024	0,146	0,465	0,031	-0,077
Zscore: Sentimientos de inseguridad	0,067	0,158	0,142	0,174	0,348	0,382	0,287	0,015
Zscore: Desempeño escolar	-0,181	-0,283	0,213	0,113	-0,323	-0,134	0,164	-0,017
Zscore: Comer social	<b>0,669</b>	0,033	0,28	-0,046	0,195	0,108	0,071	-0,019
Zscore: Evaluación social	0,401	0,237	0,09	0,338	-0,119	-0,072	0,11	0,133
Zscore: Presión deportiva por ser delgada	0,037	-0,14	0,023	0,082	0,17	0,098	<b>0,709</b>	0,037
Zscore: Dolores de estómago vinculados a estrés	0,161	0,017	0,033	-0,091	<b>0,609</b>	0,149	-0,12	0,009
Zscore: Uso de sustancias	0,113	0,077	-0,033	-0,064	0,153	<b>0,747</b>	0,069	-0,05
Zscore: Apoyo personal	-0,056	0	0,017	0,013	0,106	-0,069	-0,329	<b>0,695</b>
Zscore: Apoyo compartido	0,056	0,233	0,045	-0,107	0,094	0,004	0,013	<b>0,691</b>
Zscore: Conductas de control del peso	<b>0,839</b>	0,125	0,038	0,005	-0,009	0,151	0,039	-0,014
Zscore: Bromas de pares por el peso	<b>0,654</b>	0,274	0,274	0,059	0,218	-0,017	0,003	-0,026
Zscore: Bromas de adultos por peso	0,444	0,112	<b>0,505</b>	-0,013	0,293	-0,043	-0,059	-0,03
Zscore: Sentirse bonita	0,071	<b>0,83</b>	0,002	-0,093	0,06	0,061	-0,006	0,013
Zscore: Importancia de estar en buena forma	<b>0,644</b>	0,096	-0,014	0,464	0,003	0,092	0,064	0,086
Zscore: Importancia de ser inteligente	0,166	-0,049	0,007	<b>0,711</b>	-0,08	0,006	0,146	-0,147
Zscore: Importancia de ser delgada	<b>0,676</b>	0,079	0,006	0,357	0,101	0,062	0,06	0,1
Zscore: Importancia de salir adelante por sí misma	0,069	0,04	-0,124	<b>0,627</b>	0,076	-0,021	-0,088	-0,298
Zscore: Uso de insulina	0,117	-0,022	0,09	-0,223	0,212	-0,313	0,034	-0,252
Zscore: Uso de ritalin	0,017	-0,018	-0,034	-0,015	0,352	0,015	0,142	0,094
Zscore: Apoyo femenino	0,087	-0,052	-0,052	-0,218	0,064	0,112	0,136	<b>0,528</b>
Zscore: Presión sexual	0,133	-0,02	0,16	-0,034	0,086	<b>0,637</b>	-0,057	0,094

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales  Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser.

La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

ANEXO 23

Anexo N°23: Tabla atribución factores y pertinencia según juicio expertos.

N° ITEM	EXPERTO 1 Factor	EXPERTO 2 Factor	EXPERTO 3 Factor	EXPERTO 4 Factor
1	4	4	4	4
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	2	2	2	2
6	1	1	1	1 / 4
7	1	1	1	1 / 4
8	1	1	1	1
9	1	1	1	1
10	3	3	1	3
11	1 / 5	1	1	1 / 4
12	5	5	5	5
13	1	1	1	1
14	2	2	2	2
15	1 / 4	1	1	4
16	5	5	4	5
17	1 / 5 / 3	1 / 5	1	1 / 4
18	1 / 2	1	2	1
19	4	4	4	4
20	1	1	1	1
21	4	4	4	4
22	4	4	No es pertinente	No es pertinente
23	4	1	4	1
24	1	1	1	4
25	4	1	1	4
26	2	2	2	2
27	4	4	4	4
28	4	4	4	4
29	1	1	1	1
30	4	4	4	4
31	4	4	4	4
32	4	4	4	No es pertinente
33	1 / 4	1	1	3 / 4
34	1	1	1	1
35	4	4	4	4
36	1	1	1	1
37	1 / 3	1	1	3 / 4
38	3	3	3	3
39	5	5	5	5
40	4	1	4	4
41	1 / 2	2	2	1
42	1 / 4	1 / 4	4	4
43	1	1	1	4
44	1 / 4	1	1	1
45	4	4	4	4
46	4	4	4	4
47	4	4	4	4
48	4	4	4	1
49	1 / 2 / 3	1	1	1 / 3 / 4
50	1	1	1	1
51	1	1	1	1
52	1	1	1	1 / 3 / 4
53	1 / 4	1	1	1 / 4
54	4	1 / 4	1	1 / 4
55	4	4	1	1 / 4
56	1	1	1	4
57	1 / 4	1	1	3 / 4
58	1	1	1	1
59	3	3	1	3
60	4	4	1	4 / 5

61	3	3	1	3
62	1	1	1	4
63	No es pertinente	No es pertinente	1	1
64	4	5	1	4
65	5	5	7	4 / 5
66	1 / 4	1 / 4	1	1
67	6	5 / 6	6	6
68	6	6	6	6
69	6	6	6	6
70	6	6	6	6
71	6	6	6	6
72	6 / 7	6	7	6
73	6	6	6	6
74	6	6	6	6
75	6	6	6	4 / 6
76	1	1	1	4
77	6	6	6	6
78	4	5	5	7
79	2 / 7	2 / 6	2	6
80	6	6	2	6
81	1 / 5	1	1	4
82	5	5	5	5
83	7	7	7	7
84	1	1 / 3	3	4
85	1	1 / 3	3	4
86	4	3 / 4	7	7
87	4	3 / 4	3	4
88	4	4	4	7
89	4	4	4	7
90	4	4	4	7
91	4	4	4	4
92	1 / 4	1 / 4	1	4
93	4	4	4	4
94	1 / 4	1 / 4	4	4
95	4	4	4	4
96	5	5	4	4
97	1 / 4	1	1	6
98	1	1	1	4
99	1	1	1	1 / 6
100	1	1	1	7
101	1 / 3	1 / 3	3	3
102	4	4	4	4
103	5	5	No es pertinente	4