

Citation:

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V. (2007). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA.

Palpan Jenny, Jiménez Carlos, Garay Jorge & Jiménez Victoria
Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

Se evaluaron los factores psicosociales (ansiedad, depresión, autoconcepto y disfunción familiar) que están asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginal de Lima. La adolescencia es una etapa crítica de cambios emocionales, físicos y sociales, pues en ella se despiertan a las normas y leyes de la sociedad que pueden resultar un riesgo en determinados comportamientos. Por tanto, fue propósito de esta investigación construir un modelo explicativo de los trastornos de alimentación, así como la identificación de sus factores de riesgo y protección. Se empleó un diseño no experimental, de tipo descriptivo, comparativo y correlacional. La muestra comprendió a 180 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, de ambos sexos, con edades entre los 14 y 18 años. Utilizamos la escala EAT-26 adaptada, escala de ansiedad y depresión de Golberg, el inventario de autoconcepto AF5 y el cuestionario de disfunción familiar. Los resultados indican un 22,2% tiene una presencia de trastorno de alimentación y que un 20,5% y un 25,1% se encuentran dentro del promedio de riesgo alto y bajo respectivamente. Además, que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres presenta un trastorno en su conducta alimentaría, en la prueba t de Student ($p = 0.046 < 0.05$) se mostró que existen diferencias significativas en el trastorno de alimentación de hombres y mujeres. Los Odds Ratio indican que la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo, en tanto que el autoconcepto se constituye en un factor de protección. En los hombres la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo. Sin embargo, la depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, y el autoconcepto resultó un factor de protección. Finalmente, en el análisis de regresión múltiple permite sostener la disfunción familiar es factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación, seguido del autoconcepto. En los hombres la disfunción familiar resultó ser el único factor predictor pero en las mujeres el autoconcepto y la depresión también resultaron significativos.

PSYCHO-SOCIAL FACTORS RELATED TO EATING DISORDERS IN URBAN ADOLESCENCES IN LIMA PERU

Abstract

This study measured psycho-social factors of anxiety, depression, self-concept and family dysfunction that are hypothesized to be related to adolescent eating disorders. Participants were students in a public education in Lima, Peru. Adolescence, a critical stage involving

emotional, physical and social changes in the context of societal norms and laws, increases the risk of certain behaviors. The purpose of this investigation was to construct an explanatory model of eating disorders and to identify risk factors and protective factors for the development of eating disorders. The design of the non-experimental study was descriptive, comparative and correlational.

The sample included 180 male and female students between the ages of 14 and 18 years who attended secondary school. Measures included an adapted EAT-26 scale, Goldberg's anxiety and depression scale, the AF5, an inventory of the self concept, and a questionnaire concerning family dysfunction.

The results indicated that 22.2% of the sample had an eating disorder; and that 20.5% and 25.1% respectively were within the average of high and low risk. Overall, 20% of the men and 26% of the women presented symptoms of an eating disorder, a significant difference Student t ($p < .05$). Odds Ratio analyses indicated that anxiety and family dysfunction represent risk factors, whereas the self concept was a protective factor. For males anxiety and family dysfunction were the primary risk factors. For females, depression and family dysfunction were risk factors and the self concept was a protective factor. Multiple regression analyses showed that familiar dysfunction is the greatest risk factor, followed by self concept. These analyses showed that family dysfunction was the only predictive factor for males, and that family dysfunction, self concept and depression were all risk factors for females.

Key Words: anxiety, depresión, self concept, family dysfunction, eating disorder, adolescence.

Palabras Claves: ansiedad, depresión, autoconcepto, disfunción familiar y Trastornos de alimentación, adolescencia.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la cultura sobre la estética y la belleza ha sufrido una serie de cambios producto de la globalización, y las nuevas tendencias que ofrece el mundo de Hoy. En diversas partes del mundo se percibe una cultura de perfección y de éxito. No importa los medios que se utilice, lo más valioso es el fin, como menciona Macchiavello "*el fin justifica los medios*". Sin embargo, en épocas pasadas la apariencia estética importaba muy poco, pues en los inicios de la civilización se valoraba a una mujer con sobrepeso, que pueda cuidar a los hijos. Una prueba de ello, tenemos la estatuilla de Willendorgt que simboliza el culto a la fertilidad. En la actualidad, se admira o se valora más a una mujer delgada y con síntomas de anorexia, bulimia o algún otro trastorno no alimenticio.

Dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios estéticos de la sociedad podríamos decir, que una nueva moda de una figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad. Esta nueva tendencia esta generando ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud. El DSM-IV y el CIE-10 menciona entre los más importantes: la anorexia, la bulimia nerviosa y los trastornos no especificados.

El culto a esta imagen se ha convertido como un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que, esta es la edad de cambios y crisis emocionales esta idea de un cuerpo perfecto ha impactado en la mente de distintas poblaciones de diversas edades y niveles socioeconómicos ocasionando cierto tipo de alineación en los jóvenes de hoy.

El adolescente experimenta esta idea de una manera muy especial, hay que tener en cuenta que esta etapa no solo es importante sino decisiva por sus implicaciones psicológicas. Por lo general el adolescente se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se dirige al mundo adulto, entre un mundo perdido y otro desconocido decide permanecer en su propio mundo acompañado por sus pensamientos, que son mayormente idealistas, perfeccionistas. Esta manera de pensar es la que recibe toda la información del mundo que los rodea, y por supuesto, que la idea de un cuerpo perfecto adquiere gran importancia ya que todo ideal, todo sueño y, obviamente, toda perfección influye poderosamente en el adolescente que cree y esta convencido que todo lo puede.

La sociedad con toda la intención posible busca imponer esta idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social. Encontramos que la figura perfecta esta ligada a la cultura y sexo de cada generación, comúnmente artistas, deportistas, modelos y niños, etc...sufre estos trastornos debido a una ansiedad y miedo de ser aceptado por una sociedad. Se estima que entre un 10 y un 24% de varones adolescentes en los Estados Unidos han reportado ataques de "hambre voraz" y entre el 1 y 2% admite la practica del vomito, el uso de laxantes o diuréticos. En 1980 un estudio universitario revelo que el 79% de mujeres y el 49% de hombres habían estado comprometidos en incontables excesos con la comida. En otro estudio, el 13% de la población general universitaria reporto experimentar el mayor síntoma de bulimia nerviosa 87% fueron mujeres y el 13% hombres.

Ante el cuestionamiento de cómo lograr en corto tiempo esta imagen de perfección corpórea, encuentran como pronta solución disminuir su ingesta de alimentos, también pueden optar por devolver el alimento ya ingerido, e incluso, no solo abandonar este ideal sino ir en contra de el, aumentando considerablemente su ingesta de alimentos; obteniendo como resultado de todos estos casos: Un Trastorno de Alimentación. En conclusión, no basta con crear programas de intervención o prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria, sino tener en cuenta que grado de influencia tienen los diversos factores psicosociales en los adolescentes, para alcanzar este objetivo resulta importante tener en cuenta lo obtenido por los investigadores. Bajo estas consideraciones establecidas, los problemas a resolver son :

¿Cuáles son los factores psicosociales de protección y de riesgo en los Trastornos de Alimentación de adolescentes de Lima? Y ¿Qué factor psicosocial tienen mayor capacidad predictiva de los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima ?

Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son alteraciones o anormalidades en la conducta de ingesta que por lo expuesto y coincidiendo con Gavino (1995) tiene su fundamento en el entorno social en que cada individuo se desenvuelve, además puede incluir otros factores como

trastornos emocionales, de personalidad e incluso una posible sensibilidad biológica o genética.

Según los estudios de Rivero y Vivas (2001) en Caracas, Venezuela, en 1997 el control personal de la conducta en tres aspectos: control objetivo, control subjetivo y creencias de control en mujeres con trastornos alimentarios, tienen riesgo de padecer trastornos alimentarios y normales. Utilizaron el test de actitudes hacia la alimentación, encontrando que las personas con trastornos alimentarios presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, menor sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta y mayor creencia en el control de otros poderosos sobre sus actos y consecuencias.

En un trastorno de alimentación el pensamiento se va distorsionado. El peso y la alimentación se experimenta en términos de todo o nada; si infringen una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten que han perdido el control y por consiguiente sienten fracasar en su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta peculiar manera de pensar llega incluso a incidir en otros aspectos de la cotidianidad adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales (Garner, Olmsted y Garfinkel, 1984; obsérvese en Buendía 1996).

Otro estudio que ve la aproximación a la realidad de la Anorexia nerviosa en nuestro medio se dio a través del Método de Estudio de casos individuales, método que le permitió trabajar simultáneamente los niveles intra e interpersonales en cada uno de los sujetos de la muestra. Encontrando, que la anorexia nerviosa es una enfermedad determinada por un conjunto de factores psicológicos individuales, psicológicos (ya sea autoestima, depresión entre otras) y familiares y/o por una combinación de los mismos (Zusman ,1990; en Glener, 1997)

Autoconcepto

Dentro de la gama de factores Psicosociales que se encuentran involucrados en los trastornos de alimentación hemos decidido incluir en nuestra investigación el autoconcepto por ser considerado un constructo fundamental en la formación de la personalidad de cualquier sujeto e indicador clave del bienestar psicológico (López, 2004; Pastor, Balaguer, 2001). El conocimiento de uno mismo y del mundo esta siempre en relación con el conocimiento de los otros, ya que el entorno humano evolucionista se corresponde esencialmente con una dimensión intersubjetiva (Guidano, 1995).

El autoconcepto es el conjunto de creencias, actitudes, atributos y valores de sí mismo que el sujeto construye en base a su propia observación, de la interpretación de sus experiencias y de la interacción con factores externos como los medios de comunicación, la cultura y los “*otros significativos*” que según Sullivan (1953, Citado por: Mori, 2002) son las personas que tienen mayor influencia en la formación del autoconcepto (Castañeda, 2004; Goróstegui, 2005).

En un estudio de Gismero (2000) se encontró que la asociación de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia con el autoconcepto físico resultan muy significativas. La población femenina, en general presento mayor riesgo que la masculina de padecer trastornos alimenticios. Básicamente el autoconcepto regula o guía la conducta

y sirve como filtro de todo tipo de experiencia autoreferente, que repercutirá en el aspecto afectivo y motivacional del individuo (Mori, 2002).

Funcionalidad Familiar

La adolescencia es considerada una fase del desarrollo importante y crítica, supone el final de la infancia y el inicio de la vida adulta, lo que implica transformaciones de diversos procesos psicológicos y reorganización. Los cambios biológicos y las influencias socio-ambientales determinan las demandas o limitaciones que facilitan o dificultan la estabilidad psicológica de los jóvenes. El principal motivo de trastornos de conducta en el adolescente es la crisis familiar, Zevallos (1996) considera que la inadaptación social del adolescente como el resultado del fracaso en el proceso de socialización entendiéndose que el aprendizaje da las pautas que permiten una adecuada y gratificante adaptación al medio.

La familia esta considerada como un grupo de pertenencia anexados mediante vínculos consanguíneos donde se establecen lazos de afecto y sentimiento, y en el mejor de los casos "*lazos de amor*" que es la idea que ahora el Ministerio de Educación imparte desde el primer grado de primaria en sus diversos libros. Esta tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producto tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. De la Cuesta Pérez y Louro (1996) consideran que el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

De acuerdo, a estas consideraciones expuestas es importante explicar la Funcionalidad Familiar pues cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud- Enfermedad de los miembros y sus relaciones. Diremos entonces que la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares.

Ansiedad

La ansiedad es estado que tiene que ver con la manera de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno que considera amenazantes o nocivos. Este fenómeno se da de manera cotidiana y llega a cumplir una función adaptativa, sin embargo cuando una situación o estímulo adverso supera todos nuestros recursos para enfrentarlo, la ansiedad se torna desadaptativa y afecta distintos ámbitos de la vida cotidiana.

La relación entre ansiedad y trastornos de alimentación ha estado poco delimitada aunque se mantiene la idea sobre su importancia a nivel clínico pero resulta afirmativa su relación con los trastornos afectivos, pues existen datos vinculados en la continuación de técnicas de Comorbilidad. Los datos del estudio longitudinal de Toronto indican una prevalencia de trastorno de ansiedad de más de 50% después de 4 a 8 años de tratamiento (Toneret, 1986; véase en Buendía, 1996). Un 70% de los trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración.

Depresión

La depresión se incluye dentro de los trastornos afectivos y se expresa en diversos síntomas como trastornos de sueño, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, ideas de culpa, percepción negativa del futuro, pérdida de apetito, vivencia de pérdida, fácil fatiga, entre otros síntomas que deben durar por lo menos dos semanas para realizar un diagnóstico de episodio depresivo. Estos síntomas van a variar en intensidad y en expresión según el tipo de personalidad de cada sujeto y la causa de dicho episodio que para no ser considerado psicopatológico no debe durar más de seis meses (CIE 10; Hernández, 2000).

Distintuir entre un trastorno de alimentación y una depresión debido a que manifiestan signos, síntomas y tendencias familiares similares. Según estudios se ha demostrado que el estado de ánimo depresivo puede observarse mayormente en pacientes con trastornos de alimentación y que se asemejan a las características vegetativas de una depresión mayor (40-80*100) (piran et. Al. 1985 cítese en Buendía, 1996). Sin embargo tales síndromes son comunes en personas con una gran variedad de trastornos y además la falta de alimentación puede producir en el organismo cambios a nivel cognitivo, afectivo y social que se asemejan a una depresión mayor.

Método

Población y Muestra:

La población lo constituyen adolescentes residentes en una zona urbana popular de Lima Metropolitana. La muestra es de 180 alumnos que cursan el cuarto y quinto año de secundaria. Entre las características sociodemográficas más relevantes de la población es que comprenderán a alumnos de ambos sexos, con edades entre los 14 y 18 años. Sobre la base de la población identificada se conformó una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Criterios de inclusión: género (masculino y femenino), edad (14 y 18 años) y grado de estudio (cuarto y quinto año de secundaria). **Criterios de exclusión:** adolescentes con tratamiento médico y edades menores a 14 años y mayores a 18 años.

Diseño y Variables:

El diseño de investigación correspondiente de acuerdo con Kerlinger y Lee (2002) y Salkins (1999) es ex post- facto o no experimental. Por la naturaleza del problema y los objetivos de estudio, el tipo de investigación es descriptivo, comparativo y correlacional de tipo multivariante. (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

Las variables de estudio son:

Variables de Relación: Factores Psicosociales (autoconcepto, depresión, ansiedad y disfunción familiar) y Trastornos de Alimentación (ausencia, promedio bajo, promedio en riesgo, presencia). *Variables de Control:* Edad y Nivel socioeconómico. *Variables de Asignación:* Grado de estudio y Sexo.

Instrumento y Materiales:

Escala de Autoinformes de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios (EAT-26) de Garner y Garfinkel: consiste en una escala de 26 ítems de 6 puntos cada ítem, y de elección forzosa: deriva de un análisis factorial del original EAT (Garner y Garfinkel, 1979). El EAT-26 se compone de 3 sub escalas (por ejemplo: “Dieta”, “Bulimia y preocupación por la comida” y “Control oral”. Las personas deben responder si cada ítem les puede ser aplicado “siempre”, “muy a menudo”, “a menudo”, “alguna vez”, “raramente” o “nunca”. Las respuestas para cada ítem se puntúan de 0 a 3, asignándose la puntuación 3 a las respuestas que mas se aproximan una “dirección sintomática”. La confiabilidad de la prueba en nuestro estudio es óptima ($\alpha = 0.783$) lo cual cumple con uno de los objetivos de nuestra investigación.

Escala de Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musitu (1999): Es una escala de auto reporte construida por García y Musitu (1999) para la población española con el objetivo de evaluar el autoconcepto de manera global y manera específica en cinco de sus dimensiones: Académico-laboral, Social, Emocional, Familiar y Físico. Este instrumento está compuesto en total por 30 ítems, con respuestas tipo Likert de cinco anclajes que van desde nunca (1) hasta siempre (5). Evalúa 5 dimensiones básicas del Autoconcepto académico laboral, Autoconcepto social, Autoconcepto emocional, Autoconcepto familiar, Autoconcepto físico. Numerosos estudios muestran sus propiedades psicométricas (García & Musitu, 1999; Tomás y Oliver, 2004), cuestionario elaborado en español y no una adaptación y/o traducción.

Depresión y Ansiedad: escala de Golberg (EADAC) instrumento de guía, como un indicador de la prevalencia y la gravedad de estas variables. La sub escala de ansiedad tiene 9 ítems y la sub escala de depresión 10 ítems. La confiabilidad de la prueba en nuestro estudio es óptima ($\alpha = 0.656$ y 0.583 respectivamente).

Cuestionario de Funcionamiento Familiar: El instrumento mide la función o disfunción familiar como variable de trabajo para este estudio. Es un cuestionario de cuantificación de hábitos que indica el peso al componente conductual de la función familiar, creada en el idioma castellano para nuestra población. Presenta 10 frases relacionadas con la relación familiar, gustos y hábitos de la familia formuladas la en términos positivos. En la población analizada la confiabilidad arrojo un puntaje favorable (Alpha =0.798).

Procedimiento

En la primera fase del estudio los procedimientos corresponden a la construcción y adaptación de los instrumentos de investigación. Una vez revisado los instrumentos, contruidos y adaptados, estos serán aplicados a alumnos de un colegio nacional de Lima Metropolitana. Se hará de modo colectivo en diferentes aulas. En la segunda fase se ha procedido ha la depuración de instrumentos y construida nuestra base de datos se procederá a los análisis estadísticos pertinentes a los objetivos e hipótesis de investigación. Dichas asociaciones se estimaran mediante valores Odds Ratio (OR) con la finalidad de identificar en que medida las variables psicosociales constituyen un factor de riesgo o protección en los trastornos de alimentación de adolescentes. Para lo cual se utilizo paquetes estadísticos como SPSS 11.5 para Windows.

Resultados

Adaptación y propiedades psicométricas la Escala de Autoinformes de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación (EAT-26)

Los datos referentes a la confiabilidad y validez de Constructo de la escala EAT- 26 que se reportan se estimaron sobre la base de una muestra de 200 escolares de educación secundaria de un colegio nacional en una zona urbano marginal de Lima Metropolitana.

Confiabilidad:

En la tabla 1, se observa que la Escala de Autoinformes de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación en su versión adaptada presenta una consistencia interna óptima ($\alpha = 0.783$). Asimismo, las sub escalas muestran índices de consistencia fuertes. Por tanto, cabe concluir que el instrumento es muy confiable.

Tabla 1.

Índice de consistencia interna para la Escala EAT-26.

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha de Cronbach
Dieta	13	0.758
Bulimia	6	0.702
Control oral	7	0.694
Escala Total	26	0.783

Validez de Constructo:

Con el objetivo de verificar la validez de constructo de la Escala EAT- 26 y poder responder a la pregunta ¿qué mide el test? (Cortada de Cohan, 1999) hemos sometido a un análisis riguroso mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Análisis Factorial Exploratorio:

Como se puede apreciar la Tabla 2, la prueba de esfericidad de Barlett, permite rechazar la hipótesis nula, que dice, la matriz de correlación en la población es una matriz de identidad. El valor de la estadística KMO (.768) también es alto (mayor a 0.01). De modo que puede considerarse al análisis factorial como una técnica apropiada o tiene sentido de llevarse a cabo.

Tabla. 2

KMO y prueba de Bartlett para evaluar la pertinencia del modelo factorial

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.768
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1308.806
	Gl	300
	Sig.	.000

En la tabla 3, la extracción de 3 factores es explicado por el 36% de la varianza. Teóricamente se recomienda que los factores que se extraen representen por lo menos el 60% de la varianza total, en nuestro caso se tuvo que ajustar a 3 de los factores que se presentaron, pues como dice la teoría quedaría justificado, en razón de los datos presentados y se verificaría así su validez de constructo.

Tabla 3
Estadísticos de la varianza total explicada.

ITEMS	Componente		
	1 (DIETA)	2 (BULIMIA)	3 (CONTROL ORAL)
1	.474		
2			.382
3		.380	
4		.605	
5			.485
6	.229		
7	.653		
8			.716
9		.262	
10	.593		
11	.447		
12	.462		
13			.616
14	.597		
15			.278
16	.656		
17	.476		
18		.452	
19			-.407
20			.682
21		.436	
22	.481		
23	.637		
24	.646		
26		.687	

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

En la Tabla 4, se observa que la saturación de los ítems en cada uno de los 3 factores. Los pesos factoriales son en su gran mayoría mayores de 0.30, esto significa que son suficientemente elevados (Rodríguez, Peña & Graña, 2002) o “salientes” (Gorsuch, 1983; véase Corral, Bazán y Sánchez, 2000), lo cual quiere decir que los valores son aceptables. Solo los ítems 1, 11, 12,15 satura con peso significativos en dos o 3 dimensiones, sin embargo su mayor carga corresponde al primer componente lo cual es esperado.

Tabla 4
Matriz de configuración factorial de los ítems del MBI

COMPONENTE	AUTOVALORES INICIALES			SUMA DE LAS SATURACIONES AL CUADRADO DE LA ROTACIÓN		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.500	21.999	21.999	5.500	21.999	21.999
2	1.880	7.522	29.520	1.880	7.522	29.520
3	1.647	6.586	36.106	1.647	6.586	36.106
4	1.509	6.035	42.141			
5	1.373	5.491	47.632			
6	1.246	4.984	52.616			
7	1.236	4.945	57.561			
8	1.010	4.039	61.600			
9	.961	3.844	65.443			
10	.886	3.543	68.986			
11	.868	3.473	72.459			
12	.800	3.198	75.657			
13	.761	3.043	78.701			
14	.712	2.849	81.550			
15	.647	2.590	84.140			
16	.578	2.314	86.454			
17	.517	2.068	88.522			
18	.498	1.994	90.515			
19	.456	1.824	92.339			
20	.445	1.779	94.118			
21	.367	1.466	95.584			
22	.329	1.318	96.902			
23	.301	1.205	98.107			
24	.264	1.057	99.163			
25	.209	.837	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Validez

En la tabla 5, se presenta los cálculos estimados y tomando como criterio de aceptación, correlaciones con significancia al $p < 0.05$. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo se verifica que el instrumento mida lo que dice medir. Magnusson (1991), Alarcón (1991) y Cortada de Kohan (1999) refieren que la relación entre un ítem y el test total puede expresarse en un coeficiente de correlación. Los resultados de los análisis de los ítems ejecutados, que identificaron correlaciones significativas confirman que la Escala del EAT-26, presenta validez.

Tabla 5
Correlación item-test

ITEM	r	p	ITEM	r	p	ITEM	r	P
1	.588	.000	11	.596	.000	21	.308	.016
2	.427	.000	12	.602	.000	22	.457	.000
3	.380	.000	13	.270	.020	23	.454	.000
4	.255	.001	14	.666	.000	24	.524	.000
5	.561	.000	15	.342	.000	25	.580	.000
6	.185	.012	16	.536	.000			
7	.615	.000	17	.471	.000			
8	.463	.000	18	.426	.000			
9	.234	.001	19	.332	.015			
10	.537	.000	20	.405	.000			

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
NS no es significativo

Baremos

Para efectos de clasificar e interpretar los puntajes que han obtenido los adolescentes en el escala EAT- 26 en su versión modificada se ha estimado la distribución de los puntajes directos en función de valores percentilares de modo tal que una puntuación alta o elevada en la escala del EAT-26 corresponde con la presencia de algún trastorno de alimentación. Esta categorización se lleva a cabo teniendo en cuenta la forma original de calificación del instrumento, que esta diseñado a establecer el perfil del trastorno. En la tabla 6, se presenta las normas percentilares del inventario EAT- 26 para los adolescentes. Teniendo como punto de mira el EAT-26, en la categoría baja se encuentra los resultados de los sujetos que ocupan el cuarto inferior (percentiles 1 a 25), en la categoría promedio bajo (percentiles 26 a 50), en la categoría promedio en riesgo (percentiles 51 a 75) y la presencia (percentiles 76a 100)

Tabla 6
Niveles de trastorno

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN DIRECTA
Ausencia	1-4
Promedio bajo	5-8
Promedio en riesgo	9-14
Presencia	15-en adelante

Teniendo en cuenta los valores percentilares (Pc 25, 50, 75) de la Tabla 6, los niveles de las escalas de EAT-26 quedan establecidos del siguiente modo (véase Tabla 7 y 8)

Tabla 7*Normas percentilares para la escala EAT-26*

Pc	TOTAL			Pc
	DIETA	BULIMIA	CONTROL ORAL	
5	0	0	0	5
10	0	0	0	10
15	0	0	1	15
20	1	0	1	20
25	1	0	1	25
30	1	0	2	30
33	1	0	2	33
35	2	0	2	35
40	2	0	3	40
45	3	0	3	45
50	3	0	3	50
55	4	0	3	55
60	4	1	4	60
65	5	1	4	65
66	6	1	5	66
70	6	2	5	70
75	7	2	5	75
80	8	2	6	80
85	11	3	7	85
90	12	3	7	90
95	14	5	8	95
N	185	189	182	N
Media	4.63	1.08	3.68	Media
DS	4.855	1.771	3.010	DS

Tabla 8*Normas percentilares para las sub escalas del EAT-26*

Percentil	PD	Percentil	PD
5	1	55	8
10	2	60	10
15	3	65	11
20	3	70	12
25	4	75	14
30	4	80	16
35	6	85	18
40	7	90	21
45	7	95	25
50	8	99	33

Propiedades psicométricas de la escala: Ansiedad y Depresión de Golberg.*Confiabilidad :*

En la tabla 8 y 9, se observa que las escalas de Ansiedad y Depresión de Golberg presentan una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.656$ y 0.583 respectivamente). Concluyendo que los instrumentos son confiables.

Validez:

Las tabla 8a y 9, muestran los cálculos estimados y tomados como criterio de aceptación, presentan correlaciones con significancia al $p < 0.05$, los análisis de los ítems ejecutados, identificaron correlaciones significativas que confirman la validez de la escala de ansiedad y depresión. Por tanto, no tuvimos que eliminar ninguno de los ítems contenidos en el cuestionario.

Tabla 8a

Correlación ítem-test de la Escala de Ansiedad

ITEM	r	p	ITEM	r	p
1	.530	.000	6	.514	.000
2	.396	.000	7	.421	.000
3	.634	.000	8	.343	.021
4	.364	.001	9	.497	.000
5	.578	.000			

Tabla 9

Correlación ítem-test de la Escala de Depresión

ITEM	r	p	ITEM	r	p
1	.415	.000	6	.483	.000
2	.594	.000	7	.380	.000
3	.652	.000	8	.620	.021
4	.575	.001	9	.343	.000
5	.276	.000			.000

Propiedades psicométricas del cuestionario de Funcionamiento Familiar.

Confiabilidad :

En nuestra población analizada la confiabilidad del cuestionario de Función Familiar analizada según el alfa de Cronbach arrojo un puntaje favorable (Alpha =.752)

Validez :

Como se observa en la tabla 10, los cálculos estimados y tomando como criterio de aceptación, correlaciones con significancia al $p < 0.05$, resultaron que el análisis de los ítems ejecutados, que identificaron correlaciones significativas confirman la validez del cuestionario de Funcionamiento Familiar. Por tanto, no tuvimos que eliminar ninguno de los ítems contenidos en el cuestionario.

Tabla 10*Correlación ítem-test*

ITEM	r	p	ITEM	r	p
1	.661	.000	6	.464	.000
2	.616	.000	7	.288	.000
3	.593	.000	8	.732	.021
4	.628	.001	9	.483	.000
5	.664	.000	10	.497	.000

Propiedades psicométricas de la Escala de Autonconcepto de García y Musito (AF5)*Confiabilidad:*

Se presentan las estimaciones de la confiabilidad de la escala AF5, mediante los coeficientes de consistencia interna del Alpha Crombach =0.867, el cual es favorable e indica la presencia de una consistencia interna.

Validez

En la tabla 11, se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítems. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. Las correlaciones resultan altamente significativas, lo cual confirma que la escala de autoconcepto presenta validez.

Tabla 11*Correlación ítem-test de la Escala AF5*

ITEM	r	p	ITEM	r	p	ITEM	r	p
1	.405	.000	11	.321	.000	21	.537	.000
2	.501	.000	12	.420	.000	22	.329	.000
3	.415	.000	13	.394	.000	23	.488	.000
4	.383	.000	14	.519	.000	24	.576	.000
5	.266	.000	15	.469	.000	25	.377	.000
6	.437	.000	16	.469	.000	26	.521	.000
7	.460	.000	17	.405	.000	27	.510	.000
8	.419	.000	18	.390	.000	28	.420	.000
9	.652	.000	19	.550	.000	29	.495	.000
10	.396	.000	20	.617	.000	30	.532	.000

Trastornos de Alimentación: Sexo y prevalencia.

A continuación se presentan y describen los resultados que corresponden al sexo en los trastornos de alimentación autoreferidas por los adolescentes. En la figura 1, se observa que el grupo de las mujeres presenta una mayor porcentaje en la presencia de los trastornos de alimentación (25.6%) que en los hombres (19.4%). Evidenciándose de manera inversa en la ausencia de trastornos en hombres (35.5%) y mujeres (28.2%). La tendencia se mantiene de modo similar en las demás categorías tanto para hombres como mujeres.

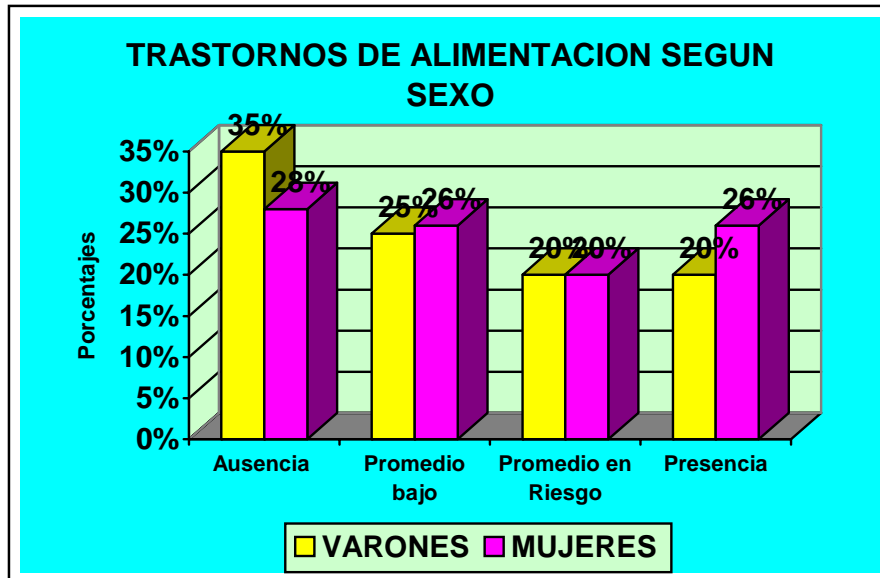


Figura 1 . NIVELES DE TRASTORNOS DE ALIMENTACION, SEGÚN SEXO

En la tabla 12, se puede observar que se utilizó la prueba t para muestras independientes comparando los trastornos de alimentación, según el sexo. Los resultados indican que los valores de sig. Bilateral ($p = 0.046 < 0.05$) indican que existen diferencias significativas en el trastorno de alimentación tanto para hombres y mujeres.

Tabla 12

Comparación de los trastornos de alimentación, según sexo

Estadísticos de grupo				
SEXO	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
Masculino	88	8.02	6.828	.728
Femenino	77	10.70	9.357	1.066

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	4.036	.046	-2.118	.163	.036	-2.679	1.265	-5.176	-.181
No se han asumido varianzas iguales			-2.075	137.284	.040	-2.679	1.291	-5.232	-.126

Sobre la base de la muestra total (180 adolescentes), se observa en la tabla 13 que la mayoría de adolescentes evaluados muestran una ausencia del trastorno de alimentación (32.2 %). Pero un grupo importante y relevante se encuentra en riesgo (20.5 %), y otro seguido de un grupo que si presenta un trastorno de alimentación **22.2 %**, siendo este un dato relevante para nuestra investigación.

Tabla 13

Niveles de Trastornos de Alimentación

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	55	32.2
Promedio bajo	43	25.1
Promedio en riesgo	35	20.5
Presencia	38	22.2
Total	171	100.0

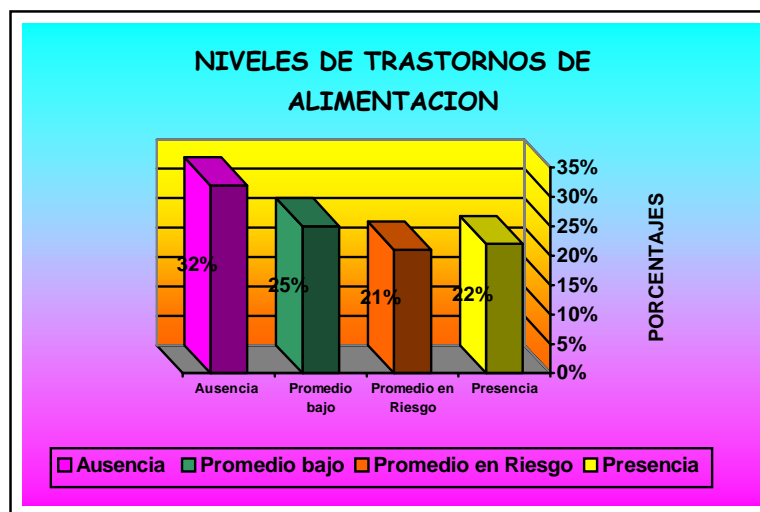


Figura 2 . NIVELES DE TRASTORNOS DE ALIMENTACION

Factores psicosociales asociados a los trastornos de Alimentación

Se presentan y describen los resultados que corresponden a los Factores Psicosociales (depresión, ansiedad, disfunción familiar y autoconcepto) asociados a los trastornos de alimentación referidas por los adolescentes. En la tabla 14, se observa que las variables consideradas en la ecuación logística la ansiedad y la disfunción familiar están asociadas de manera positiva con los trastornos de alimentación, y en contraste el autoconcepto que esta asociada negativamente con el trastorno de alimentación. Los Odds Ratio de los resultados indican que la ansiedad y la disfunción familiar son factores de riesgo, mientras que el tener un buen autoconcepto se constituye en un factor de protección para los trastornos de alimentación.

Tabla 14

Valores Odds Ratio para los trastornos de alimentación.

Variables	B	E.T	Wald	Gl	Sig.	OR	IC 95%	
							Inferior	Superior
Autoconcepto	-.027	.014	3.854	1	.050	.973	.948	1.000
Depresión	.041	.084	.239	1	.625	1.042	.884	1.229
Ansiedad	.166	.082	4.041	1	.044	1.180	1.004	1.387
Disfunción Familiar	.360	.075	23.036	1	.000	1.433	1.237	1.660
Constante	.240	1.626	.022	1	.883	1.271		

Variable(s) introducida(s) en el paso 1: ansiedad, depresión, autoconcepto, disfunción familiar

Además, este análisis para los sexos nos indica que en las mujeres la depresión y la disfunción familiar están asociadas de manera positiva con los trastornos de alimentación, y en contraste con el autoconcepto que esta asociada negativamente con el trastorno de alimentación. Los resultados los valores de Odds ratio indican que en los hombres la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo. Sin embargo, la depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, en tanto que el tener un buen autoconcepto se constituye en un factor de protección para los trastornos de alimentación.(véase Tabla15)

Tabla 15

Valores Odds Ratio para los trastornos de alimentación, según sexo.

Variable(s) introducida(s) en el paso 1: ansiedad, depresión, autoconcepto, disfunción familiar							
Constante	1.908	2.958	.416	1	.519	6.742	

SEXO	VARIABLES	B	E.T	Wald	Gl	Sig.	OR	IC 95%	
								Inferior	Superior
Masculino	Ansiedad	.265	.126	4.400	1	.036	1.304	1.018	1.670
	Depresión	-.135	.115	1.365	1	.243	.874	.697	1.096
	Autoconcepto	-.019	.019	.962	1	.327	.981	.944	1.019
	Disfunción Familiar	.552	.133	17.293	1	.000	1.736	1.339	2.252
	Constante	-	2.581	.279	1	.597	.255		
Femenino		1.365							
	Ansiedad	.008	.140	.003	1	.955	1.008	.766	1.326
	Depresión	.483	.178	7.364	1	.007	1.621	1.144	2.299
	Autoconcepto	-.056	.025	5.246	1	.022	.945	.901	.992
	Disfunción Familiar	.214	.112	3.652	1	.056	1.238	.995	1.541

Finalmente, en la tabla 16 la ecuación del modelo de regresión lineal múltiple ($F= 25.012$) es significativa. Los predictores presentan de manera general un 38.5% de explicación en los trastornos de alimentación. En los pesos Beta estandarizados, valor para comparar el efecto de cada predictor sobre la variable dependiente, se observa que la disfunción familiar es la variable con mayor predicción en los trastornos de alimentación, siendo esta predicción directa y presentando un mayor grado de significancia, con lo que se observa que a medida que el nivel de disfunción familiar aumente, la probabilidad de llegar a un trastorno de alimentación será mayor. El autoconcepto es la segunda variable que mejor nuestro modelo de manera inversa, es decir, a menor autoconcepto mayor presencia de un trastorno de alimentación. Existe una variación en cuanto a las demás variables; la ansiedad es la tercera variable predictoría que se presenta como un débil predictor y la depresión resulta no significativo en el efecto predictivo de los trastornos de alimentación.

Tabla 16

Análisis de Regresión Múltiple para la Variable Dependiente Trastornos de alimentación

R	.620
R cuadrado	.385
R cuadrado corregida	.369
Error típ. de la estimación	6.505

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	4233.831	4	1058.458	25.012	.000(a)
Residual	6770.896	160	42.318		
Total	11004.727	164			

Coefficientes(a)

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	13.963	4.626		3.018	.003		
Ansiedad	.626	.239	.179	2.616	.010	.818	1.222
Depresión	-.047	.245	-.014	-.194	.847	.770	1.299
Autoconcepto	-.115	.038	-.195	-2.993	.003	.906	1.104
Disfunción familiar	1.280	.171	.487	7.478	.000	.908	1.101

Además, se realizó un análisis de regresión múltiple para identificar el factor que predice mejor el trastorno de alimentación, según el sexo. La ecuación del modelo de regresión lineal múltiple ($F= 28.170$ para masculino y $F= 26.852$) es significativa para ambos casos. Los predictores explican que en el sexo femenino el modelo tiene un 62.3% de explicación y en el masculino un 63.4% de la variación total de los trastornos de alimentación. En los pesos Beta estandarizados, valor para comparar el efecto de cada predictor sobre la variable dependiente según sexo, se observa que la disfunción familiar es la variable con mayor predicción en el riesgo suicida, tanto en hombres como en mujeres, presentando alto grado de significancia. Existe una variación para los sexos en cuanto a las demás variables. Para el sexo masculino, solo la variable de disfunción familiar fue significativa. A diferencia de las mujeres, en el cual la el autoconcepto es la segunda variable que mejor la explica, seguida de la familiar seguida de la depresión.

Tabla 20

Análisis de Regresión Múltiple para la Variable Dependiente Trastornos de Alimentación, según sexo

	SEXO	
	Masculino	Femenino
R	.796	.789
R cuadrado	.634	.623
R cuadrado corregida	.612	.600
Error típ. de la estimación	4.089	5.002

ANALISIS DE VARIANZA

SEXO		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Masculino	Regresión	1883.673	4	470.918	28.170	.000(a)
	Residual	1086.613	65	16.717		
	Total	2970.286	69			
Femenino	Regresión	2686.866	4	671.716	26.852	.000(a)
	Residual	1626.006	65	25.015		
	Total	4312.871	69			

Coeficientes(a)

SEXO		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
Masculino	(Constante)	3.063	4.839		.633	.529
	Disfunción familiar	2.222	.212	.795	10.497	.000
	Ansiedad	-.098	.259	-.031	-.376	.708
	Depresión	.206	.266	.069	.774	.442
	Autoconcepto	-.021	.041	-.044	-.524	.602
Femenino	(Constante)	16.215	6.224		2.605	.011
	Disfunción familiar	1.235	.187	.566	6.596	.000
	Ansiedad	-.012	.291	-.004	-.042	.966
	Depresión	.804	.350	.211	2.297	.025
	Autoconcepto	-.136	.053	-.220	-2.589	.012

A su vez, se analizó la relación de los trastornos de alimentación y los factores psicosociales (ansiedad, depresión, disfunción familiar y autoconcepto) y los trastornos de alimentación. Las correlaciones se mostraron significativas a nivel $p < 0.05$, obteniéndose que la relación de los trastornos de alimentación con la ansiedad y la depresión es positiva moderada débil pero significativas; así mismo esta variable dependiente se asocia de manera fuerte y significativa con la disfunción familiar. El trastorno de alimentación se relaciona en sentido inverso y fuerte con el autoconcepto.

Tabla 24

Correlación de los Trastornos de alimentación con las Variables Psicosociales

	Trastorno de Alimentación	
	r	p
Ansiedad	.316**	.000
Depresión	.238**	.002

Disfunción Familiar	.558**	.000
Autoconcepto	-.307**	.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

Una de las contribuciones relevantes del presente estudio es la de proveer un instrumento adaptado, en nuestro medio para medir los trastornos de alimentación (EAT-26) y su tridimensionalidad de manera confiable y válida en adolescentes. En relación a las propiedades psicométricas de este instrumento, cabe precisar que, si bien es cierto que existen datos de validez y confiabilidad del EAT-26 reportados en diferentes estudios (Garner & Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted y Garfinkel, 1982) en poblaciones del extranjero, en nuestro medio hay muy pocos reportes. Sin embargo, no se ha modificado ningún ítem pero se eliminó el ítem 25 de la sub escala Dieta las demás frases de los ítems del instrumento se mantuvieron de modo similar a la versión original (Garner & Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted y Garfinkel, 1982). Además, hemos mantenido su respuesta tipo Lickert para que de una manera sencilla y clara de los estudiantes puedan comprender y responder, manteniendo desde luego su misma lógica en el modo de valoración de las respuestas. Respecto a los cambios realizados en la estructura sintáctica de alguno de estos ítems, de la escala EAT-26 para la presente investigación cabe resaltar que, para verificar su versión modificada se ha sometido a un análisis de contenido.

Los resultados obtenidos señalan que la escala EAT-26 adaptada presenta un muy buena confiabilidad puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el alpha de Cronbach son altos (siendo los valores alpha 0.758, 0.702 y 0.694 para sus dimensiones dieta, bulimia y control oral) y los coeficientes de estabilidad obtenidos muestran valores que consideran el instrumento como indicador de una buena confiabilidad. En cuanto a la validez de constructo de la escala EAT-26 se ha sometido a un análisis riguroso por su tridimensionalidad (propuesto por Garner & Garfinkel, 1979), podemos señalar que a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se confirma la validez de constructo del EAT-26. Respecto a los resultados de esta prueba se indica que la prueba de esfericidad de Barlett, permite rechazar la hipótesis nula, que dice, la matriz de correlación en la población es una matriz de identidad. El valor de la estadística KMO (.768) también es alto (mayor a 0.01). De modo que puede considerarse al análisis factorial como una técnica apropiada o tiene sentido de llevarse a cabo, por lo que se concluye que la escala posee validez de constructo.

Respecto a las demás pruebas los resultados psicométricos hallados nos permiten considerar que el instrumento cumple satisfactoriamente los criterios de confiabilidad (consistencia interna) y validez de constructo.

Durante décadas, la sociedad ha ido imponiendo roles estereotipados a las personas que hoy en día se han invertido. Los desordenes o trastornos alimenticios, no solo afectan, como es común a mujeres sino también a hombres y niños. Uno de los hallazgos, de este estudio demuestran que las mujeres presenta una mayor porcentaje en la presencia de los trastornos de alimentación (25.6%) que en los hombres (19.4%). Tendencia que se

mantuvo de modo similar en las demás categorías "...las mujeres que sufren de trastornos en su alimentación no son juzgadas, sin embargo, los hombres afectados reciben un trato negativo y la sociedad los condiciona a que posean un enfermedad grave, generalmente relacionado con los homosexuales o bisexuales.

Esta realidad, afecta a la gran mayoría de jóvenes, adultos e incluso niños, nosotros encontramos sobre la base de la muestra total (180 adolescentes), que si bien la mayoría de adolescentes evaluados presentan una ausencia del trastorno de alimentación (32.2 %) un grupo importante se encuentra en riesgo (20.5 %), seguido de otro grupo que si presenta un trastorno de alimentación **22.2 %**, siendo este un dato relevante para nuestra investigación. En otro estudio se encuentra que el 90 – 95 % de los casos de trastorno de alimentación se da en adolescentes del sexo femenino, sin embargo los resultados de la investigación muestran claramente que la diferencia según genero si bien es cierto aun se mantiene también es cierto decir que esta a disminuido significativamente (Lengua ,2005)

Los jóvenes están sometidos a la nueva tendencia generada por los medios de comunicación y diversos consorcios que unen y se hacen cómplices para promocionar una imagen de mujeres y hombres apuestos, vistos en magazines, películas, TV, etc.....Provocando un efecto de desagrado e irritación sobre su propia imagen corporal. Hacen una mentalidad sobre "cuerpos perfectos" para que se les interiorice y adopten esta forma de verse, buscando aspirar ser como o parecerse al Standard del hombre ideal que predomina en la sociedad. En los hombres, la "perfección" de los cuerpos ya tiene una nueva denominación "Metrosexual", es decir, un hombre que cuida su apariencia y físico.

A pesar que existen diversos estudios sobre los trastornos de alimentación y las variables que se relacionan con ellas. Nuestro estudio demuestra que la ansiedad y la disfunción familiar son factores de riesgo y que el autoconcepto se constituye como un factor de protección. Gismero, E (2000) encuentra una asociación de los trastornos de la alimentación en la adolescencia con el autoconcepto, hecho que es corroborado por los resultados de nuestra investigación en que halla relación con todos los factores Psicosociales estudiados (autoconcepto, funcionalidad familiar, ansiedad y depresión). Además, se pudo observar que en los hombres la ansiedad y la disfunción familiar representan factores de riesgo. Sin embargo, la depresión y la disfunción familiar constituyen un factor de riesgo en las mujeres, y el autoconcepto resulto un factor de protección.

Los delirios o modas de la juventud ocasionada con respecto a su alimentación y una figura perfecta traen consecuencias en algunos casos fatales y otros serios problemas de personalidad. Los adolescentes piensan que es algo sencillo y manejable por atravesar una etapa de crisis y cambio emocionales, sin embargo, este riesgo puede llevarlos a la muerte generándoles consecuencias biológicas. Las influencias que estos desordenes generan no solo están sometidos a conflictos personales , es decir, que tienen muchas causas, por ejemplo las cadenas de supermercados que ofrecen comida "chatarra" con poco nivel de vitaminas y proteínas. Logran que miles de familias cambien sus hábitos alimenticios por otro que desequilibren su salud y una disfuncionalidad familiar.

Para explicar como nuestro modelo explica los trastornos de alimentación, se utilizo el análisis de regresión múltiple que permite sostener que la disfunción familiar es factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación, seguido del

autoconcepto. Teniendo el modelo un 38.5% de explicación. En los hombres la disfunción familiar resulto ser el único factor predictor pero en las mujeres el autoconcepto y la depresión también resultaron significativos. Sin embargo, para las mujeres el modelo tiene un 62.3% de explicación y para los hombres el 63.4% de la variación total de los trastornos de alimentación. Gavino (1995) propone un modelo explicativo de los trastornos de la alimentación en la que considera el entorno social como fundamento principal de dicho trastorno coincidiendo con lo hallado en la investigación en la cual se encuentra relación con todos los factores Psicosociales estudiados.

En la actualidad, es execrable que las personas no se preocupen por el aporte nutricional de sus alimentos y solo brinde importancia a su aspecto físico. Por otro lado, nuestros alimentos reflejan nuestro estado de ánimo y por otro, nuestros hábitos nos hacen ver cuanto de estrés tenemos emocionalmente. Una mente clara y un cuerpo relajado saben cuanta comida necesitan. La clave de una alimentación sana puede resumirse en una sola frase: comer pequeñas cantidades de alimentos de alta calidad, a la hora adecuada y de una manera relajada constituye la base de una buena salud (Meltzer, 2001)

En nuestra cultura, las comidas con las que nos hemos criado constituyen nuestra primera dieta. Estas comidas resultan tan familiares que nos hacen recordar la juventud o la niñez. Asociamos a ciertos alimentos con fuertes recuerdos y comemos para revivirlo. Nos han condicionado para utilizar como un sistema de recompensa emocional, nos han entrenado para liberar energías reprimidas y frustraciones mediante la comida. La utilizamos como un mecanismo de ayuda y para consolarnos a nosotros mismos mucho mas a menudo de lo que creemos. Si quieres perder peso, tener buen aspecto y sentirte de maravilla, es necesario comprender la relación con su entorno social, además de los costos emocionales y físicos.

En conclusión, los trastornos de alimentación presentan un conjunto de factores para su inicio, desarrollo y mantenimiento que esta relacionado más a la cultura y el sexo. De ello se infiere que se realice un mejor abordaje de dichos trastornos como nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: UPCH Fondo Editorial.
- Belloch, A.; Sandin y Ramos (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide
- Caro, M. (1996), *Riesgo y Prevención de la Anorexia y la Bulimia*, Martínez. Barcelona.
- Carranza, M. (1997). *Trastornos de Ansiedad*. Monografía para optar la licenciatura en psicología. Lima: UNFV
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid.
- Córdoba, N. (2001). *Desarrollo de la asertividad y autoestima*. Monografía para optar la licenciatura en psicología. Lima: UNFV

- Florentino, Correché & Barbenza (1996) Influencia de los factores biológicos y ambientales en la estructuración del autoconcepto. *Más Luz, Revista de Psicología y Pedagogía*, 3(1), 95– 103.
- Cortada de Kohan, N. (1991). *Teorías Psicométricas y Construcción de Tests*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De la Cuesta D, Pérez E. Louro (1996). Funcionamiento Familiar. Construcción y Validación de un instrumento. Trabajo para optar el título de Master en Psicología de la Salud. C. La Habana. Universidad de La Habana.
- Davison , G. y Neale, J. (1991) . *Psicología de la conducta anormal*. México: limusa
- Florentino, Correché & Barbenza (1996) *Influencia de los factores biológicos y ambientales en la estructuración del autoconcepto*. Más Luz, Revista de Psicología y Pedagogía, 3(1), 95– 103.
- Gavino, G. (1995). *Problemas de alimentación en el niño*. Madrid Pirámide
- Gismero, E (2000) *Habilidades sociales, autoconcepto y satisfacción con el propio cuerpo en anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid. Recuperada el 15 de Agosto del 2006 de fs-morente.filos.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/congreso/trabajos/ c116/c116.htm
- Glener, F. (1997). *Trastornos de alimentación*. Monografía para optar el título de Licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima.
- Goñi, A (2004) *Trastornos de conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes*. Buenos Aires. Actas Españolas de Psiquiatría, 32[1], 29-36. Recuperada el 20 de Agosto del 2006 de <http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/80395#ra>
- Goróstegui, M; Dörr, A (2005) *Género y Autoconcepto: Un Análisis Comparativo de las Diferencias por Sexo en una Muestra de Niños de Educación General Básica (EGB) (1992-2003)*. Chile. PSYKHE 1, (14), 151 – 163. Recuperada el 18 de agosto del 2006 de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718>
- Hernández, L. (1997). *Depresión y Suicidio*. Monografía para optar la licenciatura en psicología. Lima: UNFV
- Hernández, Fernández y Baptista (2003). *Metodología de la investigación*. México: D.F: MC GRAW-HILL.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México : Mc Graw Hill.
- Lengua, K. (2005). *Anorexia y bulimia en los adolescentes*. Monografía para optar el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima.
- Livia, Zegarra, Ortiz, Camacho & Isidoro (2004). *Trastornos de conducta y Funcionamiento Familiar en adolescentes*. Revista Umbrales de Investigación. Instituto de la Facultad de Psicología UNFV, 1(1),55-66.
- Loli, A. & López, E. (1998). *Autoestima y valores en la calidad y la excelencia*. IPSI Revista de Investigación en Psicología. Lima, 1(1), 89-117

- López, M (2004) *Autoconcepto en alumnos de educación compensatoria*. España. Recuperada el 18 de Agosto del 2006 de <http://www.uned.es/psicologia>.
- Magnusson, D. (1991). *Teoría de los test*. México: TRILLAS
- Mejía, J. (1998). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Monografía para optar el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima.
- Mendoza, C. (2002). *Habilidades sociales en el ámbito escolar*. Monografía para optar la licenciatura en psicología. Lima: UNFV
- Montgomery, W. (1997). *Asertividad, autoestima y solución de conflictos interpersonales*. CEA. UNMSM: Lima
- Polaine, A. (1985). *La Depresión*. Barcelona: Martínez Roca
- Quispe, P (2004) *Autoestima y autoconcepto en niños y adolescentes trabajadores organizados y no organizados*. Tesis de licenciatura. Lima UNFV.
- Ramírez, Herrera (2000) *Autoconcepto*. España. Recuperada el 19 de Agosto del 2006 de <http://www.ugr.es/~iramirez/Autoconcepto.htm>.
- Rodríguez, L (1995) *Aproximación Al Autoconcepto*. Chile. Revista de orientación educativa y vocacional, 9, (6). Recuperado el 18 de Agosto 2006 de www.uned.es/aeop/web/Publicaciones/Revista/Resumenes/rop9.htm.
- Sánchez y Planell (1993) *Trastornos alimentarios*. En Belloch Manual de Psicopatología. Mc. Graw-Hill. Madrid
- Santos, C. (1999). *Autoestima: Enfoques y programas en su mejoramiento*. Monografía para optar la licenciatura en psicología. Lima: UNFV
- Tomas, J. y Oliver, A. (2004). Análisis Psicométrico Confirmatorio de una Media Multidimensional del Autoconcepto en Español. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 285-293.
- Toro y Villardel, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.