

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

SEMINARIO DE TÍTULO:

PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

**“EN RELACIÓN AL MRFS IV: INCIDENCIA DE FACTORES ESPECÍFICOS Y
GENERALES EN EL RIESGO DE UN TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA”**

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR:

LUZ MARÍA URIBE H., FERNANDA BUSTAMANTE F., LORENA ECHEVERRÍA R.,
CAROLINA RUIZ G.

PROFESORAS GUÍA:

LILIANA CONTRERAS. CLAUDIA CALDERÓN

VALPARAÍSO, CHILE

2005



*Gracias a Lily Contreras y Claudia Calderón
por guiarnos en este proyecto.*

*Gracias a tu tiempo y dedicación, término como convergencia, variables y
rasgos latentes, cobraron sentido en este proyecto.
Por todo esto mil gracias a Pablo Cáceres Serrano.*

Feña, Caro, Lula y Lore

*Si tuviera que elegir a ciertas personas para agradecer el apoyo que me han entregado hasta ahora, tendría que escoger a muchas.
Por un lado están mis amigos incondicionales y por otro está mi familia que me ha estimulado para poder llegar a donde estoy.
Sin embargo, elijo a dos personas en especial: Papá: tu sabes que te adoro y que eres la persona más incondicional que tengo y Mamá: no tengo ninguna duda de que te convertiste en mi ángel de la guarda el día que dejaste este mundo.*

Feña

*Sin ustedes, mi gran familia y pilar, este sueño no lo hubiese cumplido nunca. Gracias por su tiempo, dedicación, consejos y cariño entregado.
A mis amigas y compañeras de la vida, quienes con paciencia y amor supieron entender y aceptar mis virtudes y falencias.*

Lula

*Doy gracias a Dios por entregarme las herramientas necesarias para cumplir mi propósito y poner a personas tan especiales en mi camino.
Doy gracias a mis padres por el apoyo y comprensión constante que me dieron a lo largo de estos años.
Y doy gracias a mi hija Camila, que por su existencia le dio sentido al cumplimiento de tan anhelado proyecto.*

Lore

*Le agradezco a Dios, a mis padres y a mi familia, mis grandes guías en este camino, por permitirme seguir mis sueños e ideales.
A mi abuela por su apoyo incondicional durante este proceso y a mis amigas por confiar en mi para lograr este proyecto.
Gio gracias por apoyarme y estar siempre conmigo.*

Caro

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla de Contenidos.....	i
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Figuras y gráficos.....	v

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes Generales.....	5
1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	5
1.1 Anorexia Nerviosa.....	7
1.2 Bulimia Nerviosa.....	10
1.3 Trastorno de la conducta Alimentaria No especificado.....	12
2. Etiología.....	13
2.1 Teorías Biológicas.....	13
2.2 Teorías Psicológicas.....	15
2.3 Teorías Socioculturales.....	17
3. Epidemiología.....	18
3.1 Prevalencia.....	18
4. Curso e Inicio.....	19
5. Diagnostico Diferencial.....	20
6. Pronóstico.....	22

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....	24
1. Prevención.....	24
1.1 Prevención Primaria.....	25
1.2 Prevención secundaria.....	26
1.3 Prevención Terciaria.....	26
2. Factores de Riesgo.....	28
2.1 Factores Predisponentes.....	29
2.2 Factores Precipitantes o Desencadenantes.....	31
2.3 Factores de Mantención.....	31

3. Modelos explicativos de los TCA.....	34
3.1 Modelo de Riesgo de Smolak y Levine.....	34
4. Estudio de factores de riesgo de la Fundación McKnight.....	37
4.1 Descripción Teórica de los Factores del MRFS-IV.....	37

CAPITULO III

PROPUESTA TEÓRICA.....	40
1. Factores Generales.....	42
2. Factores Específicos.....	64
3. Factores Indeterminados.....	86

CAPITULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	88
Objetivos de la Investigación.....	90
Pregunta de Investigación.....	90
Hipótesis.....	91
1. Metodología.....	92
1.1 Procedimiento de recolección de la información.....	93
2. Resultados.....	96
1. Pruebas Estadísticas Utilizadas.....	96
2. Análisis de Datos.....	97
2.1 Estudio de Correlación Interítems.....	99
a Factores Generales.....	100
b Factores Específicos.....	107
2.2 Síntesis del Análisis Interítems.....	116
3. Análisis Factorial.....	117
3.1 Análisis de Factores con ítems Politómicos.....	117
A) Factorización.....	117
A.1) Rotación.....	120
3.1.1 Interpretación de datos Politómicos.....	122
3.2 Análisis de Factores con ítems Dicotómicos.....	126
A) Factorización.....	127
3.2.1 Interpretación de datos Dicotómicos.....	129

4. Síntesis del Proceso Factorial.....	130
5. Análisis Convergente entre MRFS-IV y EAT-40.....	132
5.1 Síntesis de Análisis Convergente.....	138

CAPITULO V

CONCLUSIONES.....	139
-------------------	-----

REFERENCIAS.....	150
------------------	-----

ANEXOS.....	160
-------------	-----

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 : Factores de Riesgo.....	31
Tabla N° 2 : Factores de Riesgo.....	33
Tabla N° 3 : Estudios Realizados en torno a la Autoexigencia y Perfeccionismo....	56
Tabla N° 4 : Factores Generales de Propuesta Teórica.....	61
Tabla N° 5 : Factores específicos de Propuesta Teórica.....	83
Tabla N° 6 : Factores Indeterminados.....	86
Tabla N° 7 : Ítems con Números de omitidas superiores al 10%.....	97
Tabla N° 8 : Correlación Interítem Factor Autoestima.....	100
Tabla N° 9 : Correlación Interítem Factor Consumo de Sustancias.....	101
Tabla N° 10 : Correlación Interítem Factor Apoyo Social.....	102
Tabla N° 11 : Correlación Interítem Factor Síntomas Físicos.....	103
Tabla N° 12 : Correlación Interítem Factor Depresión.....	103
Tabla N° 13 : Correlación Interítem Factor Autoexigencia.....	104
Tabla N° 14 : Correlación Interítem Factor Eventos Vitales.....	106
Tabla N° 15 : Correlación Interítem Factor Desarrollo y Tareas Evolutivas.....	107
Tabla N° 16 : Correlación Interítem Factor Conducta control de peso.....	108
Tabla N° 17 : Correlación Interítem Factor Preocupación por peso o figura.....	109
Tabla N° 18 : Correlación Interítem Factor Imagen Corporal.....	109
Tabla N° 19 : Correlación Interítem Factor Presión Social por la delgadez.....	110
Tabla N° 20 : Correlación Interítem Factor Comer Emocional.....	111
Tabla N° 21 : Correlación Interítem Factor Burlas y Bromas por peso.....	112
Tabla N° 22 : Correlación Interítem Factor Atracones.....	113
Tabla N° 23 : Correlación Interítem Factor Influencia de Medios.....	113
Tabla N° 24 : Correlación Interítem Factor Riesgo Percibido.....	114
Tabla N° 25 : Correlación Interítem Factor Presión Deportiva.....	115
Tabla N° 26 : Valores propios y varianza explicada mediante análisis de componentes principales.....	118
Tabla N° 27 : Matriz de saturación para componentes politómicos.....	120
Tabla N° 28 : Valores propios y varianza explicada mediante análisis de componentes principales.....	127
Tabla N° 29 : Matriz de saturación para componentes dicotómicos.....	128

Tabla N° 30: Matriz de correlación factores generales y EAT-40.....	132
Tabla N° 31: Matriz de correlación factores específicos y EAT-40.....	135
Tabla N° 32: Resultados correlaciones Inter-ítem.....	140
Tabla N° 33 : Cuadro Comparativo de componentes principales encontrados en el análisis factorial.....	141

INDICE DE GRAFICOS Y FIGURAS

Gráfico N° 1: Sedimentación.....	119
Gráfico N° 2: Diagrama de dispersión de factores generales con EAT-40.....	133
Gráfico N° 3: Diagrama de dispersión de factores generales con EAT-40.....	134
Gráfico N° 4: Diagrama de dispersión de factores específicos con EAT-40.....	136
Figura N° 1: Modelo Explicativo de Smolak y Levine.....	36

RESUMEN

En la presente investigación se ha estudiado de manera exploratoria el comportamiento de los factores de riesgo específicos y generales de los trastorno de la conducta alimentaria en población femenina de adolescentes mediante el MRFS-IV.

Este estudio se realiza con el propósito de refinar los aspectos métricos de este instrumento de medición clínica para poder detectar el riesgo de TCA desde una perspectiva multifactorial. En primer lugar se realizó una revisión teórica, y partir de ella se identificaron y definieron factores de riesgo específicos (10) y factores de riesgo generales (8) presentes en el MRFS-IV.

El primer análisis realizado fue un estudio de la consistencia interna de los ítems que formaban cada factor propuesto, vale decir que los ítems reflejados en cada factor propuesto estuviesen relacionados entre sí. Los resultados arrojaron diversos grados de correlación, concluyendo que la propuesta teórica fue parcialmente confirmada.

En segundo lugar se realizó un análisis factorial del total de los ítems del cuestionario, con el objetivo de ver la manera en la cual se agrupaban estadísticamente, dando como resultado una serie de componentes los que agruparon factores específicos como generales.

Finalmente se llevó a cabo un análisis comparativo entre el puntajes totales del MRFS-IV y el EAT-40, el cual comprobó que los factores generales identificados en el MRFS-IV correlacionaron bajo con el EAT-40, en cambio los factores específicos identificados en el primer instrumento correlacionaron moderado-alto con respecto al contenido del EAT-40.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se desprende la importancia de considerar la interdependencia de los factores a la hora de detectar el riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. Razón por la cual el modelo multifactorial de Smolak y Levine cobra relevancia a la hora de abordar e intervenir de manera preventiva en este tipo de trastorno.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Desde que Porta realiza la primera descripción del trastorno de anorexia nerviosa, y por su parte el chileno Otto Dörr describe el síndrome bulímico se han realizado, sobre todo en las últimas décadas, numerosos estudios en el campo de la clínica orientados a mujeres adolescentes de la cultura occidental (Behar cit en Heerlein, 2000).

Los trastornos alimentarios y la alimentación distorsionada están relacionados con un deterioro social, psicológico y físico significativo. Son enfermedades graves, en ocasiones letales, que presentan diversas complicaciones médicas (Kaplan y Garfinkel, 1993 cit. en Vandereycken, Noordenbos 2000).

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a cerca de un 3% de la jóvenes adolescentes y plantean una considerable amenaza a su felicidad y a su salud (The McKnight Investigators, 2003).

Lamentablemente hoy en día los tratamientos clínicos a pesar de su efectividad son costosos, y muchas veces no están disponibles para toda la población que lo requiere. De esta manera, dada la alta prevalencia de los TCA se hace necesario centrar el foco de atención de los estudios en el área preventiva. Por lo tanto, prevenir las enfermedades aparece como mejor, más fácil y más saludable que tratarlas o intentar curarlas (Barra, 2003).

Con una explicación ya no unicasal del trastorno, sino que con una mirada multifactorial, es que se ha logrado detectar factores de riesgo, surgiendo a partir de estos, la inquietud por controlarlos para disminuir la incidencia del trastorno. Y es a partir de éstos que surge la inquietud por evaluarlos (Díaz et al., 2005)

Es así como surge, en Estados Unidos el McKnight Risk Factor Survey (MRFS-IV) con el propósito de constituirse en una herramienta más abarcativa de identificación de factores de riesgo para el TCA. Este instrumento, elaborado tras un estudio longitudinal de diez años entre la Universidad de Arizona y Stanford, tiene como principal objetivo identificar tanto los factores de riesgo como de protección de TCA y reducir su aparición, mediante el desarrollo de programas de prevención en escolares (McKnight; Gray cit en Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Este cuestionario está construido en base a la perspectiva del modelo de riesgo desarrollado por Smolak y Levine. Este modelo considera que existen predisposiciones que pueden constituir factores causales de riesgo, los que interactúan con los desencadenantes 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 (Vandereycken, 2000, cit en Díaz et al., 2005).

Considerando la importancia, validez y confiabilidad del MRFS-IV, el año 2003 se realizó en la Universidad de Valparaíso una validación transcultural y psicométrica para la población chilena, en el marco de un Seminario de Prevención de Trastornos Alimentarios. Sin embargo, este estudio no contaba con una puntuación general ni factorial que permitiera discriminar niveles de riesgo, situación que inhabilita su aplicación y su uso como herramienta diagnóstica de detección de niveles y factores de riesgo (Bravo et al 2004).

Por esa razón, el año 2004 el grupo de investigación del departamento Clínico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso realiza un estudio orientado a obtener puntos de corte del instrumento MRFS-IV tomando como referencia el comportamiento de la población estudiada con el EAT-40. En este estudio fue posible establecer una alta correlación (0.673) entre ambos instrumentos, detectando la existencia de una suficiente coherencia matemática como para que el EAT-40 fuese el parámetro para definir los puntos de corte del MRFS-IV, lo que posibilitó la distinción de tres categorías continuas de riesgo TCA.

Estas fueron descritas como 1) Riesgo, 2) Riesgo Probable y 3) No Riesgo. Se entiende como Riesgo aquellos casos en que existe puntajes elevados en EAT-40 y en el MRFS-IV; Riesgo Probable como el rango en el que se encuentran puntajes intermedios de MRFS-IV y puntajes bajos en EAT-40; y No Riesgo en casos en que existe un puntaje bajo en ambos instrumentos.

La posibilidad de establecer un nivel adicional (Riesgo Probable) entre las categorías dicotómicas de Riesgo y No riesgo, permitió detectar un espectro de casos con estas características, que no fueron definidos como Riesgo por el EAT-40. De esta manera, el cuestionario MRFS-IV, develó que un 17,1% de la muestra de adolescentes de Viña del Mar presenta Riesgo, mientras que un 45.7% se categoriza en Riesgo Probable. Sólo un 37% de casos, no evidencia riesgo de TCA con ninguno de los dos instrumentos (Díaz et al., 2005).

Así, el trabajo mencionado considera la presencia de riesgo como un continuo, donde el rango "No Riesgo" agrupa a jóvenes sin factores específicos ni generales asociados al riesgo de TCA. El rango "Riesgo Probable", en tanto, se establece como una categoría que agrupa casos intermedios, incluyendo a jóvenes adolescentes que podrían ser proclives al trastorno.

Considerando la limitación del estudio anterior, relacionada con la distinción de los constructos a la base, en donde el EAT- 40 hace sólo referencia a factores específicos de un TCA y el MRFS-IV se refiere a factores específicos y generales, es que nace la inquietud de llevar a cabo un estudio que pretende identificar y analizar cada factor propuesto, junto con la categorización de estos en factores específicos y generales que influyen en el riesgo de la aparición de un trastorno de conducta alimentaria. Es decir, la realización de una propuesta que se relacione directamente con la especificidad del instrumento.

Según lo anteriormente mencionado, es que esta investigación tiene como objetivo realizar un análisis factorial del cuestionario MRFS-IV, entre la población, con el fin de poder recopilar información significativa en relación a los factores específicos y generales de un TCA.

Por lo tanto, la presente investigación pretende, a partir de un análisis de los ítems del instrumento MRFS-IV, distinguir estos en factores de riesgo generales y específicos como una forma de mejorar la comprensión del instrumento, comparando este reordenamiento con el puntaje total obtenido en el EAT-40, utilizando la misma base de datos de la investigación de Díaz et al. (2004).

Para poder realizar esta investigación, el primer paso a seguir es realizar una revisión teórica de los factores de riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria. Luego, realizar una revisión del cuestionario MRFS-IV estudiando ítem por ítem y revisando el contenido teórico de cada uno de estos, para luego poder hacer un reordenamiento factorial y plantear una propuesta teórica en la que se categorizarán los diferentes ítems de acuerdo a su pertenencia dentro del grupo de factores generales y específicos en relación al desarrollo de un TCA. Como último paso se realizará un análisis de tipo factorial para confirmar y validar la propuesta teórica.

ANTECEDENTES GENERALES

1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Hoy en día los TCA (trastornos de conducta alimentaria) constituyen uno de los problemas que inciden de manera importante en la salud pública, pues afectan directamente a las personas que los padecen y repercuten sensiblemente en familiares, amigos y personas que rodean al enfermo (Kaplan, 1996).

Los TCA son alteraciones psicológicas que conllevan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta; de ellos los más conocidos son la Anorexia y la Bulimia Nerviosas, se incluyen los trastornos alimentarios no especificados, los trastornos por atracón y trastornos atípicos (pica y rumiación) que pueden darse en la edad infantil (Kaplan, 1996).

La definición de los TCA se basa en una alteración de los hábitos de alimentación o de las conductas del control del peso, lo que se traduce en un significativo deterioro, tanto a nivel de salud física, como de funcionamiento psicosocial. La alteración no se debe ni a una enfermedad médica, ni a otro trastorno psiquiátrico (Fainburn et al, 2003 cit en Díaz et al 2004). Se trata de enfermedades que conllevan un tratamiento largo, que en muchos casos se convierte en enfermedades crónicas y que, incluso, pueden dar lugar a la muerte.

Los TCA no son una patología moderna ni un problema nuevo, ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, en cambio, es la incidencia con la que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas y el cambio de actitudes que éstas han tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético (Sánchez et cols, 2005).

Su incremento en los últimos años ha conducido a que durante la última década se haya producido una gran proliferación de investigaciones a fin de poder determinar, por una parte, los principales factores implicados en la adquisición y mantenimiento de estos trastornos

y, de otra, desarrollar instrumentos de evaluación y procedimientos terapéuticos potentes para poder tratar dichos trastornos y potenciar las vías para su prevención (Sánchez et cols, 2005).

Una de las razones fundamentales, que pueden explicar el incremento de los TCA, es el impacto sociocultural, sobre todo en los países desarrollados. La presión social por la imagen estética de delgadez, especialmente reclamada a la mujer, da lugar a la aparición de mayor número de casos de TCA cada año, así como también a una mayor preocupación para perder peso por parte de las personas obesas o con sobrepeso (Sánchez et cols, 2005).

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 20 años, ya que es un período en el cual el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo se modifica mucho más lentamente que su evolución fisiológica. La distribución por sexos muestra que aproximadamente entre el 85% y 95% de los casos son mujeres, dentro de las cuales, se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a este trastorno, tales como gimnastas, bailarinas y modelos de pasarelas (Chinchilla, 1995).

La potencial enferma se encuentra en el conjunto de mujeres púberes de países desarrollados como el mayor grupo de riesgo tras el detonante que enciende la enfermedad, como pueden ser las risas de los compañeros, los comentarios de alguien sobre su figura, sus deseos de independencia o simplemente que no le gusta alguna parte o la forma de su cuerpo. Por tales motivos comienza a dejar de comer, al principio sólo ciertos alimentos (hidratos de carbono y azúcares), después proteínas, más tarde vitaminas y minerales, hasta caer en un círculo infernal, del que no podrá salir sin ayuda. Negando la evidencia de su delgadez se imagina estar obesa. La fobia se ha establecido no sólo con el hecho real de estar obesa, sino con su imagen mental de estarlo (García, 1993).

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos (Sandoval, 2001).

A pesar del interés en torno a la problemática de los TCA y los diversos modelos teóricos que intentan explicarlos, la naturaleza exacta de esta patología sigue siendo considerada un misterio. Sin embargo, ha sido posible, basándose en revisiones bibliográficas y en el análisis de investigaciones nacionales y extranjeras, identificar ciertos factores biológicos, psicológicos y ambientales, decisivos en la manifestación de este cuadro clínico, constatándose un modelo etiopatogénico biopsicosocial (Chinchilla, 1995).

El abordaje terapéutico debe ser interdisciplinar, con atención especializada donde se sumen conocimientos médicos y psicológicos; es fundamental el tratamiento psiquiátrico y nutricional, que debe llevarse a cabo en unidades especializadas (Sánchez et cols, 2005).

1.1 Anorexia Nerviosa

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicha carestía, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar (Toro y Vilardell, 1989).

La anorexia nerviosa se caracteriza por una gran preocupación por la imagen corporal y un intenso deseo de adelgazar, a menudo hasta el punto de llegar a la inanición (Kaplan, 1996).

Toro (1999) define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Las personas con este trastorno viven con un miedo intenso de ganar peso o de llegar a ser obesas y están exageradamente preocupadas por su figura. Además, la valoración que hacen de sí mismas como personas viene determinadas por la opinión que los demás hacen acerca de su cuerpo (Toro, 2004).

García Rodríguez (1993) la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Este trastorno es caracterizado por tener un peso corporal menor del 85% del ideal médico, acompañado por un temor a subir de peso, tener una imagen corporal perturbada y amenorrea (American Psychiatric Association, 1994, cit en Ciliska et cols, 2001).

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).

En el mundo occidental, en este momento, sufren anorexia nerviosa entre el 0,2% al 0,8% de la población general y entre el 1% y el 2% de las muchachas adolescentes (Toro, 1999).

En el conjunto de la extensa literatura sobre la anorexia, todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad de origen psíquico, aunque con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación de la imagen corporal.

La característica central de la Anorexia Nerviosa es el rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para la talla y edad de la adolescente (Marsellach, 2000). Todo esto está asociado al temor a engordar, lo que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones, perturbando gravemente su vida. Generalmente este tipo de trastorno suele iniciarse después que la adolescente recibe algún comentario, directo o indirecto, sobre su supuesto sobrepeso, lo que la conduce a iniciar una restricción alimenticia tanto en cantidad como calidad, adhiriéndose a las más rígidas consignas que se han fijado como metas (Belloch & cols., 1995).

Otra manifestación importante de la Anorexia Nerviosa es la distorsión de la imagen corporal, cuyo inicio se remonta a la adolescencia, en respuesta a los cambios biopsicológicos

desarrollados en esta etapa: aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento del peso a expensas del tejido adiposo y la poca información con que cuentan respecto a esta etapa. Asimismo, surge la necesidad de establecer una identidad y la lucha por lograr la autonomía, que puede conseguirse a través de una transformación de los hábitos alimentarios (Behar, 1998).

La AN conlleva, cambios fisiológicos y bioquímicos importantes, como el cese de la menstruación y síntomas de inanición, manifestados en anemia, piel seca y úlceras en la boca, que generan consecuencias graves como ritmos cardíacos anormales, descalcificación, problemas motores, del habla, audición y visión (González; Hidalgo; Hurtado; Nova; Venegas, 2000)

Según DSM-IV los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 por 100 esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 15% inferior al esperado.
- B. Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar.
- C. Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
- D. En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo, estrógenos).

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

- Tipo Bulímico: durante el período de anorexia nerviosa, la persona presenta episodios recurrentes de atracones o purgas (o ambos)

- Tipo Restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de atracones o purgas. Y la pérdida de peso se consigue mediante dietas, ayunos o ejercicio intenso.

1.2 *Bulimia Nerviosa*

La bulimia nerviosa consiste en episodios recurrentes de ingesta de gran cantidad de alimentos (atracones), acompañado de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). La interrupción social o el malestar físico, es decir dolor abdominal o náuseas, pone fin a este episodio, que va seguido de sentimientos de culpa, depresión o autodesprecio. A continuación la persona también efectúa conductas compensatorias inapropiadas de forma recurrente como las purgas (vómitos autoinducidos y uso repetido de laxantes o diuréticos) o ejercicios excesivos, para prevenir el aumento de peso (Kaplan, 1996). Los vómitos disminuyen el dolor abdominal y el malestar psicológico, y permite a los pacientes continuar comiendo sin el miedo a ganar peso.

La bulimia nerviosa se caracteriza por la realización de "atracones" recurrentes. Un atracón consiste en la ingesta de alimento en un corto período de tiempo (por ejemplo dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas podrían ingerir en un espacio de tiempo similar en las mismas circunstancias (Kaplan, 1996).

La mayoría de los pacientes con bulimia poseen un peso dentro de los márgenes normales. Estas personas están preocupadas por su imagen corporal, su apariencia y por como les ven los demás, también les preocupa su atractivo sexual.

El perfil de personalidad de la adolescente bulímica, suelen ser personas que tienen una baja autoestima, falta de control de los impulsos, una baja tolerancia a la frustración, un elevado egocentrismo, una autoimagen negativa y dañada y tendencia al perfeccionismo (Buil,

García y Pons, 2001). La persona que la sufre tiene una preocupación excesiva por el peso y la silueta y su autoestima depende de ello.

La bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia. Estimaciones realizadas sobre este trastorno oscilan entre un 1% y un 3% de la población. Es significativamente más común entre mujeres y suele iniciarse más tarde (adolescencia) (Kaplan, 1996).

Los criterios diagnósticos actuales estandarizados para la Bulimia Nerviosa de acuerdo al DSM IV TR (APA 2002) son los siguientes:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se debe especificar tipo:

- Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes o enemas en exceso.

- Tipo No Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Esta es una categoría diagnóstica residual del DSM-IV, reservada para aquellos TCA que no cumplen criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria. Sin embargo las características básicas del TCA-NE son similares. Aunque no tan extremas a las características de Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Estos pacientes nos están especialmente preocupados por la figura corporal y el peso (Kaplan, 1996).

Los criterios diagnósticos para el TCA-No Especificado de acuerdo al DSM-IV son los siguientes:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. *Trastorno por atracón*; el cual se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

2. Etiología de los Trastornos Alimentarios

La etiología de los trastornos alimentarios es compleja, ya que incluye una serie de factores predisponentes que pertenecen a distintos ámbitos, por lo mismo sus causas no están completamente resueltas. Existiría una combinación de factores tales como los biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos); como sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer y los mensajes que entrega la cultura y que producen una fuerte presión social). Estos factores pueden ser potenciados por factores precipitantes (eventos estresantes), lo que implicaría el inicio de una dieta por ejemplo o de conductas que tengan que ver con atracones y purgas, determinando entonces el desarrollo de un cuadro de trastorno alimentario (Marín, 2002).

2.1 *Teorías Biológicas*

En la biología, la alimentación es un proceso radicalmente fisiológico. En el hipotálamo se ubican los centros del hambre y de la saciedad (sensación de estar satisfecho), los que, mediante la corteza cerebral, coordinan y correlacionan todo el proceso de las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto. Todo esto tiene la finalidad de conseguir el alimento (Correa, 2005).

Una de las causas que se han propuesto con respecto a la presencia de los TCA es que existiría una alteración de los neurotransmisores (mensajeros químicos en el cerebro) que serían los responsables en los mecanismos que controlan la alimentación. Esta alteración se encuentra relacionada con el neuropéptido Y, que es una sustancia encargada de estimular el apetito y que cuando ocurren periodos de estrés o de problemas emocionales, esta sustancia es bloqueada por la secreción de corticotropina.

Por otra parte puede existir una alteración en la leptina, que es una hormona secretada por las células adiposas y responsable de disminuir la sensación de hambre. Es por esto que una de las causas de los trastornos alimentarios sería la presencia de anomalía en la regulación de la leptina. Otra alteración que ocurre a nivel de neurotransmisores se encuentra relacionada con los niveles de serotonina, neurotransmisor encargado de regular el ánimo y los impulsos. Los niveles de serotonina entonces, se encontrarían bajos, lo que explica además el porqué existe una alta comorbilidad entre los trastornos del ánimo y los trastornos alimentarios, además estos últimos se desencadenan en etapas en que el individuo se encuentra más vulnerable en términos emocionales (Vigil, 2004).

Por otra parte, otro factor biológico que podría ser predisponente en el desarrollo de un trastorno alimentario es la alteración de la función endocrina, esto quiere decir que podría existir una alteración a nivel de los diversos procesos de regulación hormonal, como por ejemplo el gonadal, adrenal y tiroideo, esto último implicaría una alteración de las funciones metabólicas, las que pueden ser primarias o secundarias a la desnutrición existente (Vigil, 2004).

Por último debe decirse que existiría una cierta predisposición genética a desarrollar un trastorno alimentario. La anorexia por ejemplo es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, sin embargo no se sabe con precisión cuál podría ser el factor hereditario. Toro ha matizado que cuando se habla de heredabilidad de un trastorno del comportamiento en psiquiatría, no se dice que el trastorno esté determinado genéticamente,

sino que lo que se determina genéticamente es la susceptibilidad al trastorno, es decir la vulnerabilidad para desarrollar este. En los estudios de genética familiar se sitúa la heredabilidad de la vulnerabilidad entre el 50 y el 70 por ciento; lo que quiere decir que entre un 30 y un 50 por ciento la vulnerabilidad se debería a factores de riesgo adquiridos (ambientales). Con todo, la vulnerabilidad genética a padecer trastornos de la conducta alimentaria es muy elevada (Salazar, 2002).

2.2 Teorías Psicológicas

En lo que respecta a las causas de origen psicológico, es importante señalar que la vulnerabilidad psicológica en general es un factor de riesgo bastante relevante, aunque no es suficiente por sí mismo para producir la enfermedad, requiere de la asociación con otros factores. Tomando en cuenta que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico, como la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves que produce en la salud física del adolescente, se puede deducir la importancia que tiene el apropiado conocimiento y manejo de estas patologías. (Marín, 2002)

Es por esto que es tan importante prevenir el riesgo a desarrollar el trastorno en personas vulnerables psicológicamente, es decir, individuos con baja autoestima, inseguros, demasiado perfeccionistas, con autoexigencias muy altas, muy preocupados de la opinión de los demás sobre sí mismos o con poca habilidad para relaciones personales.

En cuanto a la personalidad, las mujeres que tienen bulimia parecen tener un poderoso deseo de aprobación social, una tendencia a evitar los conflictos, y dificultades para expresar sus propias necesidades (Boskind-White y White, 1983 cit en Vandereycken, 2000). La personalidad del anoréxico presenta características de obsesión, inhibición social, sumisión y restricción emocional (Wonderlich, 1995 cit en Vandereycken, 2000)

Existen además trastornos emocionales que se encuentran relacionados con los trastornos alimentarios, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si estos son causa o consecuencia del trastorno alimentario. Sobre todo ha existido una controversia entre los investigadores acerca del rol que tiene la depresión en la etiopatogenia de los trastornos alimentarios. En lo que respecta a la depresión, se sabe que la insatisfacción corporal y la dieta estricta, serían factores predictores importantes en el desarrollo futuro de la depresión. La imagen corporal es una dimensión a partir de la cual las mujeres occidentales son evaluadas, es por esto que si estas no se sienten a gusto con su propio cuerpo, buscarán todas las maneras posibles para cambiar esta situación, pudiendo entonces originar síntomas relacionados con los trastornos alimentarios y toda la frustración que esto implica puede determinar un cuadro depresivo, sin embargo la depresión también puede ocurrir previamente al desarrollo de un trastorno alimentario, debido a que la imagen corporal es un aspecto fundamental para que la persona se sienta feliz consigo misma, es por esto que existe una alta comorbilidad entre ambos trastornos. Es por esto que la depresión sería un factor importante que agrava y predispone el cuadro clínico de un paciente con trastorno alimentario (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

Por otra parte, en lo que respecta a los factores de orden familiar, debe decirse que las familias de las pacientes anoréxicas suelen ser aglutinadas, rígidas y sobreprotectoras. En otras ocasiones se encuentra una mala relación entre los padres con dificultades entre la madre y la hija. Sin embargo, no se ha establecido un patrón definitivo y también se cree que hay factores genéticos importantes que determinan el establecimiento de una anorexia (Vigil, 2004)

Según lo anteriormente expuesto, es importante destacar que puede haber también factores externos o circunstanciales, como fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, cambios de colegio o de ciudad, que pudieran gatillar el inicio de la enfermedad. Sin embargo

estos pertenecen a aquellos factores que son más bien situacionales y que tienen que ver muchas veces con eventos vitales negativos o tareas que son propias del desarrollo.

2.3 Teorías Socioculturales

Se piensa que una de las principales influencias culturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios es la glorificación social de la delgadez (Vandereycken, 2000).

Las normas culturales a favor de la delgadez y el control del peso son aceptadas de forma tan general y en un grado tan extremo que las actitudes y conductas requeridas para un diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria no son consideradas por la mayoría de la gente como algo anormal (Huon, Brown y Morris, 1988 cit en Garner, 1998)

Los trastornos de conducta alimentaria no pueden entenderse sin un contexto de hábitos y valores socio - culturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben seguir. Por su parte 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 tanto su salud física como mental (Pulsomed, 2000 cit en González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

Es por esto que el riesgo se eleva dentro de sociedades industrializadas y occidentales, en las que la belleza física es sinónimo de delgadez y éxito. Esto implica que dentro de la sociedad es muy importante ser delgada, ya que las posibilidades y oportunidades que esta entrega son mayores para aquellas mujeres que son bellas.

Se sostiene entonces que los delgados ideales de belleza presentados en los medios de comunicación son una causa importante de la distorsión que los niños empiezan a tener de su propia imagen. Esto último implicaría que la cultura y la sociedad ejercerían una fuerte presión social, lo que deriva en un importante factor de riesgo a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Además esta sociedad de consumo crea un modelo de delgadez que se

vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

3. Epidemiología

3.1 Prevalencia

Se estima que la incidencia de la anorexia nervosa ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. También se ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto. Un 85% de los pacientes desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad (Robb A. cit en Marín, 2002).

En Chile Behar (1998) publicó los resultados de un estudio en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias y de Trastornos Alimentarios, encontrando en escolares de III y IV Medio de la V región del país que el riesgo era de un 18%, en universitarias era 15% y en adolescentes con sobrepeso era del 41%.

Alrededor del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, razón por la cual varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, pone a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana (Marín, 2002).

Se estima que la Anorexia Nerviosa se presenta en aproximadamente un 0.5% a un 1% de las chicas adolescentes y es 10 a 20 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

En el caso de la Bulimia, su prevalencia es mayor que la de la Anorexia Nerviosa, detectándose en el 1 al 3% de las mujeres jóvenes. Y entre los hombres es 1 a 10 de la prevalencia en las mujeres (APA 2000; Williamson et al., 1996 cit en Caballo; Simón, 2001; cit en Díaz et al, 2004).

Actualmente la Bulimia es el trastorno del hábito del comer más común en la práctica clínica (Behar, 2000 cit en Heerlein).

Tanto la Anorexia como la Bulimia Nerviosa cursan con importantes índices de mortalidad, variando los porcentajes del 5 al 10 % de fallecimientos como consecuencia de las alteraciones del propio trastorno o por conductas autolíticas (Chinchilla, 1995)

4. Curso e Inicio

En el caso de la Anorexia Nerviosa, la edad más común de inicio se sitúa alrededor de los 15 años, pero hasta un 5 % de las pacientes anoréxicas tienen su inicio hacia los 20. No así en la Bulimia, ya que su inicio puede ser más tardío en la adolescencia (Kaplan, 2001).

El cuadro clínico aparece fundamentalmente en jóvenes adolescentes, entre 12 a 25 años, siendo infrecuente el comienzo por encima de los 25 años de edad. Después de los 13 años, la frecuencia aumenta rápidamente y llega a ser máxima entre los 17 y 18 años de edad (Kaplan, 2001).

La distribución por sexos muestra que aproximadamente entre el 85% y 95% de los casos son mujeres, dentro de las cuales, se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a este trastorno, tales como gimnastas, bailarinas y modelos de pasarelas (Chinchilla, 1995, cit en González et al, 2000).

En cuanto al curso, este varía enormemente, desde la remisión espontánea sin tratamiento, remisión después de diversos tratamientos, curso fluctuante de aumento de peso seguido de recaída, deterioro gradual hasta la muerte debido a las complicaciones de la emaciación (Kaplan, 2001).

La Bulimia Nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. No obstante, Toro en el año 2004 plantea una edad de aparición más específica que suele estar entre los 18 y 20 años, y que en muchos casos proviene de una

anorexia mal curada, empezando los atracones durante o después un periodo de régimen dietético.

El curso de la Bulimia Nerviosa puede ser crónico o intermitente, con ciertos periodos de remisión que se van alternando con atracones (APA, 1995).

Con respecto a su curso a largo plazo, se conoce muy poco, pero la experiencia clínica demuestra que es un trastorno de larga evolución y resistente a las numerosas formas de tratamiento (Behar, 2000 cit en Heerlein).

5. Diagnóstico diferencial de Anorexia y Bulimia Nerviosa

5.1 Anorexia Nerviosa:

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con enfermedades orgánicas que también tienen baja de peso, sobretodo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años), como enfermedades gastrointestinales, los síndromes de mala absorción, que no siempre cursan con diarrea o el síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico), aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan Anorexia; Enfermedades endocrinas, como el hipertiroidismo donde hay una baja de peso importante, aunque en la Anorexia Nerviosa pueden estar presentes elementos de hiper o hipotiroidismo, como la delgadez más la bradicardia; tumor cerebral puede llevar a confusión, por la baja de peso y los vómitos; neoplasias ocultas; Infecciones, como la tuberculosis y el VIH; Enfermedades del tejido conectivo, etc. (Marín, 2004). En estas enfermedades puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.

También se debe hacer el diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos, siendo uno de ellos el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de individuos con este trastorno no tiene deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso (Marín, 2004). En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso y no presentan alteración de la imagen corporal, necesarias para establecer el diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Algunas características de la Anorexia Nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo – compulsivo y el Trastorno Dismórfico Corporal. Los enfermos se sienten molestos y humillados al comer en público; pueden observarse obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario. Cuando el individuo con Anorexia Nerviosa tiene miedos sociales a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionada con la conducta alimentaria, ejemplo; excesivo miedo de hablar en publico, es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, deben efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionada con el alimento, ejemplo; excesivo miedo a contaminarse, y de Trastorno Dismórfico Corporal sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales, ejemplo; preocupación por tener las orejas demasiado grandes.

En la Bulimia Nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, ejemplo; vómitos, y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y peso corporales. Sin embargo, la diferencia de los enfermos con Anorexia Nerviosa (tipo compulsivo / purgativo), a las personas con Bulimia Nerviosa, es que estos últimos son capaces de mantener el peso normal o por encima de un nivel normal mínimo.

Otro grupo con el cual se debe hacer diagnóstico diferencial es el de las deportistas, que tienen ingesta adecuadas o mayores que lo normal, pero por el ejercicio se mantienen muy delgadas; sin embargo, el límite con la delgadez excesiva no es claro, y sólo cuando caen en amenorrea se piensa en un trastorno de la conducta alimentaria (Marín, 2004)

5.2 Bulimia Nerviosa

Para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa se debe descartar enfermedades neurológicas como los equivalentes epilépticos, tumores del sistema nervioso central o síndromes del tipo Klüver-Bucy y Kleine-Levin, en estos se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la Bulimia Nerviosa). También el diagnóstico de Bulimia se debe diferenciar del comer en exceso frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, puesto que estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos.

Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos (Marín, 2004).

6. Pronóstico

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).

Los indicadores de pronóstico favorable son: que el paciente sea capaz de reconocer que pasa hambre, una menor negación e inmadurez, y una mayor autoestima. Factores tales como neuroticismo infantil, conflictos parentales, bulimia nerviosa, vómitos, abuso de laxantes y varias manifestaciones de conducta (obsesivo-compulsivas, histéricas, depresivas, psicósomáticas, neuróticas y de negación de síntomas) se han relacionado con un pronóstico desfavorable en algunos estudios, aunque no en otros (Kaplan, 2001).

La Bulimia tiene un buen pronóstico en 60% de los casos y regular en un 30% adicional. El mal pronóstico en la BN se asocia a la presencia de una depresión significativa, drogadicción, a un desorden de la personalidad coexistente o al antecedente de abuso sexual. La mortalidad de esta enfermedad con un tratamiento adecuado es menor del 5% (Marín, 2002).

El pronóstico dependerá de la gravedad de las secuelas de las conductas purgativas (si el paciente presenta desequilibrios electrolíticos, en qué grado los vómitos han producido esofagitis, amilasemia, engrosamiento de las glándulas salivales, etc). En algunos casos de bulimia nerviosa que no han recibido tratamiento, se producen remisiones espontáneas en 1 ó 2 años.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. PREVENCIÓN

Aunque cada vez es posible contar con medios más eficaces para diagnosticar y tratar un rango también cada vez más amplio de enfermedades, sin duda a nadie se le ocurriría negar que “es mejor prevenir que curar”.

El concepto de prevención, se refiere al conjunto de estrategias médicas y de salud pública destinadas a reducir la ocurrencia de enfermedades, o a fomentar, mantener o restaurar la salud cuando se ha producido algún daño (Winett, 1995, cit en Barra, 2003).

En los TCA, al igual que en otras patologías, además de los tratamientos efectivos es conveniente tomar las medidas de prevención que pueden reducir la incidencia o mejorar el pronóstico. El diagnóstico temprano de estos trastornos no siempre es posible, es por esto que es importante desarrollar medidas que puedan incidir en todos y en cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad.

En los últimos años, la línea investigativa que se ha preocupado de abordar el tema de los factores de riesgo de los TCA, apuntan a la necesidad de detectar indicadores tempranos de riesgo, con el fin de entregar información para crear programas preventivos adecuados y específicos a las características de cada población.

Para realizar un abordaje preventivo de los TCA, se utiliza el esquema de las ciencias de la salud, en el cual se distinguen tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

1.1 Prevención Primaria

Se refiere a la modificación de los factores de riesgo antes que se desarrolle la enfermedad. Este tipo de prevención es una estrategia beneficiosa, efectiva y altamente económica en comparación con los gastos derivados del tratamiento.

Dentro del ámbito de los TCA, los programas o esfuerzos diseñados para prevenir la ocurrencia de éstos, deberían abordar factores causales que actúan en el desarrollo de este trastorno, tales como: sumisión a estereotipos culturales, reducción de la dieta, deseo de adelgazar, desinformación dietética, etc.

Algunos autores (Smolak cit en Gadheri, 1999), señalan que estos programas se deben orientar a niñas que aun no desarrollan una preocupación excesiva por el peso, ya que esta sería una precursora indudable de los TCA (Bravo et al., 2004).

En este sentido, para llevar acabo una eficaz labor preventiva, es necesario:

1. Informar a los sujetos de riesgo, a sus familias y a la población en general con respecto de la etiopatogenia, de la clínica y de las complicaciones de estos trastornos.
2. Desarrollar programas que estén orientados a la modificación de conductas precursoras de la enfermedad (el seguimiento de dietas sin control, las prácticas de dietas restrictivas con anuencia de la familia, etc).
3. Identificación de los grupos de riesgo a través de cuestionarios, para así realizar un trabajo que puede abarcar desde la información hasta el seguimiento del trastorno.
4. Intervenciones encaminadas a sensibilizar a la población de alto riesgo que conlleva la actual presión cultural, entendida esta, como la potenciación de aspectos estéticos y relacionados con la figura.
5. Creación de programas de educación alimentaria orientados a la población escolar (Bravo et al., 2004).

1.2 Prevención Secundaria

Se refiere a aquellas intervenciones destinadas a detener el proceso de una enfermedad en sus etapas asintomáticas. A través del diagnóstico precoz y el tratamiento temprano se intenta frenar el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones secundarias y las incapacidades (Barra, 2003).

En el caso de los TCA es importante un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas, como son las dietas, el peso, la figura, las cogniciones alteradas y las relaciones personales deterioradas. Para realizar este tipo de tratamiento, es necesario contar con equipos profesionales multidisciplinarios y una atención hospitalaria especializada.

1.3 Prevención Terciaria

Se refiere a las intervenciones de tratamiento y rehabilitación para detener la progresión de una enfermedad ya sintomática. Las acciones pueden tener como objetivo evitar la muerte, limitar el daño de la enfermedad, o bien lograr una recuperación integral de la salud (Winett, 1995, cit en Barra, 2003).

Este tipo de intervención debe llevarse a cabo en forma rápida y adecuada para disminuir las consecuencias que puedan implicar un compromiso de su salud física y evitar así la cronificación de los pacientes.

No obstante la importancia y el rol fundamental que tiene este tipo de prevención dentro de una enfermedad ya desarrollada, cabe mencionar que es la más costosa y la que consume la mayor cantidad de recursos.

Sin embargo, este tipo de intervención, en conjunto con la prevención secundaria puede ser más fácil de realizar y llevar a cabo, ya que va dirigida a una población más definida y dispuesta a cambiar su conducta (pacientes enfermos).

Por ende, para lograr intervenciones preventivas, se hace necesario una mayor comprensión de los factores de riesgo más relevantes, los cuales podrían ser modificados, ampliando los niveles de intervención (Striegel-More; Steiner- Adair cit en Vandereyken; Noordenbos, 2000).

No obstante la importancia de estos planes de tratamiento y de prevención de los TCA, en nuestro país, el Ministerio de Salud, no privilegia el desarrollo de estos programas, debido a las bajas incidencias y prevalencias de este trastorno.

2. FACTORES DE RIESGO EN LOS TCA

Para abordar los TCA desde un enfoque preventivo es preciso conocer su asociación con diversos factores de riesgo. Se entiende como factor de riesgo a toda influencia o variable que antecede al trastorno respectivo y aumenta la probabilidad de que se desarrolle una conducta problemática (Kraemer y col, 1997).

La determinación de factores de riesgo para los TCA exige la elaboración de estudios longitudinales de amplios grupos de población en los que se evalúen los potenciales factores de riesgo para el desarrollo del trastorno alimentario. Esto exige encuestar a una población amplia y tras un período de seguimiento volver a entrevistarla para identificar, a través de entrevista clínica por un experto, los sujetos que previamente estaban sanos y posteriormente desarrollaron el trastorno (Schoemaker, 1998). Sólo el empleo de esta metodología nos permitirá confirmar como válidos los factores de riesgo hipotetizados previamente. (Morande, 2003)

Las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha han permitido la identificación de algunos de los factores de riesgo para desarrollar un TCA. Se han señalado que las alteraciones en edades tempranas de los hábitos alimentarios podrían ya suponer un factor de riesgo para el desarrollo posterior del trastorno (Kotler et al, 2001); las preocupaciones con el peso (Killen et al, 1996); el perfeccionismo y la emoción negativa (Tyrka et al, 2002); el deseo de delgadez y la tendencia hacia el somatización (Santonastaso et al., 1999), el rechazo a la imagen corporal y aspectos de la personalidad (Cooley et al, 2001). El grupo de McKnight identifica la preocupación por la delgadez y la presión social como claros factores de riesgo para la aparición del trastorno alimentario (The McKnight Investigators, 2003). También se han señalado como factores predisponentes para el trastorno la morbilidad psiquiátrica y el rechazo a la propia figura corporal, independientemente de la realización de dietas previas (Patton et al., 2001).

Los trastornos de la conducta alimentaria son producidos por una compleja interacción de factores que incluyen trastornos psicológicos, emocionales, conflictos familiares, presiones sociales, culturales y económicas. Son trastornos psicológicos con manifestaciones clínicas severas y sintomatología psíquica. El diagnóstico principal es psicopatológico. En la evolución de estas enfermedades bio-psico-sociales multideterminadas intervienen factores predisponentes de la enfermedad, factores precipitantes y también mantenedores; son trastornos multideterminados por factores que interactúan en un proceso dinámico de retroalimentación entre todos los elementos intervinientes. Es decir, nos encontramos en presencia de enfermedades que conforman cuadros complejos y cuyas manifestaciones clínicas abarcan una amplia gama de signos y síntomas resultantes de desórdenes psicológicos, alteraciones de las funciones neuroendocrinas y numerosas anomalías en órganos y aparatos específicos que complican el cuadro primario y pueden poner en peligro la vida del paciente.

2.1 Factores Predisponentes

Se ha demostrado científicamente que existen circunstancias que pueden aumentar la probabilidad de que se padezca un determinado trastorno. A este concepto se le ha llamado vulnerabilidad. Es decir, los factores predisponentes son aquellas características individuales, familiares y socioculturales que expresan la vulnerabilidad por parte del individuo a padecer estos trastornos (Rodríguez, 2000).

2.1.1 Factores Individuales: existen ciertos rasgos característicos que pueden predisponer a una persona a padecer un trastorno alimentario, tales como: sobrepeso previo, perfeccionismo, autocontrol, autoexigencia, impulsividad, ausencia de normas estables y de hábitos bien estructurados, baja autoestima, inseguridad y ausencia de autonomía (Muñoz y Turón, 2002).

En relación con la personalidad de estas personas se dice que en la AN los trastornos de personalidad suelen ser del tipo obsesivo-compulsivo sobre todo en la AN restrictiva. En cuanto a la BN parece establecida una relación con el trastorno límite de la personalidad que se caracteriza entre otros rasgos por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, y la afectividad, con una notable impulsividad. En cualquier caso la coexistencia del trastorno de la personalidad se asocia con una mayor cronicidad y un nivel de funcionamiento global disminuido (García, 2000).

2.1.2 Factores Familiares: en varios estudios se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con TCA. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda y comprensión, padres sobreprotectores, con hábitos alimentarios inadecuados, una preocupación excesiva de los padres por la figura corporal u obesidad en algún miembro de la familia. Las familias con TCA establecen un tipo de interacción con los hijos que dificultan la separación y la autonomía (Mateos, Solano, 1997). Las características de estas familias son según Minuchin la sobreprotección, la rigidez en las relaciones, la intromisión y la falta de intimidad.

2.1.3 Factores Socioculturales: estos factores tienen una importancia significativa para el desarrollo de los TCA. Dentro de estos factores se encuentra la “cultura de la delgadez”, en la que se sobrevalora la figura delgada en las mujeres, y la musculosa en el hombre, “valores” transmitidos a través de la imitación de modelos estéticos dominantes, de los mensajes verbales o de imágenes acerca del peso y la figura, transmitidos por los medios masivos de comunicación e incluso por la propia familia. Esta presión sociocultural provoca insatisfacción y distorsión de la propia imagen corporal (Iñarritu, Cruz, Morán, 2004).

En nuestra sociedad estar delgado es sinónimo de competencia, autocontrol, triunfo y atractivo sexual, mientras estar gordo representa ser perezoso, autoindulgente y tener falta de voluntad. Esto afecta de manera importante a púberes y adolescentes, quienes se encuentran

en un riesgo mayor de padecer algún tipo de TCA, a acusa de esta influencia (Iñarritu, Cruz, Morán, 2004).

2.2 Factores Precipitantes

Los factores precipitantes son factores que suelen coincidir con el inicio de la enfermedad, en general pueden serlo cualquier cambio significativo vivido negativamente por el sujeto. Estos pueden ser los cambios corporales propios de la pubertad, separación o divorcio de los padres, pérdidas por fallecimiento de personas significativas, aparición de los primeros conflictos sexuales (Rodríguez, 2000), o acontecimientos relacionados directamente con el cuerpo o la imagen corporal que provoca miedo a engordar y como consecuencia, el inicio de una dieta restrictiva (Muñoz; Turón, 2002).

2.3 Factores de Mantención

Los factores de mantención son los que hacen que se perpetúe o perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las consecuencias, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer (García et cols, 2000). Una vez que estos aparecen, su evolución dependerá de ciertos aspectos personales, familiares y sociales.

Existen dos tipos de factores de mantenimiento, por una parte están aquellos que son "a priori" de mal pronóstico para el tratamiento de la enfermedad: el tiempo de evolución antes de iniciar el tratamiento, resistencia al tratamiento, bajo peso, edad de comienzo, mala relación familiar, trastornos de la personalidad, problemas educacionales y sociales, comorbilidad psiquiátrica y poco soporte social; y por otra parte aquellos que se ponen en marcha una vez que se inicia el trastorno, entre estos están: las cogniciones alteradas por la inanición, la relación familiar, y el estereotipo cultural (Muñoz, Turón, 2000).

Tabla N°1: Factores de Riesgo

	Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Morandé (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición Genética • Obesidad premórbida • Enfermedad crónica infantil • Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil • Familia muy sensible a las apariencias • Perfeccionismo • Aceptación de normas sociales • Aparente autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno o dieta adelgazante • Vómitos autoinducidos • Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso • Ejercicio físico excesivo • Enfermedad física con baja de peso • Subida significativa de peso • Malestar o insatisfacción emocional • Pérdida amorosa • Ruptura con amigos • Cambio de ciclo escolar o colegio • Enfermedad física o sexual • Separación de la familia • Conflicto con los padres • Enfermedad o muerte de familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno o dieta adelgazante • Ayuno-desnutrición • Vómito como purgación • Uso masivo de laxantes • Ejercicio físico compulsivo • Pérdida sostenida de peso • Digestiones lentas • Desaparición del hambre • Ausencia o negación de fatiga • Estudios o trabajo compulsivo • Terror a subir de peso • Obsesión de adelgazar • Disociación mental • Distorsión de la imagen corporal • Negación de enfermedad • Interacción familiar ante enfermedad • Aislamiento social • Consumo de drogas • Omnipotencia • Refuerzo social para bajar de peso • Ambivalencia ante trastorno

González et al 2000, cit Díaz et cols, 2005

Tabla N°2: Factores de Riesgo

	Predisponentes	Precipitantes	Mantenedores
Marín (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer, especialmente en países industrializados • Tener historia de TCA • Herencia • Ser perfeccionista y complacientes con los demás • Tener dificultades para comunicar las emociones negativas • Tener dificultad para resolver conflictos • Tener baja autoestima • Tener padres sobreprotectores • Experiencias de vida adversas • Presión del medio sobre la mujer • Desbalance en Neurotransmisores • Dietas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dietas • Dinámica familiar y comentarios negativos de la familia y amigos acerca de la apariencia, peso o figura • Eventos negativos como pérdida afectiva, fracaso académico o conflictos familiares • Dificultad con las tareas del desarrollo en la transición a la adultez • Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos biológicos relacionados con la desnutrición y la realimentación • Procesos psicológicos

Marín, 2002

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TCA

La investigación acerca de los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores descritos anteriormente, ha dado origen a una serie de modelos que enfatizan en factores generales y específicos relacionados con el trastorno, que sugieren diferentes ámbitos de riesgo: biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Independientemente del peso que estos modelos puedan dar a cada uno de los factores de riesgo antes mencionados, hay un acuerdo general en considerar que la etiopatogenia de los trastornos alimentarios es multifactorial (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

Desde esta perspectiva surge el Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine, desde donde se basa el instrumento MRFS-IV.

3.1 Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine

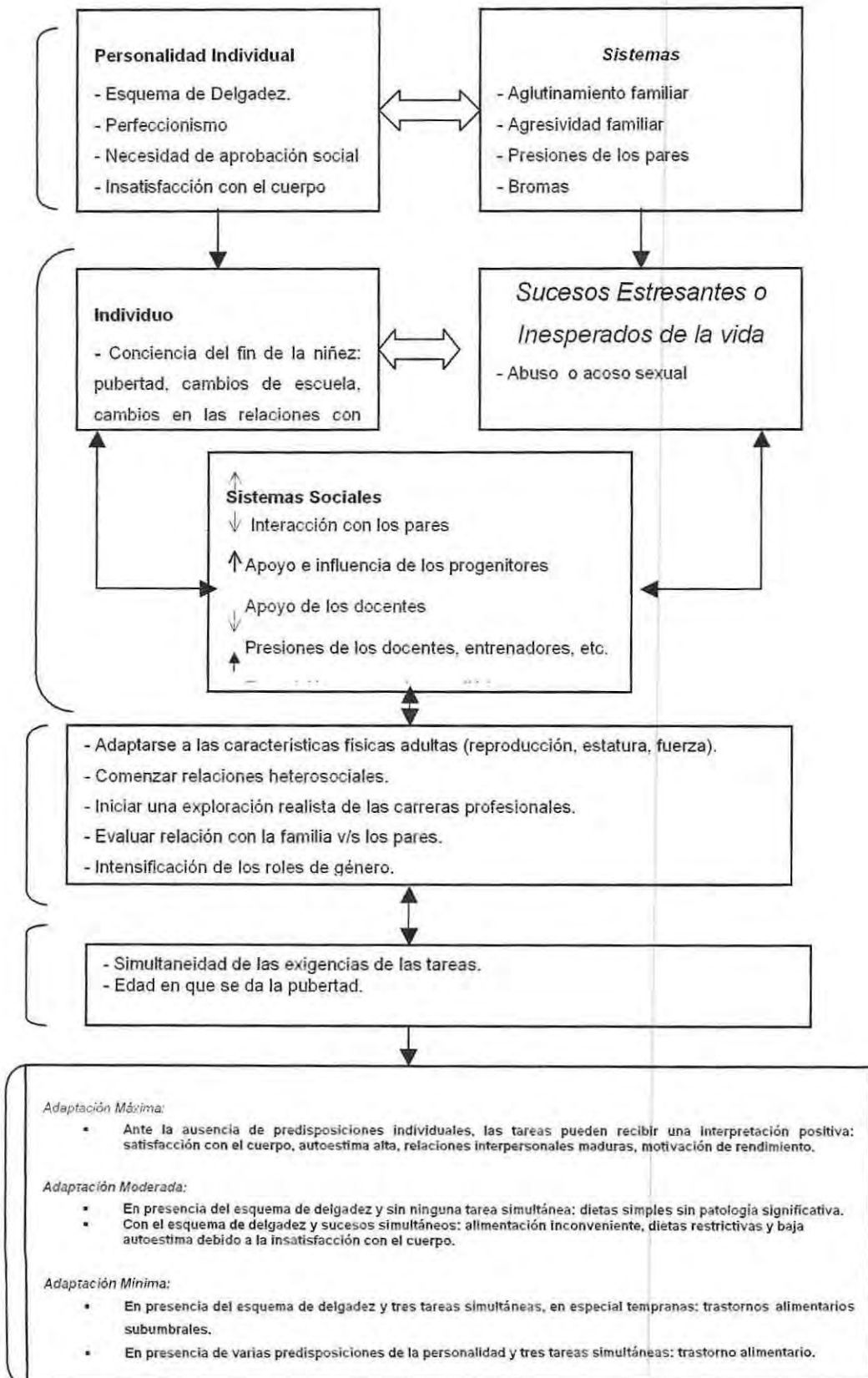
El Modelo de Riesgo para el desarrollo de problemas alimentarios en la transición de la adolescencia temprana de Smolak y Levine se basa en una perspectiva multifactorial y evolutiva de los problemas alimentarios. Este modelo considera que existen predisposiciones que pueden constituir factores causales de riesgo, los que interactúan con los desencadenantes 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 enseñanza básica (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 básicas 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.

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 estos factores de riesgo y protección pueden variar según el estadio (Kraemer 1997 cit en Díaz et al, 2005).

Figura N° 1: Modelo de Riesgo para el Desarrollo de Problemas Alimentarios en la Transición de la Adolescencia Temprana de Smolak y Levine.



4. ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DE LA FUNDACIÓN MCKNIGHT.

4.1 Descripción Teórica de los Factores del MRFS-IV

Debido a los problemas de salud que pueden producir los trastornos alimentarios y a sus consecuencias graves en el futuro, es fundamental que se lleve a cabo una prevención exitosa, es por esto que se hace indispensable conocer los factores de riesgo asociados con la enfermedad (Vandereycken, 2000).

Para realizar un estudio preciso acerca de cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores de los trastornos alimentarios es indispensable llevar a cabo una investigación de tipo longitudinal, es decir, a través del tiempo y que pretenda detectar la trayectoria y la evolución de estos. Para esto se tomará de base el estudio realizado por el grupo de McKnight.

Los factores de riesgo para desarrollar un TCA caben dentro de las categorías de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. A continuación se describirán los siete factores de riesgo que abarcarían las diversas causas de la aparición de este trastorno:

1) Desarrollo Puberal y Madurativo

Un factor de riesgo que aún se encuentra en análisis e investigación es el comienzo temprano de la pubertad, que al producir un aumento del tejido adiposo influiría en las niñas el deseo de bajar de peso y por lo tanto de hacer dietas para adelgazar.

2) Atracones y Purgas

Si bien los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes o diuréticos son signos de un trastorno alimentario, pueden presentarse en ausencia de otros elementos necesarios para un diagnóstico certero (Vandereycken y Noordenbos, 2000). El problema es que la realización de estos comportamientos independientes son un factor de riesgo muy importante para desarrollar un TCA, y para otros autores una fase temprana de estos.

3) Control del peso y preocupación exagerada por el peso y la silueta

La fuerte preocupación por parte de las niñas con respecto a su peso y a la mantención de su figura hace que la realización de dietas sea un factor común entre estas, lo que constituye un factor de riesgo a desarrollar más adelante un TCA.

4) Imagen corporal e insatisfacción con el propio cuerpo

La baja autoestima con respecto al propio cuerpo relacionada más específicamente con la idea de que ciertas partes de este se encuentran demasiado grandes y que por lo tanto son inaceptables, constituye un punto influyente en el desarrollo de un TCA.

5) Funcionamiento psicológico general

La inestabilidad psicológica, los síntomas relacionados con la depresión y la emotividad negativa son factores que pueden influir en la aparición de un TCA. Además de lo anterior, debe decirse que la personalidad de las mujeres que presentan trastornos alimentarios se caracteriza por el fuerte deseo de aprobación social, una introyección de los conflictos y una falta de capacidad para expresar sus sentimientos y necesidades. Más específicamente, la personalidad de las mujeres que presentan anorexia poseen patrones obsesivos de conducta y comportamientos demasiado perfeccionistas, lo que implica que sean muy autoexigentes, además de esto presentan dificultades con las relaciones sociales (timidez) y problemas para reconocer y expresar sus emociones.

6) Los Pares

Los amigos y la gente de la misma edad que rodea a las personas suelen generar mucha importancia e influencia en el momento que comienza la adolescencia, por lo que la aprobación o no aprobación del resto puede constituir un factor de riesgo para desarrollar un TCA, ya que esta situación tiene directa incidencia en la autoestima y sabemos que una baja autoestima y un sentimiento de inaceptación provocan un fuerte rechazo al propio cuerpo y por consiguiente las ganas de querer cambiarlo y la realización de las acciones pertinentes para modificarlo.

7) La cultura y los Medios de Comunicación

Se piensa que una de las principales influencias culturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios es la glorificación social de la delgadez (Vandereycken y Noordenbos, 2000). Esto implica que los mensajes que la cultura les entrega a las mujeres constantemente está lleno de información que valida la delgadez como la única posibilidad de ser bella y de tener una presencia que facilite el acceso a una serie de oportunidades que entrega la sociedad. Es por esto que las niñas comienzan a formarse desde pequeñas en estos sesgos culturales lo que trae como consecuencia que las dietas sean un aspecto común para alcanzar este ideal de mujer, lo que constituye por tanto un importante factor de riesgo para desarrollar un TCA.

CAPITULO III

A continuación se presenta la propuesta teórica realizada en esta investigación, en la que se identificarán y se definirán teóricamente los factores de riesgo involucrados en la génesis de un trastorno de la conducta alimentaria, clasificándolos según se trate de factores específicos o factores generales.

PROPUESTA TEÓRICA

La génesis de todo trastorno mental está determinada por una serie de diversos factores (personales, contextuales, sociales, emocionales, etc.) que al interactuar implican que éste presente mayores posibilidades de aparecer y desarrollarse en ciertos individuos más que en otros. Cuando se habla de factores que se relacionan con la presencia y el inicio de trastornos mentales, nos estamos refiriendo a una serie de elementos de tipo biológico, social, psicológico, cultural y emocional que determinan que una persona tenga una predisposición o un importante riesgo de padecer un determinado trastorno. Es por esto que para que un trastorno mental llegue a desarrollarse es necesario que se hayan presentado una serie de causas que al relacionarse y al potenciarse unas con otras determinen la constitución de un conjunto de síndromes que implican una alteración y un deterioro en el comportamiento general y la calidad de vida de un individuo. Estas causas son los llamados factores de riesgo, que a su vez pueden ser entendidos como factores de riesgo generales y factores de riesgo específicos.

Cuando se refiere a factores generales que contribuyen en la etiología de un trastorno, se refiere a aquellos elementos o características que pueden influir en la presencia de cualquier trastorno mental. Entendiendo como factor general de riesgo aquel factor que hace

1000

1000

1000

1000

1000

que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseado, desagradable o insalubre (Diccionario Mosby, 1995). Serían características individuales o sociales que aumentarían la probabilidad de la emergencia de cualquier trastorno psicológico, entre los cuales se encontrarían los TCA. Un ejemplo de factor general sería la autoestima: cuando esta se encuentra baja, constituiría un riesgo que junto a muchos otros elementos (como depresión, eventos vitales negativos, etc.) podrían provocar un trastorno mental, dentro de los cuales estaría la posibilidad de un TCA si se cuenta además con los factores específicos correspondientes.

Y cuando se habla sobre factores específicos se refiere a características que determinan de manera particular un trastorno mental específico, en este caso en particular de un TCA. Los factores específicos pueden ser entendidos como factores potenciales de riesgo de la alimentación problemática y las condiciones relacionadas con el control del peso en las niñas de edad escolar. Dentro de esta categoría, se encuentran preguntas que evalúan distintos temas, tales como regulación del peso, sobre preocupación del peso y la forma, influencias familiares, influencia de pares, imagen corporal, presión social, entre otras.

En el caso de los trastornos alimentarios un factor de riesgo específico podría ser el control exagerado y permanente del peso. Este factor es específico y se relaciona directamente con las características que se dan en un trastorno de conducta alimentaria y por lo mismo tendrá un peso más importante y más determinante en la génesis de esta patología.

En el instrumento MRFS-IV, las preguntas están dirigidas a evaluar la epidemiología, la edad de inicio del período menstrual y del comienzo de las citas, la apariencia, los efectos de los cambios corporales, el estado de ánimo depresivo, el comer emocional, el modelaje mediático, la preocupación sobre el peso y la figura, la preocupación por parte de compañeros y padres por la delgadez, eventos vitales negativos, perfeccionismo, uso de sustancias, soporte social, conductas para bajar de peso, etc. (The McKnight Investigators, 2003).



Es decir, conceptos y términos relacionados no sólo con los trastornos de la conducta alimentaria, sino que también que tienen que ver con el estado de salud en general y con otras patologías.

Por otro lado es importante mencionar que estos factores generales y específicos propuestos en este estudio se observan con características de interdependencia, es decir muchos de estos factores se entrelazan, perteneciendo algunas de sus características a más de un factor.

A continuación se llevará a cabo un análisis de los factores de riesgo que pueden provocar un trastorno de conducta alimentaria, para esto se realizará una división entre los que serán considerados como factores de riesgo generales y factores de riesgo específicos.

1. Factores Generales

1.1 Autoestima (Factor Predisponente)

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros hemos ido adquiriendo durante nuestra vida (Farrera, 2000).

Según Branden (1995), la autoestima implica eficacia personal y respeto por sí mismo y el autor la define como la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad.

Como etapa en la vida, la adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de autoestima. En la crisis de identidad de esta etapa, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que se ha hecho de sí mismo en el pasado. Puede revelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona o bien puede encontrarse confuso e inseguro de sí mismo y buscará la aprobación de los demás y se dejará llevar por la opinión de sus semejantes. Tal motivación externa, da paso a un sin fin de

distorsiones que como mínimo provocarán distimia, ansiedad, baja autoestima y en su peor grado, un camino largo hacia los TCA (Farrera, 2000).

Es importante destacar que la baja autoestima se relaciona estrechamente con otros factores de riesgo involucrados en la génesis de un trastorno alimentario, ya que al tener un débil auto concepto, el bienestar personal y la seguridad dependen de aspectos como la imagen corporal y la aprobación de la sociedad; esto último genera una baja autonomía e inestabilidad emocional (Behar, Barrera y Micheloti, 2002; Cordella, 2002; Marín, 2002).

La autoestima ha sido con frecuencia señalada como un aspecto clave en pacientes con TCA, tanto como factor de riesgo para la aparición del cuadro, como también en el pronóstico de pacientes que ya han desarrollado el cuadro clínico (Ghaderi, 2001). Estudios abocados a la importancia de la autoestima, indican que pacientes con este tipo de trastornos experimentan una autoestima significativamente menor que las adolescentes sin un Trastorno Alimentario (Le Grange, Lock & Dymek, 2003 cit en Díaz et al, 2005).

En general varios estudios muestran cómo mujeres con TCA presentan niveles de autoestima significativamente más bajos que grupos de control sin el trastorno (Polivy y Herman, 1992, cit. en Farrera, 2000). Mora (1995) concluye que la discrepancia entre el cuerpo idealizado y el cuerpo real conduciría a una autoevaluación global negativa y devaluaría la autoestima. En consecuencia, la dieta representa un intento por paliar la insatisfacción corporal y la autoestima devaluada, minimizando la distancia existente entre el ideal corporal y la propia realidad (Farrera, 2000).

Para muchas jóvenes, la autoestima en general está relacionada con la estima del cuerpo, incluso estudios han documentado conductas poco saludables de control de peso en respuesta a la insatisfacción corporal. Estas conductas, incluyen períodos de inanición, vómitos, uso de laxantes, uso de medicamentos dietéticos y consumo de cigarrillo. El vegetarianismo también es una conducta adoptada por jóvenes mujeres para controlar su alimentación (Gilbody, 1999, cit en Sigman, 2003).

La baja autoestima genera un déficit de autonomía, esto hace referencia a una capacidad limitada de la persona de desempeñarse de manera independiente, experimentando esta un sentimiento de ineficacia personal. Lo anterior implica que se produzca una pérdida de control de los impulsos, las necesidades y las acciones. En el caso de las pacientes que padecen un trastorno alimentario, estas creen que pueden volver a tener el control sobre sus vidas a través del control del peso, situación que va generando un aumento excesivo de conductas que buscan el perfeccionismo, ya que el mínimo error provoca frustración. Este déficit de la identidad personal puede agravarse aún más cuando se carece de orientación parental o se enfrentan demandas ambientales y/o eventos vitales negativos (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

No obstante la importancia de la autoestima dentro de un TCA, cabe resaltar que dentro de otras patologías como la depresión, trastornos ansiosos, problemas conductuales, trastornos de aprendizaje, etc. ésta también se ve afectada. Es por esta razón que dentro de esta propuesta teórica se propone destacarla como un factor general y no específico de un trastorno alimentario.

Junto con ello, la baja autoestima hace vulnerable a una persona a padecer un trastorno mental, razón por la cual se define como factor predisponente.

1.2. Consumo de sustancias (Factor Concomitante)

El término comorbilidad corresponde a la presencia de más de un trastorno o diagnóstico en un sujeto dado. Esto significa que ciertos trastornos psiquiátricos pueden presentarse acompañados de otros en un mismo individuo. Por esta misma razón, el consumo de sustancias sería un factor concomitante.

En lo que respecta al consumo de sustancias, se han llevado a cabo estudios que demuestran el alto grado de comorbilidad que existe entre este comportamiento y la presencia de enfermedades mentales (Sánchez, Calvo y Nieto, 2001). Esto significa que el consumo de

sustancias sería considerado como un factor de riesgo para presentar otros cuadros psicopatológicos o por otra parte ser el resultado o la consecuencia del desarrollo de un trastorno psicológico determinado.

En lo que concierne específicamente a los trastornos alimentarios, se han llevado a cabo diversos estudios en EEUU que demuestran la alta comorbilidad que existiría entre estos últimos y el consumo de sustancias: ambos trastornos comparten ciertas características tales como la alta ocurrencia en tiempos de transición y situaciones estresantes, baja autoestima, impulsividad, aislamiento social y preocupaciones obsesivas (Díaz et al, 2005).

En una investigación el 2002, Von Ranson et al. observaron que si bien las actitudes y trastornos alimentarios se asociaron modestamente con el uso de alcohol, nicotina y drogas en las adolescentes, específicamente el uso y abuso de alcohol se relacionaron con las actitudes y patologías alimentarias en las mujeres.

Haug et al. (2001) detectaron que las pacientes bulímicas nerviosas comparadas con las anoréxicas tienen mayor probabilidad de fumar y beber alcohol. Por otra parte, las anoréxicas purgativas demuestran mayor uso de cafeína y alcohol que las restrictivas. Esto podría significar que la alteración se establezca entre el menor control alimentario y el consumo de sustancias en un continuum, o bien que ambos trastornos posean factores de riesgo comunes.

Goldbloom et al. observaron que en el 27% de 96 mujeres con patología alimentaria se demostró psicométricamente la dependencia de alcohol (Goldbloom, Naranjo, Bremmer y Hicks, 1992 Cit en Behar, 2004). Striegel-Moore y Huydic llevaron a cabo una investigación con niñas adolescentes escolares con una edad promedio de 15,5 años, y entre las que fueron diagnosticadas con un trastorno de conducta alimentaria, presentaban dos veces más probabilidades de ser bebedoras que las niñas que no fueron diagnosticadas con la patología (Striegel-Moore y Huydic, 1993 Cit en Behar, 2004).



En un estudio de Mulieri et al (2003), se encontró que las jóvenes de entre 10 y 14 años, que realizaban dietas más de una vez por semana, tenían cuatro veces más riesgo de volverse fumadoras (Díaz et al, 2005).

En conclusión debe decirse que las referencias disponibles claramente sugieren una comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. Las razones de este fenómeno todavía permanecen oscuras y la especificidad de esta asociación con otras psicopatologías debe ser aún investigada apropiadamente (Behar, 2004).

En esta propuesta teórica, el consumo de sustancias se clasifica dentro de los factores generales, debido a que es una conducta asociada a distintos trastornos psiquiátricos.

1.3. Apoyo social (Factor Predisponente y Mantenedor)

El apoyo social puede definirse como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de sus relaciones interpersonales, es decir, las relaciones que este mantiene con sus familiares, pares o pareja, tanto en el plano emocional como en el instrumental. Esta ayuda es relevante en situaciones específicas y es percibida en general por el individuo como un aspecto que provee un cierto grado de seguridad y apoyo externo ante la posibilidad de la ocurrencia de eventos estresantes (Sepúlveda, Troncoso, Álvarez, 1998).

Las investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. Esto último se traduce en el hecho de que las personas que poseen una pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre o con relaciones interpersonales inseguras e inestables. A pesar de que hasta ahora no es posible establecer una relación causal, la combinación de los datos provenientes de estudios con animales, experimentos socio-psicológicos y entrevistas sugieren que el apoyo social contribuye de manera importante en la salud de las personas. De la misma

manera, se ha señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés. Es por esto que el análisis llevado a cabo en el sentido contrario, revelaría que aquellos individuos que presentan un bajo apoyo social o que perciben una realidad compuesta por redes sociales pobres tendrían un mayor riesgo a desarrollar enfermedades físicas y/o psicológicas al momento de tener que enfrentarse a situaciones problemáticas o eventos vitales negativos (Sepúlveda, Troncoso, Álvarez, 1998).

Es importante destacar y poner énfasis en el hecho de que lo fundamental es la percepción o creencia que el individuo tenga acerca del apoyo emocional disponible, más que el apoyo social efectivamente recibido en una situación determinada (Arechavala y Miranda, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de apoyo social se consideraría entonces como un factor de riesgo para presentar diversos trastornos psicológicos, es por esta razón que es considerado dentro de la categoría de los factores generales que se proponen como las diversas causas que podrían ser responsables en el desarrollo futuro de un trastorno alimentario.

En lo que respecta a la relación causal que podría existir entre la falta de apoyo social y los trastornos, diversos estudios han demostrado que dentro de las familias de las niñas que presentan un trastorno alimentario, o que tienen comportamientos de riesgo importantes para desarrollar la enfermedad, existen relaciones conflictivas entre padres e hijas, a pesar de que podría creerse lo contrario debido a que estas familias suelen ser bastante sobreprotectoras y por lo mismo demostrar mucha preocupación y cuidado hacia los suyos, lo que puede traducirse en la entrega de cariño y amor, sin embargo este tipo de familias se desenvuelven en un ambiente de constante inseguridad y hostilidad, evitando continuamente el afrontamiento adecuado de conflictos, situación que provoca un cierto grado de vulnerabilidad y aislamiento social en sus miembros. Por otro lado, el vínculo entre la hija y la madre suele ser bastante problemático, lo que implica que la niña carecería de una figura femenina

importante que constituya un modelo a seguir, en el caso de que no la encuentre en otra persona. Esto último tiene una fuerte relación con el apoyo social percibido por la niña, ya que esta tendría dificultades en compartir sus inquietudes y problemas con una persona que es fundamentalmente necesaria en la crianza y la ayuda incondicional, lo que en consecuencia produciría sentimientos de soledad, inseguridad, baja autoestima y rechazo personal (Vigil, 2005; Marín, 2002).

Por último es importante tener en cuenta que el apoyo social es un recurso psicológico con que cuenta el individuo, además de muchos otros que son relevantes en la capacidad de este para enfrentar las demandas y las amenazas constantes que presentan los acontecimientos de la vida, es por esto que puede constituir un factor protector cuando es positivo o un factor de riesgo cuando es negativo.

Si se entiende el apoyo social como una ayuda real o percibida y como un apoyo externo ante la ocurrencia de eventos estresantes para la vida de una persona, claramente no sólo se manifiesta dentro de los trastornos alimentarios, sino que también dentro de muchas patologías médicas. Por esta razón este factor es considerado como factor protector para muchos trastornos mentales.

Por otro lado, si para un individuo existe la percepción de falta de apoyo social, esto precipitaría el riesgo de padecer un trastorno mental, y si además esta percepción se mantiene a lo largo del curso del mismo, provocará que la enfermedad se perpetúe.

Es por esto que el factor apoyo social pertenecería a la categoría de factor precipitante y mantenedor.

1.4. Síntomas físicos relacionados con la salud en general (Factor predisponente)

Es bastante común que muchas personas consulten al médico por sentirse enfermos o por tener dolencias físicas y no saber el origen de estas. Esto ocurre porque muchas veces los síntomas físicos son la manifestación de problemas de índole psicológica. A esto se le llama somatización y se define como una afección que presenta ciertas dolencias físicas, que

pueden durar por años, ocasionando desajustes sustanciales y que son causadas por dificultades psicológicas y por lo tanto no se puede identificar ningún problema orgánico subyacente (Cataldi, 2004).

Las somatizaciones generalmente se presentan como síndromes clínicos bien definidos, entre los más comunes tenemos al síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, cefalea tensional, etc. Todos ellos constituirían las manifestaciones de algún problema psicológico o un cuadro de estrés (Cataldi, 2004).

En lo que refiere a los trastornos alimentarios, cabe mencionar que estos, como muchos otros trastornos mentales, tienen un correlato fisiológico, sin embargo habría que diferenciar entre aquellos síntomas que son propiamente el resultado de las conductas auto destructivas de las pacientes (vómitos, dejar de comer, utilización de laxantes, etc.) y de la pérdida de peso, de aquellos síntomas que pertenecen a la manifestación física del desorden psicológico que se presenta, es decir, todas aquellas sensaciones corporales que serían el producto de las emociones negativas vivenciadas durante el curso del trastorno o en la situación premórbida como la evidencia de somatización del aumento a la vulnerabilidad al stress o a la ansiedad. Entre aquellas sensaciones psicósomáticas frecuentes se encuentran los trastornos gastrointestinales y la presencia de colon irritable (Yasky, 1995).

1.5. Depresión (Factor Predisponente y Mantenedor)

Se han visto altas tasas de comorbilidad entre TCA y depresión mayor o distimia en pacientes que buscan tratamiento en centros psiquiátricos de atención terciaria (Halmi, 2001).

Algunas investigaciones consideran que los síntomas depresivos en los trastornos de conducta alimentaria, con frecuencia constituyen un síndrome que cumple criterios de trastorno depresivo mayor y, parecen surgir casi siempre como una consecuencia del TCA.

Una investigación llevada a cabo el año 1997 por Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor (2000), encontró que los desórdenes alimentarios tendrían una relación temporal en el desarrollo de la depresión. La insatisfacción corporal y la dieta estricta, serían factores predictores importantes en el desarrollo futuro de depresión. Sus conclusiones se basan en que la imagen corporal es una dimensión a partir de la cual las mujeres occidentales son evaluadas, por lo tanto, si éstas no se sienten satisfechas con su propio cuerpo, buscarán por todos los medios, lograr alcanzar la imagen perfecta (desde su punto de vista), surgiendo aquí el segundo síntoma, que corresponde a las dietas estrictas a las que se someten. En el caso de fracasar en sus intentos pueden caer en un estado de angustia y desesperación tal, que las lleve a desarrollar un trastorno depresivo (Dörr, 1995).

Las pacientes anoréxicas presentan síntomas depresivos, con una frecuencia mayor que la población general. Estos trastornos se pueden manifestar con una rica sintomatología como puede ser: tristeza, aislamiento, desesperanza, trastornos del sueño, anhedonia, sentimientos de culpa, autodesprecio, fantasías de muerte e ideación autolítica; aunque estos últimos aparecen con menor frecuencia (Campos, Martínez-Larrea, 2001).

Estos trastornos se pueden considerar como secundarios a las conductas anoréxicas (respuesta frente a la presión social, o una respuesta a los temores a la comida, al aumento de peso y a la obesidad); íntimamente ligados a los trastornos afectivos, como una manera diferente de manifestación o como parte del cortejo sintomatológico o secundarios a la malnutrición, siendo esta última la más citada en los diferentes estudios, ya que se ha visto que existe una mejoría del estado de ánimo cuando los pacientes recuperan peso (López, 2001).

Se ha observado un mayor índice de episodios depresivos mayores en las pacientes que en alguna ocasión han mostrado conductas de purga (96%) que en aquellas con un cuadro puramente restrictivo (Geist, Davis, Heinmaa, 1998). En estudios recientes, se ha visto que el 40% de las pacientes con AN que cumplen diagnóstico de depresión, se autoagreden y

verbalizan ideas de suicidio, y el 20% las lleva a cabo (Favaro, 1997). Estos antecedentes de riesgo autolítico corroboran de alguna manera que estas pacientes sufren, en algún momento de la enfermedad, graves trastornos del ánimo.

Se sabe que existe una fuerte asociación entre la BN y los síntomas depresivos, existiendo en los trastornos más graves una elevada frecuencia de tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación autolítica. Al igual que en la AN, una de las cuestiones que se plantea en esta asociación es si estos síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si, por el contrario, son secundarios al TCA. Para algunos autores existe una estrecha relación entre ambas entidades, de modo que, en muchos casos, los síntomas depresivos pueden preceder a la BN, aparecer simultáneamente como una entidad clínica en sí mismos o ser considerados formas atípicas de depresión (Thomas, 2000).

Sin embargo, otros autores defienden la hipótesis de que los síntomas depresivos son secundarios al TCA y a todo su cortejo sintomático, como es el sentimiento de fracaso condicionado por la pérdida de control y los sentimientos de culpa, vergüenza y humillación provocados por la propia enfermedad, en pacientes muy preocupadas por su aspecto físico (Turón, 1997). Se basan, para defender este planteamiento, en la edad de inicio de los síntomas afectivos, ya que éstos en la BN aparecen de forma muy precoz si los comparamos con los trastornos afectivos endógenos. También sugieren que la clínica depresiva de la BN tiene muy poca consistencia y aparentemente una fenomenología distinta (fluctuaciones anímicas, siendo frecuente la presencia de humor disfórico previo a los episodios de ingesta voraz) (Thomas, 2000). No obstante, se ha encontrado una correlación entre las oscilaciones del estado de ánimo y las conductas bulímicas, siendo los síntomas depresivos más intensos cuanto más graves son estas conductas y a la inversa (López, 2001)

Por otro lado, inicialmente, se sugirió que la BN podría asociarse a formas atípicas de depresión, con humor disfórico, hiperfagia y exacerbación de síntomas vegetativos, ya que el

10-11-12

10-11-12

10-11-12

10-11-12

10-11-12

35% de las bulímicas estudiadas presentaban depresión atípica (Walsch, Hadrgan, Delvin, Gladis, 1991).

No obstante la importancia y relevancia que se le da a los síntomas depresivos en el curso de un trastorno alimentario, éstos pueden encontrarse en patologías como un trastorno adaptativo, trastornos ansiosos, etc, razón por la cual en esta propuesta teórica fue concebido como factor general.

Además, si se encuentran características depresivas en un individuo, podría aumentar la probabilidad de la aparición de un determinado trastorno (predisposición); y si a la vez éstas se mantiene en el curso del tiempo, es considerado como factor mantenedor de dicho trastorno. También es importante considerarlo como consecuencia de un TCA y a la vez un agravante de este trastorno.

1.6. Eventos Vitales (Factor Precipitante)

Para tratar la influencia que tienen los eventos vitales o las situaciones estresantes en el riesgo de presentar algún trastorno psicológico, es necesario mencionar antes el significado del estrés y de la influencia negativa que este último tiene en las personas cuando los comportamientos de defensa del organismo se encuentran muy elevados debido a la tensión que producen ciertos acontecimientos, provocando en consecuencia un fuerte desgaste físico y mental.

El estrés es el comportamiento heredado, adaptativo y defensivo, que presenta una activación neuro-endocrina que provoca una serie de reacciones emocionales ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestro bienestar físico y mental (Florenzano y Zegers, 2003).

Más específicamente, en lo que respecta a los eventos vitales, estos pueden definirse como aquellas experiencias objetivas de cambio en la vida que exigen un proceso de reajuste y adecuación en el comportamiento de las personas, con el objetivo de adaptarse a la nueva

situación. La capacidad de estos eventos para provocar una respuesta de estrés de tipo desadaptativo, es decir, un estado de malestar emocional, dependerá entre otras cosas de la evaluación que el individuo haga del suceso determinado y de los propios recursos con que este cuenta para enfrentarlo (Alvarado, Medina y Aranda, 2002).

Diversos estresores pueden resultar en trastornos mentales identificables, como por ejemplo ciertas situaciones amenazantes que preceden a trastornos de ansiedad o depresivos (Mathew, Coplan y Corman, 2001; Messenger y Shean, 1998 cit en Trucco, 2002). Por mucho tiempo se ha recopilado información que pone en evidencia que el estrés psicosocial y las adversidades se relacionan con un mayor riesgo de morbilidad mental (Trucco, 2002).

Por esta razón se cree que los eventos vitales negativos constituirían un factor de riesgo precipitante para el desarrollo de un trastorno alimentario, a saber, todos aquellos acontecimientos que provoquen una tensión importante en las mujeres, debido al apremio de la modificación de ciertas conductas para adaptarse a una nueva situación, lo que conlleva un deterioro físico y emocional.

Entre los eventos vitales que se consideran como relevantes en la relación con el riesgo a desarrollar un trastorno alimentario, se consideran las pérdidas afectivas, como por ejemplo la muerte de algún ser querido, la muerte de una mascota, el término una relación de pareja, etc., por otro lado son igualmente significativos eventos tales como la separación de los padres, cambios de ciudad y fracaso escolar (Marín, 2002). Esto tendría que ver con la experiencia empírica de vivir un TCA y los eventos vitales aparecerían asociados temporalmente con el inicio de dicho trastorno. Y su explicación se extrapola a la relación entre evento vital-estrés y trastorno mental.

Estas situaciones al tener un carácter incontrolable y negativo de los cambios en la situación de vida, parecen constituir la vía final común por medio de la cual las fuentes ambientales y las predisposiciones personales conducen al trastorno psiquiátrico (Trucco, 2002).

Un estresor negativo que es considerado relevante a la hora de analizar el riesgo de padecer un TCA, es el abuso sexual. Un estudio encontró que los dos desórdenes psiquiátricos más comunes entre mujeres que habían sido abusadas sexualmente eran la depresión y los TCA (Andrews, Vaentine & Valentine, 1995, cit en Treuer, Koperdak, Rozsa y Furedi, 2005).

Debido a la importancia que tiene la influencia de eventos vitales en el riesgo de presentar algún trastorno psicológico y no sólo un trastorno de la conducta alimentaria, es que fue conceptualizado como factor general dentro de esta propuesta.

Como existe la posibilidad que un evento vital estresante gatille un determinado trastorno, es que este factor dentro de esta propuesta teórica, también es considerado como un factor precipitante.

1.7. Autoexigencia – Perfeccionismo (Factor Predisponente)

El perfeccionismo es un rasgo sobresaliente en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia durante la fase aguda de la enfermedad y después de su recuperación (Lilenfeld, 2000; Halmi, 2000, cit en Bulik, 2003).

Perfeccionismo premórbido también puede ser un factor de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria (Fairburn, et al, 1999 cit en Bulik, 2003). Reportes de herencia para el rasgo perfeccionismo, sugieren que este puede ser un endofenotipo en estudios genéticos (Halmi et al, 2000). Se ha estudiado (Vohs, 1999 y Joiner, 1997) que este perfeccionismo actuaría relacionado con una autoestima baja o con una insatisfacción corporal. Como parte de la perfección se encuentra el alcanzar una imagen ideal de delgadez, la cual nunca consiguen, debido a que la anoréxica jamás se verá a sí misma corporalmente perfecta (Del Canto, 2001).

Behar, en el año 1996, realizó una investigación en la Región de Valparaíso, Chile, donde confirmó la hipótesis de Slade y Dewey (cit. en Behar, 1996), que planteaba que el

perfeccionismo como rasgo aislado no es un factor significativo, pero unido a algún nivel de insatisfacción corporal, se transforma en un determinante amenazador para una eventual aparición de Anorexia Nerviosa.

En el año 2000 se realizó un estudio que encontró que puntajes elevados en escalas de perfeccionismo estaban significativamente asociados con la presencia de anorexia y bulimia. Subescalas como reacciones negativas a errores y la tendencia a interpretar los errores como fracasos sólo estaban asociados a los trastornos de conducta alimentaria y no a otro trastorno de carácter psiquiátrico. Entre los aspectos del perfeccionismo medidos en este estudio, la preocupación por los errores y las dudas sobre acciones aparecen más fuertemente asociadas a la presencia de este tipo de trastorno (TCA) (Bulik et al, 2003).

Las pacientes con Anorexia Nerviosa son perfeccionistas y muy estrictas con respecto a su propio trabajo y aún cuando este sea bueno, lo repiten hasta que no contenga ningún error. Dado a que sus expectativas personales son muy altas, las aplican en todos los ámbitos de su vida, ya sea en su vida laboral, escolar, social y en su conducta alimentaria (Buendía 1996, Dunker & Slade 1995, Feinholz 1997 cit en Franco-Paredes et al, 2005).

En el caso de las pacientes con Bulimia Nerviosa, la propia evaluación personal de estas depende de sus metas o logros personales alcanzados en su dominio de las purgas, su figura y su peso. La frustración y la sensación de ineffectividad después de una comilona causan en ellas un sentimiento de rigurosidad con ellas mismas porque temen recibir una evaluación negativa (Sherman & Thompson, 1999; Taylor & Anthony, 1993; cit en Franco-Paredes, 2005).

No obstante la relevancia del perfeccionismo en los TCA ha sido documentada a lo largo del tiempo por numerosos trabajos y reportes clínicos, algunos estudios empíricos no respaldan la idea que sujetos bulímicos y anoréxicos manifiestan mayores niveles de perfeccionismo que sujetos de control sin el trastorno (Álvarez et al., 2003; Mancilla et al.,

2003; Mateo, 2002; Vázquez et al., 2000; Escarria & Haro, 2000 cit en Franco –Paredes et al, 2005).

Estudios actuales han demostrado que no existen diferencias significativas en las escalas de perfeccionismo entre personas con un TCA y una persona sin esta sintomatología (Franco-Paredes et al., 2005). Diversos estudios han mostrado que el perfeccionismo medido por el EDI predecía un TCA o sólo sintomatología de este tipo de trastorno solo con la conjunción de percepciones acerca del sobrepeso (Joiner et al., 1997), insatisfacción corporal y baja autoestima (Vohs et al., 2001). Estos resultados sugieren que no existe un rol claro y específico para el perfeccionismo y su relación con los TCA.

En resumen, a lo largo del tiempo los resultados de estudios han sido un tanto variados, posiblemente debido al hecho que han sido consideradas diferentes dimensiones del perfeccionismo (interpersonal versus intrapersonal) y debido a que los investigadores han utilizado diferentes instrumentos de medición (Franco-Paredes et al., 2005). Ver Tabla 3.

Tabla 3: Estudios realizados en torno a la Autoexigencia y el perfeccionismo.

Autores	Muestra e Instrumentos	Resultados
Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye (1995)	8 anoréxicas que estaban con bajo peso 11 anoréxicas que habían recuperado un peso saludable 10 jóvenes femeninas saludables EDI, MPS-F, MPS-H	Las anoréxicas obtuvieron puntajes significativamente mayores que las jóvenes saludables en la mayoría de las escalas del MPS-F, MPS-H y EDI. Las anoréxicas con bajo peso y aquellas que habían recuperado un peso saludable, obtuvieron puntajes similares en todas estas subescalas.
Ashby, Kottman, y Shoen (1998)	24 mujeres diagnosticadas con un trastorno alimentario 166 estudiantes femeninas MPS-H	Las mujeres con un trastorno alimentario son más perfeccionistas (en conductas como preocupación por

		errores, y ansiedad relacionada con la ejecución de alguna tarea) que aquellas mujeres sin un trastorno alimentario. También se encontró una correlación significativa entre subescalas específicas del EDI y el perfeccionismo desadaptativo.
Escarria y Haro(2000)	158 estudiantes femeninas 117 estudiantes masculinos EDI	No se encontraron diferencias de grupo significativas en la escala de perfeccionismo entre personas con sintomatología de un TCA e individuos asintomáticos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.
Mateo (2002)	288 estudiantes femeninas 277 estudiantes masculinos EDI	Las mujeres son más perfeccionistas que los hombres, pero no se encontraron diferencias significativas entre personas con un TCA y el grupo control.
Álvarez, Franco, Mancilla y Vásquez (2003)	58 mujeres con sintomatología respectiva de una Anorexia Nerviosa 69 mujeres con sintomatología referente a la Bulimia Nerviosa 70 estudiantes femeninas EDI	No se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con sintomatología de Anorexia Nerviosa, mujeres con sintomatología de Bulimia Nerviosa y el grupo control con respecto a la escala de perfeccionismo.

Por lo tanto, debido a los nuevos y mejorados estudios realizados el último tiempo en relación al perfeccionismo y su incidencia no significativa en los trastornos de conducta alimentaria, éste fue conceptualizado como factor general a cualquier enfermedad o patología médico-psiquiátrica. Además si se entiende que el perfeccionismo y la autoexigencia son características propias del individuo que podrían vulnerarlos a desarrollar un determinado trastorno, es que es considerado como un factor predisponente.

1.8. Desarrollo – Tareas Evolutivas (Factor Precipitante)

Dado que las personas adolescentes y jóvenes viven en una época de desarrollo donde la inestabilidad y el cambio es uno de los factores predominantes, a menudo se muestran inseguras e influenciables delante de la construcción de la propia identidad y por esto, a menudo los cánones sociales y estéticos tienen una influencia clave en su desarrollo (Ackard, D; Peterson, C, 2001).

Estudios proponen que la adolescencia misma es un estresor como fenómeno gatillante a los pacientes susceptibles de desarrollar un TCA. Esta etapa de la vida crea demandas que muchas veces no son fáciles de lidiar. Sucesos sociales, sucesos académicos y la demanda de aceptar un cuerpo cambiante durante la pubertad, significan factores de riesgo para desarrollar un TCA (Sigman, 2003). Esta es una etapa compleja de desarrollo en que muchos cambios físicos y psicológicos 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. Además existe una relación entre la obesidad infantil y la menarquia temprana, que suele determinar un factor de riesgo para el desarrollo de Bulimia nerviosa (cit en Bravo et al. 2004).

La madurez temprana es un factor de riesgo provocando mayor insatisfacción con el peso y el incremento de la independencia. Este hecho, podría explicar por qué

la pubertad es un período de mayor riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, dado el aumento de la ganancia de peso y la adiposidad que tienen lugar en relación con la maduración sexual, en una época y sociedad que valora la delgadez (Ackard, D; Peterson, C, 2001).

Es en la pubertad donde aparecen además, conflictos relacionados con la apariencia sexual, ya sea debido a un duelo no resuelto por la pérdida de la protección infantil, o un deseo de uno o dos de los padres de que la hija no crezca para poderla retener y controlarla como a una niña. Por lo que la cuestión de la delgadez se convierte así en un medio de conservar un cuerpo infantil (Ackard, D; Peterson, C, 2001).

Un estudio de niñas que no sufrían de trastornos del comer reportó que, antes de la pubertad, las niñas comían cantidades apropiadas a su peso corporal, estaban satisfechas con sus cuerpos. Después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingesta recomendada de calorías y tenían una autoimagen corporal más débil. No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de trastornos de conducta alimentaria y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por los adolescentes se intensifican aun más por la atención que provoca la ansiedad en sus cuerpos cambiantes (Ackard, D; Peterson, C, 2001).

Sin embargo, la preocupación por el peso y la figura puede ser encontrada incluso en niñas de 5 años. De todas maneras esta preocupación se va incrementando a medida que aumenta la edad. Siendo aun mayor en niñas post-puberales que en aquellas que se encuentran antes de esta etapa (Schmidt, 2001; cit en Bravo et al, 2004).

Es importante mencionar que el comienzo de la adolescencia puede constituir un evento vital negativo en sí, debido a que la niña debe comenzar a modificar una serie de conductas para ser aceptada por el resto en una etapa que la obliga a adquirir nuevos roles, ya que es este el momento en que comienza la búsqueda de la identidad: esta tarea se relaciona en primer lugar con el verse a sí mismo estable a lo largo del tiempo, con la adopción

de una identidad psicosexual definitiva, expresada a través de roles sexuales aceptados socialmente, y con una conducta sexual activa. Todo esto implica que la niña comience a valorar más su imagen corporal y empiece a preocuparse por su aspecto físico, con el objetivo de ser considerada atractiva y bonita por sus pares y así sentirse más segura consigo misma (Florenzano y Zegers, 2003).

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 esta trastorno a lo largo de la adultez (Kottler et al.2001)

Si se entiende que la adolescencia es una etapa en la vida de cambios e inestabilidad en donde los jóvenes se muestran influenciados ante la construcción de su propia identidad, no sólo pueden encontrarse en riesgo de padecer un TCA, sino que por el contrario, diferentes patologías pueden aparecer por primera vez durante esta fase de la vida. Por esta razón en este trabajo es definido como un factor de riesgo general.

La adolescencia, como etapa de desarrollo propiamente tal, es un estresor y un fenómeno gatillante para individuos susceptibles, por este motivo es considerada como factor precipitante.

Con el fin de entregar una mayor explicación de lo anteriormente expuesto, es que se exponen a continuación los ítems correspondientes a cada uno de los factores generales del instrumento MRFS-IV (Ver Tabla N° 4).

Tabla N° 4: Factores Generales

Subescalas	Ítems
1.- Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 1: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma? • Ítem 19: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea? • Ítem 21: En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma? • Ítem 27: En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada? • Ítem 31: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita? • Ítem 35: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres? • Ítem 91: ¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la gente piense de ti?
2.- Consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 5: En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)? • Ítem 14: En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)? • Ítem 26: En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?
3.- Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 12: En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar? • Ítem 16: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados? • Ítem 39: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste? • Ítem 82: En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías? • Ítem 96: En el último año ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quién admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?

4.- Síntomas físicos relacionados con la salud en general	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 22: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza? • Ítem 32: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?
5.- Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 28: En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente? • Ítem 30: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"? • Ítem 45: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte? • Ítem 47: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas?
6.- Eventos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 65: ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado? • Ítem 67: En el último año, ¿Has terminado con un pololo? • Ítem 68: En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma? • Ítem 69: En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa). • Ítem 70: En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas? • Ítem 71: En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti? • Ítem 72: En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio? • Ítem 73: En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti? • Ítem 74: En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres? • Ítem 75: En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio? • Ítem 77: En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar? • Ítem 102: En el último año ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?

<p>7.- Autoexigencia/ perfeccionismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 86: En mi familia sólo soy buena cuando me destaco en lo que hago. • Ítem 87: Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores. • Ítem 88: Necesito ser la mejor en lo que hago. • Ítem 89: Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas. • Ítem 90: Tengo metas extremadamente altas. • Ítem 93: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser inteligente? • Ítem 95: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?
<p>8.- Desarrollo / tareas evolutivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 63: ¿Has tenido tu primer período menstrual? • Ítem 64: ¿Has comenzado a salir con niños? • Ítem 66: En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?

2. Factores Específicos

2.1. Conductas de Control de peso (Factor Predisponente y Mantenedor)

La preocupación por el peso y excesiva autoevaluación del mismo y de la figura corporal, son comunes tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa.

El control de peso, las preocupaciones excesivas por el peso y la silueta desempeñan un papel fundamental como causantes del desarrollo de los trastornos alimentarios (Killen, 1994; Taylor, 1997 cit. en Vandereycken, 2000). Por esta razón, en esta propuesta teórica es conceptualizado como factor predisponente.

Dentro de las prácticas de control de peso, se encuentran la dieta, los vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos u otros fármacos y realización de ejercicio de forma compulsiva. Los laxantes y diuréticos son utilizados en ocasiones porque creen que de este modo puede vaciar sus intestinos antes de que la comida sea absorbida y eliminar lípidos como una forma de bajar de peso. Sin embargo esta creencia es errónea, ya que los laxantes sólo actúan sobre la última porción del intestino, donde el material que se encuentra es todo de desecho y será eliminado de todos modos y por otra parte los diuréticos producen una baja de peso por deshidratación y no por pérdida de grasa corporal (Muñoz, 2002).

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo en su uso, y la afectada realiza atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los sujetos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad (Fuentealba, 2005).

Otra de las conductas compensatorias es el exceso de ejercicio, que consiste en hacer ejercicio frecuente, intensa o compulsivamente durante largos periodos de tiempo, con objeto de controlar el peso. Una persona que hace ejercicio en exceso puede presentar una o más de las siguientes características: hacer ejercicio con más frecuencia o más intensamente de lo que se necesita para mantener una buena salud o para destacar en las competiciones, roba tiempo al trabajo, la escuela y las relaciones para hacer ejercicio, hace ejercicio aunque esté lesionada o enferma, define la autovalía en función del rendimiento atlético y dice no estar nunca satisfecha con su rendimiento (Fuentealba, 2005).

El seguimiento de dietas, como otra forma de control de peso, es una práctica común entre las mujeres y ha estado ligado al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Las jóvenes normales cuando comienzan una dieta, suelen tener una meta clara que puede ser por ejemplo, poder ponerse alguna prenda de vestir de una talla inferior. Una vez que lo consiguen se sienten satisfechas, se encuentran de mejor humor, disminuye la actitud autocrítica hacia el cuerpo, mejora la relación social y tienen reglas normales. Por el contrario, las pacientes con TCA se plantean metas sucesivas, primero llegar a un determinado peso que sucesivamente es sustituido por otro más bajo. A medida que adelgazan la insatisfacción con su imagen aumenta, están de peor humor, suelen disminuir los contactos sociales y tienen amenorrea (Casado, 1997).

Cuando se comparó la diferencia entre las dietas que realizaban las jóvenes que tenían alto y bajo riesgo de padecer un trastorno alimentario, se pudo concluir que la distinción radicaba en que aquellas adolescentes que presentan un alto riesgo para un TCA iniciaban sus dietas antes de la adolescencia y éstas eran más restrictivas y más duraderas (Morandé, 2002 cit. en Tapia, 2004 cit. en Díaz et cols, 2005).

Si entendemos como características propias de la anorexia, y la bulimia conductas tales como el hacer dieta, exceso de ejercicios, seguimiento de conductas compensatorias para no

subir de peso, etc.; es posible entonces definir dentro de esta propuesta teórica las conductas de control de peso como un factor específico dentro de un TCA y mantenedor de este mismo.

2.2. Sobre preocupación por peso o figura (Factor Predisponente)

La preocupación excesiva por el peso y la silueta desempeñan un papel fundamental como causante del desarrollo de los trastornos alimentarios (Vandereycken, 2000). Esto significa que la autoestima de la persona depende en gran medida del peso de su cuerpo, ya que se produce una sobre valoración del aspecto físico, específicamente de la talla corporal (Moral, 2002). Lo anterior implica que la persona genera una actitud que se caracteriza por un constante temor a ganar peso y por lo mismo puede llevar a cabo conductas de control del peso: tales como dietas, ejercicio excesivo, etc. (Vigil, 2004).

En un estudio realizado por Killen y cols. (1994) y Taylor y cols. (1997) demostraron que, en una población de estudiantes primarios y secundarios la mejor forma de predecir los niveles de riesgo era medir las preocupaciones por el peso, combinando los puntajes asignados al miedo a engordar, a la preocupación por el peso, a la preocupación por la silueta, a la importancia del peso, a las dietas realizadas hasta el momento y al sobrepeso que el sujeto creía tener. Esta medición mostró una relación significativa con el inicio de los síntomas de los trastornos alimentarios en varios estudios longitudinales (Killen y col., 1997 cit en Vandereycken, 2000)

La importancia que se le adjudica a la delgadez cabe dentro de los factores socioculturales que se consideran como riesgosos para la adquisición de un trastorno alimentario, la sociedad occidental entrega continuamente mensajes que valoran la estética de la mujer, validando modelos de ideales de belleza que generalmente son inalcanzables (Moral, 2002; Vigil, 2004).

Es importante destacar que diversos estudios han demostrado que las adolescentes anoréxicas tienen la creencia de que sus interacciones están mediadas por la percepción que los otros tienen de sus cuerpos, obteniendo de esta manera la aceptación de los demás y la

aprobación de sus pares, aspecto fundamental dentro de esta etapa. De la misma manera su autoestima y auto imagen dependen de estas creencias. De esta forma sus esfuerzos están destinados a alcanzar el ideal de belleza corporal deseado (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

Según Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens (1992) citados en Rogers y Petrie (1996), la imagen socialmente ideal de belleza puede ser considerada como una causa fundamental de los trastornos alimentarios (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, Venegas, 2000).

En los casos más graves de insatisfacción con el cuerpo se llega hasta un rechazo tal grande que incluso estando tremendamente delgadas, niegan esta delgadez y no reaccionan ante ella como lo harían los demás (Munoz.2002).

Si esta excesiva preocupación por el peso y la figura desempeñan un papel trascendental dentro del desarrollo de un TCA, podría entonces ser considerado como un factor específico de este tipo de trastorno; por esta razón se define en este estudio como tal.

Este factor es considerado como predisponente individual de un TCA que expresa la vulnerabilidad a desarrollar este tipo de trastorno.

2.3. Imagen Corporal (Factor Predisponente)

Una de las características más importantes de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, es la alteración de la imagen corporal. Esta alteración es un factor determinante en el inicio, mantenimiento y las posteriores recaídas que se producen en estos trastornos.

Según Raich (2000), la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000 cit. en García, 2004). Por tanto, el tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y

conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás (Quiles, Terol, 2003).

La distorsión en la percepción de la propia imagen corporal se ha considerado tradicionalmente como una de las características centrales de los trastornos alimentarios. Garner y Garfinkel (1981)

Según Quiles y Terol (2003) existen tres componentes de la percepción de la imagen corporal:

- El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario frecuentemente se encuentra la sobrestimación.
- El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
- El componente conductual se refiere a las conductas elicítadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, etc.)

En el caso de personas con un trastorno alimentario los distintos niveles de distorsión de la imagen corporal se manifiestan de la siguiente forma:

- Nivel perceptual: sobrestiman la amplitud de sus medidas y se ven gruesas, incluso, teniendo un peso normal. Sin embargo, no se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con total exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Es la imagen que tienen de su cuerpo la que deforman, distorsionan o

exageran. Tienden percibir las dimensiones de su cuerpo con una sobrestimación del 30% de su volumen.

- Nivel cognitivo: imaginan que la otra gente se fija en sus defectos y creen que éstos son una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados. Tienen una preocupación exagerada, a veces obsesiva, por su cuerpo, que traslada a un segundo plano otros aspectos de sus vidas mucho más importantes, como la salud, la escuela o las amistades.
- Nivel conductual: organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Algunas evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. Otras, esconden su cuerpo dentro de ropas de tallas enormes para su tamaño corporal. Se comparan constantemente con los demás, y su cuerpo siempre resulta ser menos delgado y más desagradable (Quiles, Terol, 2003).

La insatisfacción corporal es un factor de alta prevalencia en un sector donde ocurren trastornos de conducta alimentaria. Una alta valoración por la delgadez, una prominente representación social de cuerpos delgados y la influencia de pares interactúan en la influencia de desarrollar un TCA en las niñas y adolescentes. Muchos estudios han concluido que esta insatisfacción corporal comienza frecuentemente en las etapas más tempranas de la infancia (Richards et al 1990, cit en Sigman 2003).

En los TCA, la insatisfacción de la imagen corporal promovería el hacer dieta, ya que habría una creencia en las adolescentes de que ésta sería una eficaz técnica del control del peso. También puede fomentar el afecto negativo, ya que la apariencia es un aspecto fundamental de evaluación para la mujer. Este descontento con el cuerpo puede promover comportamientos compensatorios que caracterizan algunos trastornos alimentarios. (Stice, 2002 cit en Bravo et al 2003). Por esta razón se conceptualiza, bajo el marco de esta propuesta teórica, como factor predisponente.

Muchos autores están de acuerdo que un aspecto muy importante en el inicio de los trastornos alimentarios es la insatisfacción con el cuerpo o la alteración de la imagen corporal. En las investigaciones que se han llevado a cabo, el tratamiento de la imagen corporal es un factor muy importante en la recuperación de los trastornos alimentarios.

Si se entiende que la alteración de la imagen corporal es uno de los principales factores que caracteriza a una persona con un TCA, se entenderá por lo tanto como un factor específico de éstos.

2.4. Presión Social por la delgadez (Factor Predisponente y Mantenedor)

Se entiende la presión social, especialmente la provista por los padres como un factor mantenedor de un TCA. Los padres tienden a responder ante la situación de tener una hija con un TCA, con conductas que con frecuencia tienden a empeorar y/o mantener el desorden alimentario. La mayoría de los padres actúan de acuerdo a sus emociones, algunas veces manifestando enojo, temor y algunas veces depresión. Semejantes conductas entregan a la menor una atención equívoca de sus conductas patológicas, creando una imposibilidad de darse cuenta por ellas mismas cuál es el real problema.

Otros padres, sin darse cuenta, permiten el desarrollo pleno de una identidad anoréxica, al estar de acuerdo con las demandas del individuo con TCA: comprar alimentos dietéticos, permitiendo una sobre preocupación por el ejercicio físico, etc. Estas conductas de los padres refuerzan la identidad de las anoréxicas, insinuando que esta identidad patológica es aceptable (Sigman, 2003).

La sociedad actual le da una importancia excesiva a la delgadez, la apariencia física y la belleza mal entendida, una "belleza" que rechaza el verdadero aspecto del cuerpo femenino y busca mujeres sin curvas y musculosas como hombres. Pero no sólo eso, sino que además exige a las mujeres una multiplicidad de roles simultáneos que pueden resultar agotadores para cualquiera. No sólo se exigen todos estos roles, sino que además, se exige que sea ella

principalmente la que cubra las necesidades emocionales y de cuidados de su familia. Si a estas exigencias le añadimos una forma de ser perfeccionista y deseosa de hacer lo "correcto", (lo que la sociedad espera de ellas) y un miedo al fracaso, a no estar a la altura - como a menudo sucede entre las personas con trastornos alimentarios-, no es extraño que la joven adolescente se sienta asustada ante la perspectiva de convertirse en una mujer adulta.

Es aquí cuando el mensaje que la sociedad actual transmite una y otra vez, hace mella en ellas de forma especialmente intensa, llevándola a concluir que si es lo bastante delgada y atractiva todo irá mejor, todo será más fácil (Muñoz, 2002). Por esta razón, la presión social es un factor predisponente en el desarrollo de un TCA.

La delgadez mitificada significa en la sociedad actual el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez (Anguinaga et cols, 1999).

En la adolescencia, el tener una autoimagen satisfactoria y el ser visto de forma atractiva por los demás constituye una prioridad. Este estado de vulnerabilidad y ansiedad ante la imagen corporal, les predispone a realizar dietas, que en la mayoría de las ocasiones se realizan sin ningún control por parte de la familia o un médico (Muñoz, 2002).

Los diversos métodos utilizados para adelgazar, con los que la sociedad se ha mostrado tan permisiva, se han convertido en reforzadores positivos, debido a las metas sociales alcanzadas, teniendo poco en cuenta los riesgos de este tipo de comportamiento. Los estilos de vida, el grupo de pares, la familia, la publicidad y las propias cogniciones van reforzando ayunos, dietas restrictivas y otras prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso, cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida (Anguinaga et cols, 1999)

Es así como se entiende a la adolescencia como un período donde se configuran los ajustes sociales del atractivo y el posterior desarrollo del comportamiento intelectual, por lo que

la valoración y aceptación de los iguales es muy importante. Esto se aplica a todos los aspectos personales, sobretodo al propio cuerpo, ya que éste cambia y debe integrarse con la autoimagen global (Neipp-López et al.2002).

Otro tema importante a recalcar dentro de lo que respecta a la presión que ejerce la sociedad en el riesgo de padecer un TCA es la influencia de los pares, la cual puede ser tanto un factor protector como de riesgo para un TCA. En éste 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).

No obstante es importante recalcar la importancia de la familia y de cómo el ideal estético corporal se transmite a través de las presiones sociales. 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-López, 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 modelan las preocupaciones por el peso (Halvarsson, 2000).

Por otro lado la actitud de los padres hacia sus propios cuerpos pueden afectar a los niños de dos maneras, por un lado las niñas siguen modelos de su figura materna y por otro, las madres que padecen un TCA pueden influir sobre el peso, forma y hábitos de comida de las niñas (Simon, 2001; cit en Bravo et al, 2004)

Según Muñoz (2000), las familias de pacientes con TCA suelen tener las siguientes características:

- Suelen ser familias muy preocupadas por temas relacionados con la delgadez, el peso, las dietas y el ejercicio físico, que dan gran importancia a la juventud y temen la vejez.

- Tienen altas expectativas de rendimiento a nivel individual, de competencia social, deportivo, intelectual, académico, etc. de modo que exigen mucho a sus hijos.
- Fomento de la dependencia hacia los padres, quienes tienden a considerar que su hija no tiene la capacidad suficiente para ser autónoma. Reaccionan ante los deseos de independencia de su hija, impidiéndole la separación.
- Son familias que no favorecen la expresión de las emociones, sobre todo las consideradas inadecuadas. Hay una fuerte tendencia a evitar problemas y dificultades personales, ignorándolas cuando suceden. Esta falsa imagen oculta una gran inseguridad que acaba siendo percibida por la hija adolescente, sintiéndose frustrada y desilusionada. Es frecuente que los padres de anoréxicas tengan reacciones depresivas cuando estas son adolescentes. Algunos estudios los describen como distantes, débiles, pasivos, rígidos, dominantes, agresivos.
- Las relaciones familiares se caracterizan por una valoración del auto-sacrificio, donde quien consigue el poder es el que más se sacrifica por los demás. De este modo, es visto como superior y se gana el "derecho" de operar sobre los otros miembros de la familia. Le dan una importancia muy grande a la unión, la lealtad, la cohesión y el sacrificio personal, mientras que las características opuestas, como separación, huida y traición están presentes de una forma sumergida, como algo temido y tentador a la vez.
- La proximidad entre los miembros de la familia suele ser excesiva, inmiscuyéndose cada uno en los sentimientos y pensamientos de los demás, falta la privacidad y no se fomenta la autonomía o la auto-realización. Hay un enmarañamiento familiar en el que las identidades permanecen borrosas, la comunicación entre ellos es vaga e imprecisa, a menudo piensan que es inútil y peligroso involucrarse en relaciones con otras personas.
- Sobreprotección: como los padres se preocupan tanto de las conductas de sus hijos, estos se vuelven demasiado conscientes de sí mismos y de las expectativas de las

demás personas. El hecho de haberse sentido vigilados toda su vida los lleva después a vigilarse a sí mismos continuamente para asegurarse de que hacen lo correcto.

- Son familias rígidas, que tiene dificultades para aceptar los cambios, como los ocurridos durante la adolescencia. En cierto modo, echan de menos la niña que una vez tuvieron y tienen dificultades para aceptar que se está transformando a una mujer que ha de ser cada vez más independiente.
- Los conflictos se evitan o no se resuelven de manera apropiada, se oculta toda rivalidad, los desacuerdos son temidos y difíciles de manejar, la armonía es para ellos esencial, nadie está preparado para asumir la responsabilidad por las cosas que van mal o por las propias acciones.

La presión social es descrita en este instrumento específicamente como la presión que realizan los padres, pares y la sociedad en torno a la imagen corporal, a la importancia de verse delgada, al cambio en la alimentación, etc. En este sentido, la presión social es definida como un factor específico según esta propuesta teórica. No obstante no es descrito como un factor determinante de un trastorno alimentario directamente, sino que deben ser traducidas por las motivaciones y sistemas de creencias de los sujetos, y además requiere de ciertas características de la adolescente (como el perfeccionismo, sentido de identidad frágil, etc.) para ser tratado como riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria.

2.5. Comer Emocional (Factor Predisponente y Mantenedor)

En los últimos años se han realizado ciertos estudios y se ha recopilado información relevante que demuestra que existe una manera de comer que es motivada por las emociones vivenciadas en un momento determinado, es por esto que muchas veces las personas se encuentran buscando un alimento específico para comer sin tener hambre, muchas veces por aburrimiento, molestia, frustración o tristeza, lo que implicaría que se produjera un comer desde la emoción y no un comer motivado por la sensación de querer satisfacer el apetito

(Abramson, 1999). Esta característica haría vulnerable a un individuo a padecer un TCA. Y si en el caso, que se desarrollara el trastorno, el comer emocional sería un factor mantenedor del mismo.

Edward Abramson en su libro *Emotional Eating* dice: "Casi toda la gente responde con comer cuando se suscita una emoción, por lo menos de vez en cuando. El comer emocional ocurre en cinco patrones comunes: Tristeza/Depresión, Temor/Ansiedad, Aburrimiento, Soledad y/o Enojo (Frausto, 2002).

Según Abramson, el comer emocional tendría una serie de causas diversas y distintas entre sí, por lo que es difícil saber el porqué una persona presenta este particular hábito de comer, sin embargo, propuso algunas causas que podrían relacionarse de una manera más directa con el origen de este fenómeno: en lo que respecta a la nutrición, la doctora Judith Wurtman, una investigadora en el campo de la nutrición, presenta la evidencia de que en algunas personas, ciertas emociones son la consecuencia de sus dietas, por ejemplo los ansiosos de hidratos de carbono experimentan irritabilidad, agitación, aburrimiento y apatía, debido a sus bajos niveles de serotonina en el cerebro. Por otra parte se propone que las experiencias tempranas de la niñez, en lo que respecta a la alimentación, tendrían que ver con el comer emocional que se produciría después de desarrollada la personalidad. También se propone como origen del comer emocional las costumbres alimentarias como un tema cultural; la socióloga inglesa Anne Murcott dice que muchos de los sucesos importantes de la niñez incluyen rituales sociales en los que aparecen alimentos dulces y dichos rituales pueden ser el escenario del comer emocional posterior.

2.6. Burlas y bromas por peso (Factor Predisponente)

Distintos estudios concuerdan en que, durante la adolescencia la influencia de pares y amistades suman una significación mayor en el mundo de las adolescentes (Heaven, 1994 cit en Díaz et al, 2005). En esta etapa, la percepción de lo que hacen y piensan los amigos

desempeña un papel de gran importancia, según se ha demostrado en temas relacionados con el consumo de alcohol, drogas y tabaco, además de constituir un factores de riesgo para los trastorno alimentarios (Vandereycken, 2000).

Estudios sugieren que las amistades y el ambiente con los pares proveen una subcultura en la cual se enfatiza en la importancia de la delgadez. Esto se realiza mediante dietas entre amigos, la presión de los pares por ser delgado y las burlas de los pares con respecto el peso y la forma de las adolescentes (Paxton, 1996 cit en Franco-Paredes et al., 2005). Este proveer una subcultura en torno a la delgadez, predispondría a las jóvenes a desarrollar un TCA. Si entendemos que las bromas y burlas de los pares están dirigidas a la imagen corporal y al peso de los individuos, podríamos decir que este factor constituiría un factor específico de riesgo para desarrollar un TCA.

Las bromas han sido definidas como un intercambio comunicativo en el que se combinan elementos relacionados con agresión, humor, ironía y ambigüedad (Ghaderi, 2001 cit. en Bravo, 2004). Cattarin y Thompson (1994) hallaron que las bromas hechas a la adolescentes por sus pares les producían insatisfacción con su propio cuerpo, lo que a su vez las llevaban a restringir su alimentación (Vandereycken, 2000).

Al respecto, cabe destacar que las bromas son un medio que refuerza el ideal de delgadez entre los pares (Levine, 1999). Del mismo modo, Thompson y colegas (1995) sostienen que no es la obesidad en sí lo que genera la insatisfacción corporal, sino que esto también debe asociarse a una historia de burlas (cit en Díaz et al., 2005).

Estudios han sugerido que las bromas en la niñez están implicadas en el desarrollo de la depresión, baja autoestima, insatisfacción de la imagen corporal y trastornos alimentarios. Por otra parte, se ha observado que bromas por el peso son dirigidas tanto a niñas con un índice de masa corporal mayor, como a aquellas con peso normal, sintiéndose igualmente afectadas y produciéndose en ambas una restricción alimentaria (Levine, 1999).

Es así como a medida que los cuerpos de los adolescentes se desarrollan, pueden sufrir comentarios molestos o negativos sobre el volumen y forma de sus cuerpos, procedentes de familiares o amigos. Algunos pueden verse sometidos a discriminación o persecución sexual o racial. En consecuencia, pueden sentir vergüenza, insatisfacción, incomodidad, rechazo, o incluso odio hacia sus propios cuerpos en crecimiento.

2.7. Atracciones (Factor Predisponente y Mantenedor)

Se entiende por atracones al consumo de alimentos en un período corto de tiempo (inferior a dos horas) en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirían en un espacio de tiempo similar y bajo las mismas circunstancias (DSM-IV, 1994).

Existen muchas personas que realizan atracones alimentarios de vez en cuando pero esta conducta se transforma en un Trastorno de la Alimentación cuando se da una pérdida de control y cuando ocurre periódicamente, en este caso, podría entenderse como factor predisponente. Por esta razón, los atracones constituirían características propias de un TCA, por lo que en esta propuesta teórica se conceptualiza como factor específico. El Binge Eating o Trastorno por Atracón es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa.

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere de forma incontrolada grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, pudiéndose llegar a tomar en estos atracones hasta 20.000 calorías (Griessner, 2003).

Los atracones están desencadenados, generalmente, por estados emocionales negativos, como es la depresión, la soledad, el aburrimiento, etc., los cuales tenderían a mantener la conducta, por lo tanto también se considera como factor mantenedor. Además de los atracones, hay asociados determinados comportamientos relacionados con la alimentación, como es el comer muy deprisa, comer a escondidas de forma secreta, comer

hasta sentirse satisfecho, comer grandes cantidades de alimento a lo largo del día sin planificarse las horas de las comidas, comer grandes cantidades en ausencia de hambre que llevan a un sentimiento de culpabilidad, estado de ánimo deprimido e incluso autodenigrante (Gómez, 2004).

Estas circunstancias pueden dar lugar a grandes fluctuaciones en el peso y a una obesidad reactiva, sobre todo en personas con una predisposición a la obesidad. No es infrecuente que estas personas hayan hecho repetidos intentos de hacer dieta para perder peso.

La anorexia bulímica y la bulimia nerviosa se caracterizan además por frecuentes episodios de hiperfagia en los que la paciente describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y, durante un período de tiempo que varía de minutos a horas. En ocasiones se puede hablar de la ingesta de gran cantidad de alimentos, pero lo importante no es que el atracón sea real, sino que la paciente lo viva como tal (Mora y Raich, 1993).

2.8. Influencia de medios (Factor Predisponente)

Desde hace ya varios años, se ha puesto mucho interés en relación al rol de los medios de comunicación en el desarrollo de una imagen corporal ideal muy delgada. La televisión, el cine, las revistas y las imágenes que entrega el internet son de sujetos delgados. Se ha hipotetizado, pero no probado, que la frecuencia exposición de imágenes idealizadas delgadas pueden causar insatisfacción corporal.

En los países occidentales desarrollados, ser delgado está asociado con cánones de belleza, de salud y riqueza. Estos mensajes culturales son transmitidos por la familia, el grupo de pares, la prensa y los medios de comunicación masivos. Los mensajes que la cultura entrega a las mujeres constantemente están llenos de información que valida la delgadez

como la única posibilidad de ser bella y de tener una presencia que facilite el acceso a una serie de oportunidades que entrega la sociedad. Es por esto, que las niñas comienzan a formarse desde pequeñas dentro de estos sesgos culturales y esto podría ser entendido como factor predisponente. Las revistas femeninas o para adolescentes muestran una intensa presión publicitaria a favor de la delgadez, ya que se exhiben modelos femeninos más lineales y con menos curvas, los cuales son hoy la referencia más manifiesta del éxito económico, social y amoroso. Estudios realizados ponen de manifiesto que el mayor impacto de la publicidad pro adelgazamiento se produce en la población femenina entre 14 y 24 años. Más de la mitad de esta población se confiesa interesada por publicaciones relativas al peso y al adelgazamiento (Quiles y Terol, 2003).

Por su parte, 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 tanto su salud física como mental (Pulsomed, 2000).

Hasta ahora, el cine, la televisión y las revistas eran los acusados de difundir los TCA, una enfermedad que, en nombre de una perfección estética prácticamente inalcanzable, devora día a día la salud y la vida de miles de adolescentes. Pero también Internet está colaborando al aumento del número de casos. Últimamente preocupa la proliferación de sitios pro-anorexia, que ofrecen trucos para "ser delgada y linda" y proponen "dietas extremas". Su negocio es dar consejos y trucos a las adolescentes que, insatisfechas con sus cuerpos, son capaces de cualquier cosa a cambio de estar delgadas. Cada año, en Internet se multiplican los sitios que conducen a las jóvenes hacia la anorexia. "Si no eres flaca, no eres linda"; "Ser delgada es más importante que estar sana"; "No te olvides de contar las calorías para comer sin culpa". Generalmente, suele aparecer rodeada de imágenes de actrices y modelos que podrían ser llamadas "esqueléticas". Algunas fotos, incluso, están retocadas para que las envidiadas estrellas parezcan aún más delgadas de lo que son (Castillo, León, López, Pérez, Burgos, 2005).

Si la influencia de medios y de la sociedad va dirigida a la importancia de la delgadez en la cultura, esto influiría directamente en el desarrollo de un TCA, por lo tanto se considera en esta propuesta como factor específico.

2.9. Riesgo percibido de TCA (Factor Precipitante)

Por lo general las pacientes manifiestan una negación casi delirante de la enfermedad con una aparente satisfacción por la pérdida de peso (egosintónico), trastornos de la autoimagen (distorsión en la autopercepción global o segmentaria de su cuerpo); la fuerza y convicción para negar su enflaquecimiento y la distorsión en la percepción de su imagen corporal llegan al límite de constituir una vivencia psicótica que las puede llevar a una severa desnutrición poniendo en riesgo su vida (Fuentealba, 2004).

Esta subescala busca indagar si la adolescente se ve a sí misma en riesgo de desarrollar un TCA, o si el medio que la rodea, así la percibe. Las respuestas afirmativas a estas preguntas, indicarían por un lado conciencia de enfermedad, y por otro la alta sintomatología relacionada con el trastorno (Díaz et al, 2005).

En la presente investigación se asumirá como factor desencadenante refiriéndose a que las personas que perciben riesgo de un TCA estarían en una etapa más avanzada dentro del continuum de riesgo.

2.10. Presión deportiva (Factor Precipitante)

Los deportes son con frecuencia semillero de trastornos del comportamiento alimentario (Rosen, McKeag, Houhg y Curley, 1986). Muchos deportistas de elite, o que están en camino de serlo, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad variable (Toro, 1996).

El estilo de personalidad competitivo y perfeccionista, que caracteriza a los deportistas, tiene alta similitud con los rasgos de quienes desarrollan un TCA. Por lo tanto es

conceptualizado como factor específico. Así es como se rigidizan sus hábitos dietéticos como el nivel de exigencia ante su desempeño deportivo (Grupo Editor Well Connected Health Report Library, 2004)

En el ámbito del deporte se detecta una prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario superior a la hallada en la población general, especialmente en algunas especialidades deportivas (Toro, 1996),

Atletas, al igual que bailarines, jinetes, gimnastas, corredores, luchadores y porristas tienden a estar en más alto riesgo de padecer un TCA. Muchos de los entrenadores y profesores alientan la delgadez para lograr un nivel competitivo, recomendando el conteo de calorías en las comidas, fomentando la pérdida de los tejidos grasos y controlando excesivamente la vida de los atletas (Sholten, 2003). Debido a estas situaciones, es que en esta propuesta se considera la presión deportiva como factor precipitante para el desarrollo de un TCA.

Estos trastornos parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo (Rosen, McKeag y Hough y Curley, 1986).

Los deportistas suelen recurrir a técnicas de deshidratación (sauna, ropa abrigada), uso de laxantes, uso de diuréticos, uso de píldoras dietéticas, ayunos, dietas "relámpago", purgas (vómitos autoinducidos), restricción de líquidos, para perder rápidamente peso (Giesenow, 2001).

La presión por parte del entrenador para perder peso o un simple comentario sobre el tamaño corporal de una deportista o el sugerir una pérdida de peso sin ofrecer consejos adicionales puede empujar a una deportista no informada y muy motivada a una conducta no saludable. Del mismo modo, la práctica de pesajes periódicos en grupo puede traer desórdenes de la alimentación para evitar sentir humillación frente a las compañeras. Otras conductas que pueden llevar a trastornos de la alimentación o a métodos patogénicos de pérdida de peso son: metas arbitrarias e irreales de peso o de composición corporal,

sanciones por no alcanzar el peso determinado, comentarios insensibles o descuidados sobre temas relacionados con el peso, asociar siempre la pérdida de peso con mejoras en el rendimiento, minimizar los efectos nocivos que tienen ganar o perder rápidamente de peso (Giesenow, 2001).

Con el fin de entregar una mayor explicación de lo anteriormente expuesto, es que se exponen a continuación los ítems correspondientes a cada uno de los factores específicos del instrumento MRFS-IV (Ver Tabla N° 5).

Tabla N° 5: Factores Específicos

Subescalas	Ítems
1.- Conductas de control de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 2: En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO? • Ítem 4: En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO? • Ítem 8: En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso? • Ítem 13: En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO? • Ítem 18: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO? • Ítem 20: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO? • Ítem 29: En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO? • Ítem 34: En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO? • Ítem 36: En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO? • Ítem 41: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?
2.- Sobre preocupación por peso y figura	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 3: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo? • Ítem 51: En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?
3.- Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 7: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"? • Ítem 9: En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada? • Ítem 53: En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma? • Ítem 54: En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo? • Ítem 92: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma? (cuerpo tonificado) • Ítem 94: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser delgada?
4.- Presión social	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 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? • Ítem 11: En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes? • Ítem 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? • Ítem 43: En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso? • Ítem 44: En el último año, ¿Con qué frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?

	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 55: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti? • Ítem 56: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada? • Ítem 59: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada? • Ítem 60: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo? • Ítem 61: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada? • Ítem 62: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados? • Ítem 76: En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?
5.- Comer emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 6: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida? • Ítem 15: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma? • Ítem 25: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida? • Ítem 40: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta? • Ítem 42: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma? • Ítem 46: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?
6.- Burlas y bromas por peso	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 17: En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso? • Ítem 33: En el último año, ¿Con qué frecuencia se han burlado de ti otros niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) ? • Ítem 37: En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso? • Ítem 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)? • Ítem 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? • Ítem 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?
7.- Atracones	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 23: En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)? • Ítem 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)?
8.- Influencia de medios	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 50: En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?

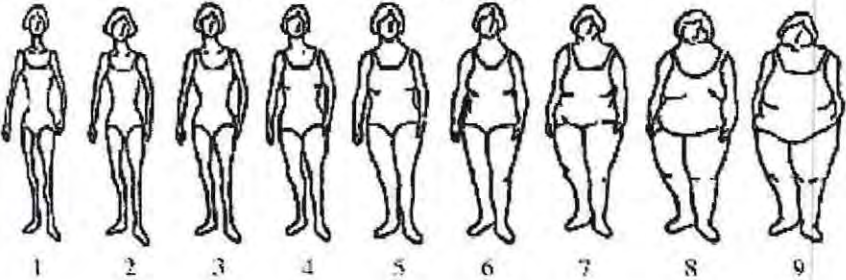
	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 58: En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?
9.- Riesgo percibido de TCA	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 81: En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías? • Ítem 97: ¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso) • Ítem 99: ¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso) • Ítem 101: ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?
10.- Presión deportiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 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? • Ítem 98: ¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional? • Ítem 100: En el último año ¿Has entrenado para competir en alguno de los siguientes deportes?

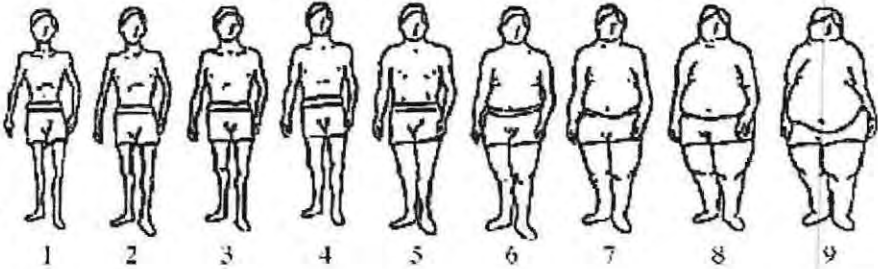
3. Factores Indeterminados

Los siguientes factores fueron descritos como indeterminados en la propuesta teórica, debido a que se perciben demasiado generales y no relevante a la hora de referirse a un trastorno de conducta alimentaria, ni a otra patología psiquiátrica.

Las preguntas definidas como indeterminadas hacen referencia a elementos que no necesariamente tienen relación alguna con el riesgo de desarrollar la anorexia, la bulimia o algún trastorno de la conducta alimentaria no especificado (Ver Tabla N° 6). En relación a los ítems 84 y 103, es importante mencionar que fueron propuestos como indeterminados debido a que resulta de gran complejidad traducirlos en un puntaje de riesgo o de protección tal como el resto de los ítems del cuestionario.

Tabla N° 6: Factores Indeterminados

Ítem	Pregunta
78	<ul style="list-style-type: none"> En el último año, ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo musical o de baile, etc.?
79	<ul style="list-style-type: none"> En el último año, ¿Has tenido que tomar medicamentos (como ritalin), para mejorar tu concentración o rendimiento escolar?
80	<ul style="list-style-type: none"> En el último año, ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu diabetes?
83	<ul style="list-style-type: none"> En el último año, ¿Cómo te ha ido en el colegio?
84	<ul style="list-style-type: none"> 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). <div style="text-align: center;">  <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> </div>

85	<p>• Marca con un círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPÁ (biológico), cuando él ha estado con mayor peso.</p>  <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</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> <ul style="list-style-type: none"> A.- Deportes en equipo B.- Natación/ Buceo C.- Atletismo D.- Gimnasiag E.- Servicios a la comunidad 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.- otras

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), sus características epidemiológicas, así como el aumento de este trastorno implican que el trabajo terapéutico utilizado luego del desarrollo de un cuadro sea muy costoso y muchas veces no efectivo. Es por esta razón que la prevención se hace indispensable a la hora de abordar estos trastornos, con el objetivo de lograr que mujeres que posean características consideradas como factores de riesgo, puedan ser pesquisadas para incluirlas en programas específicos de intervención preventiva.

Con el objetivo de suplir estas problemáticas y de ser más acertados a la hora de pesquisar a grupos que presentan un riesgo de desarrollar el trastorno de conducta alimentaria, es que se hace necesario llevar a cabo estudios e investigaciones que aporten una base sólida de conocimientos que permitan identificar el comportamiento combinado de los factores de riesgo. Para esto es preciso un entendimiento de los factores relacionados con el inicio del trastorno (agentes y señales de riesgo) y los factores asociados con la reducción del riesgo (los que brindan protección) y los mecanismos de funcionamiento de ambos.

En la actualidad, la herramienta diagnóstica más utilizada en Chile es el EAT-40, cuestionario que detecta específicamente las actitudes alimentarias de riesgo. Este instrumento, da cuenta de conductas, cogniciones y emociones acerca de la alimentación y la imagen corporal, relacionadas directamente con el riesgo de presentar un TCA. Sin embargo, a pesar de la importancia que se le da este instrumento en la detección de una TCA, aún así es necesario contar con otros instrumentos de medición que abarquen además de factores de riesgo específicos, factores de riesgo generales, tales como apoyo social, eventos vitales

estresantes, autoestima, etc. y que presenten ámbitos alternativos sobre los cuales basar programas de prevención de los TCA.

Una de las investigaciones más actuales con respecto a la dilucidación de esta problemática, es la llevada a cabo por el grupo McKnight (1994), ya que ellos elaboraron un cuestionario (MRFS-IV) que detecta el riesgo de padecer un TCA, incluyendo tanto factores de riesgo específicos como generales del trastorno.

La gran diferencia entre ambos instrumentos radica en que el EAT 40 mide actitudes alimentarias de riesgo, las que se relacionan con factores que serían más específicos en el riesgo de la aparición de un trastorno de conducta alimentaria, mientras que el MRFS-IV toma en cuenta factores que se podrían identificar tanto como específicos y generales en el riesgo de padecer un TCA.

No obstante con las investigaciones realizadas hasta la fecha, aún no se cuenta con el análisis específico sobre la influencia que tienen cada uno de estos factores específicos y generales del instrumento en el riesgo de desarrollar un TCA. Es decir, un estudio en el cual se determine con exactitud la relevancia, influencia y comportamiento de cada uno de los factores del instrumento que determinan el riesgo. Por esta razón, la presente investigación tiene como objetivo analizar la construcción del instrumento y aumentar su sensibilidad para su futura aplicación.

Desde los antecedentes mencionados el problema se plantea en términos dentro del estudio de los factores de riesgo incluidos en el MRFS-IV, se cree es necesario aumentar la comprensión del instrumento para que de esta manera nos permita establecer con mayor claridad el comportamiento de cada factor y de estos en interacción, para así diagnosticar el nivel de riesgo de una población o individuo evaluado.

Con el propósito de entregar una información más acabada en relación con los factores específicos y generales de riesgo para desarrollar un TCA, es que en esta investigación surge el interés de realizar un estudio factorial del cuestionario MRFS-IV, con el fin de identificar los

factores incluidos en el instrumento y recopilar información significativa de los factores específicos y generales y su influencia en los TCA. De esta manera, se realizará una propuesta teórica en relación con la agrupación de los factores específicos y generales del MRFS-IV.

Posterior a ello, una vez identificados los factores, estos se correlacionarán con los factores específicos del EAT-40, para comprobar la utilidad del instrumento en la detección del trastorno. Para esto, utilizaremos la base de datos obtenida por Díaz et al, 2005.

Pregunta de Investigación

- ¿Existe relación entre el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria y la presencia de factores específicos y generales incluidos en la propuesta del grupo McKnight?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

1. Explorar la relación entre el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria según el EAT-40 y los factores específicos y generales de riesgo incluidos en el MRFS-IV.

Objetivos Específicos

- 1.1 Analizar teóricamente los factores involucrados en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al modelo de Smolak y Levine según el instrumento MRFS-IV y clasificarlos según correspondan a factores específicos o generales.

- 1.2 Identificar de acuerdo a esta propuesta teórica los factores específicos y generales relacionados con el TCA considerados en el MRFS-IV.
- 1.3 Verificar consistencia teórica a través del análisis factorial.
- 1.4 Correlacionar los factores generales y específicos del MRFS-IV con EAT-40.

Hipótesis

- Existirá un comportamiento factorial de los datos que van a distinguir factores generales y específicos.
- Existe una alta correlación entre los factores específicos del MRFS-IV con los factores específicos del EAT-40.
- Existe una baja correlación entre los factores generales del MRFS-IV con los factores específicos del EAT-40.

1. METODOLOGÍA

En esta investigación se realizará un análisis factorial, para el cual se utilizará un diseño correlacional de tipo no experimental, ya que este estudio describirá relaciones existentes entre dos o más conceptos, categorías o variables (Hernández et al. 2003).

Este tipo de estudio es analítico ya que se analizan variables de manera individual abarcando sus dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, es decir, se analizan factores específicos y generales del MRFS IV con el fin de establecer su pertinencia en comparación con el cuestionario EAT-40.

Para este estudio se utilizará la base de datos de la investigación realizada por Díaz et al, 2005, la que está determinada por 450 mujeres adolescentes de la comuna de Viña del Mar, que cursan 1º, 2º, 3º año de enseñanza media, pertenecientes a establecimientos educacionales de nivel socio económico bajo, medio y alto, siendo el promedio de edades 15,63 años. Esta población fue evaluada el año 2004 con los instrumentos EAT-40 y MRFS-IV, en el marco de un Seminario de Título del departamento clínico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

En el presente trabajo se realizará un análisis teórico del cuestionario MRFS IV con el fin de distinguir factores específicos y generales de los TCA de dicho instrumento; para luego establecer una reordenación de los ítems, proponer una nueva clasificación teórica y proceder a un análisis factorial.

Para el análisis factorial es necesario dividir los ítems según el tipo de respuesta, debido a que este instrumento tiene 2 formas distintas: los ítems politómicos, en donde las respuestas van de 1 a 5 en escala Likert; y los ítems dicotómicos en donde las repuestas son díadas, es decir, "Si o No". Por lo tanto el análisis se realizará de acuerdo a factores específicos dicotómicos y politómicos y a los factores generales dicotómicos y politómicos.

Para conocer la consistencia de los ítems agrupados en los distintos factores se realizará un análisis interítems. En el caso de los ítems politómicos se utilizará el coeficiente de correlación Policórico y para los dicotómicos se utilizará el coeficiente de correlación Tetracórico.

El siguiente procedimiento es determinar la interdependencia de los ítems, es decir, someter a análisis al conjunto total de ítems y observar el comportamiento y agrupación de éstos, para esto es necesario los siguientes pasos: el primer paso corresponde a la factorización de los ítems y la otra, la rotación de estos para redistribuir la varianza y lograr así un patrón de factores mas simples y teóricamente más significativos. Para este procedimiento se utilizará la técnica Varimax con los datos politómicos, y la técnica Prelis 2.5 para los datos dicotómicos. Ambos ofrecen una opción útil para maximizar las varianzas de los componentes.

Una vez realizado esto, se continuará con el Análisis de Convergencia entre el EAT 40 y los resultados totales del MRFS IV, y también entre el EAT 40 y los factores específicos y generales del MRFS IV. Para este análisis se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson, con el fin de conocer la validez convergente entre ambos instrumentos, es decir, si predicen o no de igual manera el riesgo de padecer un TCA.

1.1 Procedimiento de Recolección de la Información

Descripción General de los Instrumentos

EAT 40 (Garner y Garfinkel)

El cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) es una versión validada y traducida del inglés al español. Diseñada por Garner y Garfinkel en 1979 con el propósito de evaluar actitudes y comportamiento en la anorexia nerviosa, a través del uso de

un instrumento que fuese fácil de administrar y corregir, como asimismo, sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Se trata de una herramienta de autoadministración y ampliamente utilizada para la evaluación de los trastornos alimentarios.

Este cuestionario consta de 40 ítems con alternativas de frecuencia, admitiendo cada una seis posibles respuestas (Siempre, Generalmente, A menudo, Algunas Veces, Raramente y Nunca).

Con la puntuación total del cuestionario es posible distinguir entre pacientes anoréxicas o bulímicas y población normal, sin hacer distinción alguna entre anoréxicas restrictivas y bulímicas. El punto de corte, propuesto por los autores es de 30; este límite de puntaje total, igual a 30 o más en el EAT 40, es indicativo de la existencia de un probable trastorno de la conducta alimentaria (Behar y colaboradores, 1994).

En este instrumento es posible distinguir 7 factores: agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (García-Gamba, 2001).

El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria.

McKnight Risk Factor Survey

El McKnight Risk Factor Survey IV (MRFS-IV) es un estudio longitudinal de 10 años de duración realizado en Arizona y California (Estados Unidos), cuyo objetivo fue identificar tanto los factores de riesgo como los protectores de la alimentación prejudicial y las prácticas de control del peso, además de los trastornos alimentarios en púberes y adolescentes (Vandereycken, 2000).

El MRFS es un cuestionario de autoreporte que consta de 103 ítems que se dividen en tres tipos de preguntas: escala likert, preguntas dicotómicas y ordinales, teniendo en cuenta además datos demográficos (Díaz et al., 2005).

El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los TCA del grupo McKnight parte del supuesto que hay factores de riesgo de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural que favorecen el desarrollo de los trastornos alimentarios basándose para esto en el modelo multifactorial de riesgo de Smolak y Levine (Díaz et al., 2005).

La fundación McKnight, propone 7 factores que indicarían un posible riesgo de desarrollar un TCA, tales como:

1. Desarrollo puberal - madurativo.
2. Atracones y purgas
3. Control del peso - Preocupación exagerada por el peso y la silueta.
4. Imagen corporal - Insatisfacción con el propio cuerpo.
5. Funcionamiento psicológico general.
6. Los pares.
7. La cultura y los medios de comunicación.

Este instrumento fue validado transculturalmente por alumnos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, el año 2004 (F.Bravo, M.Marín, A.Molinari, P.Reyes y M. Soto).

Ambos instrumentos (MRFS-IV y EAT 40) fueron aplicados el año 2004 a una muestra de 400 adolescentes de la Comuna de Viña del Mar de diversos estratos socio económicos por Díaz et al., 2005 obteniendo una base de datos, la cual será utilizada para esta investigación.

2. RESULTADOS

1. Pruebas Estadísticas Utilizadas

- Coeficiente de Correlación de Pearson:

Analiza la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Esta correlación se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra de dos variables, es decir, se relacionan las puntuaciones obtenidas del EAT-40 con aquellas puntuaciones obtenidas del MRFS IV, en los mismos sujetos. Esta investigación utilizó la prueba de correlación de Pearson para determinar si ambos instrumentos, EAT-40 y MRSF IV, predicen de igual manera el riesgo de padecer un TCA.

Los coeficientes de correlación tetracórica y policórica son apropiados cuando el rasgo latente que forma la base de la escala, puede ser asumido como continuo.

- Correlación Tetracórica:

Se utiliza esta prueba para correlacionar variables de tipo dicotómicas (0-1), midiendo una variable o rasgos subyacentes continuos. En el caso de esta investigación, se utilizó para realizar el análisis factorial interítems, en variables de carácter dicotómico, para conocer la consistencia interna entre los ítems de los factores generales y los ítems de los factores específicos.

- Correlación Policórica:

Se utiliza esta prueba para correlacionar variables de tipo politómicas (escala Likert), midiendo una variable o rasgo subyacente continuo. En el caso de esta investigación, se utilizó para realizar el análisis factorial interítems, en variables de carácter politómicas, para conocer la consistencia interna entre los ítems de los factores generales y los ítems de los factores específicos.

2. Análisis de Datos

El análisis del presente trabajo consistió en realizar un análisis de tipo factorial de carácter exploratorio. El análisis completo de la información se dispone en los siguientes apartados:

1. Depuración de la base de datos.

a) Evaluación de los valores perdidos:

El primer paso en el análisis en la escala MRFS-IV, consiste en determinar la presencia de datos ausentes y si éstos pueden ser considerados completamente aleatorios, lo que implica que las respuestas omitidas no corresponden a ningún patrón consistente y deliberado de evitar responder a ciertas preguntas, ya que de ser así, corresponderían a sesgos de los datos.

En los casos en que los ítems denotan menos de un 10% de respuestas omitidas no es necesario llevar a cabo correcciones, en los casos en que el número de omitidas es muy superior a un 10%, el ítem completo es eliminado, porque ningún método de imputación podría reemplazar adecuadamente la variabilidad perdida debido a la ausencia de respuesta. La tabla 7 exhibe los ítems que no pueden ser incluidos en el análisis por tener un gran número de datos omitidos:

Tabla 7. Ítems con número de omitidas superiores al 10%

	Frecuencia	Porcentaje
Ítem I64b	61	13,5
Ítem I66b	106	23,5
Ítem I76b	87	19,3

Item 64b	a ¿Has comenzado a salir con niños? b Si tu respuesta es SI ¿ En que curso estabas cuando tuviste tu primera cita?
Item 66b	a En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo? b Si tu respuesta es SI ¿Qué tan molesta estas acerca del cambio en tu cuerpo?
Item 76	a En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo? b Si tu respuesta es SI ¿Qué tan molesta estas con que otras personas noten cambios en tu cuerpo?

En cuanto a frecuencia de omitidas por sujeto, sólo un caso, el N° 56 omitió su respuesta en 11 ocasiones, por lo que fue eliminado de la base de datos.

En resumen, el estudio de los valores perdidos permitió determinar que los ítems i64b, i66b e i76b debieron ser reemplazados por valores ficticios a través del método de asignación de valores perdidos.

b) Atribución de los valores perdidos:

Una vez evaluados los datos ausentes y su comportamiento con respecto a los patrones de respuesta observables, se procedió a aplicar un procedimiento de atribución adecuado (imputación múltiple). Este proceso se refiere al reemplazo del valor perdido por un valor ficticio que represente una respuesta neutra. Para esto, se le asigna la media del promedio de total de respuestas en ese ítem. Para las variables que presentan valores perdidos, el reemplazo evita además, el uso de procedimientos que pueden segregar gran cantidad de casos (Hair et al., 1999).

Para efecto de este análisis, fue necesario acomodar algunos ítems debido a la forma en que están formuladas las respuestas. Así fue el caso de los ítems 63, 64, 66, 76, el cual consta de dos partes, una dicotómica y otra politómica. Para la facilidad del análisis la parte politómica fue omitida, dejando sólo la respuesta dicotómica del ítem, para efectos del análisis posterior.

2. Análisis de Supuestos Estadísticos

El MRFS-IV posee ítems discretos con 5 categorías posibles (politéomicos) y otros con sólo dos (dicotómicos). De los supuestos estadísticos implicados en el análisis factorial, el más adecuado con el procedimiento, tiene relación con el tipo de escala asociada a las variables a analizar.

Para datos dicotómicos, se debe aplicar el análisis factorial sobre la matriz interítem de correlaciones tetracóricas más que sobre la matriz de correlaciones de Pearson.

Cuando los ítems se basan en categorías ordenadas (por ejemplo, escalas de tipo likert), se debe hacer el análisis factorial utilizando una matriz de correlaciones policóricas entre los ítems, más que sobre la matriz de correlaciones de Pearson.

Las correlaciones tetracóricas y policóricas se basan en el supuesto que las categorías de respuesta son estimaciones de variables no observables, latentes distribuidas normalmente (Panter, Swygert, Dahlstrom, y Tanaka, 1997).

Es por esto que en el presente estudio se analizarán los datos con correlaciones policóricas para ítems politéomicos (escalas likert) y correlaciones tetracóricas para ítems dicotómicos.

2.1 Estudio de las correlaciones inter-ítems.

Las matrices de correlaciones que se disponen a continuación corresponden justamente a los coeficientes de correlación policóricas y tetracóricas según el factor considerado y considerando un valor de significancia de $p:0.05$.

Para una mejor comprensión del análisis, se entenderá como:

- correlación baja los datos : entre 0.1 y 0.3 (negro)
- correlación moderada los datos : entre 0.4 y 0.6 (verde)
- correlación alta los datos : superiores a 0.7 (rojo).

A) Factores Generales.

En primer lugar se disponen las matrices de correlaciones policóricas para los factores generales con ítems politómicos del test.

a. Matrices de correlación policóricas de factores generales.

Las tablas que aquí se disponen denotan los factores generales Autoestima, Consumo de Sustancias, Apoyo social, Síntomas Físicos, Depresión y Autoexigencia o Perfeccionismo.

Los resultados se disponen en las tablas 8 a 15 .

2.1.1 Autoestima

Tabla 8. Correlaciones inter-ítems factor Autoestima

	Item1	item19	item21	item27	item31	item35	item91
item1	1.000						
item19	0.384	1.000					
item21	0.499	0.607	1.000				
item27	0.492	0.620	0.502	1.000			
item31	0.408	0.650	0.683	0.557	1.000		
item35	0.431	0.548	0.583	0.550	0.596	1.000	
item91	0.285	0.337	0.298	0.235	0.198	0.324	1.000

Item 1	En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma?
Item 19	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?
Item 21	En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?
Item 27	En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?
Item 31	En el último año ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?
Item 35	En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?
Item 91	¿Con qué frecuencia te preocupas por lo que la gente piense de ti?

El factor autoestima denota correlaciones directas y al menos moderadas, es decir que la relación entre los ítems es positiva. No obstante, el ítem 91 posee coeficientes más bajos que las restantes relaciones, indicando que se trata de un ítem poco consistente con el contenido general del factor.

Las correlaciones entre los restantes ítems son moderadas altas y en muchos casos superan el valor 0,5. Sin embargo la aparente influencia de la posición de los ítems en el test, evidenciaría que existe una mayor correlación entre aquellos ítems adyacentes o próximos entre sí (19, 21, 27 y 31). Las menores correlaciones de estos ítems con el ítem 1 y el ya comentado ítem 91 revelarían que el elemento que contribuyó a las altas correlaciones correspondió a que los ítems con contenido similar se encuentran próximos entre sí.

Analizando teóricamente el contenido al que apuntan los ítems del factor propuesto como autoestima hacen referencia a cómo el individuo se siente consigo mismo, no obstante el ítem 91 hace referencia a la preocupación que tiene el individuo sobre los comentarios externos y en qué medida estos le afectan. Esto podría explicar la razón del alejamiento estadístico de este ítem con respecto al resto.

2.1.2 Consumo de Sustancias

Tabla 9. Correlaciones inter-ítems factor Consumo de sustancias

	item5	item14	item26
item5	1.000		
item14	0.652	1.000	
item26	0.660	0.673	1.000

Ítem 5	En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos(as)?
Ítem 14	En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?
Ítem 26	En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?

En el caso del factor referido a consumo de sustancias, las correlaciones son directas y moderadas altas, lo que revela un factor consistente, constituida por ítems que apuntan al

mismo atributo base. De hecho, los ítems se refieren a aspectos muy específicos de comportamiento para los cuales resulta fácil establecer vínculos.

2.1.3 Apoyo Social

Tabla 10. Correlaciones inter-ítems factor Apoyo social

	item12	item16	item39	item82
item12	1.000			
item16	0.728	1.000		
item39	0.678	0.770	1.000	
item82	0.379	0.325	0.358	1.000

Ítem 12	En el último año, ¿Con que frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?
Ítem 16	En el último año ¿Con que frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores mas privados?
Ítem 39	En el último año, ¿Con que frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?
Ítem 82	Marca con una cruz a las personas con las que tu conversas cuando tienes un problema.

El factor apoyo social cuenta con 5 ítems, incluido el ítem 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?”), que por tratarse de un ítem dicotómico, debió ser segregado del factor. Sólo se conservan aquellos que están formulados de la misma manera para medir el atributo. Las correlaciones denotan relaciones directas y moderadas altas, lo que revela consistencia interna dentro del factor. Sólo el ítem 82 presenta correlaciones sustancialmente más bajas que el resto y la explicación de ello reside fundamentalmente en su contenido, que trata sobre un aspecto distinto al tratado en los ítems previos. Mientras que los primeros ítems se refieren al potencial apoyo de un tercero, el ítem 82 esta formulado de distinta manera, aspecto que podría incidir en su baja correlación. Con todo, los coeficientes observados no son lo suficientemente bajos como para descartar la pertenencia de este ítem al factor con el cual se le asocia.

2.1.4 Síntomas Físicos

Tabla 11. Correlaciones inter-ítems factor Síntomas físicos

	item22	item32
item22	1.000	
item32	0.324	1.000

Ítem 22	En el último año, ¿Con que frecuencia has tenido dolores de cabeza?
Ítem 32	En el último año, ¿Con que frecuencia has tenido dolores de estómago?

El factor referido a síntomas físicos posee sólo dos ítems que se hayan pobremente correlacionados, aunque su relación es directa, lo que significa que quien denota algún malestar como dolor de cabeza también exhibe otros síntomas de enfermedad, revelando que al menos en algún grado, las manifestaciones somáticas de enfermedad no son aisladas.

2.1.5 Depresión

Tabla 12. Correlaciones inter-ítems factor Depresión

	item28	item30	item45	item47
item28	1.000			
item30	0.566	1.000		
item45	0.418	0.475	1.000	
item47	0.312	0.391	0.300	1.000

Ítem 28	En el último año, ¿Con que frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?
Ítem 30	En el último año, ¿Con que frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?
Ítem 45	En el último año, ¿Con que frecuencia tuviste problemas para concentrarte?
Ítem 47	En el último año, ¿Con que frecuencia tuviste problemas divertirti en actividades que habitualmente disfrutabas?

El comportamiento del factor referido a depresión es diverso, no obstante, los coeficientes sólo llegan a ser de nivel moderado o moderado-bajo.

En la propuesta teórica estos ítems fueron agrupados dentro de la categoría de depresión, debido a que su contenido claramente hace referencia a síntomas crónicos de un cuadro depresivo, tales como falta de energía, sentimientos de tristeza, problemas de concentración y anhedonia. No obstante, estos ítems aunque hacen referencia a características de un cuadro depresivo, no significa que el individuo se encuentre en un estado depresivo propiamente tal. Cabe destacar que estos síntomas no son exclusivos de un cuadro depresivo, sino que pueden estar presente en cualquier trastorno.

2.1.6 Autoexigencia

Tabla 13. Correlaciones inter-ítems factor Autoexigencia

	item86	item87	item88	item89	item90	item93	item95
item86	1.000						
item87	0.178	1.000					
item88	0.157	0.405	1.000				
item89	0.064	0.362	0.569	1.000			
item90	0.189	0.267	0.376	0.468	1.000		
item93	0.074	0.172	0.286	0.218	0.321	1.000	
Item95	0.037	0.216	0.212	0.233	0.311	0.493	1.000

Item 86	En mi familia sólo soy buena cuando me destaco en lo que hago.
Ítem 87	Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.
Ítem 88	Necesito ser la mejor en lo que hago
Ítem 89	Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlos.
Ítem 90	Tengo metas extremadamente altas.
Ítem 93	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser inteligente?
Ítem 95	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?

En referencia al factor autoexigencia, se puede señalar que las correlaciones son directas pero con predominancia de coeficientes moderados-bajo y bajos. Llama en particular la atención las correlaciones del ítem 86 con el resto de los incluidos en la dimensión. Al parecer, en este caso el contenido de los ítems juega un rol preponderante en las relaciones halladas. En efecto, el ítem 86 se distingue del resto porque apunta a un aspecto de evaluación de la autoexigencia que recae en los demás (su familia), mientras que los ítems 87,

88, 89 y 90 refieren específicamente a la evaluación personal de la exigencia. Los ítems 93 y 95 también tienen correlaciones bajas con los ítems mencionados, pero moderadas entre sí. Resulta que ambos ítems apuntan a otros aspectos no relacionados directamente con exigencia, sino con los rasgos que usualmente se asocian a ésta, sin explicitar si el curso de los mismos está relacionado con la necesidad de perfección.

b. Matrices de correlación tetracóricas de factores generales.

Las matrices de correlación tetracóricas se aplicaron a ítems de carácter dicotómico que pretenden evaluar rasgos o variables subyacentes continuas (atributo subyacente al que corresponden los ítems). Como tal resulta una mejor aproximación a la determinación de las relaciones entre variables cuyas escalas ha sido dicotomizadas.

Las matrices de correlación tetracóricas para factores generales se disponen a continuación en las tablas 14 y 15.

La matriz de correlaciones obtenidas a partir de los coeficientes tetracóricos denotan dos elementos de relevancia, en primer lugar la aparición de correlaciones inversas (correlación negativa), algo que no se presentó en los factores anteriores y en segundo lugar, el predominio de coeficientes bajos o muy bajos entre los ítems.

2.1.7 Eventos Vitales

Tabla 14. Correlaciones inter-ítems factor Eventos vitales

	item65	item67	item68	item69	item70	item71	item72	item73	item74	item75	item77	item102
item65	1.000											
item67	0.028	1.000										
item68	0.038	0.102	1.000									
item69	0.051	0.263	0.014	1.000								
item70	0.207	0.017	0.110	0.058	1.000							
item71	-0.002	0.098	-0.026	0.226	-0.110	1.000						
item72	0.076	-0.144	0.085	0.076	-0.168	0.250	1.000					
item73	0.037	0.082	0.068	0.183	0.132	0.004	0.133	1.000				
item74	0.069	0.147	0.040	0.146	0.184	0.257	0.277	0.211	1.000			
item75	0.129	0.009	0.299	0.241	-0.228	0.302	0.485	0.080	0.084	1.000		
item77	0.194	0.212	0.045	0.149	-0.141	0.503	0.420	0.151	0.499	0.269	1.000	
item102	0.092	0.134	0.040	0.156	-0.110	0.062	0.350	0.212	0.008	0.447	0.327	1.000

Ítem 65	¿Actualmente, asistes a un colegio/escuela distinta que el año pasado?
Ítem 67	En el último año, ¿Has terminado con tu pololo?
Ítem 68	En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?
Ítem 69	En el último año, ¿Has perdido algún amigo?(por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa)
Ítem 70	En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?
Ítem 71	En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?
Ítem 72	En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?
Ítem 73	En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?
Ítem 74	En el último año, ¿se han anulado o separado tus padres?
Ítem 75	En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio
Ítem 77	En el último año, ¿Alguna de tus padres se ha vuelto a casar?
Ítem 102	En el último año, ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?

Con respecto al factor Eventos vitales, se puede señalar que las correlaciones que aquí se presentan son bajas, lo cual indicaría que no existe una consistencia interna entre los ítems planteados en la propuesta teórica.

Aunque algunos ítems sí presentan correlaciones moderadas, por el contenido al que apuntan, en general no existe una relación directa entre la propuesta teórica y los datos estadísticos encontrados. Esto podría deberse a la diversidad del contenido de las preguntas que estarían apuntando a diferentes ámbitos, tales como amistad, familia, situación escolar, muerte, separación parental y presión sexual.

2.1.8 Desarrollo / Tareas Evolutivas

Tabla 15 Correlaciones inter-ítems factor Desarrollo / Tareas evolutivas

	item63	item64	item66
item63	1.000		
item64	0.243	1.000	
item66	0.095	0.188	1.000

Item63	¿Has tenido tu primer periodo menstrual?
Item64	¿Has comenzado a salir con niños?
Item66	En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?

La presencia de correlaciones directas y bajas también lleva a pensar de este factor que los ítems incluidos en el mismo denotan contenidos diversos y dispares. En efecto, una revisión de las temáticas revela información complementaria pero distinta, evaluada conjuntamente bajo el supuesto de un rasgo común a la base. Ello es posible, pero la consistencia del atributo es débil y al menos preliminarmente se puede adelantar que la interdependencia no revela un rasgo subyacente fuerte a la base de estos reactivos.

B) Factores Específicos

Respecto a los factores específicos del test MRFS-IV, aquellos que se componen de ítems politómicos corresponden a: Conductas de control de peso, Preocupación por peso o figura, Imagen corporal, Presión social, Comer emocional, Burlas y bromas por el peso, Atracones e Influencia de medios, a los que se les aplicara la correlación producto momento.

a. Matrices de correlación policóricas de factores específicos.

En las tablas 16 a 25 se disponen las matrices de correlaciones para los factores específicos cuyos resultados se obtuvieron mediante la obtención de los coeficientes de correlación.

2.1.9 Conductas Control de Peso

Tabla 16. Correlaciones inter-ítems factor Conductas control de peso

	item2	item4	item8	item13	item18	item20	item29	item34	item36	item41
item2	1.000									
item4	0.626	1.000								
item8	0.794	0.580	1.000							
item13	0.719	0.615	0.755	1.000						
item18	0.382	0.431	0.303	0.386	1.000					
item20	0.551	0.663	0.570	0.661	0.610	1.000				
item29	0.580	0.402	0.644	0.599	0.308	0.457	1.000			
item34	0.442	0.530	0.457	0.455	0.566	0.608	0.367	1.000		
item36	0.666	0.507	0.711	0.621	0.307	0.534	0.530	0.339	1.000	
item41	0.407	0.373	0.361	0.319	0.727	0.492	0.328	0.599	0.368	1.000

ítem 2	En el último año, ¿Con que frecuencia has estado a dieta para PERDER PESO?
Ítem 4	En el último año, ¿Con que frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o mas para PERDER PESO?
Ítem 8	En el último año, ¿Con que frecuencia has intentado PERDER PESO?
Ítem 13	En el último año, ¿Con que frecuencia has comido menos para PERDER PESO?
Ítem 18	En el último año, ¿Con que frecuencia has tomando laxantes o diurético para PERDER PESO?
Ítem 20	En el último año, ¿Con que frecuencia te has saltado comidas para PERDER PESO?
Ítem 29	En el último año, ¿Con que frecuencia has hecho ejercicios para PERDER PESO?
Ítem 34	En el último año, ¿Con que frecuencia te has provocado vómitos para PERDER PESO?
Ítem 36	En el último año, ¿Con que frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?
Ítem 41	En el último año, ¿Con que frecuencia has tomado pastillas adelgazantes para PERDER PESO?

En el caso del factor denotado por la matriz de correlaciones de la tabla 16, destacan las correlaciones directas y moderadas altas de sus ítems, lo que permite suponer alta consistencia del constructo inferido, lo que podría deberse a que teóricamente todos los ítems apuntan al mismo constructo de base que serían conductas o actividades realizadas para perder peso.

2.1.10 Preocupación por Peso o Figura

Tabla 17. Correlaciones inter-ítems factor Preocupación por peso o figura.

	item3	item51
item3	1.000	
item51	0.427	1.000

Ítem 3	En el último año, ¿Con que frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?
Ítem 51	En el último año, ¿Cuanto te has preocupado o asustado por subir un kilo?

El factor Preocupación por el peso y figura sólo posee dos ítems que dan cuenta del constructo. La correlación es directa y moderada. Ambos ítems refieren a la inquietud que tiene la encuestada con respecto al aumento de peso y al cambio que éste provoca en su cuerpo.

2.1.11 Imagen Corporal

Tabla 18. Correlaciones inter-ítems factor Imagen corporal.

	item7	item9	item53	item54	item92	item94
item7	1.000					
item9	0.775	1.000				
item53	0.571	0.519	1.000			
item54	0.549	0.480	0.393	1.000		
item92	0.492	0.460	0.556	0.289	1.000	
item94	0.605	0.601	0.572	0.354	0.765	1.000

Ítem 7	En el último año, ¿Con que frecuencia te has sentido gorda?
Ítem 9	En el último año, ¿Con que frecuencia has pensado en querer ser mas delgada?
Ítem 53	En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto de ti misma?
Ítem 54	En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?
Ítem 92	Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma? (cuerpo tonificado)
Ítem 94	Para sentirte bien contigo misma, ¿Qué tan importante es ser delgada?

En el factor Imagen corporal se obtienen, como en ocasiones anteriores, coeficientes de correlación directos y moderados a moderados altos. Sólo el ítem 54 denota coeficientes un poco más bajos que los restantes, lo que podría deberse a que este ítem en particular hace referencia al estado de ánimo que acompaña a la imagen corporal que tiene la encuestada de sí misma. Es importante destacar las correlaciones directas que presentan los ítems con respecto al reactivo 7, lo que podría deberse a que el contenido de este denota un constructo a la base de este conjunto de ítems en particular.

2.1.12 Presión social por la delgadez

Tabla 19. Correlaciones inter-ítems factor Presión social por la delgadez.

	item10	item11	item38	item43	item44	item55	item56	item59	item60	item61	item62
item10	1.000										
item11	0.386	1.000									
item38	0.553	0.405	1.000								
item43	0.124	0.218	0.221	1.000							
item44	0.285	0.660	0.429	0.289	1.000						
item55	0.201	0.316	0.297	0.128	0.378	1.000					
item56	0.225	0.347	0.253	0.187	0.419	0.386	1.000				
item59	0.310	0.287	0.459	0.108	0.262	0.165	0.397	1.000			
item60	0.314	0.386	0.265	0.010	0.433	0.558	0.543	0.318	1.000		
item61	0.528	0.164	0.262	0.083	0.123	0.106	0.292	0.525	0.287	1.000	
item62	0.133	0.231	0.067	0.299	0.319	0.201	0.446	0.299	0.276	0.322	1.000

Ítem 10	En el último año, ¿Con que frecuencia tu papa te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?
Ítem 11	En el último año, ¿Con que frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con otras niñas o mujeres jóvenes?
Ítem 38	En el último año, ¿con que frecuencia tu mama te ha hecho un comentario acerca de tu peso o alimentación que te hizo sentir mal?
Ítem 43	En el último año, ¿Con que frecuencia tus amigas han hablado de querer perder peso?
Ítem 44	En el último año, ¿Con que frecuencia has cambiado tu alimentación cuando estabas con niños u hombres jóvenes?
Ítem 55	En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?
Ítem 56	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos (as) que seas delgada?
Ítem 59	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mama que seas delgada?
Ítem 60	En el último año, ¿Cuanto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?
Ítem 61	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papa que seas delgada?
Ítem 62	En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos (as) el ser delgados?

En el factor presión social por la delgadez fue necesario segregar del análisis el ítem 76 por ser éste de tipo dicotómico. De los demás ítems que componen este factor específico, las correlaciones observadas ofrecen un panorama diverso. Aunque todas las correlaciones son directas, lo que informa que todos los ítems apuntan en un mismo sentido, los coeficientes no denotan el mismo grado de consistencia, es decir existe una variabilidad en donde las correlaciones son débiles y otras fuertes. En particular el ítem 43 correlaciona bajo con todos los otros ítems, lo que evidencia falta de coherencia temática con el conjunto de reactivos del factor. Esto se debe a que el contenido de este ítem hace referencia a una presión social de tipo indirecta (comentario no hacia la encuestada, sino que a la pérdida de peso en general), en cambio el resto de los ítems apuntan más a un comentario de tipo presión social directo (hacia el individuo).

2.1.13 Comer emocional

Tabla 20. Correlaciones inter-ítems factor Comer emocional.

	item6	item15	item25	item40	item42	item46
item6	1.000					
item15	0.423	1.000				
item25	-0.023	0.141	1.000			
item40	0.447	0.443	0.117	1.000		
item42	0.199	0.219	0.320	0.205	1.000	
item46	0.169	0.210	0.464	0.109	0.489	1.000

Ítem 6	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?
Ítem 15	En el último año ¿Con que frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
Ítem 25	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste mas de lo habitual cuando estabas aburrida?
Ítem 40	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?
Ítem 42	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste mas de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?
Ítem 46	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste mas de lo habitual cuando estabas molesta?

En el caso del comer emocional se trata de un factor específico cuyas intercorrelaciones no denotan una dimensión totalmente consistente con el constructo inferido que se supone sustenta las relaciones detectadas, porque hay una evidente presencia de correlaciones bajas entre algunos de los ítems.

Los ítems 6, 15 y 40 tienen una correlación moderada, ya que apuntan a comer menos según un determinado estado emocional. Lo mismo ocurre con los ítems 25, 42 y 46, ya que el sentido de la pregunta apunta a comer más de lo habitual en determinados estados emocionales.

Estas diferencias estadísticas harían referencia al tipo de pregunta formulada.

2.1.14 Burlas y Bromas por peso

Tabla 21. Correlaciones inter-ítems factor Burlas y Bromas por peso.

	ítem17	ítem33	ítem37	ítem49	ítem52	ítem57
ítem17	1.000					
ítem33	0.562	1.000				
ítem37	0.762	0.603	1.000			
ítem49	0.553	0.753	0.571	1.000		
ítem52	0.466	0.648	0.524	0.665	1.000	
ítem57	0.504	0.612	0.516	0.695	0.767	1.000

Ítem 17	En el último año, ¿Con que frecuencia se han burlado de ti otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas) debido a tu peso?
Ítem 33	En el último año, ¿Con que frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos)?
Ítem 37	En el último año, ¿Con que frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?
Ítem 49	En el último año, ¿Con que frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burlen de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?
Ítem 52	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?
Ítem 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?

Se observa en la tabla 21 un factor específico –relativo a burlas y bromas respecto al peso- con coeficientes de correlación directos y desde moderados a altos. Esto es esperable debido a que el contenido de los reactivos es similar tanto en la descripción de la situación como en el sentido de lo descrito.

2.1.15 Atracones

Tabla 22. Correlaciones inter-ítems factor Atracones.

	item23	item48
item23	1.000	
item48	0.524	1.000

Ítem 23	En el último año, ¿Con que frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?
Ítem 48	En el último año, ¿Con que frecuencia comiste mucha comida en poco tiempo y no era una cena o fecha especial (año nuevo, navidad, cumpleaños, etc)?

Una correlación directa moderada entre dos ítems caracteriza al factor específico referido a Atracones, ya que el contenido de estos corresponde claramente a un acto compulsivo del comer.

2.1.16 Influencia de medios

Tabla 23. Correlaciones inter-ítems factor Influencia de medios.

	item50	item58
item50	1.000	
item58	0.687	1.000

Ítem 50	En el último año, ¿Con que frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?
Ítem 58	En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?

Respecto al factor referido a influencia de los medios la correlación entre ítems es moderada-alta y directa, ya que ambos ítems apuntan, teóricamente, a cómo el medio influye en el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

b. Matrices de correlación tetracóricas de factores específicos

De los factores específicos que componen el instrumento, los que están asociados a escala dicotómica son: Riesgo percibido de TCA y la denominada Presión deportiva. Las matrices de correlaciones correspondientes se disponen en las tablas 24 y 25.

2.1.17 Riesgo percibido de TCA

Tabla 24. Correlaciones inter-ítems factor Riesgo percibido de TCA.

	item81	item97	item99	item101
item81	1.000			
item97	0.230	1.000		
item99	0.177	0.730	1.000	
item101	0.041	0.134	0.363	1.000

Ítem 81	En el último año, ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?
Ítem 97	¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)
Ítem 99	¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, ni simplemente un sobrepeso)
Ítem 101	¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?

La tabla 24 muestra una matriz de correlaciones con coeficientes directos y moderados-bajos a bajos en su mayoría, con la excepción de los ítems 97 y 99 que consultan virtualmente lo mismo. Es decir, apuntan a una percepción externa e interna del trastorno alimentario propiamente tal.

Aunque el constructo a la base es el mismo (riesgo percibido), los ítems se encuentran formulados en un sentido muy amplio, razón por la cual la correlación total de estos es baja.

2.1.18 Presión deportiva

Tabla 25. Correlaciones inter-ítems factor Presión deportiva.

	item24	item98	item100a	item100b	item100c	item100d
item24	1.000					
item98	0.007	1.000				
item100a	0.217	0.376	1.000			
item100b	-0.064	0.195	0.407	1.000		
item100c	-0.121	0.429	0.742	0.470	1.000	
item100d	-0.006	0.253	0.626	0.498	0.763	1.000

Ítem 24	En el último año, ¿Con que frecuencia un(a) profesor(a) o entrenador(a) te ha hecho un comentario sobre tu peso que te hizo sentir mal?
Ítem 98	¿Estas entrenando para ser una bailarina profesional?
Ítem 100a	En el último año, has entrenado para competir en alguna de los deportes? a) Aeróbica b) Natación c) Gimnasia (artística, rítmica, olímpica) d) Atletismo

El ítem 24 ha debido ser dicotomizado para ser incluido en el factor al que teóricamente apunta. Como se observa, las correlaciones más elevadas se encuentran entre las especificaciones de la pregunta 100 relativa al tipo de deporte que el sujeto practicaría, mientras que las correlaciones más bajas se presentan con respecto a la pregunta 24, lo que es esperable debido a la naturaleza de su contenido que es claramente distinto a lo mencionado por el resto de los ítems, que se refieren directamente a diferentes tipos de actividades físicas que eventualmente practicaría la encuestada.

2.2 Síntesis del Análisis Interítems

En el análisis realizado anteriormente, se estudió en detalle las intercorrelaciones de los ítems que componen cada uno de los factores generales y específicos del test MRFS-IV. En este estudio se prefirió ajustar el procedimiento de cálculo de correlación a las propiedades de escalabilidad del test. De hecho, se presentó la complicación adicional de contar con un test que posee ítems de carácter politómico como de tipo dicotómico. El tratamiento en ambos casos debe ser diferencial, porque ambos tipos de ítems necesitan ser analizados según el número de categorías de respuestas.

Para el primer caso se aplicó el coeficiente de correlaciones policóricas adecuado para ítems politómicos en tanto para el segundo caso se usó el coeficiente tetracórico, adecuado para ítems de tipo binario o dicotómico.

Debido a la decisión de aplicar diferentes coeficientes de correlación para los factores, de acuerdo al tipo de escala que tienen asociados, el análisis factorial a ejecutar también requiere calcularse a partir de dichas matrices.

Cabe señalar además, que los coeficientes obtenidos de los ítems politómicos en este pre-análisis denotan que los factores son, en general, moderadamente consistentes y coherentes respecto de los contenidos a los cuales apuntan. No ocurre lo mismo con los factores con ítems dicotómicos (debido a que sus correlaciones son bajas) y ello probablemente se deba a que dichos ítems no se formularon con la pretensión de dar cuenta de un mismo atributo o rasgo latente, sino más bien de constatar de modo sencillo una serie de informaciones que se piensa tienen alguna relación con los otros factores del estudio. Con todo, su adecuación será evaluada mediante el análisis factorial que se dispone a continuación.

3. Análisis Factorial

3.1 Análisis de Factores con ítems politómicos

El primer paso en el proceso de análisis exploratorio de la estructura factorial subyacente al conjunto de ítems correspondió a la selección del método de factorización. La primera elección corresponde a la utilización de componentes principales (siendo este un método de extracción de factores que representen la mayor cantidad de ítems) versus análisis factorial.

El análisis factorial busca maximizar la varianza compartida entre las variables originales, es decir intenta extraer la máxima información compartida entre variables (ítems). El análisis de componentes principales se aplica cuando se desea extraer la mayor varianza de las variables originales considerando tanto lo que éstas comparten como lo que hay de específico en ellas, a fin de reproducir todos los aspectos observables en las variables (Vivanco, 1999).

El análisis se divide en dos partes: una correspondiente a la factorización de los factores para los cuales se han utilizado las correlaciones policóricas entre ítems politómicos y otra relativa a la factorización obtenida sobre matrices de correlación tetracórica a partir de ítems dicotómicos.

A) Factorización

Como primer paso en este análisis, se estudiarán las comunalidades de las variables observadas, es decir, la representación de un ítem en un determinado factor. Las comunalidades altas denotan que las variables están mejor representadas en el espacio factorial obtenido; para este análisis quedarán fuera las comunalidades sustancialmente bajas por representar pobremente a las variables, y las muy altas por implicar una sobre representación de los ítems.

En el caso de este estudio las comunalidades están entre 0,5 y 0,7, lo que indica que todos los ítems están adecuadamente representados en la solución factorial obtenida. Es decir, existe una buena calidad de representación.

En la tabla 26 se dispone la factorización, con el número de componentes extraídos, los valores propios o autovalores, la varianza total explicada y la varianza explicada por cada componente. Los criterios para la decisión de extracción definitiva de factores son variados, pero uno de ellos corresponde a la presencia de autovalores iguales o mayores a uno, definido como el criterio de raíz latente. Ello se debe a que estos valores propios denotan que el componente extraído es capaz de explicar, a lo menos, la varianza de una variable íntegra. De hecho, cada variable contribuye con un valor de 1 para el valor total.

Tabla 26. Valores propios y varianza explicada mediante análisis de componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1 A	16,775	21,785	21,785	16,775	21,785	21,785
2 B	4,925	6,396	28,181	4,925	6,396	28,181
3 C	3,266	4,242	32,423	3,266	4,242	32,423
4 D	3,007	3,906	36,329	3,007	3,906	36,329
5 E	2,602	3,379	39,708	2,602	3,379	39,708
6 F	2,056	2,670	42,377	2,056	2,670	42,377
7 G	2,031	2,638	45,016	2,031	2,638	45,016
8 H	1,795	2,331	47,347	1,795	2,331	47,347
9 I	1,643	2,134	49,481	1,643	2,134	49,481
10 J	1,541	2,002	51,482	1,541	2,002	51,482
11 K	1,465	1,903	53,385	1,465	1,903	53,385
12 L	1,340	1,740	55,125	1,340	1,740	55,125
13 M	1,267	1,645	56,771	1,267	1,645	56,771
14 N	1,211	1,573	58,344	1,211	1,573	58,344
15 O	1,139	1,479	59,823	1,139	1,479	59,823
16 P	1,078	1,399	61,223	1,078	1,399	61,223
17 Q	1,049	1,362	62,585	1,049	1,362	62,585
18 R	1,035	1,344	63,928	1,035	1,344	63,928
19 S	1,014	1,317	65,245	1,014	1,317	65,245

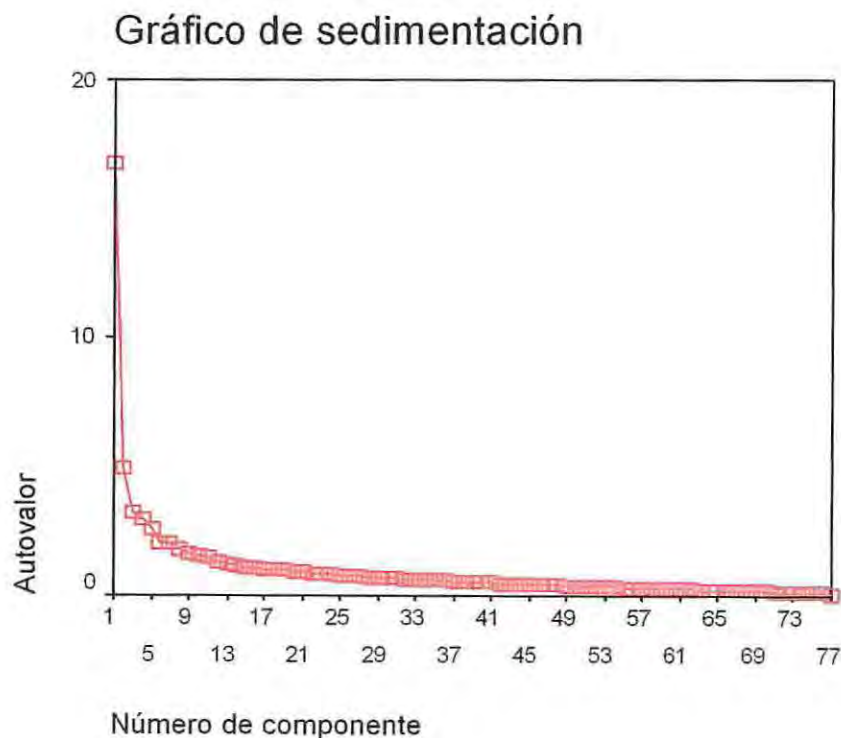
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Haciendo un análisis de la tabla 26 se observa que en este análisis, sólo se tomará en cuenta los 19 componentes expuestos, ya que cada uno de ellos explica mas del 1% de la varianza (tienen autovalores mayores a 1). Esto explicaría más de un 65% de la varianza total.

Cabe notar, que el primer componente posee un autovalor alto, que explica más del 20% de la varianza. Se debe tener presente este resultado por cuanto señala la fuerte presencia de un componente predominante en la escala, un factor teórico de mayor preponderancia.

Para complementar este criterio de raíz latente, se expone a continuación el gráfico de sedimentación.

Gráfico 1. Gráfico de sedimentación.



La norma que se sigue del gráfico es considerar sólo aquellos componentes hasta donde los autovalores quiebran la caída o pendiente de la curva de saturaciones. Tal situación no se observa con claridad en la figura aquí exhibida, ya que la caída es suave y continua y

no hay quiebres evidentes. Sí parece ser evidente que hay un factor predominante en el instrumento y que como puede verse en el gráfico se escapa de los restantes componentes.

Debido a que la solución no es evidente en este análisis preliminar, fue necesario analizar la matriz de componentes rotados que se presenta a continuación.

A.1) Rotación

La rotación de los factores se lleva a cabo para redistribuir la varianza de los primeros factores a los últimos logrando así un patrón de factores más simple y teóricamente más significativo. Una solución rotada puede brindar, por tanto, una mejor distribución de variabilidad en el espacio factorial que se ha obtenido.

Hay dos tipos de rotación que se pueden llevar a cabo: la rotación ortogonal, que supone independencia de los componentes extraídos y la rotación oblicua que implica que los componentes no son independientes sino que se hallan correlacionados. En el caso de este análisis se utilizó la rotación ortogonal porque cada dimensión mide un atributo distinto. Para este tipo de rotación se utilizó el programa "Varimax" que ofrece una opción útil cuando se pretende maximizar las varianzas de los componentes.

Tabla 27. Matriz de saturaciones para componentes politómicos

	Componentes																		
	1 A	2 B	3 C	4 D	5 E	6 F	7 G	8 H	9 I	10 J	11 K	12 L	13 M	14 N	15 O	16 P	17 Q	18 R	19 S
Item8	,866																		
Item9	,821																		
Item13	,803																		
Item2	,794																		
Item7	,777	,308																	
Item36	,751																		
Item15	,744																		
Item50	,725																		
Item29	,662																		
Item3	,653																		
Item51	,622			,446															
Item94	,605																		
Item58	,603			,313															
Item4	,589																		
Item20	,573																		
Item92	,500												-,351		,353				

La matriz ha sido ordenada por el grado de saturación entre ítems y componentes extraídos, así todos los ítems que cargan en el primer componente están ordenados desde la mayor saturación a la menor, lo mismo para el segundo componente y así sucesivamente. Las saturaciones no son sino las correlaciones entre el ítem y el componente, mientras más alta dicha correlación, mayor es la contribución del ítem al factor latente extraído.

Dados los factores teorizados, se espera que los ítems que los constituyen saturen congruentemente en componentes particulares que eventualmente permitan suponer que representan a dichos factores.

Las saturaciones que aparecen en esta matriz son mayores o iguales a 0,30, lo que se considera el mínimo aceptable para asumir que la carga factorial es significativa.

La mayoría de las cargas aquí observables superan 0,40 y ello otorga resultados que presentan evidencia significativa (Hair et al., 1999). Por otra parte, en la matriz de saturaciones se puede observar muchos espacios vacíos. Ello se debe a que todas las saturaciones inferiores a 0,30 fueron eliminadas para facilitar la lectura de la solución. Además, para algunos ítems hay correlaciones altas en más de un componente, aquellos ítems tienen un comportamiento poco definido, por lo que fue necesario considerar aquella carga que fuese la mayor entre todas las posibles.

En algunos casos la correlación fue negativa, lo cual puede significar que es negativa su relación con los otros ítems del factor o que la pregunta está formulada negativamente.

3.1.1 Interpretación de Datos Politómicos

Como primer paso, fue necesario estudiar los conjuntos de ítems con relación al componente sobre el cual saturan más alto. Las interpretaciones se hicieron desde el componente más importante al menos relevante, la lectura de la matriz previa debe hacerse de izquierda a derecha.

La presencia de un componente predominante sigue siendo manifiesta aún después de la rotación de los factores, este sería el componente A.

En el primer componente (A) saturan los ítems 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 20, 29, 36, 44, 50, 51, 53, 58, 92 y 94. Como se puede suponer, no corresponden todos a un factor previamente teorizado. Este primer componente está conformado por ítems de los factores *conductas de control de peso, preocupación sobre el peso, imagen corporal, presión social por la delgadez, comer emocional e influencia de medios*. Y aunque no se conserva la estructura factorial para estos ítems, no resulta poco plausible que los ítems hayan saturado de ese modo debido a que los reactivos apuntan a un rasgo relativo a cuidado corporal con objeto de mantener o mejorar la imagen, teniendo como imagen ideal la delgadez. El hecho de que estos ítems expliquen más de un 21% de la varianza total de los ítems politómicos, podría hacer referencia a que este factor representa a una mayor cantidad de ítems perteneciente a factores específicos de un TCA, según nuestra propuesta teórica.

El segundo componente en importancia (B) revela una importante coincidencia con el factor *autoestima*, la casi totalidad de los ítems así teorizados saturaron en dicho factor con excepción del reactivo 91 (cuyas cargas fueron menores a 0,30 y por tanto no figura en la matriz) y la inclusión del ítem 54 (relativo a imagen corporal). Con todo, el componente denota un factor consistente. Los ítems que saturaron en este componente fueron los siguientes: 1, 19, 21, 27, 31, 35 y 54.

El tercer componente (C) revela un comportamiento arbitrario con respecto al factor esperado, puesto que los ítems referidos a *burlas y bromas respecto al peso y presión social por la delgadez* (10, 38, 17 y 37) se dividen en dos componentes distintos. Estas saturaciones encontrada podrían deberse a que el contenido de los ítems apuntan directamente a comentarios de la familia nuclear de la encuestada (papá, mamá, hermanos, hermanas).

El cuarto componente (D) que agrupa los ítems 33, 49, 52, 55, 56, 57 y 60, también hace referencia a los factores *presión social por la delgadez y burlas y bromas por el peso*. En

este caso, los ítems saturados corresponden a contenidos de comentarios acerca del peso provenientes específicamente del grupo de pares.

El componente quinto (E) está fundamentalmente saturado con los pesos de los ítems del factor *comer emocional y atracones*, (25, 46, 42, 48 y 23) que aunque diferenciados en el test, todos refieren aspectos del comer, específicamente al aumento de la ingesta de alimentos.

El sexto componente (F) está formado fundamentalmente por el factor *apoyo social* y en tal sentido se puede asumir que el componente representa con relativa adecuación a dicho factor propuesto. Los ítems 12, 16 y 39 fueron los saturados dentro de este componente, los cuales hacen referencia a un apoyo externo. Sin embargo, el ítem 82 y el 96, pertenecientes en la propuesta al factor apoyo social, no saturaron en este componente por tener un contenido teórico distinto a los anteriores.

El componente séptimo (G) representa adecuadamente al factor *consumo de sustancias*, ya que todos sus ítems saturaron en dicho factor (26, 5 y 14). Es decir, el análisis estadístico, confirma la propuesta teórica.

El componente octavo (H) conformado por los ítems saturados (87, 88, 89 y 90) representa parcialmente al factor *autoexigencia y perfeccionismo* propuesto, debido a la pérdida de tres de los ítems teóricamente convergentes (86, 93 y 95). La separación de estos ítems, pertenecientes todos al mismo factor propuesto en la teoría, podría ser debido a que los cuatro primeros se refieren sólo al perfeccionismo, y los tres restantes se acercan más a un contenido de autoexigencia.

El noveno componente (I), por su parte, no se corresponde con un factor en particular y agrupa tanto a ítems relativos al factor *síntomas físicos* y aspectos explicitados en el factor propuesto *depresión* (22, 28, 30 y 32). Esta saturación podría explicarse al hecho de que dentro de las características clínicas de la sintomatología depresiva es posible encontrar también síntomas físicos.

El décimo componente (J) agrupa sólo dos ítems del factor *presión social* (59 y 61), ya que el contenido de ambos ítems hace referencia a la importancia de los padres hacia la delgadez.

El componente undécimo (K) agrupa a ítems del factor *conductas sobre control de peso* (18, 34 y 41). Esos ítems saturaron debido a que su contenido se refiere a conductas de tipo purgativas.

El duodécimo componente (L) satura con ítems perdidos del factor *autoexigencia* (93) y *depresión* (45). Además en este componente saturó un ítem de un factor indeterminado según la propuesta teórica (83). Su saturación podría explicarse debido a la importancia que tiene la concentración y la inteligencia en el rendimiento escolar de un individuo.

El trigésimo componente (M) está compuesto de ítems del factor *comer emocional* (6 y 40) y *autoexigencia* (95). En este caso en particular, los ítems 6 y 40 saturaron debido a que su contenido hace referencia al comer menos de lo habitual. Sin embargo el ítems 95, no tiene una explicación teórica aparente con el contenido anterior, por lo tanto se infiere que su saturación fue por procedimientos matemáticos.

El decimocuarto componente (N) saturó con ítems de *presión social* (43 y 62) y se debería a que ambos ítems se refieren a la importancia que dan los pares (amigos y amigas) acerca de la delgadez.

El décimo quinto componente (O) satura con los ítems 47 y 86, referentes a los factores de *depresión y autoexigencia*.

El décimo sexto componente (P) está compuesto por los ítems 82 y 103, pertenecientes al factor apoyo social y el otro a un factor indeterminado según la propuesta teórica.

El décimo séptimo componente (Q) esta compuesta por un ítem indeterminado (85), relacionado con la imagen corporal paterna.

El décimo octavo componente (R) satura con sólo con un ítem que hace referencia a *tareas evolutivas*.

El décimo noveno componente (S) satura con el ítem indeterminado 84, que hace referencia a la imagen corporal materna.

Desde el componente décimo quinto al décimo noveno, las saturaciones encontradas no son significativas teóricamente, por lo tanto se infiere que dichas saturaciones sólo podrían explicarse estadísticamente.

Hasta aquí, el resultado del análisis factorial sólo corrobora, de modo exploratorio, parcialmente lo teorizado en la propuesta teórica del MRFS-IV, lo que no significa un resultado poco plausible, dadas las correlaciones reportadas y la diversidad de tipos de escalas utilizadas en los ítems para dimensionar los atributos.

3.2 Análisis de Factores con ítems dicotómicos

La factorización para este tipo de ítems cursa aproximadamente por las mismas etapas que las ya descritas en el análisis anterior, con algunas diferencias. En particular el procedimiento analítico varía porque los paquetes estadísticos necesarios para llevar a cabo el análisis son diferentes en cada caso. Para el presente análisis se utilizó PRELIS 2.5.

Tabla 28. Valores propios y varianza explicada mediante análisis de componentes principales

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.58	18.59	18.59	5.58	18.59	18.59
2	4.80	15.99	34.57	4.80	15.99	34.57
3	3.49	11.63	46.21	3.49	11.63	46.21
4	2.31	7.71	53.91	2.31	7.71	53.91
5	2.16	7.21	61.13	2.16	7.21	61.13
6	1.79	5.97	67.10	1.79	5.97	67.10
7	1.62	5.41	72.50	1.62	5.41	72.50
8	1.44	4.79	77.30	1.44	4.79	77.30
9	1.37	4.57	81.87	1.37	4.57	81.87
10	1.26	4.19	86.05	1.26	4.19	86.05
11	1.08	3.59	89.64	1.08	3.59	89.64
12	1.04	3.48	93.12	1.04	3.48	93.12

A) Factorización

En la tabla 28 se dispone la factorización, con el número de componentes extraídos, los valores propios o autovalores, la varianza total explicada y la varianza explicada por cada componente.

La extracción de factores se realizó sobre la base de matrices de correlación tetracórica. Para esto se usó componentes principales, explicado anteriormente. La solución obtenida es emitida ya rotada por el programa estadístico y por lo mismo no será necesario un apartado especial para reportarla.

Como se observa en la tabla 28, hay al menos 5 componentes con autovalores mayores a 2 y otros 7 más con componentes cuyos autovalores son superiores a 1. Siguiendo el criterio de raíz latente, se analizaron sólo 12 variables. Sin embargo, entre los tres primeros componentes logran explicar casi un 50% de la varianza total, lo que revela que entre los ítems dicotómicos, se perfilan fundamentalmente tres factores como los más preponderantes. No obstante se extrajeron, como en el caso anterior, 12 componentes que cumplen con tener un valor propio igual o mayor a 1.

A continuación, se expone en la Tabla 29 la saturación de los ítems en cada componente.

Tabla 29. Matriz de saturación para componentes dicotómicos

	1 A'	2 B'	3 C'	4 D'	5 E'	6 F'	7 G'	8 H'	9 I'	10 J'	11 K'	12 L'
Item99	0.668						0.344					
Item75	0.650				-0.304	-0.433		-0.315				
Item97	0.64					0.346			-0.341	-0.376		
Item72	0.614				-0.422							
Item71	0.524						-0.338			0.337		
Item102	0.459	0.348				-0.348						-0.448
Item81	0.376		0.369									
Item100C		0.906										
Item100D		0.829		-0.335								
Item100B		0.828		-0.412								
Item100A		0.727	-0.342									
Item80	-0.563	0.582										
item73		0.453	-0.325						-0.391			-0.350
Item63A			0.663	-0.360	0.353							
Item76A			0.554	0.413								
Item68			-0.499	0.385					0.495			
Item66A		0.361	0.474	0.366		0.340	-0.301				0.380	
Item64A	0.420			0.665			-0.353					
Item67		0.302		0.552			-0.396				-0.302	
Item77	0.447	0.408			-0.493			0.323				
Item78	0.422	0.382	0.047	0.022	0.490							
Item79					-0.460				0.420	-0.429		
Item24	0.607	-0.431				0.653						
Item98	0.422	0.342				0.505						
item70					0.550		0.354	0.569				
Item74		0.307				0.379		0.449				
Item65						-0.329		0.418			0.380	-0.300
Item69							-0.383			0.492		
Item96				-0.328		-0.424	-0.396				0.509	
Item101	0.365		-0.421								0.332	0.496

3.2.1 Interpretación de Datos Dicotómicos

Al igual que con los datos politómicos, como primer paso, fue necesario estudiar los conjuntos de ítems con relación al componente sobre el cual saturan más alto. Las interpretaciones se hicieron desde el componente más importante al menos relevante, la lectura de la matriz previa debe hacerse de izquierda a derecha.

En el primer componente (A') cargan los ítems 71, 72, 75, 81, 97, 99 y 102. Aunque también cargan en otros componentes, las saturaciones más altas están en el primero y conforme a ello queda bastante claro que los ítems son una combinación de dos factores teóricos: *eventos vitales* y *riesgo percibido de TCA*, ambos factores parecen apuntar a un factor subyacente de mayor abstracción y que tendría relación con amenaza o eventos conflictivos en la vida de la encuestada.

El segundo componente (B') está compuesto, de acuerdo a sus cargas factoriales, por los ítems 73, 80 y 100 (en todas sus modalidades a, b, c y d), pero este componente parece representar al factor *presión deportiva*, debido a las altas saturaciones de las modalidades del ítem 100. Pero es importante considerar además, la presencia del componente seis (F') donde sólo saturan los ítems 24 y 98 y que conforman una especie de subdimensión del factor presión deportiva. Mientras las cuatro modalidades de respuesta que adopta el ítem 100 hacen alusión a un detalle de deportes practicados, la pregunta 24 y 98 consultan más bien, y de modo general, sobre el entrenamiento.

El tercer componente (C') está conformado por los pesos factoriales de los ítems 63, 66 y 76 (sólo la parte dicotómica), además del ítem 68 que corresponde teóricamente al factor *eventos vitales*. Los tres primeros guardan estrecha relación. En concreto, los dos iniciales forman parte del factor *desarrollo de tareas evolutivas* y el 76, si bien pertenece al factor *presión social* que está compuesta principalmente por ítems politómicos, posee un enunciado extremadamente similar al enunciado del ítem 66 referido a notar cambios en el propio cuerpo.

El cuarto componente (D') está compuesto por los ítems 64 y 67 que constituyen el mayor peso factorial, en donde el 64 pertenece al factor *tareas evolutivas* y el 67 al factor *eventos vitales*, aludiendo ambas a la relación interpersonal.

El quinto componente (E') está saturado por los ítems 77, 78 y 79. El primero de ellos fue considerado en la propuesta teórica como parte del factor *eventos vitales*, mientras que el 78 y 79 fueron considerados como factores indeterminados. Los ítems 77 y 79 pueden haber saturado debido a la relación de ambos con respecto a un posible trastorno emocional de la encuestada. Sin embargo, el ítem 78 no tiene causa explicable para haber saturado en este componente en particular, ya que guarda relación con el hecho de ser líder de un equipo. No obstante, podría relacionarse con los otros ítems, si el ser líder es tomado en cuenta como un factor protector de un posible trastorno emocional.

El sexto componente (F') hace referencia al factor *presión deportiva*, siendo explicado anteriormente en el segundo componente (B').

El octavo componente (H') está compuesto por los ítems 65, 70 y 74, perteneciendo los tres al factor *eventos vitales* según la propuesta teórica. Esto se debería a que los tres ítems refieren a cambios contextuales en la vida de la encuestada.

En tanto el séptimo (G'), noveno (I'), décimo (J'), onceavo (K') y doceavo (L') componentes poseen cargas factoriales sin una interpretación clara y se atribuyen dichas saturaciones a varianza específica o de error.

4. Síntesis del Proceso Factorial

El análisis factorial realizado implicó la factorización tanto de ítems politómicos como dicotómicos para extraer los factores subyacentes al amplio conjunto de reactivos que componen el MRFS-IV. De modo general se aplicó el método de componentes principales y la rotación "Varimax" para obtener una solución simple de pocos componentes pero con saturaciones altas. En el caso de ítems politómicos se usó la matriz de correlaciones

policóricas como base para el análisis, mientras que para ítems dicotómicos se usó la matriz de correlaciones tetracóricas. Los resultados obtenidos confirmaron parcialmente la estructura factorial del instrumento, siendo habitual observar fusiones o integraciones de factores que se asumían teóricamente distintos.

Con respecto a la matriz de correlación policórica, es posible deducir que la gran mayoría de los ítems que cargaron en los distintitos componentes, fueron ítems correspondientes a factores específicos según la propuesta teórica de la presente investigación. No obstante igual se encontraron componentes cargados con ítems pertenecientes a factores generales de la propuesta teórica. Esto se podría deber a que el contenido de estos ítems podría estar fuertemente involucrados en el riesgo de TCA, tales como la autoestima, apoyo social y autoexigencia.

Con respecto a la matriz de correlación tetracórica, es posible deducir que los principales componentes que se extrajeron son aquellos referidos, en la propuesta teórica a factores generales, tales como eventos vitales y tareas evolutivas. De esto podría inferirse que los contenidos de los ítems harían referencia a datos informativos generales sobre la vida y situación actual de la encuestada.

En conclusión, es posible inferir que los datos politómicos refieren más sobre aspectos propios de un riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria, mientras que los datos dicotómicos informan sobre aspectos contextuales de la encuestada.

A continuación se expondrá el análisis convergente entre los datos del MRFS-IV y el EAT-40 obtenidos en la base de datos utilizada en este estudio.

5. Análisis Convergente entre MRFS-IV y EAT-40

En este análisis se correlacionaron dos tests destinados a medir la tendencia hacia conductas propias de trastornos alimentarios, el MRFS-IV y el test EAT 40, que evalúan riesgo de padecer un TCA.

Para este estudio fue necesario realizar una correlación de Pearson entre factores generales del MRFS-IV con el EAT-40 y factores específicos del MRFS-IV con el EAT-40.

Matrices de correlación

a. Correlaciones entre factores generales del MRFS-IV y EAT- 40

Tabla 30. Matriz de correlación factores generales y EAT-40

Factores generales del MRFS-IV	Puntaje total EAT-40
Autoestima	0.350** 0.000
Consumo de sustancias	0.106* 0.024
Apoyo Social	0.087 0.066
Síntomas Físicos	0.363** 0.000
Depresión	0.327** 0.000
Eventos Vitales	0.251** 0.000
Autoexigencia y Perfeccionismo	0.293** 0.000
Tareas Evolutivas	0.110* 0.020

** La correlación es significativa al nivel 0.01

* La correlación es significantes al nivel 0.05

En relación a la matriz, el primer número define el coeficiente de correlación y el segundo el nivel crítico o de significancia, es decir la relación entre dos variables más allá de lo esperable o por azar.

Como se observa, las correlaciones entre los distintos factores generales y EAT-40 son moderadas-bajas en su mayoría, y directas o positivas, aunque el nivel de significancia en muchas de ellas es menor a 0.01, lo que indica que sus correlaciones son débiles pero significativas.

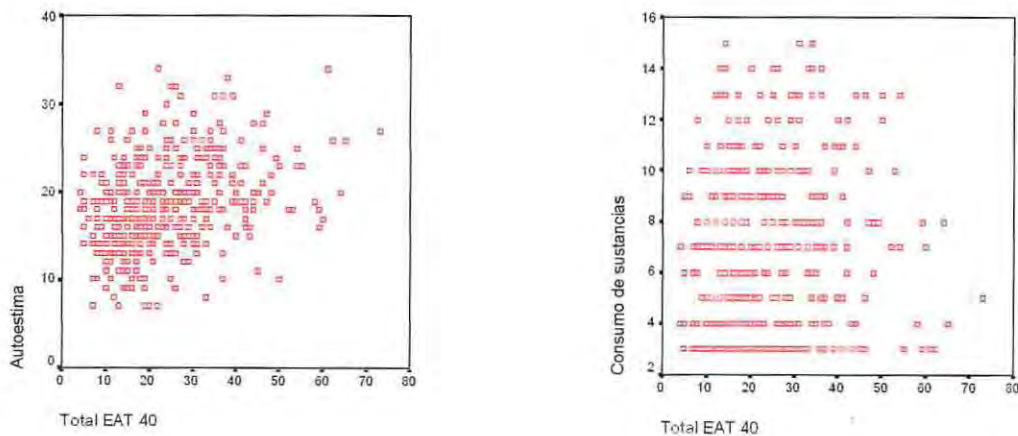
Con respecto a los factores *consumo de sustancias* y *tareas evolutivas*, a pesar que el nivel de significancia fue de 0.05, sus correlaciones se manifestaron igualmente bajas. En el caso del factor *apoyo social*, virtualmente no se encontró correlación alguna con el EAT-40.

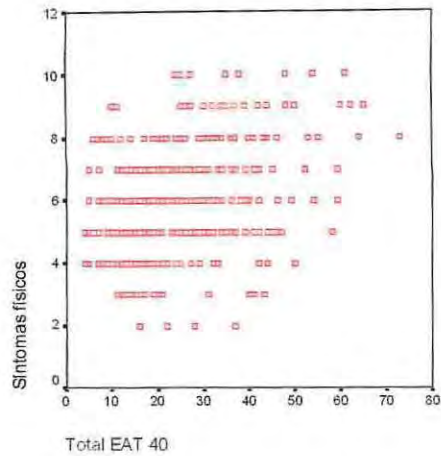
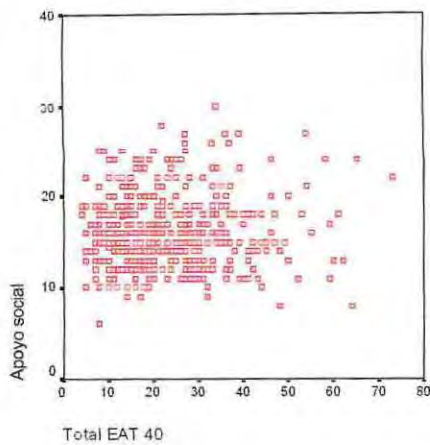
Esto quiere decir que todos los factores generales tienen una baja correlación con el EAT-40, ya que este último hace referencia sólo a factores específicos de riesgo de un TCA.

Además de la matriz de correlaciones, se presenta un diagrama de dispersión por cada correlación entre factor general y el EAT-40.

Los diferentes diagramas de dispersión por cada uno de los factores generales se disponen en el siguiente gráfico:

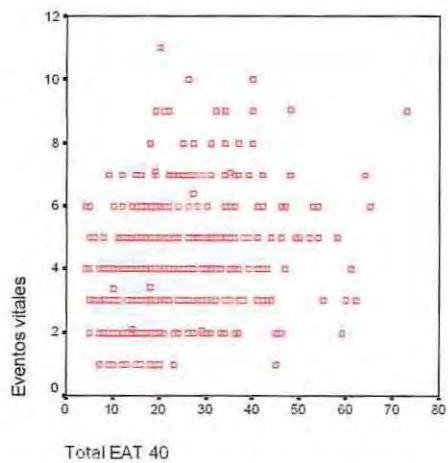
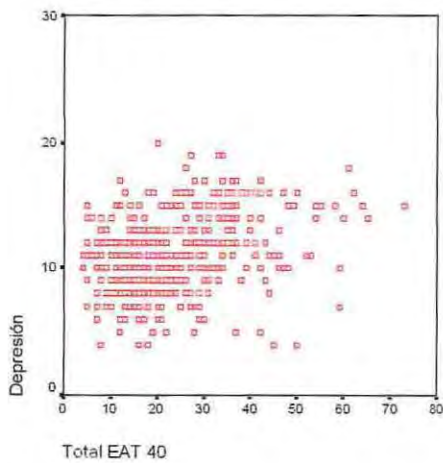
Gráfico N°2: Diagramas de dispersión de factores generales con EAT-40

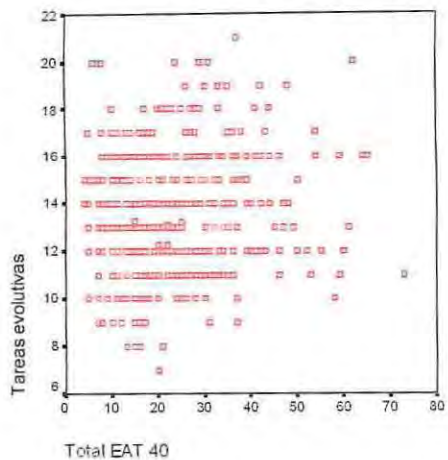
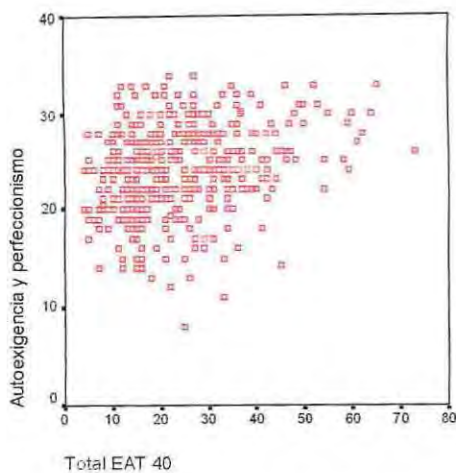




En los primeros cuatro diagramas, se puede corroborar la presencia de correlaciones moderadas a bajas, lo que se hace especialmente patente en la relación entre apoyo social y EAT. En este caso en particular la presencia de una nube de puntos sin forma definida brinda una pista visual muy evidente acerca de la ausencia total de relación entre ambas variables.

Gráfico N° 3: Diagrama de dispersión de factores generales con EAT-40





Con respecto a estos 4 últimos factores, es posible apreciar en uno de ellos (Autoexigencia y perfeccionismo) una tendencia hacia una relación directa débil.

b. Correlación entre factores específicos del MRFS-IV y EAT-40.

Tabla 31: Matriz de correlación de factores específicos y EAT-40

Factores Específicos del MRFS-IV	Puntaje total EAT-40
Conducta de control de peso	0.675** 0.000
Preocupación por peso y figura	0.646** 0.000
Imagen corporal	0.603** 0.000
Presión social por la delgadez	0.463** 0.000
Comer emocional	0.440** 0.000
Burlas y bromas por peso	0.471** 0.000
Atracones	0.228** 0.000
Influencia de medios	0.581** 0.000
Riesgo percibido de TCA	0.356** 0.000
Presión deportiva	0.189** 0.000

** La correlación es significativa a nivel 0.01

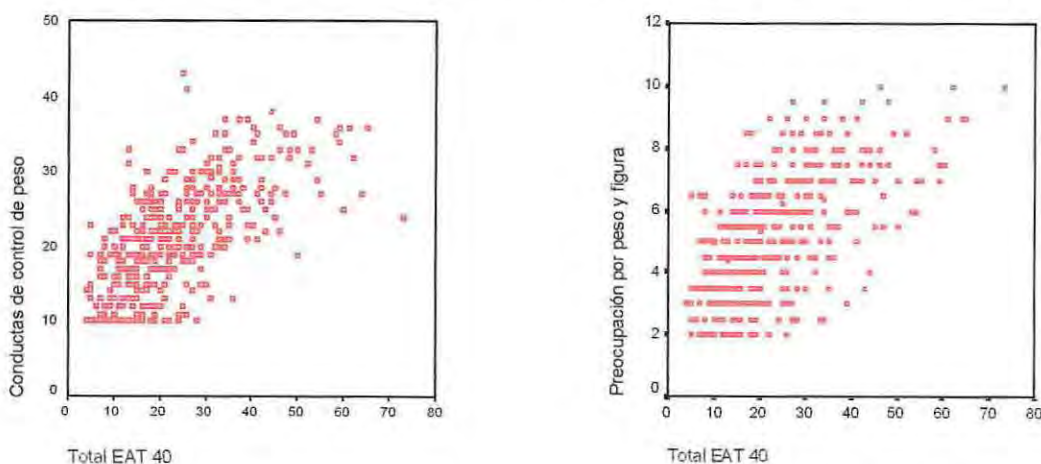
A diferencia de la matriz anterior, obtenida con factores generales, la matriz de coeficientes entre EAT-40 y factores específicos denota coeficientes en general más altos que lo ocurrido previamente.

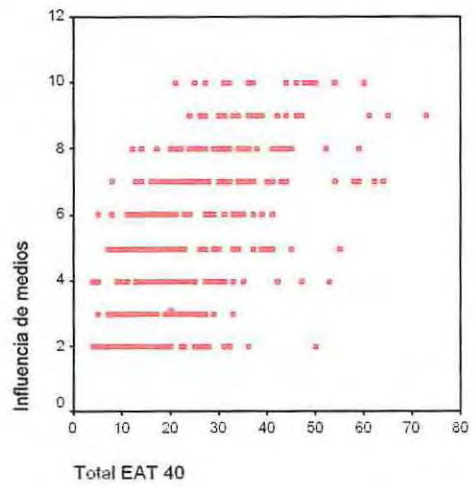
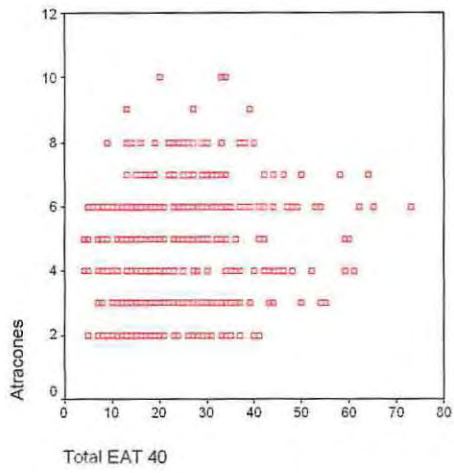
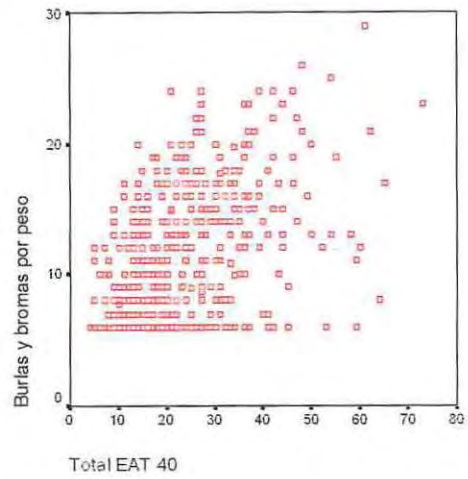
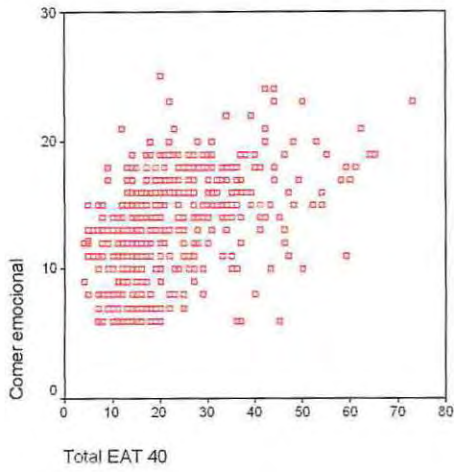
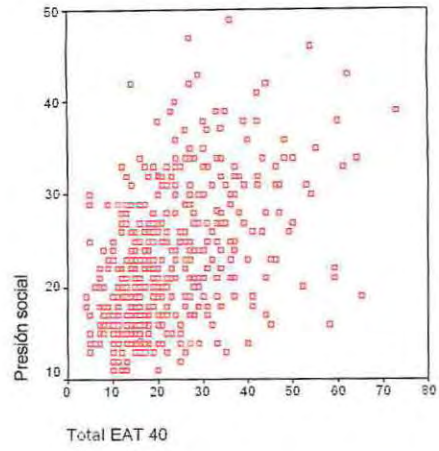
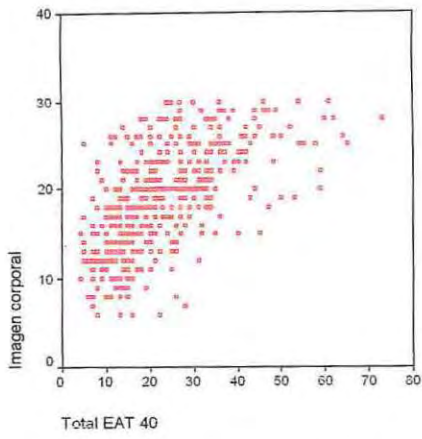
En efecto, se puede observar que las correlaciones son mayoritariamente moderadas-altas, siendo en ocasiones mayores a 0.6. Sólo tres factores tienen correlaciones menores a 0.4: la referida a *atracones*, *riesgo percibido* y *presión deportiva*. De estas, la más baja corresponde a presión deportiva, que si bien revela una relación estadísticamente significativa no denota tener una significación práctica. Si se considera que una correlación de 0.189 representa un coeficiente de correlación de 0.035, resulta notorio que la proporción de varianza explicada por la dimensión presión deportiva respecto de test EAT es baja. Debe evaluarse su utilidad como escala para establecer un diagnóstico relativo a trastorno alimentario aun a pesar de su nivel de significación.

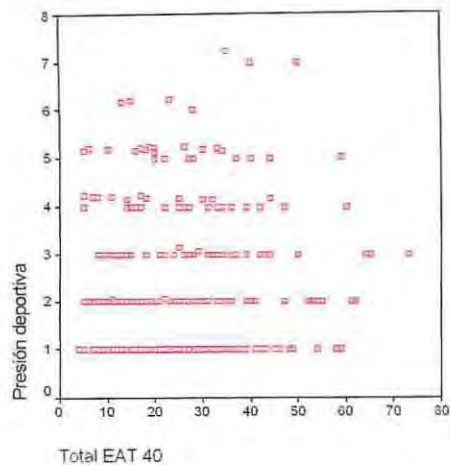
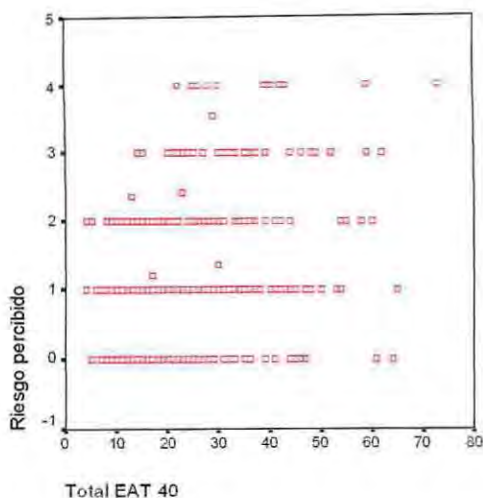
Las correlaciones moderadas-altas encontrada en el análisis de los factores específicos del MRFS-IV con el EAT-40, podrían deberse a que ambos dan cuenta de características específicas de riesgo de padecer un TCA.

Los diagramas de dispersión para estas relaciones se disponen a continuación:

Gráfico 4: Diagramas de dispersión de factores específicos con EAT-40







Con respecto a los diagramas de dispersión, es posible corroborar que en los factores de: Conducta de control de peso, Preocupación por peso y figura, Imagen corporal e Influencia de medios, presentan correlaciones moderadas y directas.

Por otro lado, los diagramas de dispersión en los factores de: Presión social por la delgadez, Comer emocional y Burlas y Bromas por peso, es posible apreciar correlaciones moderadas bajas y directas.

Los restantes diagramas no presentan correlaciones significativas respecto del EAT-40.

5.1 Síntesis del análisis convergente entre MRFS-IV y EAT-40

Para este análisis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para ver la correlación existente entre factores generales del MRFS-IV y el EAT-40 y los factores específicos del MRFS-IV con el EAT-40.

Como resultado de esto es posible confirmar, que tal como había sido planteado como hipótesis al inicio de la investigación, los factores generales presentaron una baja correlación con el EAT-40, y los factores específicos presentaron una correlación moderada con el EAT-40. Esto se debe a que el EAT-40 mide factores específicos de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En el último tiempo, existe acuerdo en el abordaje multifactorial de los TCA, enfoque que surge como una nueva visión que intenta identificar diversos factores que conformarían la condición de riesgo, desechando las teorías unitarias que exponían sólo una causa específica ante el trastorno (Díaz et al., 2005).

Actualmente, las teorías multifactoriales buscan entender los TCA dentro de un contexto amplio e integral, abordando al individuo no sólo desde una perspectiva biológica, sino también física, psicológica, individual, familiar y socio-cultural; aspectos que se relacionan entre sí a la hora de predisponer, desencadenar y mantener el trastorno.

Debido a esto, es que surge la necesidad de abordar este trastorno desde una mirada biopsicosocial, especialmente a la hora de pesquisar y evaluar a quienes podrían presentar riesgo de TCA. Para esto es necesario contar con una herramienta que permita detectar factores de riesgo para este trastorno.

El instrumento que cuenta con estas características es el MRFS-IV que incorpora tanto factores generales y específicos basándose en el modelo multifactorial del Smolak y Levine.

Sin embargo, no se ha realizado un análisis específico de cada uno de los factores de este instrumento MRFS-IV, tanto específicos como generales, con respecto a la relevancia, influencia y comportamiento que cada uno tiene al momento de determinar el riesgo de desarrollar un TCA. Es por ello que esta investigación se basó en realizar un análisis más acabado del contenido del instrumento, es decir aumentar su sensibilidad para su futura aplicación.

Este análisis consistió en realizar una propuesta teórica que pretendió identificar factores específicos y generales incluidos en el instrumento. Para corroborar esta propuesta se procedió a analizar factorialmente el comportamiento de dichos factores.

Para esto fue necesario, primero, analizar la interdependencia de los ítems propuestos en cada factor, lo que arrojó el grado de correlación existente entre ellos. Como resultado se encontró lo siguiente:

Tabla 32. Resultados Correlaciones Inter –ítem

Correlaciones Altas	Correlaciones Moderadas	Correlaciones Bajas
Consumo de Sustancias	Autoestima	Síntomas Físicos
Apoyo Social	Depresión	Autoexigencia
Conductas de control de peso	Preocupación por peso o figura	Eventos Vitales
Imagen Corporal	Presión Social por la delgadez	Tareas Evolutivas
Burlas y Bromas por el peso	Comer Emocional	Riesgo percibido
Influencia de medios	Atracones	
	Presión Deportiva	

Con respecto a los factores que arrojaron altas correlaciones, es posible inferir que el contenido de los ítems pertenecientes a cada uno de ellos, refiere al mismo tema.

En relación a las correlaciones moderadas y bajas, los ítems de los factores presentan relaciones poco consistentes con el contenido general del factor al que apuntan.

Las implicancias de estos comportamientos son variadas: una inadecuada traducción de los ítems originales que cambió su sentido original, una construcción pensada en maximizar la fiabilidad pero que no consideró la validez de constructo, la inadecuación de la escala asociada a los ítems o la no consideración de la distribución de los rasgos latentes a las variables observables. Con todo, el análisis reveló algún soporte empírico para los factores, por lo tanto la propuesta teórica estaría parcialmente confirmada.

Como segundo paso en este estudio, fue necesario realizar un análisis factorial para explorar matemáticamente como saturan los ítems y qué componentes se forman a partir de estos. Ver tabla N° 33.

Tabla N° 33: Cuadro Comparativo de componentes principales encontrados en el análisis factorial.

Comp	Ítems Politémicos	Comp	Ítems Dicotómicos
A	<p>Ítem 2: En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado a dieta PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 3: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has preocupado por tener grasa en tu cuerpo?</p> <p>Ítem 4: En el último año, ¿Con qué frecuencia has estado "muerta de hambre" por un día o más PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 7: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido "gorda"?</p> <p>Ítem 8: En el último año, ¿Con qué frecuencia has intentado perder peso?</p> <p>Ítem 9: En el último año, ¿Con qué frecuencia has pensado en querer ser más delgada?</p> <p>Ítem 13: En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 15: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?</p> <p>Ítem 20: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has "saltado" comidas PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 29: En el último año, ¿Con qué frecuencia has hecho ejercicios PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 36: En el último año, ¿Con qué frecuencia has comido menos dulces o alimentos grasos para PERDER PESO?</p> <p>Ítem 50: En el último año, ¿Con qué frecuencia las fotografías o imágenes de niñas/ mujeres flacas te han hecho querer ser delgada?</p> <p>Ítem 51: En el último año, ¿Cuánto te has preocupado o asustado por subir un kilo?</p> <p>Ítem 53: En el último año, ¿Cuánto influye tu peso en la forma en que te sientes respecto a ti misma?</p> <p>Ítem 58: En el último año, ¿Cuánto has intentado hacer para verte como las niñas o mujeres que ves en televisión, películas o revistas?</p> <p>Ítem 92: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es estar en buena forma? (cuerpo tonificado)</p> <p>Ítem 94: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser delgada?</p>	A'	<p>Ítem 71: En el último año, ¿Te has sentido rechazada por alguien importante para ti?</p> <p>Ítem 72: En el último año, ¿Te has sentido amenazada en el colegio?</p> <p>Ítem 75: En el último año, ¿Te has sentido amenazada fuera del colegio?</p> <p>Ítem 81: En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías?</p> <p>Ítem 97: ¿Te han dicho que tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente sobrepeso)</p> <p>Ítem 99: ¿Crees que actualmente tienes un desorden alimentario? (como anorexia o bulimia, no simplemente un sobrepeso)</p> <p>Ítem 102: En el último año ¿Te has sentido presionada para tener relaciones sexuales?</p>
B	<p>Ítem 1: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste con confianza o seguridad en ti misma?</p> <p>Ítem 19: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido fea?</p> <p>Ítem 21: En el último año, ¿Con qué frecuencia te han gustado la mayoría de las cosas de ti misma?</p> <p>Ítem 27: En el último año, ¿Con qué frecuencia sentiste que no vales nada?</p> <p>Ítem 31: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido bonita?</p> <p>Ítem 35: En el último año, ¿Con qué frecuencia te has sentido feliz tal como eres?</p>	B'	<p>Ítem 73: En el último año, ¿Ha muerto alguien importante para ti?</p> <p>Ítem 80: En el último año, ¿Has tenido que usar insulina para controlar tu Diabetes?</p> <p>Ítem 100: En el último año ¿Has entrenado para competir en alguno de los siguientes deportes?</p>

	Ítem 54: En el último año, ¿Qué tan feliz has estado con la forma en que se ve tu cuerpo?		
C	<p>Ítem 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>Ítem 17: 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>Ítem 37: En el último año, ¿Con qué frecuencia los niños u hombres jóvenes (incluyendo hermanos) se han burlado de ti por tu peso?</p> <p>Ítem 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>	C'	<p>Ítem 63: ¿Has tenido tu primer período menstrual?</p> <p>Ítem 66: En el último año, ¿Ha cambiado tu cuerpo?</p> <p>Ítem 68: En el último año, ¿Has tenido un accidente grave o has estado seriamente enferma?</p> <p>Ítem 76: En el último año ¿Otras personas han notado cambios en tu cuerpo?</p>
D	<p>Ítem 33: 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>Ítem 49: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tratado de cambiar tu peso para que no se burles de ti las otras niñas o mujeres jóvenes (incluyendo hermanas)?</p> <p>Ítem 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?</p> <p>Ítem 55: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que los niños no se sientan atraídos por ti?</p> <p>Ítem 56: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) que seas delgada?</p> <p>Ítem 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?</p> <p>Ítem 60: En el último año, ¿Cuánto crees que influye tu peso en que otras niñas no simpaticen contigo?</p>	D'	<p>Ítem 64: ¿Has comenzado a salir con niños?</p> <p>Ítem 67: En el último año, ¿Has terminado con un pololo?</p>
E	<p>Ítem 23: En el último año, ¿Con qué frecuencia has seguido comiendo con la sensación de no poder parar (de comer)?</p> <p>Ítem 25: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas aburrida?</p> <p>Ítem 42: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual para tratar de sentirte mejor contigo misma?</p> <p>Ítem 46: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste más de lo habitual cuando estabas molesta?</p> <p>Ítem 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)?</p>	E'	<p>Ítem 77: En el último año ¿Alguno de tus padres se ha vuelto a casar?</p> <p>Ítem 78: En el último año, ¿Has sido líder de un equipo de barras, grupo música o de baile, etc?</p> <p>Ítem 79: En el último año, ¿Has tenido que tomar medicamentos (como Ritain) para mejorar tu concentración y rendimiento escolar?</p>
F	Ítem 12: En el último año, ¿Con qué frecuencia has contado con alguien que te escuche cuando necesitabas hablar?	F'	Ítem 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>Ítem 16: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien con quien compartir tus preocupaciones y temores más privados?</p> <p>Ítem 39: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido a alguien que te ayude a comprender un problema cuando lo necesitaste?</p>		<p>Ítem 98: ¿Estás entrenando para ser una bailarina profesional?</p>
G	<p>Ítem 5: En el último año, ¿Con qué frecuencia bebiste alcohol cuando estabas sola o con amigos (as)?</p> <p>Ítem 14: En el último año, ¿Con qué frecuencia consumiste drogas (no medicamentos)?</p> <p>Ítem 26: En el último año, ¿Con qué frecuencia fumaste cigarros?</p>	G'	
H	<p>Ítem 87: Me esfuerzo mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.</p> <p>Ítem 88: Necesito ser la mejor en lo que hago.</p> <p>Ítem 89: Siento que debo hacer las cosas a la perfección, o mejor no hacerlas.</p> <p>Ítem 90: Tengo metas extremadamente altas.</p>	H'	<p>Ítem 65: ¿Actualmente, asistes a un colegio/ escuela distinta que el año pasado?</p> <p>Ítem 70: En el último año, ¿Ha muerto alguna de tus mascotas?</p> <p>Ítem 74: En el último año, ¿Se han anulado o separado tus padres?</p>
I	<p>Ítem 22: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de cabeza?</p> <p>Ítem 28: En el último año, ¿Con qué frecuencia notaste que no tenías tanta energía como habitualmente?</p> <p>Ítem 30: En el último año, ¿Con qué frecuencia te sentiste "bajoneada" o "deprimida"?</p> <p>Ítem 32: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tenido dolores de estómago?</p>	I'	
J	<p>Ítem 59: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu mamá que seas delgada?</p> <p>Ítem 61: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tu papá que seas delgada?</p>	J'	<p>Ítem 69: En el último año, ¿Has perdido algún amigo? (por ejemplo debido a una pelea o cambio de casa).</p>
K	<p>Ítem 18: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado laxantes o diuréticos PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 34: En el último año, ¿Con qué frecuencia TE HAS PROVOCADO vómitos PARA PERDER PESO?</p> <p>Ítem 41: En el último año, ¿Con qué frecuencia has tomado pastillas adelgazantes PARA PERDER PESO?</p>	K'	<p>Ítem 96: En el último año ¿Ha existido en tu vida una mujer que sea para ti un modelo a seguir, a quién admires y/o con quien converses sobre las cosas que te ocurren?</p>
L	<p>Ítem 45: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para concentrarte?</p> <p>Ítem 83: En el último año, ¿Cómo te ha ido en el colegio?</p> <p>Ítem 93: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es ser inteligente?</p>	L'	<p>Ítem 101: ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un desorden alimentario?</p>
M	<p>Ítem 6: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas aburrida?</p> <p>Ítem 40: En el último año, ¿Con qué frecuencia comiste menos de lo habitual cuando estabas molesta?</p> <p>Ítem 95: Para sentirte bien contigo misma ¿Qué tan importante es salir adelante por ti misma?</p>		
N	<p>Ítem 43: En el último año, ¿Con qué frecuencia tus amigas han hablado de querer</p>		

	perder peso? Ítem 62: En el último año, ¿Qué tan importante ha sido para tus amigos(as) el ser delgados?		
O	Ítem 47: En el último año, ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para divertirte en actividades que habitualmente disfrutabas? Ítem 86: En mi familia sólo soy buena cuando me destaco en lo que hago.		
P	Ítem 82: En el último año ¿Has sentido, u otros te han dicho, que comes menos de lo que deberías? Ítem 103: Marca con una X cualquiera de estas actividades, en las que TU PARTICIPAS y que te hacen sentir bien contigo misma:		
Q	Ítem 85: Marca con círculo el número de la figura que más se parece a tu PAPA (biológico), cuando él ha estado con <u>mayor peso</u> .		
R	Ítem 63: ¿Has tenido tu primer período menstrual?		
S	Ítem 84: Marca con círculo el número de la figura que más se parece a tu MAMA (biológico), cuando él ha estado con <u>mayor peso</u> .		

En este cuadro es posible observar fusiones o integraciones estadísticas de factores que se asumían teóricamente distintos. Es posible deducir que los ítems que cargaron en los distintos componentes de la columna izquierda fueron aquellos correspondientes a factores específicos según la propuesta teórica, sin embargo se encontraron algunos factores generales en los cuales su contenido podría estar fuertemente relacionado con el riesgo de padecer un TCA. Así fue el caso de los factores de Autoestima, Apoyo social y Autoexigencia, los cuales cargaron junto con factores específicos porque serían factores compuestos por constructos que se encontrarían a la base de un TCA.

En relación a la columna derecha, es posible deducir que la mayoría de los ítems que aquí cargaron corresponden a ítems pertenecientes a factores generales según la propuesta teórica, tales como Tareas evolutivas y Eventos vitales. No obstante igualmente cargaron factores propuestos como específicos, tal fue el caso de Presión deportiva y Riesgo percibido de TCA. De esto podría inferirse que los contenidos de los ítems que están presentes en esta columna informan sobre datos o aspectos informativos generales de la vida y situación contextual de la encuestada.

Por su parte, los ítems de la columna izquierda refieren más sobre aspectos específicos de un riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria, en cambio los ítems de la columna derecha refieren sobre aspectos informativos de la encuestada.

Una vez realizado el análisis factorial, se procedió a realizar un análisis de validez convergente con el fin de comparar el MRFS-IV con el EAT-40 y ver si los factores específicos del primero correlacionan altamente con el EAT-40.

En este análisis fue posible confirmar las hipótesis planteadas al inicio de la presente investigación, ya que los factores específicos del MRFS-IV correlacionaron moderadamente alta con el EAT-40 y los factores generales correlacionaron de manera baja.

Los distintos análisis teóricos y estadísticos de la presente investigación pudieron dar cuenta de la importancia del enfoque multifactorial de riesgo -de presentar un trastorno de conducta alimentaria- a la hora de abordar la prevención de este trastorno en particular.

Tener una mirada más amplia y abarcativa de este, permite estudiar al individuo con un enfoque más integrativo, tomando en cuenta su contexto familiar y socio-cultural, su historia de vida, y sus características personales.

Debido a la necesidad de contar con herramientas de medición clínica que cumplan con este enfoque, es necesario que el MRFS-IV, sea analizado bajo esta perspectiva.

Por medio de este estudio, es que fue posible identificar la importancia que tienen los factores generales cuando se mide el riesgo de desarrollar un TCA. La relevancia de estos es que entrega información no sólo de las actitudes de un trastorno de conducta alimentaria, sino que también informa sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que muchos de ellos podrían predisponer, desencadenar o mantener un TCA. Si se entiende como factor general a aquel factor que se refiere a aquellos elementos o características que pueden influir en la presencia de cualquier trastorno mental aportando con información global del individuo, es posible detectar qué eventos y/o características estarían vulnerando a los sujetos a desarrollar un trastorno mental.

Con respecto a estos factores generales, este estudio demostró la importancia que tiene el autoestima dentro del riesgo de padecer un TCA. Esta hace referencia al auto concepto, al bienestar personal y la seguridad de cada individuo, comportándose como aspecto psicológico base ante cualquier riesgo de padecer un trastorno mental.

Esta autoestima se ve devaluada, sobre todo en las adolescentes cuando existe una discrepancia entre el cuerpo idealizado y el cuerpo real percibido por las jóvenes. Esto demostraría, por su parte, la relación existente entre este factor y el de tareas evolutivas, donde es posible observar la importancia y relevancia de la etapa de la adolescencia en el riesgo de este tipo de trastorno, ya que este es un período de cambios no sólo en el ámbito físico y corporal, sino que también psicológicos. Este hecho, de ser una etapa compleja y de cambios, provoca que las jóvenes se muestren inseguras y vulnerables ante la construcción de su propia identidad.

Otros factores importantes a considerar son los de conducta control de peso, preocupación por peso y figura, imagen corporal, presión social por la delgadez e influencia de medios, ya que todos constituirían una dimensión que se podría denominar "esquema de delgadez". Cuando este esquema se encuentra distorsionado puede provocar creencias erradas acerca de la importancia del aspecto corporal y la consecuente percepción distorsionada de la propia imagen, aspecto que tendría una relación directa con el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Una distorsión del esquema de delgadez, conduciría a las adolescentes vulnerables al estrés, a tener conductas propias de un TCA.

No obstante la importancia de tomar en cuenta los factores generales de desarrollar un TCA, los factores específicos son aquellos que entregan la particularidad de este tipo de trastorno. Gracias a la presencia de estos factores específicos se pueden dilucidar ciertas características de la encuestada que tienen una estrecha relación con el riesgo de un TCA. Estos factores específicos marcan la diferencia entre desarrollar un TCA o desarrollar otro tipo de trastorno mental.

Entendiendo como factor de riesgo al conjunto de una serie de causas que al relacionarse y al potenciarse unas con otras determinen la constitución de un conjunto de síndromes que implican una alteración y un deterioro en el comportamiento general y la calidad de vida de un individuo, es posible encontrar factores de riesgo específicos y generales. Mediante los estudios realizados en esta investigación, en conjunto con una revisión bibliográfica, fue posible deducir que estos factores generales y específicos propuestos en este estudio se observan con características de interdependencia, es decir muchos de estos factores se entrelazan, perteneciendo algunas de sus características a más de un factor. Esto se ve reflejado en el hecho de que dentro de un trastorno de conducta alimentaria no sólo es importante tomar en cuenta aquellas problemáticas propias de este síndrome, como por ejemplo las conductas inadecuadas de control de peso, sino que también aquellos factores que predisponen, mantienen y/o precipitan cualquier desorden de tipo psicológico, como es el caso de la autoestima, apoyo social, eventos vitales, etc.

Esta interdependencia de factores se vio reflejada en el análisis factorial llevado a cabo en este estudio, donde se pudo constatar que factores, que habían sido propuestos como generales, tenían un rol preponderante dentro del cuestionario. Esto quiere decir que a la hora de detectar un posible TCA es importante tomar en cuenta estos factores que podrían estar influyendo en la génesis del trastorno, relacionadas con características propias del individuo y de su contexto directamente relacionada con un TCA.

Según lo analizado teórica y estadísticamente cabe mencionar la relevancia de algunos factores sobre otros, debido al porcentaje de la varianza que estos explican dentro del cuestionario MRFS-IV, tales como:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Conductas de control de peso | (propuesto como factor específico) |
| 2. Preocupación por peso y figura | (propuesto como factor específico) |
| 3. Imagen corporal | (propuesto como factor específico) |
| 4. Presión social por la delgadez | (propuesto como factor específico) |
| 5. Influencia de medios | (propuesto como factor específico) |
| 6. Burlas y bromas por peso | (propuesto como factor específico) |
| 7. Atracones | (propuesto como factor específico) |
| 8. Comer emocional | (propuesto como factor específico) |
| 9. Autoestima | (propuesto como factor general) |
| 10. Apoyo social | (propuesto como factor general) |
| 11. Eventos vitales | (propuesto como factor general) |
| 12. Tareas evolutivas | (propuesto como factor general) |

De esto, cabe destacar la similitud encontrada con respecto a la clasificación de los factores de riesgo presentados por la Fundación McKnight, ya que muchos de los factores propuestos por el presente estudio corresponden a una clasificación más minuciosa de los mismos constructos propuestos por el grupo de investigadores McKnight. Factores tales como conductas de control de peso, preocupación por peso y figura, imagen corporal, presión social por la delgadez y la influencia del medio, conformarían parte de los factores propuestos por la fundación McKnight.

No obstante la similitud encontrada, cabe mencionar la diferencia de clasificación de los factores propuestos, ya que los mismos factores propuestos en este estudio son equivalentes a los propuestos por McKnight, pero conceptualizados y clasificados distintamente.

Por lo tanto, esto quiere decir, que existiría un acuerdo general acerca de cuales serían los factores de riesgo a los que se les debe de poner más énfasis en la detección de un TCA, ya que éstos tendrían un rol más preponderante en su etiología.

Esto último demuestra además la relevancia que tiene la interdependencia de los factores específicos y generales a la hora de evaluar un posible riesgo, lo que implica una vez más que el enfoque multifactorial es el más adecuado para abarcar este tipo de trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, E (1999). El comer emocional. Madrid: Ediciones Desclee.
- Ackard, D; Peterson, C (2001). Association Between Puberty and Disorders Eating, body image, and other psychological variables. Revista International Journal of Eating Disorders. Mar;29(2):187-94. EEUU.
- Alvarado, R; Medina, E; Aranda, W (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Revista médica de Chile, Vol 130, N° 5: pp. 561-568.
- Arechavala, M; Miranda, C (2002). Validación de una escala de apoyo social. www.scielo.cl
- American Psychiatric Association (2001). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª Edición. Barcelona. E. Masson.
- Anguinaga, M; Fernandez, L; Varo, J (1999). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revisión y actualización. Eating Disorders. En <http://www.cfnavarra.es>.
- Beals, K; Manore, M (1994). The prevalence and consequences of subclinical eating disorders in female athletes. International Journal of Sport Nutrition, 4, 175-195.
- Behar, R (1998). Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev Méd Chile ; 126:1085-1092.
- Behar, R; De la Barrera,C; Michelotti, C (2000). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Méd Chile; 129(9): 1003-11.
- Behar, R; De la Barrera, M; Micheloti, C (2002). Femineidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito de comer. Revista médica de Chile, Vol 130, N° 9: pp. 964-975.

- Behar, R (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. Revista chilena de neuro-psiquiatría, Vol 42, Nº 3: pp. 183-194.
- Bravo, F; Marín, M; Molinari, A; Reyes, P; Soto, M (2004). Adaptación Transcultural y Validación del McKnight Risk Factor Survey en Población Adolescente de la Porvonia de Valparaíso. Valparaíso: Seminario de Título: Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Bulik, C.; Tozzi, F; Anderson, C; Mazzeo, S; Aggen, S; Sullivan, P (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfeccionism. American Journal of Psychiatry 160:366-368
- Casado, M; Camuñas, N; Navlet, R; Sánchez, B; Vidal, J (1997). Intervención Cognitivo-Conductual en pacientes obesos: Implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. Revista electrónica de Psicología, Vol 1, Nº1. Madrid. En <http://www.psiquiatría.com>
- Castillo, Espinosa, López, Burgos, Sierra, De Cruz (2005). Trastornos de Conducta Alimentaria. Revista SEMG. En <http://www.semg.es>.
- Cataldi, R (2004). Las somatizaciones en medicina interna. Revista de la sociedad de medicina interna de Buenos Aires, Vol 5, Nº 3.
- 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 Cohost Studey. Wiley Periodicals.
- Cordella, P (2002). Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. Revista chilena de pediatría, Vol 73, Nº 6: pp.566-575.
- Correa, E (2005). Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. Revista chilena de neuro-psiquiatría, vol.43, nº 1: p.61-63.

- Daluiski, A; Rahbar, B; Meals, R (1997). Subtle hand changes in patients with bulimia nervosa. Clinical Orthopaedic, 343, 107-109.
- Davis, C; Kennedy, S; Ravelski, E; Dionne, M (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. Psychological Medicine, 24, 957-964.
- Díaz, U; Masoli, C; Meza, C; Vera, E (2005). Comportamiento del MRFS-IV en población adolescente en relación al riesgo del Trastorno Alimentario. Valparaíso: Seminario de Título: Prevención en Trastornos de Conducta Alimentaria.
- Favaro, A; Santoanastaso, P (1997). Suicidality in eating disorders. Clinical Psychological Correlates. Acta Psychiatrica Scand, 95: 508-514.
- Florenzano, R; Zegers, B (2003). Psicología Médica. Chile: Ediciones Mediterráneo.
- Franco-Paredes, K et cols (2005). Perfeccionism and Eating Disorders. European Eating Disorders Review. 13, 61-70
- Freeman, R; Thomas, C; Solyom, L; Koopman, R (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 4, 439-456.
- Fuentealba, C (2005). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XI, N°1.
- Ghaderi A, Scott B (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 104: 122-130.
- García-Camba, E (2000). Los trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual.
- García-Camba, E (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson, 79 pp.

- García, F (2003). Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Garner, D (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimenticia, TEA Ediciones, Madrid.
- Garner, D; Garfinkel, P (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. Psychol Med. 9:273-279.
- Garner, D; Garfinkel, P; Rockert, W; Olmsted, M (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. Psychotherapy and Psychosomatics, 48, 170-175.
- Garner, D (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Tea ediciones.
- Gerner, B et al (2005). The Relationship between Friendship Factors and Adolescent Girls' Body Image Concern, Body Dissatisfaction, and Restrained Eating. International Journal of Eating Disorders. 37: 313-320.
- Gastón, P., y Migallón, P., Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario, Dirección General del INJUVE, Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales. www.es.salut.conecta.it
- Geist, R; Davis, R; Heinmaa, M (1998). Binge/Purge Symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. Can J Psychiatry, 43: 507-512.
- Gómez, A (2004). En <http://www.doyma.es>.
- Griessner, V (2003). www.psicocentro.com.
- González, L; Hidalgo, M; Hurtado, M; Nova, C; Venegas, M (2000). 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: pp. 92-96. En <http://www.asp.sld.cu>.

- Gould, D; Jackson, S; Finch, L (1992). Sources of Stress Experienced by National Champion Figure Akaters. Informe final de subvención a la ciencia deportiva propuesto al Comité Olímpico de los Estados Unidos, Colorado Springs, Colorado.
- Guilford, J.P., (1986). Estadística aplicada a la psicología y la educación. México, Editorial Calypso S.A.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999) Análisis Multivariante. Madrid: Prentice-Hall.
- Halmi, K et al (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. America Journal Psychiatry 157:1799-1805.
- Halmi, K (2001). Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. American Psychiatric Association, PSA-R.
- Halvarsson, K (2000) Dieting and Eating Attitudes in Girls: Development and Prediction. Disertation for the degree of Doctor of Philosophy in Science presented ay uppsala University.
- Haug, N, Heinberg, L, Guarda, A (2001). Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. Eat Weight Disord; 6: 130-139
- Iñaritu, M; Cruz, V; Morán, I (2004). Instrumento de Evaluación para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Respyn: Revista de Salud Pública y Nutrición, Vol 5 N°2.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2001). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana.

- Kottler, L; Cohen, P; Davies, M; Phine, D; Walsh, T. (2001). Loengitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult esating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40 (12): 1434-1440
- Levine, M (1999). Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Especial Challenges.
- López, I (2001). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Avances de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. E. Barcelona: Masson, 157-169.
- Marín, B (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Revista chilena de nutrición, vol.29, no.2: p.86-91.
- Mateos-Parra, A; Solano-Pinto, N (1997). Trastornos de la alimentación : Anorexia y Bulimia. Revista electrónica de Psicología.Vol 1,Nº 1.
- Mora, M., y Raich, R. M. (1993). Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 66.
- Moral, J (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria: un complejo fenómeno biopsicosocial. Revista de Salud pública y nutrición, Vol 3, Nº3.
- Muñoz, M. (2000) Factores Socioculturales en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Atención y Prevención Interdisciplinar. Consulting Dovall.
- Neipp-López, R; Neipp-López, M; Retortillo, M, Castellanos, J (2002). Variables Disposicionales y Factores de Riesgo en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Salud Rural Vol. 19 Nº 18
- Panter, A; Swygert, K; Dahlstrom, W; Tanaka, J (1997). Factor analytic approaches to personality item-level data. Journal of Personality Assessment, Vol. 68: p. 561-589.

- Powers, P; Santana, C (2002). Eating disorders. A guide for the primary care physician. Primary Care; Clin Office Practice.
- Quiles, M; Terol, M (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3, 2: 313-333.
- Rausch, C; Bay, L (1995). Anorexia nerviosa y Bulimia: Amenazas a la autonomía, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Resch, M. (1997). A noi atleta triasz: Eveszavaro, amenorrhoea, osteoporosis (The female athletes' triad: Eating disorders, amenorrhea, osteoporosis). Orvosi Hetilap, 138 (22), 1393-1397.
- Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen II. Número 5.
- Robb, A (2001). Eating disorders in children, Diagnosis and age-specific treatment. Psych Clin North America.
- Rodríguez, F (2000). I Mesa Redonda: Jóvenes y Estilo de Vida. II Congreso de Enfermería Comunitaria. Malaga. <http://www.asanec.org>.
- Rosen, L; McKeag, D; Hough, D; Curley, V (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. Physician and Sportsmedicine, 14 (1), 79-86.
- Sampieri, H (1998), Metodología de la Investigación, Editorial Mcgraw-Hill.
- Sánchez, M; Ibáñez, J; García, R (2001). Psicología del deporte y de la lesión deportiva. En R. Ballesteros Massó. Traumatología y Medicina Deportiva, Tomo 1.
- Sánchez, R; Calvo, J; Nieto, K (2001). Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Revista Colombiana de psiquiatría, Vol 30, Nº 1: pp.

- Sánchez et cols (2005). Trastornos de la Conducta Alimentaria. España. En <http://www.semeg.es>.
- Sandoval, O (2001). Trastorno de la Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Vigorexia. <http://www.psicocentro.com>.
- Sepúlveda, R; Troncoso, M; Álvarez, C (1998). Psicología y Salud: El papel del apoyo social. Revista Médica de Santiago, Vol 1, Nº 2: pp. 154-162.
- Sigman, S (2003). Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatric clinics of north America, p 1139-1177.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. Medicine and Science in Sports and Exercise, 26 (4), 414-419.
- Sundgot-Borgen, J.(1993). Nutrient intake of female elite athletes suffering from eating disorders. International Journal of Sport Nutrition, 3, 431-442.
- Stice, E (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin. Vol 128, Nº 5 825-848
- Sykora, C; Grilo, C.; Wilfley, D; Brownell, K (1993). Eating, weight, and dieting disturbances in male and female lightweight and heavyweight rowers. International Journal of Eating Disorders, 14, 203-211.
- Teitz, C (1998). La mujer Atleta. Barcelona: Edika Med.
- The Tetrachoric and Polychoric correlation coefficients, Julio 2000. www.uebersax.com
- Thomas, P (2000). Depresión y bulimia nerviosa. En: Vallejo, J; Gastó, C. Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. 2ª Edición. Barcelona: Masson. 857-867.

- Toro, J; Vilardell, E (1989). Anorexia nerviosa, Barcelona, Martínez Roca.
- Toro, J; Salamero, M; Martinez, E (1995). La evaluación de la influencia socio-cultural sobre el modelo estético corporal en la anorexia nervios, en: Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, vol. 22.
- Toro, J. (1996). El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J (2004) Trastornos del Comportamiento Alimenticio. Cataluña: XIX Semana de la Prevención Fundación Mútua.
- Treasure, J. (1991). Long-term management of eating disorders. International Review of Psychiatry, 3, 43-58.
- Trucco, M (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista chilena de neuro-psiquiatría, Vol 40, N° 2: pp.8-19.
- Turón, V (1997). Clínica de la anorexia nerviosa. En: Turón, V. Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Salvat-Masson ; 63-68.
- Uebersax, J (2000). The Tetrachoric and Polychoric Correlation Coefficients. <http://ourworld.compuserve.com>
- Vandereycken, W; Noordenbos, G (2000). La Prevención de los Trastornos Alimentarios. Barcelona: Ediciones Granica.
- Vigil, P (2004). Trastornos Alimentarios. Salud Actual. En <http://www.saludactual.cl>
- Von Ranson K, Iacono, W, McGue, M (2002). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. Int J Eat Disord; 31: 389-403.
- Wilmore, J; Costill, L (1998). Fisiología del Esfuerzo y del Deporte. Barcelona: Ed. Paidotribo.

- Yasky, J (1995). Instituto de desarrollo psicológico Indepsi. En: <http://www.indepsi.cl>.
- Zalagaz, M; Romero, S; Contreras, O (2004). La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de Prevención desde la Educación Física escolar. Revista Iberoamericana de Educación. En <http://www.campus-oei.org>.

Anexo Nº 1: Cuestionario castellano 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
	1	2	3	4	5

0

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?

No	Si
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	0
----	---

Sí 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)

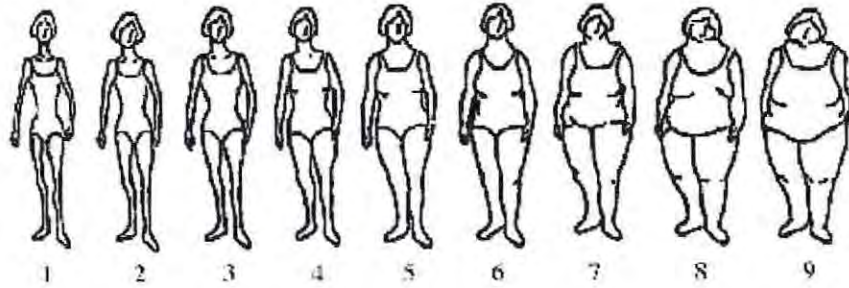
- A. Mamá/Madre sustituta/Madrastra
- B. Papá/Padre sustituto/Padrastra
- C. Hermano/Hermanastro
- D. Hermana/Hermanastra
- E. Otro pariente
- F. Amigo/Amiga
- G. Pololo
- H. Entrenador(a)/Profesor(a)
- I. Orientador(a)/ Sacerdote/ Pastor/ Rabino
- J. Otra persona: _____
- K. Nadie

83. En el último año ¿Cómo te ha ido en el colegio?

	Peor que	Igual que la	Mejor que la
Probablemente	la mayoría de mis	mayoría de mis	mayoría de mis
repita	compañeros(as)	compañeros(as)	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).

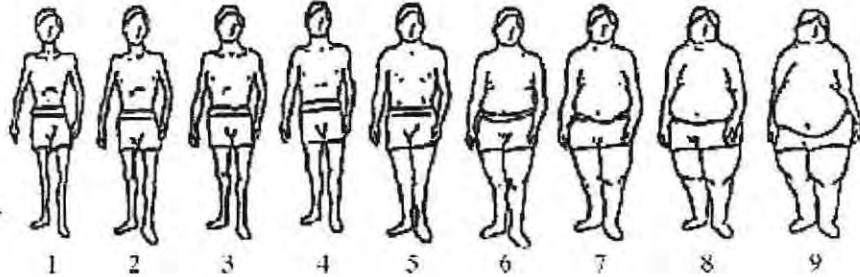
Hace mucho tiempo
que no veo a mi
mamá (biológica)



0

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.

Hace mucho tiempo
que no veo a mi
papá (biológico)



0

86. En mi familia sólo 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 que 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

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 2: CUESTIONARIO DE HABITOS ALIMENTICIOS EAT - 40

Lee atentamente cada pregunta y luego responde cuidadosamente en la hoja de respuesta, marcando la casilla que mejor refleje tú caso. Las alternativas son:

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

- 1.- Me gusta comer con otras personas.
- 2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
- 3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
- 4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 5.- Procuo no comer aunque tenga hambre.
- 6.- Me preocupa mucho por la comida.
- 7.- A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
- 8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
- 10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc.).
- 11.- Me siento lleno/a después de las comidas.
- 12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
- 13.- Vomito después de haber comido.
- 14.- Me siento muy culpable después de comer.
- 15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
- 16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
- 17.- Me peso varias veces al día.
- 18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.
- 19.- Disfruto comiendo carne.
- 20.- Me levanto pronto por las mañanas.
- 21.- Cada día como los mismos alimentos.
- 22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 23.- Tengo la menstruación regular.
- 24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
- 25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- 26.- Tardo en comer más que las otras personas.
- 27.- Disfruto comiendo en restaurantes.
- 28.- Tomo laxantes (purgantes).
- 29.- Procuo no comer alimentos con azúcar.
- 30.- Como alimentos de régimen.
- 31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.
- 32.- Me controlo en las comidas.
- 33.- Noto que los demás me presionan para que coma.
- 34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
- 35.- Tengo estreñimiento.
- 36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.
- 37.- Me comprometo a hacer régimen.
- 38.- Me gusta sentir el estómago vacío.
- 39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
- 40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

