



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE LOS MENSAJES ALIMENTICIOS RECIBIDOS EN
LA INFANCIA CON LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LOS
TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

PATRICIA ARREDONDO SIMONS

ASESORA: MÓNICA CASSARETTO BARDALES

Lima, 2018

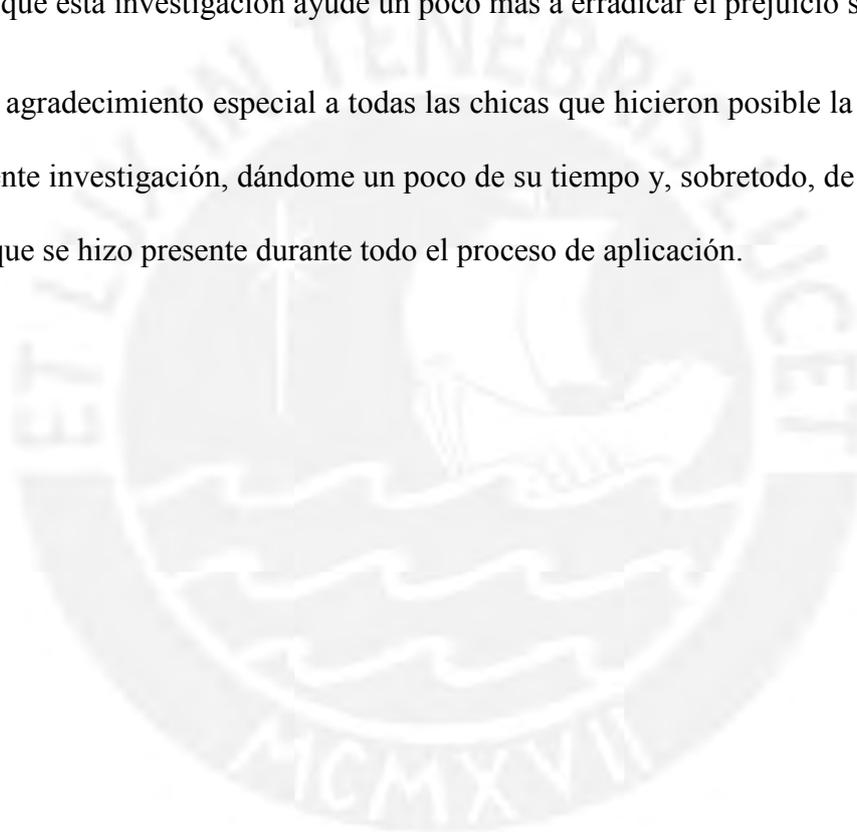


AGRADECIMIENTOS

A mis padres, familia, maestros de conocimiento y corazón y a todas las personas mágicas que tengo la suerte de tener en mi vida; por la fe, el apoyo y el cariño constante durante todos estos años y, en especial, durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que luchan constantemente por el problema de salud mental, esperando que esta investigación ayude un poco más a erradicar el prejuicio social.

Un agradecimiento especial a todas las chicas que hicieron posible la realización de la presente investigación, dándome un poco de su tiempo y, sobretodo, de su energía, la misma que se hizo presente durante todo el proceso de aplicación.



RESUMEN

Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios

El objetivo general de la presente investigación fue analizar la relación entre los mensajes alimenticios transmitidos por los cuidadores durante la infancia y la presencia de características tanto psicológicas como comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. El universo de estudio fue conformado por 121 mujeres escolares entre los 13 y 18 años de edad ($M=15.43$, $DE=1.08$) que cursan de tercero a quinto grado de secundaria de un colegio particular de Lima. Se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, 1998), así como el Caregiver Eating Messages Scale (CEMS), instrumento diseñado por Kroon Van Diest & Tylka en el 2010. Los resultados evidencian la existencia de asociaciones significativas entre las dos dimensiones del CEMS (mensajes de obligatoriedad y restricción) y las características asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. Las correlaciones más altas se dieron entre la dimensión de restricción con las escalas de insatisfacción corporal ($r=46$) e impulsividad ($r=46$). Mientras que la dimensión de obligatoriedad se relacionó con obsesión por la delgadez ($r=30$) y perfeccionismo ($r=32$). Respecto a la escala de miedo a la madurez, se encontró que correlacionaba positivamente con obligatoriedad y negativamente con restricción. Además, se encontraron diferencias a partir de las variables sociodemográficas como el grado, tipo de familia y el IMC reportado.

Palabras clave: Trastornos alimenticios, mensajes alimenticios, adolescencia, EDI-2, CEMS.

ABSTRACT

Relationship between the food messages received in childhood and the characteristics associated with eating disorders

The objective of the investigation was to examine the relationship between food messages transmitted by caregivers during childhood and the presence of both psychological and behavioral characteristics associated with the risk of developing eating disorders. The study was made up of 121 school age females between 13 and 18 years of age ($M = 15.43$, $SD = 1.08$) who attended a private school in Lima from third to fifth grade. The Food Behavior Disorders Inventory EDI-2 (Garner, 1998) was used as well as the Caregiver Eating Messages Scale (CEMS), an instrument designed by Kroon Van Diest & Tylka in 2010. The results show the existence of significant associations between the two dimensions of CEMS (obligatory and restrictive messages) and characteristics associated with the risk of developing eating disorders. The highest correlations were between the restriction dimension with the scales of body dissatisfaction ($r = 46$) and impulsivity ($r = 46$). While the obligatory dimension was related to obsession with thinness ($r = 30$) and low perfectionism ($r = 38$). Regarding the scale of fear of maturity, we found that it correlated positively with obligatoriness and negatively with restriction. In addition, differences were found based on sociodemographic variables such as grade, family type and BMI reported.

Key words: Eating disorders, food messages, adolescence, CEMS, EDI-2

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Método	11
Participantes.....	11
Medición.....	12
Análisis de Datos.....	15
Resultados	17
Discusión	21
Referencias	33
Apéndices	45
Apéndice A1: Consentimiento Informado.....	45
Apéndice A2: Consentimiento Informado padres.....	46
Apéndice B: Ficha Sociodemográfica.....	47
Apéndice C: Distribución de la muestra	48
Apéndice D: Confiabilidad y pruebas de asimetría y curtosis.....	49
Apéndice E: Homogeneidad de varianzas.....	50
Apéndice F: Comparación de pares de acuerdo al IMC.....	51

En la sociedad actual, la preocupación por mantener un cuerpo delgado, continúa en aumento llevando a que la población, principalmente adolescente, presente características asociadas a los Trastornos de Conducta Alimentaria. Éstos son considerados, por diversos autores, como problemáticas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales asociadas a una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (APA, 2013; García, Escursell, Planell Estragués, & Carracedo, 2009; Levy, Kagan & Matthyse, 1996).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) forman parte de un grupo de síndromes clínicos cuyos rasgos psicopatológicos son la excesiva preocupación por el peso y la convicción de que la valoración de uno mismo está fuertemente determinada por la apariencia física (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997; Zusman, 2009). A pesar de que el síntoma externo pueda ser una alteración de la conducta alimenticia, el origen de estos trastornos se debería explicar a partir de una perturbación psicológica manifestada en un elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre el peso y la comida, entre otros. (Castro-López, Cachón, Valdivia-Moral & Zagalaz, 2015; De las Casas, 2008).

De acuerdo a las pautas de la última edición del DSM V (APA, Siglas para la Asociación Psiquiátrica Americana, 2013). Los TCA se caracterizan por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales o por mantener episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado. Estos trastornos se dividen en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (APA, 2013)

De acuerdo a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), los trastornos alimentarios pueden afectar a personas de cualquier edad, pero son mucho más frecuentes en los adolescentes. De acuerdo a algunos autores (Baker, Thornton, Lichtenstein, & Bulik, 2012), este hecho se explicaría, por cuanto; en su búsqueda de identidad, adaptación a la vida adulta, cambios repentinos a nivel físico y mental, maduración de los órganos sexuales, preocupación por la opinión de sus pares y deseos de encajar; los adolescentes se encontrarían en una posición más vulnerable e influenciabile. Es así como, el cuerpo del adolescente en evolución le plantea no sólo como es, sino cómo desearía ser (Zusman, 2009).

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro contexto indican que el patrón habitual de la persona que sufre un TA es el de una mujer adolescente en un 90%-95%

de casos, con una ratio hombre/mujer de 1:10, siendo más frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia y el promedio de edad entre los 15 y los 17 años, aunque cada vez se presentan más casos de menores de 12 años (MINSA 2016).

Si bien, hay quienes llegan a cumplir con todos los criterios necesarios para determinarse la presencia de algún trastorno alimentario; existe un grupo mayor de personas que presenta ciertas conductas cuya presencia las coloca en situación de riesgo para desarrollar un TCA (Baker, et al., 2012, Watkins, 2013). Por lo que, más allá de un diagnóstico, resulta relevante incluir toda la gama posible de afectación, tomando en cuenta algunas características tanto psicológicas como comportamentales, presentes en las personas que sufren de algún trastorno alimenticio (Brytek-Matera & Czepczor, 2017). Estas características coinciden con el modelo propuesto por Garner (1998), desarrollado para la creación del Inventario de Trastornos alimenticios (EDI), el mismo que, en su primera y segunda versión, trata de reproducir las principales características psicológicas y comportamentales presentes en los TCA. Entre esas características se encuentran:

La obsesión por la delgadez, es un rasgo analizado por Bruch (1973, 1982), y se considera como la característica esencial o núcleo psicopatológico de los trastornos de la conducta alimentaria (Russell, 1970). Hace referencia a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar (Costa, Marôco, Gouveia & Ferreira, 2016; Watkins, 2013). Relacionada a esta característica está la *Insatisfacción Corporal* que mide la falta de satisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con partes del mismo (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). Según algunos autores, (Esnola, Rodríguez, & Goñi, 2010; Carretero, et al 2009; Wertheim, Paxton & Blaney, 2009) la insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de los TCA (Brytek-Matera & Czepczor, 2017).

Este malestar generalizado y temor a engordar puede vincularse al desarrollo de otra de las características comportamentales encontradas en estos trastornos, la *bulimia*. Esta incluye la tendencia a tener pensamientos y acciones ligados a los atracones de comida incontrolables (Pearson, Wonderlich & Smith, 2015; Watkins, 2013); y se relaciona con la *Impulsividad* que muestra la dificultad para regular los impulsos; la

tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la excitación psicomotriz, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Baker, et al., 2012; Boone, Claes & Luyten, 2014).

Algunos autores consideran que el *Miedo a la Madurez* es una característica importante que se asocia a los TCA (Juárez & Gayet, 2014) que evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Algunos autores argumentan que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) es el temor a las experiencias emocionales, el erotismo y la sexualidad relacionadas con la adolescencia y el ingreso a la vida adulta (Berg, et al., 2009; Rizbal, Csenky, Pászthy & Szabó, 2016). De acuerdo con el autor, el ayuno se convierte en un medio para evitar el crecimiento y la madurez psicobiológica, lo cual proporcionaría un alivio momentáneo frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos intrapsíquicos y familiares (Kancyper, 2007; Kulug, 2010; Tafá, et al, 2017).

También se encuentra que la baja *conciencia introceptiva* está involucrada en los TCA, esta incluye confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Esta característica suele estar acompañada por sentimientos de *Ineficacia*, los cuales abarcan sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, desvalorización de sí y falta de control sobre la propia vida (Tafá, et al., 2017; Watkin, 2013; Zucker, Moskovich, Vinson, & Watson, 2013).

Otras características asociadas a los trastornos alimenticios son el *Perfeccionismo* y el *Ascetismo*. En el primer caso, el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él resultados excepcionales (Boone, Claes, & Luyten, 2014; Bousmans, 2007; Costa et al, 2016). Mientras que el segundo mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales que aparecen con la adolescencia como propias de la sexualidad (Behar, & Arancibia, 2015).

Por otro lado, está la escala de *Desconfianza Interpersonal* que evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Watkin, 2013; Zucker et al., 2013). Esta característica está íntimamente relacionada a la

Inseguridad Social la cual se relaciona con percibir las relaciones sociales como tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad (Hiroto et al., 2014).

Respecto a la etiología de los TCA es importante mencionar que no existe un único factor que genere riesgo de presentar esta enfermedad en la adolescencia; por el contrario, es precisamente la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y socioculturales los que generan, no sólo vulnerabilidad o predisposición a padecer un TCA, sino el desencadenamiento y el mantenimiento del mismo (Baker, 2012; García, et al., 2009; Smink, 2012). No obstante, en los últimos años se ha señalado la influencia sociocultural como uno de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre los que destaca el ambiente familiar que rodea a la persona desde su nacimiento (Agras, Lock, Brandt, 2014; Couturier, Kimber, Szatmari, 2013; Kluck, 2010; Minuchin, Bosman & Baker, 2009; Ruiz et al, 2016).

En los resultados de un estudio realizado por Sainos López (2015) se observó que la familia, al tener ciertas características de organización y funcionamiento (rigidización de límites, evitación de conflictos y sobreprotección), puede fomentar la aparición y el mantenimiento de los TCA. Klug (2010) señala que los ambientes familiares menos tolerantes y más críticos, en relación a la apariencia física de los hijos y sus cuerpos, aumentan la necesidad del adolescente por querer cambiar su aspecto físico (Anzman et al, 2013; Campbell et al, 2010; Minuchin, 2009).

Respecto a la constitución familiar o tipo de familia, estudios muestran la ausencia del padre como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Couturier J, Kimber M, Szatmari P, 2013). En nuestra sociedad; las tendencias culturales, mitos y roles sociales canalizan y favorecen la importancia de la madre y minimizan la relevancia de la figura paterna en el desarrollo y la educación de los hijos. Situación que, de acuerdo a diversos estudios, podría traer consecuencias negativas en etapas posteriores (Oliva, M.; Vázquez, R.; Moncilla, J., & Trujillo, E., 2010).

De acuerdo a algunos autores (De Stavola, B; Field, AE.; Ploubidis, G; Simonoff E; Treasure, 2015) la ausencia del padre, dificulta una buena identificación de género en la hija y sienta las bases de la desorientación y baja autoestima; la joven al no saber qué piensa y qué sentimientos tiene su padre hacia ella, busca la aprobación a través de una figura física “perfecta” (Abate, J. & Zunino, N., 2011). Por otra parte, un estudio que

evaluó a 67 mujeres con TCA y 50 mujeres controles, por medio de cuestionarios de autorreporte, encontró que el rechazo paterno, aunado a las creencias de abandono y daño se asocian positivamente con síntomas propios de los TCA (Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D., 2010).

En cuanto a la relación que los niños establecen con la alimentación, algunos autores (Birch & Fisher, 2000 & Minuchin et al., 2009) sostienen que la familia representa ese entorno social que rodea a la persona en su niñez y que proporcionará la mayor parte de la información relacionada con la alimentación, actitudes con el peso y apariencia física, que repercutirá posteriormente en la adolescencia, pudiendo potenciar o no el riesgo de desarrollar un TCA en la adolescencia o edad adulta.

En ese sentido, Braden, et al. (2014) señalan que, desde pequeños, aprendemos a sentirnos con nosotros mismos y con la vida según las reacciones de los adultos que nos rodean. Es así como, los mensajes emitidos por nuestros cuidadores relacionados a la alimentación durante nuestra infancia van a tener un profundo efecto sobre nuestra conducta alimentaria. Se entiende la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. La misma que puede conllevar a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos (Betancur & Valdivia, 2015). Esta conducta se adquiere mediante la experiencia con la comida y la imitación de modelos paternos, viéndose implicadas tanto las emociones que rodean al acto de comer como los rasgos culturales (Betancur & Valdivia, 2015).

La conducta alimentaria se ve reflejada, en la mayoría de los casos, en el índice de masa corporal (IMC en adelante). El IMC es uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo ligado a los TCA (Ovando, et al., 2012). En relación al mismo, diferentes estudios muestran que al incrementarse su valor, aumenta la distancia entre la figura real y la “ideal”, lo que generaría un aumento de la insatisfacción corporal. Al respecto, en un estudio realizado con estudiantes universitarios de la universidad de Navarra, se encontró que las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan mayor distorsión en su percepción de la imagen corporal y tienden más a sobreestimar su IMC (Cortés; Hernández; Irecta; Saucedo-Molina; Villalón, 2015). Asimismo, de acuerdo a Gonzáles, et al. (2012) las personas con sobrepeso tienden a subestimar su IMC, mientras que las que tienen un peso normal o bajo suelen sobreestimar su IMC.

En un estudio realizado por Faith, Scanlon, Birch, Francis y Sherry (2004) se estableció que la restricción de la ingesta de alimentos por parte de los padres está asociada positivamente con el IMC y la tendencia de los niños a comer de manera desinhibida. Por otro lado, de acuerdo a los hallazgos de Carper et al. (2000) y Birch & Fisher (2000), los mensajes para restringir la ingesta de alimentos y la presión para comer pueden predecir positivamente un comer desordenado y repercutir en un IMC inadecuado (Abreu-Gonçalves et al., 2008).

Los mensajes emitidos y recibidos durante la infancia están agrupados en dos tipos: a) mensajes de restricción de ciertos alimentos y b) mensajes sobre obligatoriedad de consumo. En cuanto a los mensajes sobre la restricción de alimentos (MR), estos enfatizan sobre una creencia ampliamente arraigada y extendida en nuestra sociedad, que postula que para controlar el peso y evitar la obesidad, pequeñas porciones de alimento, junto a una baja ingesta de calorías y grasas, serían el camino al éxito (Enelli, Crum & Tylka, 2008).

Sin embargo, nuevos hallazgos nos muestran que la restricción de alimentos en cantidad y tipo, contrariamente a lo esperado, se asocia en los niños y adolescentes con una respuesta “rebeldía” llevándolos a futuro a consumir una mayor cantidad de alimentos “prohibidos” como los de alto contenido calórico (Kroon van Diest, et al., 2010); esto se produciría, según Satter (2006), por la ansiedad asociada a estos alimentos. Birch, et. al., (2003) avalan estos hallazgos mencionando que, en intervenciones realizadas en población universitaria de EEUU, los estudiantes habrían reportado que la prohibición de ingerir ciertos alimentos durante la niñez, habría generado en ellos un deseo acrecentado de comer y/o beber los alimentos prohibidos

Desde otra perspectiva, estudios realizados en EEUU revelaron que las niñas que eran alentadas a hacer dietas, incrementaban la posibilidad de convertirse en comedoras más compulsivas y de ingerir más snacks (Carper, et al 2000; Satter, 2006) al tiempo que esta represión predeciría el consumo de alimentos en ausencia de hambre a las edades de 7 y 9 años (Birch et al., 2003), lo que fue corroborado en un estudio realizado por Kroon van Diest et al. (2010). De esta evidencia se concluye que las constantes restricciones de alimentos podría conducir finalmente a conductas opuestas a las deseadas, pudiendo inhibir una sana alimentación.

Por el contrario, cuando los mensajes demandan la obligatoriedad de ingerir ciertos alimentos, estos se vuelven indeseados, ingiriéndoseles solo cuando media una penalización (Satter, 2006) debido a la asociación del alimento con emociones de malestar (Iannantuono et al., 2012; Tylka, 2006), lo que se traduce finalmente en conductas evitativas de ciertos alimentos o de cierta cantidad de ellos, acercándose a posibilidad de padecer TCA a futuro, especialmente durante la adolescencia (Kroon Van Diest et al., 2010). Ejemplificando lo antes mencionado, un estudio realizado en EEUU con una población de 5 años de edad, se encontró que cuando las madres habrían obligado a sus hijas a comer ciertos alimentos, estas incurrían en dietas luego de 6 años (Francis & Birch, 2005).

Asimismo, un estudio longitudinal de 17 años, con 418 personas, mostró que en la dinámica de alimentación de los cuidadores-niño, las comidas desagradables durante la primera infancia, podían predecir la alimentación desordenada en la adolescencia temprana, aumentando nueve veces el riesgo de padecer un trastorno alimentario durante la adolescencia (Kotler, Cohen, Davies, Pine & Walsh, 2001). Hasta la fecha, existen pocas investigaciones que traten esta problemática y ningún estudio ha investigado diferencias de género en los niveles de mensajes críticos/restrictivos percibidos y mensajes de presión para comer; no obstante, dadas las presiones de la sociedad, las niñas, en promedio, se verían más afectadas que los niños (Campbell et al, 2010).

Por otro lado, en Colombia, se ha realizado un estudio que buscó analizar la relación entre padres e hijos a la hora de la comida, los autores, a través de autoreportes, encontraron que un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos. Como resultado se halló una mayor adherencia, por parte de los hijos, a las reglas familiares y una menor respuesta a las señales internas de saciedad y hambre (Castrillón & Giraldo, 2014).

Como se puede apreciar a partir de los estudios reportados, la familia es el entorno social más próximo que rodea a las personas en su niñez y de la que se adquieren los hábitos y conductas que nos acompañarán durante toda la vida. Es así como la relación con la comida podría estar influenciada por las ideas y creencias de los progenitores (Etneli et al, 2014). Esta relación se va formando durante la infancia y puede repercutir

en etapas posteriores, como la adolescencia, potenciando o disminuyendo el riesgo de desarrollar un TCA (Minuchin et al, 2009).

Si bien han sido muchos los investigadores que han estudiado el efecto que tiene la relación entre padres e hijos en el desarrollo de un TCA (Ascenzo, 2011; Bardales, 2013; Cruzat, Ramírez, Melipillán. & Marzolo, 2008; Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010; Pérez & Beltrán, 2011) aún no se ha establecido plenamente la relación específica entre los mensajes sobre la alimentación recibidos durante la infancia y las características psicológicas y comportamentales usualmente presentes en estos trastornos. En ese sentido, este estudio contribuye de manera incremental a la literatura sobre los mensajes de alimentación, la imagen corporal y el comportamiento alimentario en población no clínica con el objetivo de conocer hasta qué punto los mensajes “menos directos”, acerca de la alimentación en sí misma, recibidos durante la niñez podrían relacionarse ya sea positiva o negativamente, en la génesis de los TCA de los adolescentes.

Asimismo, como ya se ha mencionado, es importante tomar en cuenta que no existe un único factor que genere riesgo de presentar esta enfermedad; por lo que es importante tomar en cuenta, también, algunas variables sociodemográficas relacionadas. Respecto al tipo de familia; existe evidencia empírica que resalta la ausencia de la figura del padre como un factor importante de riesgo (Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D., 2010). Dentro de los factores de índole más biológico se encuentran el IMC y la edad; en cuanto al primero resulta importante analizar cómo se perciben las participantes respecto a su peso y talla y cómo esta variable influye en el desarrollo y mantenimiento de los TCA así como en su relación con el tipo de mensajes recibidos. Faith, Scanlon, Birch, Francis y Sherry (2004), establecieron que la restricción de la ingesta de alimentos por parte de los padres está asociada positivamente con el peso mientras que la obligatoriedad se relacionaría de manera negativa

En cuanto a la edad, de acuerdo a la OMS (2015) los TCA son mucho más frecuentes en la adolescencia; sin embargo, de acuerdo a algunos autores los cambios, en esta etapa de desarrollo, entre un año y otro pueden ser muy abruptos y radicales (Baker, Thornton, Lichtenstein, & Bulik, 2012). Por lo que, para contar con información más específica acerca de esta variable; se tomará en cuenta un intervalo de edades que va desde los 13 hasta los 18 años, con el propósito de explorar si existen diferencias

significativas respecto a las características asociadas a los TCA y la percepción de los mensajes alimenticios recibidos durante la infancia

Tomando en cuenta ello; resulta importante tener en cuenta estas variables para un desarrollo más eficaz y completo de esta problemática. En caso se encontrara relación de las variables psicológicas entre sí o en relación con las variables sociodemográficas, se podría trabajar de manera más eficaz en estrategias preventivas que promuevan la importancia de impulsar a los niños, desde los primeros años, hacia una alimentación intuitiva, es decir, un modo adaptativo de comer que mantiene una estrecha conexión con las señales fisiológicas internas de hambre y saciedad (Barrada, Cativiela, Cebolla & Van Strien, 2016). Buscando que la persona puede conectar con su cuerpo entendiendo las señales que le lanza su organismo, libre de los convencionalismos sociales que las silencian, provocando perturbaciones en la salud tanto física como mental y una relación poco natural con la comida (Lattimore et al, 2017; Taylor, Daiss & Krietsch, 2015).

De esta manera, la presente investigación tiene como propósito principal establecer las posibles relaciones entre los mensajes alimenticios de los cuidadores durante la infancia y las características psicológicas y comportamentales asociados a los trastornos alimenticios en adolescentes mujeres escolares de Lima. De modo específico se buscará explorar si existen diferencias en las características psicológicas y comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios según algunas variables sociodemográficas como: edad, IMC reportado y tipo de familia. Asimismo se buscará describir la influencia de los mensajes alimenticios de los cuidadores durante la infancia según estas variables sociodemográficas.

Para llegar a los objetivos propuestos se evaluará en un único momento y de manera voluntaria e individual a mujeres escolares entre las edades de 13 a 18 años, a quienes se accederá a través de su institución educativa.



Método

Participantes

Este estudio contó con la participación de 121 alumnas que cursan entre tercero y quinto grado de secundaria de un colegio particular, pertenecientes a un nivel socioeconómico A de Lima Metropolitana. Las participantes aceptaron colaborar de manera voluntaria en la presente investigación expresando su consentimiento de manera escrita en un documento que les fue entregado al inicio de la evaluación. Los padres de las menores también firmaron un documento similar, autorizando a sus hijas a participar de este estudio (Apéndice A1 y A2).

Con respecto a las características sociodemográficas recopiladas a través de una ficha de datos (Apéndice B) se encontró que las edades de las participantes fluctúan entre 13 y 18 años ($M=15.43$, $DE=1.08$). Se observó, además, que la mayoría ha nacido en Lima (85%) y vive dentro de una familia nuclear (61.2%). Finalmente, en cuanto al índice de masa corporal (IMC), se encontró que el 20.5% de las participantes se encuentra en la categoría de infrapeso, el 70.1% reporta un peso normal y un 9.4% tiene un peso elevado, perteneciente a la categoría de sobrepeso de acuerdo a la clasificación de la OMS (Apéndice C).

La aplicación de los cuestionarios se realizó dentro de la institución educativa, en un salón asignado para este fin por la psicóloga de secundaria. Al inicio de la aplicación, se procedió a explicarles a las participantes cuál era el propósito del estudio y se volvió a recalcar el carácter anónimo y voluntario del mismo. Seguido a esto, se realizó la aplicación de la ficha sociodemográfica, el CEMS y el EDI-2. El tiempo promedio de aplicación fue de una hora.

Respecto a la devolución de resultados, tal como se acordó, fueron entregados a las autoridades del centro educativo, se señaló que el 30% de la muestra de participantes reportaron un peso inadecuado y la existencia de una relación significativa entre características asociadas a los TCA y los mensajes alimenticios que las participantes recibieron durante su infancia por parte de sus progenitores. Con ello se resaltó la importancia de la implementación de programas de promoción y prevención, en un trabajo conjunto con padres, profesores y alumnas. De acuerdo a las autoridades educativas, se diseñará un programa global que entrará en vigencia en marzo del 2018.

Medición

Para evaluar las características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimenticios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria versión 2 (EDI-2, Eating Disorder Inventory 2) de Garner (1998), en su versión adaptada a nuestro contexto por Guerrero (2008). Este inventario, más que establecer un diagnóstico, tiene como objetivo describir los rasgos o características psicológicas y comportamentales asociados a la anorexia y bulimia nerviosa.

El EDI 2 puede ser utilizado en personas mayores a los 12 años, consta de 91 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”). Acorde al manual, al corregir la prueba, la escala Likert de seis puntos debe ser transformada en puntajes que van de 0 a 3 puntos. Estos 91 ítems se encuentran agrupados en 11 escalas clínicamente relevantes para los trastornos alimenticios: Perfeccionismo, Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Desconfianza Interpersonal, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Inseguridad Social, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Conciencia Introceptiva e Impulsividad.

Respecto a las propiedades psicométricas de la prueba, Garner (1998) reporta, en una muestra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, una consistencia interna superior a .80. Asimismo se encontró que de las once escalas del inventario, diez mantienen un buen índice de confiabilidad. La escala Obsesión por la Delgadez cuenta con el índice más alto de confiabilidad ($\alpha=.88$); mientras que Ascetismo presenta el índice más bajo ($\alpha=.49$). En las ocho escalas originales (EDI-1) el índice de confiabilidad oscila entre .65 y .93 en muestras no clínicas; y entre .80 y .93 en muestras clínicas. En lo que se refiere a las tres escalas añadidas conformando el EDI-2, los índices alfa se encuentran entre .70 y .80 para muestras clínicas; y entre .44 y .80 para muestras no clínicas. Se han realizado además diversos estudios de tipo test–retest obteniendo un rango de coeficientes entre .41 y .97 de las diferentes escalas dependiendo de la muestra (Acevedo, 2008; Bardales, 2013; Betancur & Valdivia, 2015; Guerrero, 2008)

En la versión original, Garner (1998) obtuvo validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo. Para hallar esta última, se realizaron diferentes procedimientos: Validez convergente y discriminante en la que se correlacionaron las escalas del EDI-2 con otras pruebas que medían el mismo constructo. Para esto se utilizó pruebas como el EAT, el Cuestionario de forma corporal, pruebas de depresión, etc.

Posteriormente, se realizaron correlaciones entre las escalas con 889 pacientes y 205 sujetos no clínicos; encontrándose grandes correlaciones entre las diferentes escalas. Finalmente Welch, Hall y Walkey (1998) realizaron el análisis factorial para una muestra no clínica y encontraron que las once escalas se agrupaban en tres grandes factores, siendo el único cambio que la escala Bulimia se agrupaba a las escalas de Insatisfacción corporal y de obsesión por la delgadez.

La primera adaptación al español la realizaron Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998) en 480 personas, al analizar la validez de constructo, mediante el análisis factorial exploratorio encontraron que emergen tres factores (Personal, Social y Corporal) que explican el 52% de la varianza total. Estos tres factores organizan las once escalas. Lo que coincide en términos de validez y confiabilidad con otros estudios en Latinoamérica (Urzúa, Castro, Lillo & Leal, 2009).

Este instrumento ha sido validado en diversas partes del mundo entre los que destaca; Israel, Nueva Zelanda, Suecia, Corea, Alemania, Estados Unidos, Holanda, España, México, Chile, entre otros (citado en Guerrero & Cassaretto, 2009).

En el Perú, Guerrero (2008) realizó la adaptación del EDI-2 con 393 adolescentes de Lima Metropolitana entre 16 y 20 años que habían terminado la secundaria. La investigación demostró la validez de contenido del instrumento con un grado de acuerdo de 99% de la totalidad de ítems por criterio de jueces, con un porcentaje mínimo de 80% por ítem. Asimismo, el inventario mostró evidencia de validez de constructo a partir de un análisis factorial exploratorio donde se obtuvo que los 3 factores planteados por Corral et al., (1998) explicaban el 64.13 % de la varianza en mujeres y el 57.87 % en varones. La estructura factorial obtenida en esta investigación concuerda y reproduce la estructura obtenida en la validación española donde los tres factores se definen de igual manera. En cuanto a la confiabilidad, se observa que diez de las once escalas del EDI-2, mantienen un alfa de Cronbach entre .51 y .88; y solamente Ascetismo presenta un alfa relativamente bajo de .31, similar a lo obtenido por Garner (1998).

Para la presente investigación, se realizó un análisis de consistencia interna de las dimensiones hallándose alfas entre .86 a .95 (Apéndice, D).

Para evaluar los mensajes de los cuidadores sobre la alimentación se utilizó el *Caregiving Eating Messages* (CEMS), prueba elaborada por Kroon Van Diest y Tracy Tylka en el año 2010. Este instrumento evalúa, de manera retrospectiva, los mensajes

recibidos por los jóvenes durante su niñez y adolescencia respecto a su alimentación. Con la mencionada escala se pretende medir si, el haber estado expuesto a mensajes de restricción u obligatoriedad de consumo de alimentos durante esa etapa, influye en los hábitos y conductas alimenticias de los participantes.

Dentro de las preguntas del CEMS se solicita a los evaluados, a través de una escala Likert, indicar el grado en el que sus padres/cuidadores enfatizaban ciertos comportamientos referentes a la alimentación, a través de mensajes verbales y gestuales, durante su niñez y adolescencia. La escala cuenta con 10 ítems y 6 posibilidades de respuesta que van desde “nunca” recibí el mensaje hasta “siempre” recibí el mensaje, pasando por “rara vez”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “usualmente”.

Respecto a las propiedades psicométricas, el instrumento original obtuvo una adecuada confiabilidad por consistencia interna presentándose un alfa de Cronbach para MO de .86 para mujeres y .79 para hombres, mientras que el alfa de MR fue de .86 para mujeres y .70 para hombres. La confiabilidad se evaluó con el test-retest de la CEMS por un período de 4 semanas con una submuestra de 18 estudiantes jóvenes adultos (56% mujeres, 44% hombres, M edad = 20.65, SD = 2.78, 94% Caucásicos). Los valores reportados para MO fueron de $r = .80$ y para MR fueron de $r = .74$.

Con la finalidad de obtener evidencias de validez discriminante, la CEMS fue correlacionada con la Escala de aceptación corporal por parte de otros ($r = -.56$), (BAOS; Avalos & Tylka, 2006), la Escala de apreciación corporal ($r = -.36$) (BAS; Avalos et al., 2005), la Escala de Alimentación Intuitiva ($r = -.42$) (IES; Tylka, 2006), la Escala de presiones socioculturales percibidas ($r = .61$), (PSPS; Stice, Ziemba, Margolis, & Flick, 1996), y la Escala de Actitud Alimentaria ($r = .48$). (EAT – 26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982). Cabe resaltar que sólo se encontraron correlaciones significativas en el área mensajes restrictivos; para el área de mensajes obligatorios, no se encontraron correlaciones significativas con ninguna de las medidas empleadas (Kroon Van Diest & Tylka, 2010).

En nuestro contexto, la adaptación del CEM fue realizada por Schirmer (2017) en una muestra de 415 estudiantes universitarios peruanos, de edades comprendidas entre los 16 y 24 años. El estudio mostró una buena confiabilidad global ($\alpha = .87$) y por escalas (MO $\alpha = .82$ y MR $\alpha = .84$). En cuanto al análisis factorial, este arrojó dos componentes principales con rotación Varimax que explicarían el 51% de la varianza de la prueba. El

factor I explicó el 27.24% de la varianza y se encuentra conformado por los 5 ítems correspondientes al área Restricción de Consumo de la prueba original, mientras que el factor II explicó el 24.26% de la varianza y está constituido por los 5 ítems correspondientes al área Obligatoriedad de Consumo.

Para la presente investigación, se realizó un análisis de consistencia interna del CEMS encontrándose niveles de confiabilidad altos para las dos dimensiones; obligatoriedad ($\alpha = .94$) y restricción ($\alpha = .92$) (Apéndice D).

Análisis de datos

Para procesar los datos recogidos se utilizó el software estadístico SPSS versión 22. Los resultados encontrados en los instrumentos fueron analizados inicialmente con estadísticos descriptivos y de frecuencia, realizándose además la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la cual indicó que los puntajes en la mayoría de dimensiones de ambas pruebas seguían una distribución no normal. No obstante, según las estadísticas de asimetría y curtosis, no existiría una falta severa de normalidad en ninguna de las dimensiones por ello se pudo hacer el análisis usando tests robustos paramétricos (Kline, 2010). Asimismo, para analizar las relaciones entre las 11 dimensiones del EDI-2 (Garner, 1998) y los mensajes de restricción y obligatoriedad transmitidos durante la infancia por nuestros cuidadores (Tylka, 2010), se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Por último, se realizaron análisis de comparación de muestras independientes utilizando la T de Student y ANOVA dependiendo del número de categorías de las variables nominales y la homogeneidad de sus varianzas con el objetivo de analizar si existen diferencias en los puntajes de las variables de estudio según estas subgrupos de las variables sociodemográficas. Luego, en el caso de la variable IMC reportado, al contar con más de dos categorías, se realizó un análisis específico (Scheffé) para determinar dónde se hallaban las diferencias encontradas en los análisis previos (Apéndice E y F).



Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio, iniciando con los objetivos específicos para analizar posibles diferencias en las variables de estudio según las variables sociodemográficas de las participantes, especificando entre qué pares se dan estas diferencias y en qué medida. Posteriormente se mostrará lo hallado respecto al propósito principal de esta investigación.

En términos generales, no se encuentran diferencias en las características asociadas a los TCA ni en los mensajes alimenticios recibidos en la infancia respecto a la variable *edad*. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en término del IMC reportado y el tipo de familia.

Respecto a las características asociadas a los trastornos alimenticios, se encontraron que todas las áreas mostraban diferencias significativas en término de la categoría IMC reportado (Tabla 1); además se encontraron diversas diferencias estadísticamente significativas a nivel de contraste de pares ($p < .05$) por la prueba de Scheffé (Apéndice F).

En el primer caso, las participantes con infrapeso obtuvieron puntajes más altos que las pertenecientes a la categoría de normalidad en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Mientras que las participantes que reportaron tener un peso correspondiente a la categoría de normalidad, obtuvieron puntajes ligeramente más altos en las características de insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal.

En el segundo par, sobrepeso vs infrapeso, se halló que las personas con bajo peso tienen puntajes significativamente más altos en obsesión por la delgadez, perfeccionismo y miedo a la madurez. En el tercer par se encontraron diferencias entre normalidad y sobrepeso en: bulimia, impulsividad e inseguridad social. Por otro lado, se obtuvo que, en cuanto a las dimensiones del CEMS, las alumnas con bajo peso reportaron haber recibido más mensajes de obligatoriedad que las de peso normal mientras que las de sobrepeso habrían recibido mayor cantidad de mensajes restrictivos (Apéndice F).

Tabla 1.

Diferencias en variables según el IMC

	<u>Infrapeso</u>		<u>Normalidad</u>		<u>Sobrepeso</u>		F
	M	DE	M	DE	M	DE	
<u>Escalas del EDI-2</u>							
Obsesión por la delgadez	3.06	1.01	2.02	0.95	2.03	1.14	9.488**
Bulimia	2.18	1.46	1.83	1.04	2.70	1.14	5.821**
Insatisfacción Corporal	2.44	1.15	2.49	0.94	3.20	1.05	5.062**
Perfeccionismo	3.53	1.25	2.44	1.03	2.83	1.11	10.339**
Ineficacia	3.30	1.10	2.17	1.01	2.29	1.39	9.338**
Desc. Interpersonal	2.22	0.73	2.25	0.90	2.99	0.96	6.405**
Consciencia introceptiva	3.51	0.98	2.19	0.96	2.44	1.16	15.968**
Miedo a la madurez	3.15	1.33	2.67	0.95	1.72	0.95	7.152**
Ascetismo	3.01	1.19	1.01	1.85	2.55	0.87	12.28**
Impulsividad	2.24	1.26	1.90	0.89	2.99	0.97	12.74**
Inseguridad social	3.40	1.00	2.10	1.20	2.32	1.07	8.937**
<u>Dimensiones CEMS</u>							
Obligatoriedad	3.9	0.75	3.38	0.72	3.27	0.51	5.465**
Restricción	2.82	0.96	2.47	0.95	3.4	1.15	4.93**

*p<.05, **p<.001

Por otro lado, se buscó determinar si existían diferencias significativas en las escalas del EDI-2 según el tipo de familia de las participantes. Cabe recalcar que, debido al número de participantes, sólo se compararon dos grupos: “familia nuclear” (n=74) y “vive con un solo padre” (n=30). En cuanto a la escala obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social; se puede observar que las alumnas que solo viven con uno de sus padres obtuvieron puntajes más elevados que las que viven dentro de una familia nuclear. La magnitud de estas diferencias es entre pequeña y mediana utilizando el criterio de Cohen (Tabla 2). No se hallaron diferencias significativas, según esta variable, en ninguna de las dos dimensiones del CEMS.

Tabla 2
Diferencias en las escalas del EDI-2 según el tipo de familia del participante

	M	D.E.	t	D
Obsesión por la delgadez				
Familia nuclear	2.00	1.05	-2.32*	0.56
Solo con uno de los padres	2.56	0.94		
Insatisfacción				
Familia nuclear	2.49	1.06	-2.13*	0.46
Solo con uno de los padre	2.99	1.09		
Perfeccionismo				
Familia nuclear	2.58	1.19	-1.99*	0.47
Solo con uno de los padres	3.11	1.28		
Inseguridad Social				
Familia nuclear	2.31	1.24	-2.36*	0.51
Solo con uno de los padres	2.95	1.24		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Por último, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de estudio para responder el objetivo principal de la presente investigación. Se encontró que las once escalas del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) se encuentran relacionadas a las dos dimensiones del CEMS. Únicamente se reportó una relación inversa entre la característica *miedo a la madurez* y los mensajes de carácter restrictivo.

La mayor cantidad de correlaciones se dio entre la dimensión de restricción del CEMS y las escalas del EDI-2. Las correlaciones más altas se dieron con las escalas de insatisfacción corporal e impulsividad. A partir de estos datos se puede decir que, las mujeres adolescentes que reportaron mayor cantidad de mensajes restrictivos por parte de sus cuidadores, presentan menor satisfacción con su cuerpo o con partes de él y tienden a ser más impulsivas (ver tabla 4).

En cuanto a la dimensión de obligatoriedad, se encontraron relaciones significativas con ocho de las once escalas del EDI-2. Las relaciones más elevadas se dieron con obsesión por la delgadez y perfeccionismo. Cabe recalcar que en ambos casos la magnitud de la correlación es mediana y muy significativa. Por otro lado, no se encontraron correlaciones significativas con las características de bulimia, ascetismo e impulsividad.

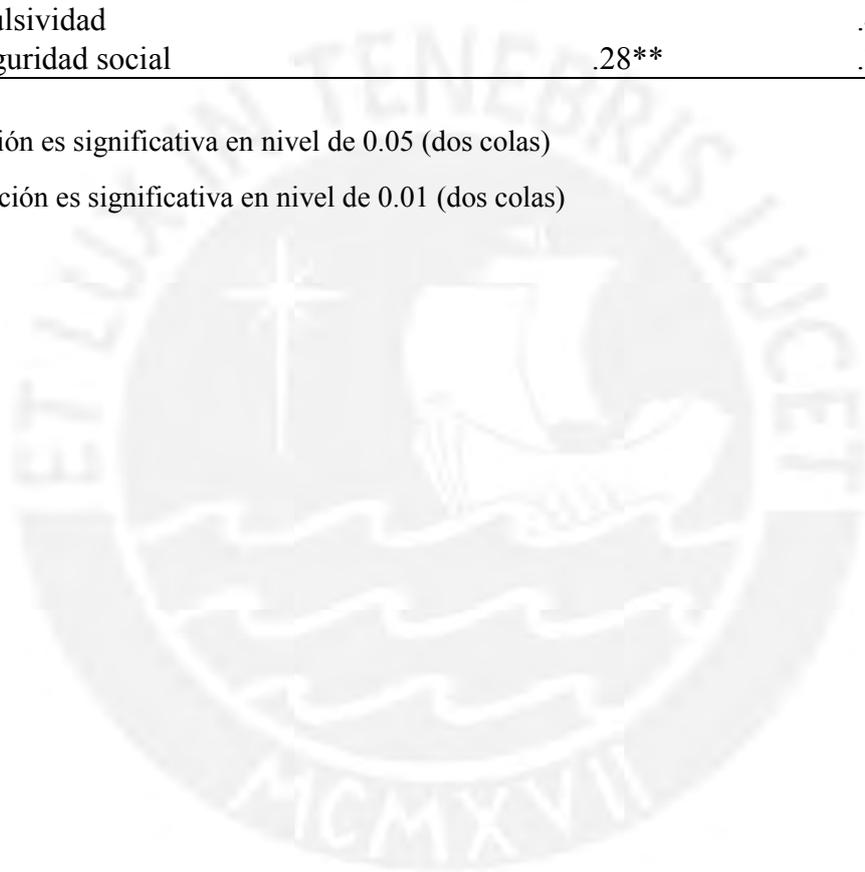
Tabla 4

Correlaciones entre las dimensiones del CEMS y las escalas del EDI-2

	Obligatoriedad	Restricción
Obsesión por la delgadez	.30**	.40**
Bulimia		.42**
Insatisfacción corporal	.24*	.46**
Ineficacia	.19*	.39**
Perfeccionismo	.32**	.23**
Desconfianza interpersonal	.19*	.41**
Conciencia introceptiva	.24**	.35**
Miedo a la madurez	.22*	-.21*
Ascetismo		.42**
Impulsividad		.46**
Inseguridad social	.28**	.39**

* Correlación es significativa en nivel de 0.05 (dos colas)

** Correlación es significativa en nivel de 0.01 (dos colas)



DISCUSIÓN

La familia es el entorno social más próximo que rodea a las personas en su niñez y de la que se adquieren la mayoría de hábitos y conductas que nos acompañarán durante toda la vida. Es así como, nuestra relación con la comida va a estar influenciada, en parte, por las ideas y creencias de nuestros progenitores; las mismas que, al estar motivadas por patrones culturales y sociales, no siempre, van a resultar beneficiosas para la salud (Eneli, et al, 2015). Hay que tener en cuenta, además, que durante nuestra infancia todos los comentarios o mensajes recibidos por un adulto, especialmente por parte de nuestros progenitores, van a influir, directa o indirectamente, sobre nuestro desarrollo emocional y conductual a futuro (Fisher, et al, 2010).

Aunque se tiene cierta información sobre la influencia de los padres en el desarrollo y vivencia de un trastorno alimenticio en sus hijos (Minuchin, 2009), aún se desconoce cómo los mensajes acerca de la alimentación recibidos durante la infancia se asocian con aquellas características de riesgo, presentes en las personas que sufren de algún TCA. Es por ello que el objetivo principal de la presente investigación es analizar las posibles relaciones entre ambas variables. En general, se hallaron múltiples relaciones entre la percepción de mensajes recibidos en la infancia sobre la alimentación y la presencia de características psicológicas y comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en un grupo de mujeres adolescentes escolares. También se encontraron evidencias interesantes que asocian el EDI-2 y el CEMS con las variables sociodemográficas.

En primer lugar cabe mencionar que el 30% de la muestra de participantes reportan un peso inadecuado; el 20.5% pertenece a la categoría de bajo peso o infrapeso. Estos porcentajes pueden entenderse en función de la gran presión que ejerce nuestra sociedad y el valor que se le otorga a la delgadez. De acuerdo a Monterosa, et al. (2012), esta presión puede generar que muchas mujeres hagan de la apariencia física y el peso sus más altas prioridades, situación que tiende a acentuarse en las adolescentes ya que en esta etapa, la persona se encuentran en un período en el que constantemente está descubriendo su identidad lo cual puede resultar, agotador y confuso (Rosenberg, 1965; Steiner et al, 2003; Jurado, et al, 2010). Este hecho pondría a las adolescentes en una situación de

mayor vulnerabilidad que las obliga a estar inmersas en una cultura que promueve un modelo de belleza basado en un modelo de delgadez poco realista.

Asimismo si bien los trastornos alimenticios se han extendido a todo contexto social; de acuerdo a un estudio epidemiológico realizado en nuestro país (Calderón, Harley Martínez, Morote y Zusman, 2003), las jóvenes de colegios privados son las que muestran mayor descontento respecto a su peso. Al respecto Moreno (2010) sostiene que las clases populares son mucho más reacias a legitimar unas prácticas que consideran trastornos, mientras que, en las clases altas, parecen asumirse como un modo más de construirse una vida exitosa, asumiendo los riesgos que ello puede conllevar. Además, de acuerdo a algunos autores, Moncilla, Oliva, Trujillo, & Vázquez (2010) se requieren de ciertas condiciones culturales, económicas, laborales, tipos de mercados sexuales-corporales, etc. que permitan la entrada y permanencia crónica de un trastorno alimentario.

Es importante mencionar, además, que la muestra fue femenina en su totalidad, de acuerdo a diversos estudios, si bien ha habido un incremento de esta patología en hombres aún siguen siendo las mujeres las que se ven más afectadas (Smink, et al, 2012; Berg et al, 2009). Esto podría explicarse desde el punto en que son las mujeres las que, por lo general, debido a la presión social presentan una preocupación constante por la pérdida de peso, buscando estar más delgadas y con una mejor figura (Zusman, 2000).

En cuanto a los mensajes alimenticios, Bauer et al. (1999) observó que los comentarios por parte de los padres sobre el peso corporal afectarían más a las niñas que a los niños. Además, valorando los porcentajes del estudio, las niñas cuyas familias hacían comentarios frecuentes sobre el peso corporal, controlaban más sus dietas e incorporaban episodios de atracones como consecuencia de los comentarios de sus padres sobre su propio peso. Asimismo, algunos autores sostienen que en niños varones, aun con poca presión social por estar delgados, los que tienen insatisfacción corporal a edades tempranas pueden percibir de forma exagerada esta presión, pero esto solo se presentaría en niños que sufren sobrepeso u obesidad, lo cual no sucede con las niñas, ya que éstas experimentan presión para estar delgadas incluso cuando ya lo están (Field; De Stavola; Micali; Ploubidis; Simonoff; Treasure, 2015).

Respecto a las relaciones entre las dos variables de estudio se encontró que la percepción de mensajes de obligatoriedad y restricción sobre la práctica alimenticia

recibidos durante nuestra infancia, están relacionados con la mayoría de las características asociadas al riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. Este hecho sugiere que la relación que formemos con la alimentación en nuestros primeros años de vida, se vincula con nuestros hábitos y conductas alimenticias en etapas posteriores (Kelder, Perry, Kleep, & Lytle, 1994). Dicha relación va a formarse, principalmente, a partir de los mensajes, actitudes y prácticas de los padres respecto a la alimentación en general y a la de sus hijos en particular (Fisher & Birch, 2007).

De acuerdo a algunos autores (Musher, 2009; Ventura & Birch 2008), los padres y cuidadores, en su intento de dar una adecuada nutrición; buscan inducir cambios en la conducta alimentaria de sus hijos mediante diferentes prácticas de alimentación basadas, en muchos casos; en mitos, temores, presupuestos personales y estados emocionales (Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen, & Nicklaus, 2011) desconociendo los efectos a largo plazo de dichas prácticas en la capacidad de autorregulación, autonomía y bienestar de los menores.

Como se ha podido corroborar, el hecho que se busque moldear los hábitos alimenticios de los niños a través de mensajes emitidos por los padres durante los primeros años y no se fomente una autorregulación, donde sean los propios niños los que aprendan a responder a las necesidades de hambre y saciedad que emite su propio cuerpo; tiene repercusiones en etapas posteriores (Barrada, et al, 2016). En el presente estudio se halló que tanto la percepción de mensajes de obligatoriedad como de restricción podrían influir negativamente en la conducta alimentaria de las adolescentes, tal como lo apoya autores como Fisher, et al. (2010).

Si bien ambos mensajes influyen en la conducta alimenticia de los menores, de acuerdo a lo hallado en este estudio, son los mensajes restrictivos los que más relaciones tienen con las características asociadas a los TCA. Este hecho podría deberse a que, si bien el ser humano es consciente que necesita comer para vivir; en el mundo actual parece pesar más los estándares de belleza que reflejan el éxito de las mujeres delgadas y el fracaso de las que no lo son (Oliva, et al, 2010). Por lo que, para alcanzar dicho éxito, se restringe la ingesta de alimentos, especialmente los que tienen alto contenido calórico. Esta represión o sometimiento a rigurosas dietas generan que el individuo tenga una relación tensa y poco saludable con la comida, lo que posteriormente repercutirá no solo en la alimentación per se, sino en la percepción de su propio cuerpo como fuente de

ansiedad e inseguridad que genera la prohibición y el comer incluso en ausencia de hambre (Jansen, Mulkens & Jansen, 2007; Satter, 2006)

Por otro lado se encontró que las dos dimensiones del CEMS correlacionaban directa y significativamente con las características de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, ineficacia, conciencia introceptiva, desconfianza interpersonal e inseguridad social. Lo que quiere decir que, los mensajes para restringir la ingesta de alimentos y la presión para comer, podrían vincularse negativamente con un comer intuitivo (Carper et al., 2000; Birch y Fisher, 2000), y positivamente con conductas alimenticias poco saludables. Lo que en la adolescencia puede traducirse en factores de riesgo que llevarán a que la persona desarrolle características asociadas a los TCA.

Estos resultados encontrados coinciden con lo planteado por algunos autores como Kroon Van Diest et al. (2010) que plantean que cuando los padres presionan a sus hijos a ingerir ciertos alimentos durante la infancia, se acrecentaría la posibilidad de padecer un TCA a futuro, especialmente durante la adolescencia. Otro estudio realizado por Francis & Birch (2005), encontró que cuando las madres habrían obligado a sus hijas a comer a los 5 años de edad, estas incurrieron en dietas luego de 6 años. Asimismo, un estudio de tipo longitudinal, mostró que el ser expuesto a comidas percibidas como desagradables durante la primera infancia, podía aumentar nueve veces el riesgo de padecer un trastorno alimentario durante la adolescencia (Kotler, Cohen, Davies, Pine & Walsh, 2001).

Por otro lado, de acuerdo a lo hallado por Birch, et. al., (2003), los estudiantes, que reportaron mayor prohibición de ingerir ciertos alimentos durante la niñez, señalaron un deseo acrecentado de comer y beber de manera más desordenada, hecho que los pondría en mayor riesgo de padecer alguna patología alimentaria a futuro.

Lo anterior podría explicarse en la medida que, el haber recibido este tipo de mensajes “prohibitivos”, generaría que la persona se encuentre permanentemente preocupada por su peso, lo que se traduciría en una mayor insatisfacción corporal (Carretero, et al, 2009); en donde, el individuo, al verse a sí mismo con una imagen que no se acerca a la figura idealizada, experimentará sensaciones y pensamientos negativos conduciéndolo a un estado de autocrítica permanente y sintiéndose constantemente evaluado y rechazado (Costa, et al, 2016). Este hecho puede dirigir a la adolescente a evaluar las relaciones sociales como tensas, inseguras e incómodas presentando un desinterés por establecer relaciones afectivas (Hirtoto, et al, 2014). Asimismo, podría

generar que la persona se aleje de las formas de alimentación saludables, llevándola a eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. Este comportamiento acarrea consecuencias físicas muy dañinas e influye negativamente en el estado anímico de la persona, incrementando su sensación de insatisfacción, inseguridad y sentimientos de rechazo hacia sí mismo (Pearson, et al, 2015; Zuzker, et al, 2013).

Llama la atención que respecto a la característica *miedo a la madurez*, se hallaron correlaciones en sentidos opuestos según el tipo de mensaje. Los mensajes de obligatoriedad se relacionaron de manera directa mientras que los restrictivos lo hicieron de manera inversa. Es decir, las participantes que reportaron mayor presión para comer tendrían un mayor deseo de volver a la infancia. En tanto las que reportaron mensajes más restrictivos se sentirían más cómodas de insertarse a la vida adulta. Por lo que en la medida que la persona experimente mayor restricción, se incrementaría su intención de escapar. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Kroon van Diest, et al. (2010) que muestran que la restricción en los niños y adolescentes pueden desencadenar en una actitud de rebeldía no solo en el consumo de alimentos sino en el comportamiento del individuo en general. Lo que aumentaría el deseo de independización, encontrando que el camino hacia la autonomía, se logrará únicamente al convertirse en adultos. Es así como la adultez puede ser percibida como una etapa de alivio en donde la adolescente podría satisfacer sus propias demandas, deseos y necesidades (Baker et al, 2012; Juárez & Gayet, 2014).

Por otro lado, de acuerdo a lo mencionado por Tylka (2006), cuando media una presión para ingerir ciertos alimentos, estos se vuelven indeseados y son asociados con emociones de malestar (Iannantuono et al, 2012). Sin embargo, la presión por consumir algunos alimentos, les daría a los niños pautas más rígidas de alimentación, sin que medie una reflexión de por medio como “¿porque tengo que comer, así ya no tenga hambre?”. Es decir se vuelve un proceso más mecánico y menos natural por lo que a medida que la persona va creciendo, y ya no hay una penalización de por medio, la angustia puede aumentar al no saber qué y cuándo comer (Black & Creed-Kanashiro, 2012), por lo que las emociones de malestar se pueden incrementar ocasionando mayor confusión y conflictos intrapsíquicos en la adolescencia (Kulug, 2010). Es así como la adolescente puede experimentar mayor temor a la adultez, lo que la llevaría a buscar la seguridad de la infancia; al no contar con herramientas propias que lo hagan tener una relación saludable con la comida y su cuerpo (Rizbal, et al, 2016; Lopez , et al, 2010)

Finalmente se obtuvo que la dimensión de obligatoriedad no se relacionó con las características de impulsividad, bulimia y ascetismo. Respecto a las primeras, los estudios de Carper, et al (2000) revelaron que el alentar a las niñas a hacer dietas rígidas, incrementaba la posibilidad de convertirse en comedoras más compulsivas. Asimismo, ante la restricción, las adolescentes se comportaban de manera más impulsiva y con menos control. Este hecho explicaría el porqué, cuando los mensajes son, por el contrario, de obligatoriedad no tendrían el mismo efectos que los restrictivos respecto a la característica de impulsividad; es decir la presión haría que la persona muestre mayor rigidez y menos descontrol (Pearson, et al, 2015).

En cuanto al ascetismo, si bien se esperaban correlaciones significativas con la dimensión de obligatoriedad dado que estos mensajes implican mayor control, serían las personas que, ante la restricción y crítica acerca de su alimentación, tenderían a buscar resultados excepcionales para, de esa manera, tener mayor aceptación por parte sus padres en particular y del entorno en general (Fisher, et al, 2010; Boone, et al, 2014; Lopez, et al, 2010). Por lo que tiene sentido que sean estas participantes las que busquen controlar sus necesidades corporales e impulsos a través del sacrificio y busquen resultados sobresalientes (Behar, & Arancibia, 2015).

Como se ha podido observar, si bien son muchos los factores los que entran en juego al hablar de las características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimenticios, lo que se nos trasmite en la infancia respecto a la alimentación parece tomar especial relevancia. De acuerdo a Domínguez, Weisstaub & Santos (2008), los padres parecen ser conscientes de la capacidad de autorregulación de la ingesta de los niños desde los primeros meses; no obstante, en la práctica no parecen confiar en sus hijos cuando muestran señales de saciedad. Es así como, los problemas no clínicos de alimentación como: rehusarse a consumir determinados alimentos, las restricciones o las presiones, pueden convertirse en problemas de alimentación durante la adolescencia y la adultez (Blissett, Meyer & Haycraft, 2006; ONU, 2003).

Por otro lado, al analizar las diferencias en ambas variables psicológicas con las variables sociodemográficas tomadas en cuenta para el presente estudio, se hallaron resultados interesantes en función al IMC y tipo de familia. Respecto a la variable edad no se encontró ninguna diferencia significativa, esto pudo deberse a que, los grados escolares a los que pertenecían las evaluadas (tercero, cuarto y quinto de media), son tres

grados en donde las edades son muy cercanas entre sí para poder realizar comparaciones tomando en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Al analizar el índice de masa corporal reportado, se encontró que las participantes con un peso normal o adecuado, en términos generales, estarían en una posición menos vulnerable de presentar características asociadas a los TCA. Asimismo, su percepción de los mensajes recibidos durante la infancia y la repercusión de estos en su relación con la comida, habría sido más natural y saludable.

Si bien existen casos en los que personas con peso normal presentan restricciones alimentarias e insatisfacción corporal, por ejemplo en el caso de las personas que padecen bulimia donde la enfermedad se hace menos evidente debido a que no hay un cambio drástico en el peso (Anschutz y cols., 2008). Serían, en la mayoría de los casos, las de peso más bajo o alto de lo normal, las que mostrarían mayor preocupación y angustia por alcanzar el peso ideal, que no necesariamente va a coincidir el peso adecuado. Al respecto, diferentes estudios muestran que al incrementarse el valor del IMC, aumenta la distancia entre la figura real y la “ideal”, y en la mayoría de los casos crece la insatisfacción corporal (Iannantuono & Tylka, 2012; Zusman 2009).

De acuerdo a un estudio realizado por Montero, Morales y Carvajal (2004), las mujeres con valores de IMC real correspondientes a bajo peso y sobrepeso se percibían más gruesas de lo que eran en realidad, mientras que las que reportaban un peso normal tendían a clasificarse correctamente. Esta distorsión que, las más delgadas y más gruesas, presentan a la hora de percibir correctamente su cuerpo; aumentaría la preocupación por adelgazar así como una mayor insatisfacción con su peso e imagen corporal (Durán, et al, 2014)

Asimismo, Casillas, Montaña, Reyes, Bacardí y Jiménez (2006) proponen que cuando el índice de masa corporal es mayor, aumenta la insatisfacción corporal, resultado que se comprueban en la presente investigación (Casilla, 2006). Sin embargo, también se encontró que si bien la insatisfacción corporal disminuye con un menor IMC, en el caso de las personas con un peso más bajo al adecuado, la insatisfacción volvería a aumentar. Lo que refuerza el hecho que el peso normal es un factor de protección para el desarrollo de las características asociadas a los TCA (Saucedo, et al, 2015).

Por otro lado, también se encontró que las alumnas con bajo peso habrían recibido más mensajes de obligatoriedad que las de peso normal mientras que las de sobrepeso

habrían recibido mayor cantidad de mensajes restrictivos. Lo que quiere decir que el tener un peso normal en la adolescencia reflejaría una mejor internalización de los mensajes alimenticios recibidos en la infancia o en todo caso se habría fomentado hábitos alimenticios más saludables (Barrada, et al, 2016; Chong, 2017).

Asimismo, los resultados hallados en este estudio coinciden con lo expuesto por Satter (2006) que sostiene que cuando los mensajes demandan obligatoriedad de ingerir ciertos alimentos, estos se vuelven indeseados y la persona los dejaría de comer debido a la asociación del alimento con emociones de malestar (Iannantuono et al., 2012). Estas conductas evitativas tendrían una repercusión a futuro, traduciéndose en que la adolescente deje de comer ciertos alimentos y tenga un peso más bajo al recomendable.

En cuanto a los mensajes restrictivos; lo encontrado también coincide con lo reportado por otros autores (Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry; 2004), quienes argumentan que la restricción de la ingesta de alimentos por parte de los padres estaría asociada positivamente con el peso. Es decir, la restricción generaría un deseo en la adolescente de comer de manera desinhibida sobretodo alimentos poco saludables y con alto contenido calórico; hecho que se traducirá en un aumento considerado de peso (Campbell, et al, 2010).

Como se ha podido ver, la alimentación es una parte importante de nuestra vida dado que es a través de ella que obtenemos nutrientes para tener energía para vivir (Fuillart, 2004). Pero, además de ser un proceso biológico, se debe tomar en cuenta que la alimentación es también un proceso emocional y social que puede repercutir positiva o negativamente en nuestro bienestar (Ávalos, et al, 2006; Barrada, 2016). Por lo que para mantener un peso adecuado y saludable, es recomendable incentivar a las personas desde su infancia a una alimentación más intuitiva y menos controladora ya que este hecho va influir y estar presente durante todo nuestro desarrollo. Resulta razonable, entonces, que las personas que comen de forma intuitiva piensen menos en comida, se angustien menos al respecto y tengan más probabilidades de tener un peso adecuado sin la necesidad de hacer alguna dieta (Tapper, 2017; Taylor, Daiss, & Krietsch, 2015)

Al respecto, es importante resaltar el concepto de *Mindful eating* o alimentación consciente que busca responsabilizarnos de cómo, qué y por qué comemos (Crowton, Berrett, Smith & Passmore, 2017). Se trata de adquirir más inteligencia emocional, de saber interpretar cómo nos sentimos y de reaprender a comer escuchando las necesidades

de nuestro organismo. Cada vez son más los estudios que resaltan la importancia de este concepto tanto en la prevención como en el tratamiento de los TCA (Masuda, Price & Latzman, 2012; Tapper, 2017).

De acuerdo a la variable tipo de familia, se hallaron diferencias significativas entre: *familia nuclear* y *vive con un solo padre* que fueron los dos grupos más representativos. Se encontró que las adolescentes que viven con solo uno de sus padres presentaron mayores niveles de obsesión por la delgadez, inseguridad social, insatisfacción corporal y perfeccionismo que las que viven con padre y madre. Al respecto, autores indican que los niños que viven con ambos padres tendrían menos problemas de comportamiento que los que viven solo con su madre, y que un contacto estable con el padre podría reducir el riesgo de desarrollar alguna patología en la adolescencia y juventud.

Como ya se ha mencionado, la familia representa un importante contexto social dentro del cual las actitudes relacionadas al peso, apariencia física y alimentación suelen gestarse por lo que la presencia o ausencia de uno de los progenitores puede repercutir en el devenir de las características asociadas a los trastornos alimenticios (Musher, 2009). En este caso, cabe resaltar que, de las participantes que no viven dentro de una familia nuclear, el 85% reportó vivir solo con la madre; en ese sentido la ausencia del padre sería un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA o características asociadas al mismo en las adolescentes.

Al respecto, algunos autores señalan que las características asociadas a los problemas alimenticios en la adolescencia parten de un conflicto con la figura nutritiva en la infancia, que tradicionalmente ha estado representada por la madre. Este conflicto afectaría más a las mujeres que a los hombres en tanto la relación madre-hija suele ser excesivamente estrecha, no dándose un proceso adecuado de separación-individuación. Es en la adolescencia, donde la joven puede intentar romper con esta relación simbiótica con la madre, a través del rechazo a la comida y del control de su propio cuerpo; ocasionando un estado general de insatisfacción y angustia constante por su peso (Ventura & Birch 2008)

Para romper esa relación fusional, de manera saludable, hace falta la presencia de un tercero; es decir, del padre. Kestemberg, Kestemberg y Decovert (1976) hablan del movimiento de “maternalización” del padre en los TCA. Por su actitud de oposición en

la alimentación, la adolescente requiere de la intervención del padre, no desde la afirmación autoritaria, sino para atenuar la irritación de la madre en la lucha por imponer reglas y exigencias. Es así como, si bien se habla de la importancia de la madre en la relación de la hija con la alimentación; se ha encontrado que los padres también ejercen mucha influencia en la actitud que las hijas tienen respecto a la sexualidad, la imagen corporal y los hábitos alimentarios. De acuerdo a algunos autores, la falta de una figura paterna aumenta también el riesgo de la aparición de características propias de los TCA, como la desconfianza e inseguridad de poder establecer vínculos significativos y baja autoestima. Lo que llevaría a la adolescente, para atenuar el sentimiento de ausencia y rechazo, a buscar una apariencia física perfecta y conseguir, así, atención y aceptación.

Es relevante resaltar los resultados hallados entre las dimensiones de los mensajes acerca de la alimentación recibidos en la infancia por parte de los cuidadores y las características tanto psicológicas como comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio en una población no clínica, que es la estudiada en la presente investigación. Los hallazgos expuestos podrían contribuir a una campaña preventiva basada en proporcionar información a los padres en la que se detalle la influencia que sus mensajes pueden tener en sus hijos y qué formas de actuación deberían tener para actuar como factores de protección. Estas campañas preventivas también podrían transferirse al ámbito escolar. Por lo general, aquello que los niños no comen en sus casas, tampoco lo comerán en la escuela. Más allá de eso, el desafío de la escuela radica en estimular a los alumnos para que amplíen y mejoren sus consumos alimentarios, y para que mejoren sus elecciones frente a las diferentes alternativas alimentarias de que disponen.

Asimismo, a la luz de lo encontrado, resulta fundamental trabajar con las adolescentes en programas de prevención donde se tomen en cuenta toda la gama de características asociadas a los TCA. Resulta fundamental la detección temprana de indicios que puedan devenir en estos trastornos, ya que el inicio precoz del tratamiento, así como el menor tiempo de evolución son factores que influyen positivamente en el desarrollo del cuadro (APA, 2013).

Por otro lado, este estudio refleja la importancia de promover, desde la infancia, una alimentación intuitiva para que la persona aprenda a reconocer las necesidades de su propio cuerpo y responder a ellas de manera apropiada (Barrada, et al, 2017).

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se encuentra que no hubo ningún reporte de los cuidadores acerca de los mensajes que ellos mismos emitían; por lo que no se pudo contrastar información que pudiera minimizar algún tipo de sesgo por parte de las participantes. Asimismo, al ser un estudio retrospectivo, pudo haber algún tipo de distorsión de la realidad por parte de las adolescentes; debido a la carga emocional que puede suponer evocar temas del pasado. Aunque muchas veces importa más la percepción de los hechos, que los hechos mismos (Kelly, 1965); sería interesante, además de contar con distintos informantes, contrastar la percepción que se tiene en la infancia con el análisis retrospectivo de la adolescente.

Otra limitación que se puede encontrar fue la poca diferencia en los grados en los que se encontraban las participantes de la investigación. Por lo que se recomienda, para futuras investigaciones, que la aplicación de las pruebas abarque un mayor número de grados escolares.

Asimismo, se sugiere realizar otras investigaciones que utilicen más instrumentos que midan aspectos relacionados a los trastornos alimenticios y a los mensajes alimenticios recibidos en nuestra infancia así como estudios de corte longitudinal que pueda evaluar la percepción de las estudiantes en distintas etapas del desarrollo. Por otro lado sería interesante que futuros estudios cuenten con mayor diversidad, por ejemplo, respecto al nivel socioeconómico para poder tener una muestra menos homogénea y contrastar si existen diferencias significativas de acuerdo a otras variables sociodemográficas que no se tomaron en cuenta en el presente estudio.

Por otro lado, si bien se reportan más casos de trastornos alimenticios en población femenina, este estudio podría ampliarse a varones para explorar si existen diferencias respecto a la variable sexo en la relación entre los mensajes alimenticios recibidos en nuestra infancia y las características psicológicas y comportamentales asociadas a los TCA. La manera en cómo las niñas y los niños interiorizan los mensajes alimenticios durante su desarrollo, podría resultar de especial importancia para la elaboración de estrategias de prevención, tomando en cuenta las posibles diferencias entre hombres y mujeres.



REFERENCIAS

- Abate, J., & Zunino, N. (2011). Defraudar a los padres es el mayor miedo de los adolescentes. *Tendencias: La Tercera*, 4 y 5
- Acevedo, J. (2008). La cólera y el riesgo de presentar Trastornos Alimenticios en mujeres adolescentes. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating disorders: The facts* (4ta. ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Álvarez, G., Nieto, M., Mancilla, J., Vásquez, R. & Ocampo, M (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*. Vol 17 (2), 251-260
- Anzman-Frasca, S., Liu, S., Gates, K. M., Paul, I. M., Rovine, M. J., & Birch, L. L. (2013). Infants' transitions out of a fussing/crying state are modifiable and are related to weight status. *Infancy*, 18(5), 662-686. doi: <http://dx.doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/10.1111/infa.12002>
- Agras WS, Lock J, Brandt H, et al (2014) Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71: 1279–86.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4a ed.). Washington DC.
- Avalos, L., Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*. 2(3):285-97. Department of Psychology, USA: Ohio State University
- Avalos, L. & Tylka, T. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*

- Baker, J. H., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2012). Pubertal development predicts eating behaviors in adolescence. *International Journal Of Eating Disorders*, 45(7), 819-826. doi:10.1002/eat.22022
- Barrada, J., Cativiela, B., Cebolla, A & Van Strien, T. (2016). *Intuitive Eating: A really new eating style?* Universidad de Zaragoza, España
- Barry, C., Jarlenski, M., Grob, R., Schlesinger, M. & Gollust, S. (2011). News media framing of childhood obesity in the United States from 2000 to 2009. *Pediatrics*, 128, 132e145. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3924>.
- Bazán, O., Cabrera, J., Huamán, F., López, A. & Martín, P. (2011). *Factores asociados a trastornos alimenticios en estudiantes universitarios*. En: Libro de Resúmenes de la I Jornada Científica San Martiniana del Norte. Chiclayo-Perú. Universidad San Martín de Porres-Filial Norte.
- Bardales, G. (2013). Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres que presentan desórdenes alimenticios. (Tesis inédita de Licenciatura), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3), 225-232. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.031
- Berg, K. C., Frazier, P., & Sherr, L. (2009). Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10(3), 137-142. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.03.003
- Bousmans, L. (2007). *The Fine Line of Perfectionism: Is It a Strength or a Weakness in the Workplace?* Tesis de Doctorado. Lincoln: University of Nebraska.
- Brytek-Matera, A., & Czepczor, K. (2017). Models of eating disorders: a theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 19(1), 16-26. doi:10.12740/APP/68422
- Betancur, L. & Valdivia, R. (2015) Efecto del riesgo de Transtornos de conducta alimentaria sobre el estado nutricional en estudiantes del nivel secundario del Colegio María Murillo de Bernal del distrito de Cerro Colorado, Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín.

- Birch, LL. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am.* 1995;42:931-53.
- Black, M. & Creed-Kanashiro, H. (2012). How to feed children? healthy eating behaviors starting at childhood citado en *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n3/a13v29n3.pdf> 2012;29(3):373-8.
- Borrego, C. (2010). Factores de Riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología / Universidad Cesar Vallejo*, 12(1), 13-50.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development.* Cambridge: Harvard University press. (Trad. Castellano, *La ecología del desarrollo humano.* Barcelona: Paidós ed.)
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40. doi: <http://dx.doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/10.1016/j.appet.2014.04.017>
- Campbell, K., Andrianopoulos, N., Hesketh, K., Ball, K., Crawford, D., Brennan, L; Timperio, A. (2010). Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. *Appetite*, 55(1), 84-88. doi: <http://dx.doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/10.1016/j.appet.2010.04.006>
- Camilleri, G., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V., Sautron, V., Hercberg, S. & Péneau, S. (2014). Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite* 84, 6-14.
- Carretero, A., Raich, R., Sanchez, L., Rusiñol, J., & Sanchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clinica y Salud*, 145-157.
- Carper, J., Fisher, J. & Birch, L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, 121-129
- Castiglia, M. & Romero, S. (2015). *Adaptación del cuestionario de influencias del modelo estético corporal en adolescentes limeñas.* Tesis para optar el título de

- Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Castrillón, I. & Giraldo, O. (2014) Feeding Practices Parents and Eating Behaviors in Children: Is there enough Information to Approach Feeding Problems? *Revista de Psicología. Universidad de Antioquia*, 6 (1), 57-74
- Castro-López, R.; Cachón, J.; Valdivia-Moral, P. & Zagalaz, M. (2015) Estudio Descriptivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Autoconcepto En Usuarios De Gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte*. Vol. 10 n° 2 pp. 251-258
- Cochran, C., Brewerton, T., Wilson, D. & Hodges, E. (1993). Alexithymia in the eating disorders/ *International Journal of Eating Disorders*. 14, 461-466.
- Contreras, M.; Cuadras, G.; Vega, H.; & Peinado, J. (2014). Análisis psicométrico de la prueba Body Image Anxiety Scale versión rasgo en alumnos de educación superior Perfiles Educativos. vol. XXXVI, núm. 144,. IISUE-UNAM.
- Casillas M, Montaña N, Reyes V, Barcardí M, Jiménez A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed*, 2006; 7(4): 243-49
- Cassaretto, M., & Guerrero, D. (2009). Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de Lima metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 4(1), 37-94.
- Clausen, L., Rosenvinge, J., Friborg, O., & Røkkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 33, 101-110. doi 10.1007/s10862010-9207-4
- Costa, J., Marôco, J., Gouveia, J. P., & Ferreira, C. (2016). Shame, Self-Criticism, Perfectionistic Self-Presentation and Depression in Eating Disorders. *International Journal Of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 315-328.
- Cortés JZ; Hernández, RL; Irecta, AP; Saucedo-Molina, T; Villalón, L. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalgenses. *Psicología y Salud*, 243-251.

- Couturier J, Kimber M, Szatmari P (2013) Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46: 3–11
- De las Casas, P. (2008). *Un cuerpo sin sombras. Anorexia y bulimia, una relectura en Freud*. Perú: Fondo Editorial Universidad Mayor de San Marco
- De la Montaña, J; Isasi, MC; González, M; González, J; Isasi, MC; Míguez, M. (2009). Evaluación de la distorsión de la imagen corporal en universitarios en relación a sus conocimientos de salud.
- Eneli, I., Crum, P. & Tylka, T. (2008). The Trust Model: A Different Feeding Paradigm for Managing Childhood Obesity. *North American Association for the Study of Obesity (NAASO)*.
- Eneli, I., Tylka, T., Watowicz, R. & Lumeng, J. (2014). Maternal and child roles in the feeding relationship: what are mothers doing? *Clin Pediatr (Phila)*. 2015 Feb;54(2):179-82. doi: 10.1177/0009922814529363. Epub 2014 Apr 13.
- Eneli, I., Tylka, T., Watowicz, R., Hummel, J., Ritter, J. & Lumeng, J. (2015). Targeting Feeding and Eating Behaviors: Development of the Feeding Dynamic Intervention for Caregivers of 2- to 5-Year-Old Children. *Journal of Obesity (J OBESITY)*, 6/23/2015; 2015: 1-8. (8p) <http://dx.doi.org/2015/964249>
- Esnola, I., Rodríguez, A. & Goñi, A (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Revista Salud Mental*. Vol 33, 21- 29.
- Field AE., De Stavola B., Ploubidis G, Simonoff E, Treasure J (2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *Br J Psychiatry*.
- Fisher, J., Sinton, M. & Birch, L. (2010). Early parental influence and risk for the emergence of disordered eating. In L. Smolack y J.K. Thompson (EDS.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (2nd ed., pp. 17-33). Washington DC: *American Psychological Association*..
- Fisher,C; Hetrick, S & Rushford, N (2010). *Family therapy for anorexia nervosa*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Fuillerat, R. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutr. Hosp. [online]*. 19(4)209-224. ISSN 0212-1611
- Galarsi, M.; Correche, M. y Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. Tesis, Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- García, A. C., Escursell, R. R., Planell, L. S., Estragués, J. R., & Carracedo, D. S. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clinica Y Salud*, 20(2), 145-157.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Groesz, L., Levine, M., y Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Guerrero, D. (2008). Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Hurley, K.; Cross, M.; Hughes, S. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition*, 141, 495–501
- Juárez, F., & Gayet, C. (2014). Transiciones a la Vida Adulta en Países en Desarrollo. (Spanish). *Annual Review Of Sociology*, 40S-1. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145709
- Hiroto, K., Kunihiro, K., Satoshi, T., Miho, I., Naoko, K., Yukihiro, N., & Norio, O. (2014). Social insecurity in relation to orbitofrontal activity in patients with eating disorders: a near-infrared spectroscopy study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 95-121. doi:10.1186/1471-244X-14-173

- Iannantuono, A. & Tylka, T. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9, 227-235. Elsevier, Department of Psychology, The Ohio State University, Marion, OH 43302, United States.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1955/1972). *De la lógica de niño, a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental*, 18.
- Jurado, P.; Correa, J., Delgado, A., Contreras, M., Camacho, J., Ortiz, D., Escobar, M. (2010) Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *MedUNAB, Norteamérica*, 12, may. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=25&path%5B%5D=20>.
- Karges, K (2014). How Eating Disorders Can Affect Relationships. Special Projects Director with Eating Disorder Hope. <http://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/family-role/how-eating-disorders-can-affect-relationships>
- Kroon Van Diest, A. & Tylka, T. (2010). The Caregiver Eating Messages Scale: Development and psychometric investigations. *Body image* 7. Ohio, US: Ohio State University Elsevier, 317-326.
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Buenos Aires: Lumen.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 814. doi:10.1016/j.bodyim.2009.09.009
- Lattimore, P., Mead, B. R., Irwin, L., Grice, L., Carson, R., & Malinowski, P. (2017). 'I can't accept that feeling': Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry Research*, 247163-171. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.022
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 1-5. doi 10.1002/eat.20751

- López, G., Levine, M., Sanchez, D. & Fauquet, J (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: a review of effects and processes. *Media Psychology*. Vol 13 (4), 387-416.
- Levy, D. L., Kagan, J., & Matthyse, S. (1996). *Psychopathology : the evolving science of mental disorder*. Cambridge : Cambridge University Press, 1996
- Marrodán, MD.; Montero, P.; Cherkaoui, M. (2012) Transición nutricional en España durante la historia reciente. *Nutr Clín Diet Hosp.*; 32 (2): 55-64.
- Martinez, P., Zusman, L., Hartley., L. Morote, R. & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de psicología PUCP*, 12(2), u 234-269.
- Martínez, P., & Cassaretto, C. (2015). Validation of the new Diener's well-being measures in the Spanish Version. USA: Fourth World Congress of Positive Psychology
- Masuda, A., Price, M., & Latzman, R. D. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 107-115. doi:10.1007/s10862-011-9252-7
- Minuchin, S., Bosman, B. L., Baker, L. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mensing, J.; Calogero, R. & Tylka, T. (2016). Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Elsevier*, Department of Psychology, The Ohio State University, Marion, OH 43302, United States.
- Meyer, T. A. y Gast, J. (2008). The effects of peer influence on disordered eating behavior. *Journal of School Nursing*, 24(1), 36---42
- Montero P, Morales EM, Carvajal A. Valoración de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 2004; 8: 107-16.
- Moreno, J (2010) *Masa corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 321 pp.

- Musher D., de Lauzon, B., Holub, S., Leporc, E & Charles, M. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, 52(1), 89-95. doi:10.1016/j.appet.2008.08.007
- Monterrosa, A., Boneu-Yépez, J., Muñoz-Méndez, J. T., y Almanza, P. E. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédica*, 3(1), 99-111.
- Oliva, M.; Vázquez, R.; Moncilla, J., & Trujillo, E. (2010) Influencia de los factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicol y Salud*, 20 (2): 169-77
- Ovando, G; Martínez-Rojano, H; Ramírez, C; Sámano, R; Sánchez-Jiménez, B; Zelonka R. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos.
- Pearson, C. M., Wonderlich, S. A., & Smith, G. T. (2015). A risk and maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behavior. *Psychological Review*, 122(3), 516-535. doi:10.1037/a0039268
- Pérez, V. (2007) “Mitos y realidades de los trastornos alimenticios”[conferencia], Colegio Liceo Francés, Bogotá.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Richards, P. S., Crowton, S., Berrett, M. E., Smith, M. H., & Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *Eating Disorders*, 25(2), 99-113. doi:10.1080/10640266.2017.1279907
- Rizbai, t., csenki, l., pászthy, b., & szabó, p. (2016). Emotional and autobiographical memory deficits in anorexia nervosa. *Journal Of Evidence-Based Psychotherapies*, 16(2), 191-204.
- Rodríguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schirmer, M. (2017). *Propiedades psicométricas de la escala Caregivers Eating Messages Scale en estudiantes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. & Lock, J. (2003). Risk and protective factors of juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12, 38-46.
- Staudt, M., Roj, N. y Ojeda, G. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 156, 24 – 30.
- Tafà, M. m., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017). Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *Journal Of Child & Family Studies*, 26 28-39. doi :10.1007/s10826-016-0531-5
- Tapper, K. (2017). Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how?. *Clinical Psychology Review*, 53122-134. doi:10.1016/j.cpr.2017.03.003
- Taylor, M. B., Daiss, S., & Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues In Psychological Science*, 1(3), 229-238. doi:10.1037/tps0000035

- Tylka, T. & Kroon Van Diest, A. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153.
- Tylka, T. & Hill, M. (2004). Objectification Theory as It Relates to Disordered Eating Among College Women. *Sex Roles*, US: Ohio State University Volume 51, Number 11-12, Page 719
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image* 12, 53-67
- Urzúa A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1063-1073.
- Uzunian L, Vitalle M .Social skills (2015) A factor of protection against eating disorders in adolescents. *US National Library of Medicine National Institutes of Health, Cien Saude Colet*;20:3495-508
- Ventura, A. & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(15).
- Watkins B (2013) Cognitive behavioural approaches. In *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* (4th edn) (eds B Lask, R Bryant-Waugh): 258–80. Routledge.
- Zucker, N., Moskovich, A., Vinson, M., & Watson, K. (2013). Emotions and empathic understanding: capitalizing on relationships in those with eating disorders. In J. Alexander & J. Treasure (Eds.), *A Collaborative Approach to Eating Disorders* (pp. 52–61). New York, NY: Routledge.
- Zusman, L. (2009). *Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas*. (Tesis inédita de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.



APÉNDICE A1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Estas siendo invitado a participar en una investigación sobre aspectos psicológicos y físicos de la salud. Esta investigación es realizada por el estudiante de último año de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Patricia Arredondo. Así mismo la investigación se encuentra supervisada por la Mag. Mónica Cassaretto, docente de la misma universidad, quien atenderá sus dudas en el 6262000 anexo 4560.

Fuiste seleccionado(a) para participar en esta investigación al ser estudiante de secundaria de este colegio. Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio, 130 personas aproximadamente.

Si decides aceptar, se te solicitará contestar una pequeña encuesta sobre tus datos y dos pruebas relacionadas con los temas arriba mencionados. Tu participación es muy valiosa ya que contribuye a conocer más acerca de las variables mencionadas. Los derechos con los que cuentas incluyen:

Anonimato: Todos los datos que ofrezcas son absolutamente anónimos, por tanto, no habrá manera de identificarlo individualmente.

Integridad: Ninguna de las pruebas que te le apliquen resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tienes el derecho de abstenerse de participar o incluso de retirarte de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

Si deseas participar en la investigación marca con una "X" en una de las siguientes opciones:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

APÉNDICE A2

Estimado padre de familia o apoderado:

El presente reporte tiene como finalidad informarle que su hija ha sido seleccionada para participar en una investigación sobre aspectos físicos y psicológicos de la salud y su relación con la alimentación.

En este proyecto, se recogerá información que será tratada de manera confidencial y anónima. Asimismo, las pruebas no tocan temas que podrían generar incomodidad o malestar en quienes la respondan. Se espera que la participación de su hija sea voluntaria, por tanto, si ella no desea hacerlo no deberá sentirse obligada y puede retirarse de la evaluación en el momento que lo considere necesario.

La investigación será realizada por Patricia Arredondo Simons, estudiante de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Si tiene alguna consulta o duda, puede comunicarse con ella al siguiente teléfono 626-2000

De NO estar de acuerdo con la participación de su hija, se le pide que envíe el siguiente desglosable firmado.

Yo, _____ NO ESTOY DE ACUERDO
QUE mi hija participe en la investigación sobre aspectos físicos y psicológicos de la salud
y su relación con la alimentación.

Firma Firma del apoderado

APÉNDICE B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: _____
2. Grado escolar:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| Tercero de media | <input type="checkbox"/> |
| Cuarto de media | <input type="checkbox"/> |
| Quinto de media | <input type="checkbox"/> |
3. Lugar de nacimiento: _____
Si has nacido en provincia, pon el número de años que vives en Lima _____
4. Talla aproximada: _____
5. Peso aproximado: _____
6. Número de personas con las que vives en tu casa: _____
7. Personas con las que convives en tu hogar:
(Puedes marcar más de una opción)
- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Papá | <input type="checkbox"/> |
| Mamá | <input type="checkbox"/> |
| Hermanos(as) | <input type="checkbox"/> |
| Abuelos | <input type="checkbox"/> |
| Nueva pareja de mamá | <input type="checkbox"/> |
| Nueva pareja de papá | <input type="checkbox"/> |
| Otros: _____ | |

APÉNDICE C

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas (N=121)

	%
Grado del Estudiante	
3ro de secundaria	33.9
4to de secundaria	31.1
5to de secundaria	31.1
Edad	
13	5.8
14	13.2
15	27.3
16	41.3
17	10.7
18	1.7
Lugar de Nacimiento	
Lima	85.5
Provincia	9.5
Extranjero	5.0
Tipo de Familia	
Familia Nuclear	61.2
Familia Reconstruida	11.6
Familia Extendida	1.7
Solo con uno de los padres	25.6
IMC	
Infrapeso	20.5
Peso normal	70.1
Sobrepeso	9.4

APÉNDICE D

Confiabilidad y pruebas de asimetría y curtosis de las variables

	α	Asimetría	Curtosis
<i>Dimensiones del CEMS</i>			
Obligatoriedad	.94	0.31	0.09
Restricción	.92	1.03	0.49
<i>Escalas del EDI-2</i>			
Obsesión por la delgadez	.93	0.34	-1.01
Bulimia	.87	0.60	-0.42
Insatisfacción corporal	.86	0.20	-0.92
Ineficacia	.95	0.18	-0.91
Perfeccionismo	.92	0.27	-0.68
Desconfianza interpersonal	.87	-0.08	-0.86
Conciencia introceptiva	.94	0.36	-1.00
Miedo a la madurez	.92	0.12	-0.61
Ascetismo	.93	0.34	-1.13
Impulsividad	.91	0.77	0.02
Inseguridad social	.94	-0.03	-1.34

APÉNDICE E1

Homogenidad de varianzas: IMC

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Obsesión por la delgadez	0.708	2	108	0.495
Bulimia	1.315	2	114	0.273
Insatisfacción	1.374	2	113	0.257
Ineficacia	2.071	2	114	0.131
Perfeccionismo	1.291	2	114	0.279
Desconfianza Intrapersonal	0.503	2	114	0.606
Consciencia Introceptiva	0.183	2	110	0.833
Miedo a la madurez	4.749	2	114	0.723
Ascetismo	1.005	2	113	0.369
Impulsividad	1.782	2	113	0.173
Inseguridad social	1.165	2	113	0.316
Obligatoriedad	0.682	2	114	0.507
Restricción	1.064	2	114	0.348

p>0.05: Tienen varianzas homogéneas

APÉNDICE F

Comparación de pares de acuerdo al IMC (Scheffé)

Dependent Variable	(I) IMC_RECAT	(J) IMC_RECAT	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Obsesión por la delgadez	Delgadez	normal	1.04332*	0.24231	0
	Delgadez	obesidad	1.03139*	0.36734	0.039
	Normal	obesidad	0.01194	0.31762	0.918
bulimia	Delgadez	normal	.87137*	0.25749	0
	Delgadez	obesidad	0.52056	0.40398	0.022
	Normal	obesidad	0.35081*	0.35626	0.009
Insatisfacción	Delgadez	normal	.71262*	0.22911	0.004
	Delgadez	obesidad	0.75926	0.35894	0.439
	Normal	obesidad	0.04664	0.31677	0.617
Ineficacia	Delgadez	normal	1.13150*	0.24916	0.01
	Delgadez	obesidad	1.01742	0.3909	0.111
	Normal	obesidad	-0.11408	0.34472	0.989
Perfeccionismo	Delgadez	normal	1.09163*	0.25376	0
	Delgadez	obesidad	0.70139*	0.39812	0.037
	Normal	obesidad	-0.39024	0.35109	0.947
Desconfianza	Delgadez	normal	.73447*	0.20946	0
	Delgadez	obesidad	0.77327	0.32861	0.216
	Normal	obesidad	0.0388	0.28979	0.541
Consciencia	Delgadez	normal	1.31937*	0.23355	0.003
	Delgadez	obesidad	1.06759	0.36135	0.067
	Normal	obesidad	-0.25178	0.31722	0.991
Miedo	Delgadez	normal	0.47879*	0.24013	0
	Delgadez	obesidad	1.42377*	0.37674	0.015
	Normal	obesidad	.94498	0.33224	0.73
Ascetismo	Delgadez	normal	1.15606*	0.24192	0.042
	Delgadez	obesidad	0.45881	0.37901	0.001

	Normal	obesidad	-0.69725	0.33448	0.02
Impulsividad	Delgadez	normal	1.08670*	0.22069	0
	Delgadez	obesidad	0.74449	0.34575	0.483
	Normal	obesidad	0.34221*	0.30513	0.019
Inseguridad social	Delgadez	normal	1.08063*	0.26831	0
	Delgadez	obesidad	1.30398	0.42037	0.103
	Normal	obesidad	0.22334*	0.37098	0.035
Obligatoriedad	Delgadez	normal	.52195*	0.16546	0.001
	Delgadez	obesidad	0.62727	0.25958	0.01
	Normal	obesidad	0.10532	0.22892	0.834
Restricción	Delgadez	normal	0.35183	0.22721	0.008
	Delgadez	obesidad	-0.575	0.35647	0.058
	Normal	obesidad	.92683*	0.31436	0.009

*p<.05, **p<.01

