



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



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 POR EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CON
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIEGO GUERRERO CANALE

LIMA-PERÚ

2008



“A mis papás, a mi hermana y al Pits.”

Agradecimientos

Ésta talvez sea la parte que más me ha costado escribir de toda la tesis y es la última parte del documento que escribiré. Esto quiere decir que terminé la tesis y toda la revisión de libros y análisis estadísticos que tuve que hacer.

Creo que es la parte más difícil porque en realidad hay tanta gente que me ha apoyado a escribir este texto que temo dejar a alguien de lado pero es que ha sido un largo, realmente largo proceso.

Antes que nada quiero dedicarle esta tesis a Joaq, a mi mamá, a Clau y al Pits, porque en el fondo ellos son los que han tenido que aguantar mis madrugadas, mi desesperación, mi estrés y bueno, ahora mi alegría.

Además quiero agradecerle a la persona que me ayudó y apoyó durante todo este largo proceso, a mi asesora, Mónica. Sin su constante seguimiento y presión talvez esto me hubiese demorado más, sus buenos consejos y su gran entendimiento me ayudaron a darle forma a este texto y a que salga lo mejor de mi. Gracias.

No podría dejar de lado a mi gran asesor Arturo, sin él no podría haber hecho tan minuciosamente todos los análisis estadísticos que tuve que hacer, gracias a él realizar una tesis psicométrica no fue tan complicado como inicialmente pensé que sería.

Otras personas que me ayudaron muchísimo fueron mis jueces, quiero agradecerles por tomarse su tiempo y apoyarme en la adaptación de esta prueba, gracias a Mónica, Doris, Cecilia, Haydeé, Magaly, Pierina, Sara, Meche, Mónica I., Nancy, Joan y Martha, sin ustedes no podría haber hecho un buen trabajo.

Creo que con esto doy por terminada mi tesis, estos agradecimientos que son lo primero que leerán fueron lo último que escribí y talvez la parte más complicada. Gracias!!!!

RESUMEN

El presente estudio parte de la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables para evaluar características de los trastornos alimentarios debido al crecimiento exponencial de los mismos en los últimos años. Por lo mismo, el objetivo general de esta investigación fue adaptar el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) creado por Garner (1998) y determinar si emergen tres factores subyacentes a las once escalas del instrumento. La muestra empleada estuvo compuesta por 393 alumnos de los primeros años de pregrado en una universidad particular y de un centro preuniversitario, ambos de Lima metropolitana. Las edades de dichos sujetos oscilaban entre los 16 y los 20 años y se distribuían de manera similar entre hombres y mujeres.

La adaptación peruana del EDI-2 fue sometida a un análisis estadístico encontrándose que la prueba era válida y confiable. De tal forma, fueron sometidos a un análisis de confiabilidad tanto los factores como las escalas, encontrándose que los factores presentaban niveles óptimos y las escalas casi en su totalidad niveles adecuados. Por otro lado, se realizó un análisis factorial llevado a cabo a través de la rotación oblicua de componentes principales que demostró que las escalas se organizaban en tres factores, los que eran similares a los encontrados en el proceso de adaptación español. Por lo tanto, se concluyó que la adaptación peruana del inventario EDI-2 es una buena réplica y una buena adaptación del mismo. Adicionalmente, se realizaron comparaciones de las escalas y factores según las variables demográficas relevantes como sexo, institución y área de estudio, lugar de nacimiento, edad y composición familiar, además del índice de masa corporal reportado, encontrándose diferencias significativas entre dichos grupos.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	i
TABLA DE CONTENIDOS	ii
INTRODUCCIÓN	iv
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA Y SU EVALUACIÓN	
1.1. Definiciones básicas y tipos	1
1.2. Etiopatogenia, características psicológicas y consecuencias de los trastornos alimentarios en la adolescencia	7
1.3. Evaluación de los trastornos alimentarios a través de instrumentos psicométricos	14
El EDI-2	26
Planteamiento del problema	26
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	
2.1. Tipo de investigación	29
2.2. Participantes	
Descripción de la población	29
Tipo de muestreo	30
Criterios de selección de la muestra	30
Descripción de la muestra	31
2.3. Instrumentos	
Ficha demográfica	35

EDI-2	35
Confiabilidad y validez	
2.4. Procedimiento	
Adaptación de la prueba	37
Muestreo	38
Aplicación del Inventario a la muestra	38
Análisis de resultados	39
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	
3.1. Evaluación de la validez del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2).	42
3.2. Análisis de la consistencia interna y de la confiabilidad del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2).	47
3.3. Comparaciones de los resultados obtenidos entre los diferentes grupos según sexo, edad, índice de masa corporal, centro de estudios y lugar de nacimiento.	53
3.4. Baremos provisionales	67
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS	96
ANEXOS	102

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios son una realidad lamentablemente en creciente magnitud, desórdenes que al parecer no tienen fronteras y cuya influencia al parecer no tiene límite. Hasta la actualidad, la mayor parte de investigaciones referidas al tema se realizan en población femenina, puesto que la mayor prevalencia sigue encontrándose en dicha población, pero de igual manera se puede observar un crecimiento de gran magnitud en la población masculina, haciéndose necesaria la investigación para ambos géneros.

En las últimas décadas se ha producido un cambio en el modelo estético que precisa cómo deben verse las personas para ser socialmente aceptadas, dando una clara supremacía a la delgadez, tanto en hombres como en mujeres, aunque posiblemente su forma de presentación sea diferente. De igual manera, se han presentado cambios en la representación de los géneros que afectan sin duda los estereotipos o arquetipos sobre los cuales se construyen la masculinidad y la femineidad (González, 1998). Existen pues influencias de tipo publicitarias por ejemplo, en las que se toman actualmente a los dos sexos como imágenes para vender, dejando de lado los estereotipos clásicos del macho viril, duro, musculoso e insensible; o el de la mujer débil cuyo desarrollo sólo se da en el hogar, abriéndose paso así a una diversificación de lo que significa ser hombre o mujer a nivel sociocultural. En relación tanto al género masculino y al femenino, si bien las nuevas representaciones de los géneros permiten una mayor apertura frente a aspectos que pueden ser positivos, de igual manera presentan modelos sobre cómo se debe ser para ser socialmente aceptados, promoviendo tal vez una inconformidad en las personas con su imagen corporal.

Si bien estos nuevos modelos estéticos afectan de forma diferente a las personas según su género, edad u otra característica, es claro que existe una etapa en la cuál se es más

susceptible a las influencias del entorno, esta etapa va aproximadamente desde los 11 años hasta los 20 años de edad y es llamada adolescencia; en este periodo, los individuos replantean la definición personal y social de lo que deben ser, buscando así espacios en los que puedan sentir pertenencia y puedan darle un sentido a su vida, ya que en esta etapa las personas enfrentan distintos cambios en sí mismos a nivel físico, cognitivo, social y emocional (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Krauskopf (1995) plantea que durante la adolescencia, se presenta una reestructuración del esquema y de la imagen corporal, por lo que los adolescentes deben adaptarse a los cambios sexuales y físicos a los que se ven expuestos. Posteriormente, deben diferenciarse de su grupo familiar y reafirmarse a nivel social, con lo que empiezan a explorar cuáles son sus capacidades personales con el fin de afirmarse frente a las personas. Por último, deben definir su identidad, lo cuál va a conllevar una reestructuración también de sus relaciones familiares e interpersonales.

Actualmente los medios de comunicación conjugan elementos ideológicos y comerciales para ofrecer valores, modelos y tipos ideales tanto para hombres como para mujeres, con los cuales muchos adolescentes se comparan y tratan de imitar, siendo estos estereotipos los que están contribuyendo a formar la imagen e identidad de las nuevas generaciones. Por lo tanto, si observamos los estereotipos propuestos, que son modelos de “perfección corporal, social y personal” tanto para hombres como para mujeres, es claro que aparezca una idealización de los mismos con intentos a veces desenfrenados para parecerse, generándose así un factor fundamental que al complementarse con diversos factores biológicos o psicológicos, puede desencadenar en la aparición de los trastornos alimentarios.

En el Perú, en el Estudio Epidemiológico en Salud Mental (2002), se encontró que cerca al 60% de la población adolescente no se encontraba satisfecha con su aspecto físico y un porcentaje del 8,3% mantenía una tendencia a problemas alimentarios. Las cifras

encontradas distan bastante de lo esperado y consideramos que son más bien alarmantes. Observando estos resultados cobra extrema importancia la investigación, En este sentido, queda claro lo necesario de conocer más aspectos de cómo se presentan los trastornos alimenticios de forma que se podría realizar un adecuado tratamiento multidisciplinario de los mismos y se podrían aplicar diferentes campañas de prevención adaptadas al público al cuál se encuentran dirigidas.

Para poder incrementar la investigación en el campo de los trastornos alimentarios es necesario contar con instrumentos que permitan realizar una evaluación adecuada de los mismos. Dentro de los más utilizados se encuentra el EDI-2, instrumento creado por Garner (1998). Este inventario ha sido ampliamente utilizado en diversas investigaciones y ha sido adaptado en países como Israel, México, Nueva Zelanda, Suecia, Corea, Alemania, Estados Unidos, Holanda, España, Chile, entre otros. La ventaja del EDI-2 es que contar con un gran número de adaptaciones permite realizar estudios transculturales con el mismo instrumento y se puede encontrar similitudes y/o diferencias en la forma en la cuál se presentan los trastornos alimentarios en diferentes sociedades y asociar estos descubrimientos con variables como género, edad, cultura u otras. Además, el EDI-2 es uno de los inventarios más utilizados a nivel mundial y, a diferencia de otras pruebas, puede ser utilizado tanto en hombres y en mujeres y no se centra únicamente en evaluar el trastorno alimentario de forma específica, sino que permite ahondar en características de personalidad y sociales que afectan a las personas y podrían ponerla en una posición de riesgo.

Considerando la importancia de este tema, los objetivos de esta investigación fueron adaptar el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) creado por Garner (1998). La muestra estuvo conformada por un grupo de estudiantes adolescentes limeños de una universidad privada y de un centro preuniversitario. Por otro lado, la investigación

también tuvo como propósito describir las variables descritas en el inventario según características de la muestra y encontrar las diferencias determinadas según variables como sexo, edad, institución y área de estudio, lugar de nacimiento, índice de masa corporal reportado y composición familiar.

En el presente estudio se desarrolla el marco teórico mostrándose definiciones sobre los trastornos alimentarios, sus distintos tipos y los factores etiopatogénicos relacionados con los mismos. Por otro lado, se presentan los diferentes tipos de evaluación de la patología alimentaria, destacándose el EDI-2. A continuación se presenta la metodología del estudio, los resultados y la discusión de los mismos para finalizar con las recomendaciones y sugerencias para próximas investigaciones con este inventario.

Claramente debemos considerar este estudio como un primer paso, ya que si bien el fin del mismo se centra en la adaptación de un instrumento para evaluar características asociadas a los trastornos alimentarios, la necesidad frente a la cuál nos vemos expuestos va mucho más allá. Debemos ser conscientes de que los trastornos alimentarios son un problema grave que puede afectar a cualquier persona, por lo que el fin de esta investigación es proveer un instrumento válido y confiable que permita posiblemente detectar a personas en riesgo a padecerlos.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA Y SU EVALUACIÓN

1.1. Definiciones básicas y tipos

A lo largo de la historia se ha podido observar que han existido distintos cánones sobre la representación de la belleza. La belleza es un término subjetivo que depende de su valor cultural, por lo que varía de acuerdo a la sociedad en la que se encuentra. Con la globalización, las distintas sociedades se han visto expuestas a los cánones de belleza de otras culturas, promoviendo formas de belleza que redefinen que es lo bonito, atractivo y/o deseable. Si notamos la influencia occidental existente en nuestro país, siendo claramente la dominante, podemos vislumbrar que estos cánones definen lo deseable y atractivo en relación a un cuerpo extremadamente delgado, tanto en el caso de hombres como mujeres. Por lo tanto, no es extraño encontrar que se haya producido un aumento significativo de los trastornos alimenticios, tanto en población femenina como masculina. Esto se debe a que en ciertas ocasiones la determinación para no volverse obeso y encajar en el modelo estético puede desembocar en problemas mucho más serios que la obesidad misma, (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2005); de la misma forma que los cambios socioculturales enfrentan a las personas a una realidad frente a la cuál se deben adaptar.

Por lo mismo, un intento por definir lo que es un trastorno alimentario cobra importancia pero de igual manera se va enfrentado con los diversos cambios que se han presentado en las sociedades actuales, partiendo de la noción que actualmente los trastornos alimentarios presentan una sintomatología diferente a las de décadas pasadas. Perpiña (1995) propone que en la actualidad se deben comprender por trastornos alimentarios a aquellas

alteraciones en las que la conducta alimentaria se encuentra trastornada, pero básicamente debido a los excesivos intentos que los pacientes hacen para controlar su peso y su cuerpo. Es importante resaltar que lo que propone Perpiña se diferencia de modelos explicatorios anteriores, en los cuáles el entendimiento se centraba en variables puramente biológicas como el peso (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Kirsman y Salgueiro (2002) proponen que un trastorno de la conducta alimentaria es un conjunto complejo de aspectos cognitivos y actitudinales relacionados con la comida, con el peso y la forma corporal que afectan directamente las conductas de las personas, cambiando así los hábitos alimenticios de las personas y generando desajustes tanto psicológicos como fisiológicos.

Luego de comprender lo que es un trastorno alimentario, el siguiente paso es definir sus diferentes categorías, tarea que ha sido cumplida por diferentes instituciones como la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La APA propone que, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), se incluyan básicamente, dentro del capítulo de los trastornos de la conducta alimentaria, dos trastornos alimentarios específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; incluyendo también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para identificar diversos trastornos que no cumplen todos los criterios de un trastorno alimentario específico (APA, 2002). Por otro lado, la OMS, en la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), incluye a los trastornos alimentarios en el grupo de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos, incorporando entre los mismos a la anorexia nerviosa, la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa, la bulimia nerviosa

atípica, otros trastornos de la conducta alimentaria y al trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

Por otro lado, es importante resaltar que diversos autores proponen a su vez otro trastorno de la conducta alimentaria, el binge-eating, también encontrándose incluido en los criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-IV-TR (Langley, 2006; Nardone, 2004; Pope, Phillips y Olivardia, 2000).

La siguiente tarea que nos atañe es comprender los diferentes tipos de trastornos alimentarios incluidos en las diferentes clasificaciones internacionales. En primer lugar se encuentra la *anorexia nerviosa*, que se caracteriza por una reducción progresiva de la alimentación hasta el rechazo completo de la comida (Nardone, 2004; Cervera, 2005). Existe amplia literatura que propone diversos comportamientos anómalos presentes en la anorexia nerviosa. Por ejemplo, Cervera (2005) propone que las personas que sufren de esta patología presentan pensamientos negativos respecto a ellos mismos, una preocupación desorbitada por el cuerpo, cambios de humor, etc. A su vez, propone que se trata de personas que tienen un inmenso temor a ganar peso y que están exageradamente preocupados por la silueta de su cuerpo. Por otro lado, Perpiña (2005) propone que la característica esencial de la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para la edad y talla, manifestando a su vez un deseo por perder peso y terror frente a la gordura. Como se logra observar, entre los síntomas principales propuestos por ambos autores se encuentra un temor intenso a ganar peso, manifestándose éste tal vez por una posible distorsión de la imagen corporal.

Dentro de los síntomas propuestos por el DSM-IV-TR, se propone que en el caso que se presente el trastorno en población femenina postpuberal, se debe dar la amenorrea con la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Dicho criterio se propone para

población únicamente femenina, puesto que la prevalencia de la anorexia nerviosa sigue siendo mayor en las mujeres. Langley (2006) propone que en hombres adolescentes no existe un indicador tal como la amenorrea, pero que sí se puede observar un retraso en el crecimiento del adolescente y una posible vuelta a un estado físico anterior.

Existen diferentes subtipos de anorexia nerviosa. El DSM-IV-TR propone que existe un subtipo restrictivo y un subtipo compulsivo/purgativo. Por un lado, la de tipo restrictivo se caracteriza por un episodio en el cuál la persona no recurre a atracones o purgas, más bien, se centra en la abstinencia alimentaria; por otro lado, la de tipo compulsivo/purgativo, en la cuál, dentro del episodio de anorexia nerviosa, la persona recurre regularmente a atracones o purgas como comportamientos compensatorios además de la abstinencia alimentaria. La anorexia nerviosa de tipo restrictivo quizás sea el tipo de anorexia más conocido, mientras que el tipo compulsivo/purgativo es otra forma de presentación del mismo trastorno.

Es importante observar que una persona no se hace anoréxica de un momento para otro, sino a través de un proceso de abstinencia alimentaria que lleva al rechazo de la comida. A su vez, esta abstinencia no se relaciona únicamente con la comida, sino también con cualquier sensación agradable en la vida de la persona (Nardone, 2004). En dichas personas se puede observar una pérdida de interés y/o disfrute por acontecimientos que generalmente le generaban placer, tal como las relaciones interpersonales básicamente.

Cervera (2005) propone:

“...Pero hay otra forma de presentar el trastorno. Es el de las personas que por idénticos motivos que los referidos deciden controlar la comida, pero en su caso no consiguen que el control sea riguroso y alternan días de restricción alimentaria con episodios de voracidad. Después, tratan de compensarlos con vómitos o abusando de laxantes y diuréticos. A esa forma de trastorno se le llama anorexia bulímica.” (p. 31)

Por otro lado, la segunda gran categoría es la *bulimia nerviosa*, que se caracteriza básicamente por una compulsión irrefrenable por comer grandes cantidades de comida y después vomitar, tomar laxantes o diuréticos o realizar grandes cantidades de ejercicio con el fin de eliminar las calorías ingeridas. (Cervera, 2005; Langley, 2006; Perpiña, 1995; Pope, Phillips y Olivardia, 2000) Es importante resaltar que dichas conductas compensatorias se deben a que la auto evaluación que realiza la persona sobre sí misma está exageradamente influida por el peso y por la silueta corporal (APA, 2002), centrando su autoconcepto y autoestima en dichas características.

Existe amplia literatura que propone la sintomatología de esta patología; por ejemplo, Cervera (2005) propone que la bulimia nerviosa se constituye a través de los excesos de comida que devienen en un intento de compensarla con conductas anómalas como vómitos, laxantes o dietas restrictivas, junto con una gran preocupación por el cuerpo. Estos excesos de comida son los denominados atracones, que se caracterizan por una forma de comer compulsiva y rápida, con la sensación de perder el control, pudiendo llegar a comer hasta sentir dolor. Siguiendo los síntomas propuestos por el DSM-IV-TR, la presencia de dichos atracones debe ser de al menos dos veces a la semana por un periodo de tres meses consecutivos.

Nardone (2004) plantea:

“...Lo que diferencia fundamentalmente a esta patología de las demás es que ésta se constituye más como una especie de perversión, basada en el placer de comer y vomitar, es decir, más como un auténtico ritual erótico, que como una forma de comportamiento alimentario guiado por la necesidad de estar delgados. De hecho, las personas afectadas comienzan a vomitar como solución para no engordar y poder seguir comiendo de manera desenfrenada. Pero después de cierto periodo reiterando esta estrategia, descubren el placer del ritual comer-vomitarse hasta que se vuelven realmente esclavos de éste.” (p. 42)

Lejos de buscar instaurar un debate sobre la naturaleza de la bulimia nerviosa, es importante rescatar que en un comienzo, las personas bulímicas consideran el vómito como una forma de controlar su peso sin importar la cantidad de alimentos que ingieran, pero que esto realmente constituye un círculo vicioso en el que la conducta del vómito facilita continuar con los atracones (Cervera, 2005).

Siguiendo al DSM-IV-TR, es importante resaltar que la diferencia clave entre las personas que padecen de bulimia nerviosa con las que sufren de anorexia nerviosa, es que en el primer caso las mismas son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo. Cabe mencionar que existen otras diferencias de carácter psicosocial que serán mencionadas en el siguiente subcapítulo, tales como el aislamiento social, rasgos obsesivos, impulsividad, etc.

Por otro lado, el DSM-IV-TR propone la categoría de los trastornos de la conducta alimentaria para dichos casos en los que no se cumplen los criterios diagnósticos para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Propone ejemplos tales como mujeres que cumplen todos los criterios para la anorexia pero con la menstruación regular, personas que cumplen todos los criterios para la anorexia pero que aún mantienen un peso dentro de los límites de la normalidad, personas que cumplen todos los criterios de bulimia salvo que las conductas compensatorias aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses, etc. Como se logra observar, el DSM-IV-TR deja dicha categoría abierta bajo la premisa de que existen numerosos casos de trastornos alimentarios que no encajan en los trastornos según los plantean. Tal es el caso del trastorno por atracón o del Binge-Eating.

En el caso del *Binge-Eating*, las personas con este trastorno se caracterizan por la presencia de atracones de comida pero sin posteriores conductas purgatorias como el vómito o el uso de laxantes para eliminar las calorías ingeridas. (Langley, 2006; Pope, Phillips y

Olivardia, 2000). Nardone (2004) propone que en este tipo de patología la única conducta compensatoria es el ayuno, por lo que las personas que la sufren retrasan el contacto con su comida. A su vez propone que este ayuno exalta el deseo de dichas personas por comer, lo que termina por alimentar las ganas de atracarse.

Dentro de los criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-IV-TR, se propone que los episodios de atracón en esta patología se asocian mayormente a una ingesta mucho más rápida de lo normal, a comer hasta sentirse desagradablemente lleno, a comer grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, a comer a solas para esconder su voracidad, y a un sentimiento de disgusto, depresión o gran culpa después de dicho atracón. Es importante resaltar que la diferencia entre este trastorno con la bulimia nerviosa es que en este caso no es normal que posterior al atracón se presenten conductas compensatorias (APA, 2002).

1.2. Etiopatogenia y consecuencias de los trastornos alimentarios en la adolescencia

La etiopatogenia es un término formado a su vez por otros dos conceptos. Etiología, que hace referencia a la causa o causas de una enfermedad además de factores propios del paciente que la favorecerían y factores propios de la enfermedad. La Patogenia serían los mecanismos por los cuales se desencadena la enfermedad (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996). En el caso de los trastornos alimentarios, la etiopatogenia estaría compuesta por aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales, puesto que, como la mayoría de trastornos, es de origen multicausal. Es importante resaltar que el que existan factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, no significa que sean los únicos factores posibles, sino más bien son factores que se han encontrado en común a lo largo de diferentes investigaciones.

Dentro de los factores etiopatogénicos de los trastornos de la conducta alimentaria, existen factores psicológicos asociados a dichos trastornos. Dichas características son factores que a su vez van a permitir que dichas patologías puedan aparecer, de igual manera que se encuentran asociadas al mantenimiento de la enfermedad. Es importante resaltar que numerosas investigaciones han buscado determinar características psicológicas predisponentes para los trastornos alimentarios pero que, debido a que no se empieza a investigar antes de que aparezcan dichos trastornos, es difícil delimitar si dichas características son previas o son una consecuencia de la enfermedad.

Cabe mencionar que en las patologías de la conducta alimentaria, los factores etiopatogénicos se asemejan, por lo que en diferentes trastornos se pueden encontrar gran similitud de factores. En el caso de la anorexia nerviosa, autores como Brewerton (2004), Cervera (2005), Perpiña (1995) y Toro (2004) y proponen los siguientes factores etiopatogénicos:

- Factores predisponentes: son aquellos factores que predisponen a determinados individuos a ser más vulnerables a determinada patología. Dentro de estos factores se encuentran el exceso de peso previo al trastorno, la etapa de la adolescencia, una baja autoestima, sentimientos de ineficacia, perfeccionismo, obsesividad, trastornos psiquiátricos como la depresión, insatisfacción corporal, ideales sociales de la delgadez, etc.
- Factores desencadenantes: son aquellos factores que desencadenan una enfermedad. En el caso de la anorexia nerviosa se encuentran la pubertad; la realización de una dieta de tipo restrictivo; la decisión de perder peso; la insatisfacción corporal; y determinadas situaciones estresantes que pueden desestabilizar suficientemente a una persona en riesgo.

- Factores de mantenimiento: son aquellos factores que permiten que determinada enfermedad o patología se mantenga. Dentro de esta patología, los factores de mantenimiento son la desnutrición; una imagen corporal negativa o distorsionada; otros trastornos emocionales como por ejemplo la depresión; y el aislamiento social.

Determinados autores han intentado determinar un cuadro psicológico previo a la anorexia nerviosa. Dentro de las descripciones clásicas, Bruch (1985, citado en Kirszman y Salgueiro, 2002) propone que dicha enfermedad ocurre en niñas que usualmente actúan o son vistas como buenas, exitosas y gratificantes. A su vez, presentan bajos niveles de autonomía personal y poca capacidad de tomar decisiones que, relacionadas con una pobre autoestima y autoconcepto, no les permite aceptarse a sí mismas ni agradarse.

Kirszman y Salgueiro (2002) proponen que:

“...Otros autores, como Crisp, describen también la falta de potencial de la paciente anoréxica para la madurez y cómo sus síntomas representarían medios para evitar las preocupaciones y las responsabilidades que constituyen los desafíos adolescentes. Problemas con la autonomía y la individuación no son temas específicos de la anorexia, en realidad son temas centrales a la adolescencia en general. Sin embargo, cierta predisposición individual para un funcionamiento inmaduro, al interactuar con otros factores, puede producir un trastorno alimentario.” (p. 85)

Las consecuencias de la anorexia se pueden presentar en posibles alteraciones somáticas, emocionales, cognitivas y conductuales. A nivel somático, la mayoría de consecuencias se deben a la mala nutrición (Cervera, 2005). En los hombres anoréxicos es el bajo el nivel de testosterona lo que provoca una disminución del interés sexual, se reduce el tamaño de los órganos reproductores y se dificulta el mantener una erección. De igual manera, puede aparecer insomnio y otros trastornos del sueño en general. También aparecen trastornos digestivos y gastrointestinales y disminución del nivel inmunológico. Por otro lado, en el caso de las mujeres anoréxicas, es importante resaltar que a nivel somático la primera afección se encuentra en la pérdida de la menstruación.

A nivel emocional, es importante reconocer que el carácter de las personas anoréxicas cambia radicalmente. (Langley, 2006). El individuo se presenta más triste y más desanimado, pierde interés por las cosas, se siente realmente deprimido y experimenta gran ansiedad (Cervera, 2005; Langley, 2006). Es importante resaltar que con relativa frecuencia, en los individuos que padecen esta patología aparecen obsesiones y compulsiones que no llega a controlar, encontrándose mayormente relacionadas al cuerpo.

Por otro lado, a nivel cognitivo, Cervera (2005) plantea que las personas anoréxicas tienen una preocupación excesiva por los temas referidos a los alimentos, las calorías y al cuerpo. Algunos anoréxicos experimentan gran dificultad para identificar, reconocer y expresar sus emociones y pueden llegar a presentar fallos de atención, concentración y memoria.

Por último, a nivel conductual, la persona suele aislarse de las demás personas, evitando así el contacto social. Cuando se encuentra solo puede pesarse varias veces o mirarse todo el tiempo en el espejo. A su vez, es importante mencionar que en muchas ocasiones las personas con anorexia nerviosa suelen comenzar a tomar inhibidores del apetito que, como toda medicina o droga, generan dependencia y mayor tolerancia.

Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa, autores como Brewerton (2004), Cervera (2005) y Perpiña (1995) proponen los siguientes factores etiopatogénicos:

- Factores predisponentes: en el caso de la bulimia nerviosa se encuentran el ingreso a la etapa de la adolescencia, la insatisfacción corporal, alta impulsividad, baja autoestima, dietas regulares y un exceso de peso previo al trastorno.
- Factores desencadenantes: al igual que en otros trastornos se puede deber a una situación estresante a la cuál se ve enfrentada el individuo, a su vez puede

relacionarse con otros trastornos emocionales, con una dieta o gran restricción alimentaria y con la anorexia nerviosa.

- Factores de mantenimiento: el uso de dietas restrictivas y una mala imagen corporal básicamente. Es importante resaltar que las conductas purgativas asociadas a la bulimia son en sí un factor de mantenimiento puesto que las mismas disminuyen la ansiedad momentáneamente posterior a un atracón, pero que dicha ansiedad luego reaparecerá creando nuevamente la necesidad de darse un atracón.

Pese a las diferencias que se puedan observar entre las distintas etiopatogenias, no cabe duda que ambos trastornos alimentarios comparten muchas características. Perpiña (1994) propone que la dramática preocupación por el peso y por la forma corporal es la esencia de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa y que lo que tiene significancia diagnóstica es su idea sobrevalorada de delgadez.

Las consecuencias de la bulimia se pueden presentar en posibles alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales. A nivel emocional, es importante resaltar que existe un alto sentimiento de culpa y una muy mala autoestima en las personas que la sufren (Cervera, 2005). Las personas se perciben sin voluntad y sienten gran desinterés por todo. Es común que presenten síntomas depresivos, en especial los del tipo purgativo, llegando a tener ideas suicidas

A nivel cognitivo, las personas que sufren de bulimia tienen una imagen corporal distorsionada, tampoco perciben adecuadamente las sensaciones de hambre y saciedad y presentan pensamientos negativos. Por último, a nivel conductual es importante recalcar el que las personas con bulimia suelen ser más impulsivas y tienen poco control de impulsos (Cervera, 2005).

Es importante resaltar que existen determinadas características que, según investigaciones, diferencian según las dimensiones de personalidad a los trastornos alimentarios. Beaumont (1993) encontró que las personas que realizan dietas se encuentran más aisladas socialmente y son más obsesivos que las personas que vomitan e incurrir en episodios de atracones. A su vez, Casper (1980, citado en Kirszman y Salgueiro, 2002) propone que aquellos individuos que incurrir en la restricción alimentaria refieren tener menos apetito y menos síntomas de malestar emocional y ser más perfeccionistas que aquellos que incurrir en conductas bulímicas.

Por otro lado, en el caso de hombres adolescentes, los trastornos alimenticios están caracterizados por un patrón anómalo en el comportamiento alimentario, siendo común entre sus tipos la baja autoestima, depresión y alta ansiedad. Cash y Deagle (1977, citado en Castle y Phillips, 2002) proponen que los individuos que sufren de dicha patología tienen alta insatisfacción corporal además de un intenso miedo a ganar peso. A su vez, se ha propuesto que la insatisfacción corporal es uno de los mayores factores de riesgo para los trastornos alimentarios.

Como se puede observar, la imagen corporal es una característica asociada a todos los trastornos alimentarios, ya sea a nivel predisponente como precipitante y de mantenimiento. Por lo mismo, cabe delimitarla brevemente y prestarle principal atención debido a su influencia en los trastornos alimentarios. Existe una gran gama de autores que intentan definir el término Imagen corporal, pero en la actualidad sigue siendo un término algo confuso, abstracto, con diferentes manifestaciones. Diversos autores, como Schilder (citado en Toro, 2004) y Cervera (2005), definen imagen corporal como el retrato de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente. Por otro lado, Cash y Pruzinsky (citado en Castle y Phillips, 2002) proponen que la imagen corporal se constituye en base a dos elementos: la percepción

del propio cuerpo y los procesos emocionales y de pensamiento que el individuo asocia con el cuerpo.

Este último planteamiento es rescatado por Cervera (2005), quien plantea que la imagen corporal se genera en base a la influencia de diferentes factores y funciones que interactúan entre sí, siendo ellos el propio cuerpo, la percepción de algunas características del mismo, los pensamientos y actitudes sobre él y las emociones que desencadena. En este sentido, para la construcción de la imagen corporal son necesarios datos objetivos del cuerpo, prescindiendo de valoraciones subjetivas; las partes a las que el individuo preste más atención; las actitudes, ideas y creencias sobre el propio cuerpo o sobre alguna de sus partes; y las emociones que se generen en base a la percepción y pensamientos sobre el propio cuerpo.

En el caso de los trastornos alimentarios, la imagen corporal se construye de manera negativa, generando por lo mismo la insatisfacción corporal. Existen diferentes teorías explicatorias sobre la insatisfacción corporal. Entre ellas, la más actual es la propuesta por Ogden (citado en Toro, 2004). Ogden propone que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias distintas:

- Cuando hay distorsión de la imagen corporal
- Cuando hay discrepancia respecto al cuerpo ideal
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo

En el Perú se realizó, como parte del Estudio Epidemiológico en Salud Mental efectuado (2002), un intento por definir la prevalencia de insatisfacción corporal en la población. En dicho estudio se obtuvo que el 16.1% de la población adolescente no se encontraba nada satisfecha con su aspecto físico, un 43.4% tenía una satisfacción regular y un

40.5% se encontraba muy satisfecho. Se puede observar que más de la mitad de la población adolescente manifiesta tener una cierta insatisfacción corporal.

Existe otra gama de variables psicológicas comunes asociadas a los diferentes tipos de trastornos alimenticios. Crispo, Figueroa y Guelar (1996) proponen que se deben tomar en cuenta los problemas con la autonomía, el déficit de autoestima, el perfeccionismo, el autocontrol y el miedo a madurar, variables que como se puede observar están incluidas en la etiopatogenia expuesta para los trastornos alimentarios.

En el caso de los problemas de autonomía, proponen que dichas personas tienen dificultad para funcionar de forma discriminada de la familia, pares u otros patrones externos, por lo que viven pendientes de las expectativas que los demás mantienen de ellos. Esto se relaciona con la búsqueda de perfección y autocontrol, ya que buscan satisfacer las expectativas externas. En este caso, como la búsqueda de perfección se ve dificultada en determinadas tareas, la misma se desplaza al peso y silueta corporal, convencidos de que si logran transformarlas se transforman ellos mismos. Como se logra observar, esto se relaciona con el déficit de autoestima, puesto que la misma se centra en la perfección corporal. Por último, cabe resaltar el miedo a la madurez, ya que los trastornos alimentarios generalmente se presentan en la pubertad y adolescencia. Generalmente estas personas se encuentran estancadas en la niñez, teniendo dificultad para crecer y manejar la independencia que ello exige.

1.3. Evaluación de los trastornos alimentarios a través de instrumentos psicométricos

Carter, McFarlane, y Olmsted, (2004), proponen que la evaluación a través de instrumentos psicométricos es esencial para el diagnóstico, el planeamiento del tratamiento y

la evaluación del progreso de una persona con determinadas características, en este caso, con trastornos alimentarios. A su vez, manifiestan que la importancia de dichos instrumentos también radica en que permiten que se pueda ahondar e investigar a través de un instrumento válido y confiable, generando así mayor conocimiento y entendimiento sobre determinadas características o patologías.

Kazdin, (2001) propone que las medidas de auto-reporte son el tipo de medidas más comúnmente utilizadas dentro de la investigación clínica. Estas medidas requieren que los individuos reporten aspectos sobre sí mismos, ya sea sobre aspectos de su propia personalidad, emociones, cogniciones o conducta. Las limitaciones de dichos instrumentos radican en los ya mencionados sesgos de los participantes a la vez que en la falta de evidencia de que la medida evalúa el constructo en interés. Para eliminar dichas limitaciones es que en la mayoría de instrumentos de auto-reporte se estudian sus características psicométricas, por lo que los datos que proporcionan son válidos y confiables.

En el caso de los trastornos alimentarios, existen determinados factores que influyen en la realización y aplicación de dichos instrumentos que deben ser tomados en cuenta. Por un lado, es importante resaltar que las personas que sufren de trastornos alimentarios tienden a minimizar la seriedad de sus síntomas y que en muchas ocasiones no son conscientes de tener un problema; por otro lado, determinados comportamientos tales como las conductas compensatorias (vómitos, laxantes, etc.) producen vergüenza en las personas y por ello no se reportan. La importancia de conocer dichos factores radica en que los mismos pueden estar afectando a través de la negación o de la distorsión las respuestas ofrecidas en un instrumento de auto-reporte, por lo que se debe analizar cuidadosamente los resultados.

Es importante resaltar que al evaluar trastornos alimentarios hay que tomar en cuenta el rol que el género desempeña. En diferentes investigaciones como la de Woodside, Garner,

Rockert y Garfinkel (1990) se ha demostrado que los resultados varían al evaluarlos diferenciando por género. Generalmente la población femenina tiende a tener puntajes promedio mayores que los hombres en el caso de los trastornos alimentarios. Esto puede deberse a que, si bien la patología es similar en ambos sexos, las cogniciones son diferentes y los hombres pueden sentirse más avergonzados que las mujeres (Sansone y Levitt, 2006). A su vez, esto ejemplifica porqué es necesario contar con baremos diferenciados al evaluar trastornos alimentarios en hombres y en mujeres, siendo a también necesaria realizar una revisión de la forma en la que se estructura la prueba a través del análisis factorial.

Dentro de la evaluación de los trastornos alimentarios existe una gran gama de instrumentos de auto-reporte que evalúan aspectos cognitivos y comportamentales asociados a dichas patologías. Es importante mencionar que dentro de esta gama de inventarios existen dos grandes tipos que la conforman, por un lado, algunas pruebas han sido diseñadas para evaluar características específicas de los trastornos alimentarios, como el Test de Bulimia Revisado (BULIT-R), el test de bulimia de Edimburg (BITE), el inventario de comportamiento alimentario y de imagen corporal para hombres (MEBBIE), etc. Como puede observarse, estos instrumentos han sido creados para evaluar una característica definida, como puede ser el caso de la bulimia, la anorexia, la imagen corporal, etc. Por un lado, el BULIT-R es un inventario de autoreporte conformado por 36 ítems que evalúa los síntomas de la bulimia nerviosa siguiendo los criterios planteados por el DSM III. Por otro lado, el BITE contiene 33 ítems y tiene como fin el identificar a las personas que presentan síntomas bulímicos; y el MEBBIE, que fue desarrollado por Kaminsky y Carter en el año 1994 con el objetivo de evaluar las actitudes y comportamientos asociados a la alimentación, ejercicios e imagen corporal específicamente en hombres.

Por otro lado, el otro grupo de inventarios para evaluar trastornos alimentarios ha sido diseñado para evaluar dicha patología en su totalidad, tomando en cuenta a su vez características teóricamente asociadas. Empezaremos señalando que en el Perú existe un instrumento llamado el Inventario sobre Trastornos Alimenticios (ITA), que fue creado por Marcés y Delgado en el año 1995 y posteriormente fue adaptado por Joan Hartley en el año 1999. Este inventario está compuesto por 51 ítems que evalúan las siguientes escalas: preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo; métodos drásticos de control de peso; episodios de atracón alimentario; escasa variación en la percepción de sí misma; métodos socialmente aceptados de control de peso; y sintomatología física asociada a trastornos alimentarios. El estudio fue realizado con 361 adolescentes mujeres y se presenta como un instrumento adecuado para evaluar el riesgo y detectar casos de trastornos alimentarios. El ITA cuenta con validez de contenido obtenida a través del criterio de jueces, obteniéndose un índice de acuerdo del 80%. Por otro lado, presenta una confiabilidad total de 0.93 expresada en el índice Alpha de Cronbach y niveles de confiabilidad adecuados para sus distintas escalas. La limitación que presenta este instrumento radica en la constitución de sus escalas, ya que las mismas si bien mantienen una estructura factorial adecuada en la investigación original, no han podido ser replicadas en otros estudios; a su vez, es importante resaltar que al estudiar la validez de contenido del instrumento, se realizó evaluando la pertinencia de cada ítem con el constructo, más no con la escala que pretendía medir (Hartley, 1999). Entonces, la bondad de este instrumento radica en su capacidad para discriminar sujetos sin riesgo a desarrollar trastornos alimentarios de los que sí tienen riesgo (riesgo 1 y 2), pero no permite describir las características psicológicas que presenta la persona.

Por otro lado, a nivel internacional, las pruebas más utilizadas para evaluar toda la gama de trastornos alimentarios son el *Eating Attitudes Test* (EAT) y el *Eating Disorders*

Inventory (EDI). El Eating Attitudes Test (EAT) es un instrumento psicométrico de auto-reporte que fue creado por Garner y Garfinkel con el fin de identificar síntomas y preocupaciones específicas de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Dicho instrumento se puede utilizar en adolescentes mayores de 16 años y adultos. A su vez, cuenta con 40 reactivos agrupados en siete factores (conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso). Es importante resaltar que dicho instrumento ha sido utilizado para la evaluación de vulnerabilidad en individuos dentro de varios estudios epidemiológicos (Carter, McFarlane, y Olmsted, 2004). Sin embargo, algunos investigadores plantean que dicho instrumento fue creado para evaluar tan solo características relacionadas con la anorexia nerviosa, mientras que otros lo consideran un instrumento que evalúa síntomas tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosa (Iñarritu, Cruz, y Morán, 2004), lo que limita su aplicación.

El EDI-2, inventario también creado por Garner y el cuál ha sido más estudiado, es un instrumento de formato auto-informe que evalúa características psicológicas y comportamentales presentes en los trastornos de conducta alimentaria. Es importante resaltar que el EDI-2 es un instrumento ampliamente utilizado que ha sido validado en gran cantidad de países, entre ellos Israel, México, Nueva Zelanda, Suecia, Corea, Alemania, Estados Unidos, Holanda, España, Chile, entre otros (Carcamo, Sciaraffia y Rider, 2003; García, Vázquez, López y Arcila, 2003; Nevonen, Clinton y Norring, 2006; Niv, Kaplan, Mitrani y Shiang, 1998; Ryu, Lyle, Galer-Unti y Black, 1999; Schoemaker, Strien y Staak, 1993; Strien y Ouwens, 2003; Wicks, Siegert y Walkey, 2004). A su vez, ha sido utilizado en el país para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (2002), pero no fue estudiada su estructura factorial de forma que sostenga la validez interna del instrumento ni sus niveles de confiabilidad.

La versión inicial del EDI fue creada por Garner, Olmsted y Polivy en 1983, versión que incluía 64 ítems estructurados en 8 subescalas: impulso para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez. Las tres primeras subescalas evalúan la preocupación con la forma corporal, el peso y el comportamiento alimentario, mientras que las otras cinco evalúan características clínicas asociadas con la psicopatología alimentaria.

La versión dos del instrumento incluye a su vez otras tres subescalas adicionales: ascetismo, impulsividad e inseguridad social, escalas compuestas por 27 ítems. Por lo tanto, la versión final consta de 91 ítems distribuidos en 11 subescalas que evalúan la presencia de síntomas asociados a los trastornos alimentarios. Dicha versión del instrumento puede aplicarse individualmente o en grupo a sujetos de 12 años de edad en adelante. La prueba utiliza el formato Lickert a 6 niveles, describiendo su comportamiento según ocurra “nunca” a “siempre”. La puntuación total de este cuestionario oscila entre 0 y 273, pudiendo definirse un punto de corte para determinar el riesgo a presentar trastornos alimentarios pero que, desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cualitativo de cada una de las 11 escalas que la misma puntuación total.

Como ya fue mencionado, el EDI-2 consta de once escalas que evalúan características psicológicas y comportamentales presentes en los trastornos de conducta alimentaria. A continuación se presentarán las definiciones de las mismas descritas en el Manual del EDI-2 (1998):

- Obsesión por la delgadez: Garner toma la definición descrita por Bruch en 1973, quien manifiesta que la obsesión por la delgadez es la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura.

- **Bulimia:** Dicha escala evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.
- **Insatisfacción corporal:** Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.)
- **Ineficacia:** Dicha escala evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida. Teóricamente esta escala está relacionada con una pobre autoestima o con una auto-evaluación negativa incluyendo también sentimientos de vacío y soledad.
- **Perfeccionismo:** Esta escala mide el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él tan solo resultados excepcionales.
- **Desconfianza interpersonal:** Dicha escala 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.
- **Conciencia introceptiva:** Esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a lo estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

- Miedo a la madurez: Dicha escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Dicha escala se asocia debido a que teóricamente el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica ya que desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales; haciendo que el paciente piense que esta regresión le puede proporcionar alivios frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares.
- Ascetismo: Esta escala 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.
- Impulsividad: Dicha escala mide la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- Inseguridad Social: Esta escala evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Se han realizado gran número de validaciones e investigaciones utilizando el EDI-2 tanto en población clínica como en no clínica. En la presente investigación se busca replicar la validación española para el caso de la muestra no clínica del EDI-2. El proceso seguido en la validación española constó inicialmente de un estudio para comprobar si las afirmaciones se comprendían adecuadamente o si se encontraban dificultades en la redacción; por lo mismo, se realizó una discusión grupal entre varios jueces con lo que se determinó el significado de la escala a la que cada elemento pertenece y se llegó a la redacción definitiva. Para dicha validación se buscó contar con una muestra que cumpliera tres criterios: incluir

sujetos normales, con sujetos diagnosticados y tener un tamaño suficiente. Por lo tanto, se contó con 3808 casos normales (2057 varones y 1751 mujeres), con 277 casos en riesgo (26 varones y 251 mujeres) y 306 casos clínicos (4 varones y 302 mujeres). Para la presente investigación se buscó replicar el primer estudio realizado con el grupo de sujetos “no clínicos”.

Los resultados permitieron determinar la consistencia interna del instrumento; es decir, en qué grado los ítems de cada escala forman un conglomerado que evalúa un determinado aspecto de los trastornos alimentarios. Por lo tanto, en las tres muestras exploradas se calcularon los índices de correlación de Pearson de cada elemento con todas las once escalas del EDI-2, consiguiendo así el grado de homogeneidad. En principio se espera que todo elemento mantenga una correlación positiva y significativa con la escala a la que pertenece y una relación nula con las demás escalas. Los resultados obtenidos no afirman la aseveración anterior. Se encontró que la mayoría de elementos mantenían una buena correlación con las demás afirmaciones de su misma escala pero también se encontró índices de relación con otras escalas, por lo que se infiere que los constructos de las escalas también se encuentran altamente relacionados. La escala que tiene un menor promedio de consistencia interna es la de Ascetismo mientras que la de Obsesión por la delgadez presenta la consistencia más alta.

Tabla N° 1
Consistencia interna en diversas muestras no clínicas

Escala	Garner y Olmsted (1984)	Raciti y Norcross (1987)	Vanderheyden et al. (1988)	Shore y Porter (1990)	Garner (1990)	Niv et al. (1998)	Ron et al. (1999)	Nevonen et al. (2006)
Muestra	N: 271	N: 268	N: 158	N: 354	N: 205	N: 67	N: 224	N: 602
Obsesión por la delgadez	0.87	0.90	0.91	0.81	0.83	0.76	0.92	0.89
Bulimia	0.83	0.82	0.82	0.69	0.86	0.44	0.86	0.73
Insatisfacción corporal	0.92	0.92	0.93	0.91	0.92	0.86	0.92	0.91
Ineficacia	0.88	0.90	0.90	0.82	0.90	0.83	0.88	0.85
Perfeccionismo	0.76	0.79	0.69	0.70	0.80	0.60	0.82	0.74
Desconfianza Interpersonal	0.80	0.81	0.86	0.77	0.84	0.50	0.80	0.65
Conciencia introceptiva	0.81	0.81	0.78	0.78	0.83	0.60	0.84	0.77
Miedo a la madurez	0.72	0.80	0.77	0.65	0.83	0.20	0.89	0.71
Ascetismo	-	-	-	-	0.44	0.26	0.75	0.43
Impulsividad	-	-	-	-	0.79	0.59	0.84	0.73
Inseguridad social	-	-	-	-	0.80	0.71	0.81	0.75

En el instrumento original elaborado por Garner se evaluó la consistencia interna utilizando el alfa de Cronbach. Garner (1998) realizó una comparación entre la confiabilidad obtenida en su investigación inicial con la de otras investigaciones posteriores con muestras no clínicas y por propósitos de la presente investigación se han añadido otros estudios, los resultados se expresan en la tabla anterior. Como se puede observar en la tabla N ° 1, el EDI-2 ha mantenido adecuados niveles de confiabilidad al utilizarlo en muestras no clínicas, siendo únicamente la escala Ascetismo la que ha mantenido un Alpha de Cronbach relativamente bajo de forma continua. Es importante resaltar que se ha optado por mantener dicha escala ya que en otras investigaciones en las que se toma en cuenta la población clínica su confiabilidad aumenta significativamente, lo cuál manifiesta Garner (1998) podría ser un criterio para deslindar población clínica de no clínica.

Por otro lado, en lo referido a la validez del EDI-2 en la versión original, Garner obtuvo validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo. En el caso de la validez de contenido, inicialmente se elaboraron 146 ítems que fueron revisados por jueces expertos en el tema tanto teórica como prácticamente. De estos ítems se mantuvieron 64 que conformaron la primera versión del EDI, por lo que no se realizó un estudio de validez de contenido con la escala completa de la versión dos. Por otro lado, para la validez de criterio buscaron estudiar la capacidad discriminativa de la prueba entre muestras de pacientes y sujetos no clínicos, cumpliéndose esto para todos los elementos de la escala original y para la gran mayoría de las escalas posteriormente añadidas. Para el caso de la validez concurrente, se compararon las puntuaciones del EDI-2 con la opinión clínica de profesionales o terapeutas familiares expertos en el tema. Esto se realizó en una muestra de pacientes y se correlacionaron las puntuaciones obtenidas tanto por el instrumento como por los jueces,

obteniendo en todos los casos correlaciones significativas mayores a 0.45. Por último, para obtener la validez de constructo se realizaron diferentes procedimientos:

- a) Validez convergente y discriminante.- 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.
- b) Correlaciones entre las escalas.- se realizó para 889 pacientes y 205 sujetos no clínicos. Se encontraron grandes correlaciones entre las diferentes escalas.
- c) Análisis factorial.- Welch, Hall y Walkey (1998) realizaron el análisis factorial para muestra no clínica. 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.

En el caso de la validación española, se estudió la estructura factorial de las escalas en las diferentes muestras propuestas.

Se realizó un análisis factorial para conocer la estructura interna del EDI-2, el análisis fue de tipo ortogonal de vectores independientes, pidiendo además una rotación oblicua con extracción de componentes principales. En el caso de los sujetos normales se encontró que las escalas se agrupaban en tres factores que parecen aludir a los aspectos personales, sociales y de atención al propio cuerpo. Las escalas se agruparon de la siguiente manera (Ver Anexo G):

- Factor 1: lo personal, incluye las escalas de bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

- Factor 2: lo social, incluye las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social.
- Factor 3: lo corporal: incluye las escalas de obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal.

Planteamiento del problema

Los trastornos alimentarios son un tipo de patología en crecimiento y gran expansión. Tan solo en el Perú, en base a los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental (2002), el 8.3% de adolescentes entre 12 y 17 años de Lima Metropolitana tienen tendencia a problemas alimentarios, entendido como personas que para bajar de peso toman laxantes, vomitan, hacen ejercicio excesivo o ayunan. Por otro lado, un 3.8% padece de conductas bulímicas por lo menos dos veces por semana por tres meses, y un 0.1% sufre de anorexia nerviosa. Por ello, es preocupante el incremento de estos indicadores, ya que este grupo de personas enfrentan serios problemas de la salud que pueden causar la muerte entre quienes las padecen.

En base a esto, es importante contar con instrumentos que permitan obtener características de los individuos y así poder determinar si son vulnerables a dichas patologías, con lo que se puedan a su vez realizar diversas estrategias de prevención con el fin de evitar la aparición completa del cuadro clínico. A su vez, dichos instrumentos también sirven como una herramienta que permite evaluar el progreso del tratamiento con una persona ya diagnosticada. En este sentido es necesaria la adaptación de un instrumento que permita evaluar el riesgo a presentar trastornos alimentarios en nuestra población y medir las características psicológicas y conductuales asociados a los mismos. En el país tan solo existe un instrumento válido para evaluar dicha patología, pero solo es usada en población femenina

y, si bien es útil para evaluar el riesgo, no evalúa otros aspectos asociados a los trastornos alimentarios.

Si bien existen otras pruebas para evaluar trastornos alimentarios, muchas cuentan con varias limitaciones. Primero, solo han sido estudiadas en su mayoría en población femenina; segundo, es posible que evalúen tan solo un aspecto de los trastornos alimentarios como la anorexia en el caso del EAT y no las características asociadas a los mismos.

Por lo mismo, el EDI-2 se presenta como un inventario adecuado que puede compensar las limitaciones mencionadas, puede ser útil dependiendo de los objetivos de su uso, ya sea preventivo, investigativo, etc. y cuenta con múltiples investigaciones a nivel internacional y en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en el Perú (2002), por lo que su validez y confiabilidad en nuestro medio es necesaria de determinar.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Es válido y confiable el Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2) en un grupo de adolescentes peruanos de Lima Metropolitana?

Objetivo General

Adaptar el Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2) en un grupo de adolescentes peruanos de Lima Metropolitana.

Objetivos Específicos

1. Comprobar las escalas que mide el Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2) a través de la evaluación de su validez de constructo.

2. Determinar la validez de contenido del Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2)
3. Determinar la confiabilidad del Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2) por factores y subescalas.
4. Elaborar los baremos provisionales para la población con la cuál estamos trabajando.
5. Analizar las relaciones entre las características de la muestra y los resultados obtenidos del EDI-2.



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a un diseño transversal de nivel descriptivo, puesto que en la misma se buscará especificar y describir determinadas características relacionadas a los trastornos alimentarios, tal como se presentan en un determinado momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Por otro lado, el diseño de la presente investigación es de tipo no experimental ya que, se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural sin poder controlar la totalidad de las variables para después analizarlos (Hernández et al., 2006). Es importante resaltar que la investigación responde a su vez a un estudio psicométrico, ya que se centra en la creación y producción de instrumentos válidos y adaptados a través del estudio de su validez y confiabilidad.

2.2. Participantes

Descripción de la población

El universo de estudio se encontró conformado por los estudiantes que cursan sus primeros años de estudio en las facultades de letras y ciencias de una universidad particular de Lima Metropolitana además de estudiantes no escolares pertenecientes a la academia preuniversitaria de la misma universidad. Basándose en los datos provistos por las facultades e instituciones mencionadas se encontró que dicha población estaba constituida por 6670

alumnos, de los cuáles 2974 llevaban cursos en la facultad de ciencias, 3443 en la facultad de letras y 253 en la academia preuniversitaria. Se eligió dicha población para la investigación debido a la similitud que presenta la misma en relación a las muestras en las que se validó el instrumento en la versión americana y en la española. El fin de esta investigación es brindar un instrumento que pueda ser utilizado para posteriores investigaciones y programas con estos jóvenes adolescentes.

Tipo de muestreo

Se trata de un muestreo de tipo no probabilístico puesto que se eligió previamente a la muestra a utilizar de manera arbitraria, por lo que a su vez no respondió a la premisa de que todos los sujetos tienen la misma probabilidad de pertenecer a la muestra (Arrufat, Guardia y Freixa, 1999). Por otro lado, el muestreo es de tipo intencional (Arrufat, Guardia y Freixa, 1999), ya que la muestra se eligió tomando en cuenta ciertos criterios de inclusión con el fin de obtener una muestra representativa, eliminando los casos que no cumplieran dichos criterios.

En relación al tamaño de la muestra, Guadagnoli y Verlicer (1988) plantean que el mismo depende del diseño de la prueba y de la definición de sus componentes. Por lo tanto, proponen que en el caso de un instrumento con componentes bien definidos, un tamaño muestral de 150 personas o más es suficiente. Por otro lado, en el caso que los componentes no se encuentren bien definidos, proponen que la muestra debería estar compuesta de 300 a 400 personas, con el fin de obtener resultados satisfactorios.

Criterios de selección de la muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por 445 adolescentes pertenecientes a la población descrita, de los cuáles 393 cumplían los criterios de selección, los cuáles son los siguientes:

- Tener entre 16 y 20 años de edad.
- Estar matriculado en las áreas de estudio de letras, ciencias o en la academia preuniversitaria elegida al momento de la investigación.
- Haber nacido en Perú
- Llenar al menos sexo, edad y área de estudio en la ficha demográfica.

Se eliminaron un total de 52 sujetos por no cumplir los criterios arriba mencionados. De éstos, 28 fueron eliminados por no señalar su sexo, edad y área de estudio en la ficha demográfica. Es importante mencionar que 18 sujetos fueron eliminados por no contestar un mínimo de 88 ítems del inventario EDI-2, cuatro fueron eliminados por no haber nacido en Perú y dos por no encontrarse en el rango de edad propuesto.

Descripción de la muestra

La muestra para la presente investigación quedó compuesta por 393 adolescentes provenientes de una Universidad privada de Lima de las áreas de estudio de letras, ciencias y de la academia preuniversitaria elegida. A continuación se describen las características de la misma, habiendo obtenido los datos a través de la ficha sociodemográfica diseñada para la investigación.

En la tabla N ° 2 se presenta la distribución de la muestra detallando las distintas variables obtenidas. Como puede observarse, la muestra está compuesta por un porcentaje bastante similar de hombres (49.9%) y mujeres (50.1%). En relación a la distribución de la muestra según *lugar de nacimiento*, se puede observar que la mayoría de los sujetos nacieron en Lima/Callao (76%), frente a una minoría de unos 24 % nacidos en provincia. Tanto hombres como mujeres se distribuyen similarmente según lugar de nacimiento.

Tabla N ° 2

Distribución de la muestra según Edad, Área de estudios, Personas con las que vive, lugar de nacimiento y sexo.

		f	%			f	%
Edad (E)	16	29	7.4	Personas con las que vive	Solo	15	4.1
	17	186	47.3		Familia Nuclear	241	66.4
	18	127	32.3		Familia ampliada	95	26.2
	19	38	9.7		Familia Compuesta	10	2.8
	20	13	3.3		Amigos	2	0.6
Total		393	100	Total	363	100	
Área de estudio	Preuniversitarios	204	51.9	Lugar de nacimiento	Lima/Callao	291	76
	Universitarios	189	48.1		Provincia	92	24
Total		393	100	Total	383	100	
Sexo	Hombres	196	49.9				
	Mujeres	197	50.1				
Total		393	100				

En relación a la variable *edad*, se observa que la mayor parte de la muestra, un 79.6% estuvo compuesta por adolescentes de 17 y 18 años de edad. Por otro lado, el grupo de 19 años cuenta con un 9.7% mientras que la minoría estuvo compuesta por los estudiantes con 16 años (7.4%) y 20 años (3.3%). Cabe agregar, analizando la distribución de la muestra según edad y sexo, se observa que los individuos entre 16 y 19 años se encuentran compuestos por porcentajes similares de hombres y mujeres; a diferencia de los sujetos de 20 años de edad, en el cuál los hombres son más que el doble de las mujeres con un 76.9%. La

edad promedio para los hombres es de 17.6 años y para las mujeres de 17.5 años, con desviaciones estándar de 0.94 y 0.83 respectivamente.

Por otro lado, con relación al *área de estudio*, se observa que un poco más de la mitad de la muestra (51.9%) se encuentra compuesta mayoritariamente por individuos del centro preuniversitario, un 32.6% por el área de letras y un 15.5% por el área de ciencias. En términos de la distribución de la muestra según el área de estudio y sexo, se logra observar que la muestra de la facultad de letras está compuesta mayoritariamente por mujeres (62.5%), en comparación con un 37.5% de hombres. Por el contrario, en la facultad de ciencias se observa que la muestra está mayormente compuesta por hombres (60.7%) frente a un 39.3% de mujeres. En la centro preuniversitario, la distribución según sexo es relativamente similar, siendo un 54.4% de hombres y un 45.6% de mujeres. Es importante resaltar que la edad media de los sujetos de la academia preuniversitaria es de 17.5 años y de los universitarios, tanto letras como ciencias, es de 17.6.

Con respecto a la variable *personas con las que vive*, se clasificaron a los sujetos en cinco categorías siguiendo las propuestas por Monroy, Fentanes e Irigoyen (2004). Estas categorías son solo, familia nuclear (padre, madre o hermanos), familia ampliada (familia nuclear y otros parientes), familia compuesta (familia ampliada y otras personas no pertenecientes a la familia) y otros (amigos). Como se puede observar, la gran mayoría de la muestra está compuesta dentro de los grupos de familia nuclear y ampliada con un 92.6% del total, encontrándose la minoría en las categorías de solo, amigos y de familias compuestas.

En la tabla N° 03 se presentan los datos obtenidos respecto las medidas antropométricas reportadas de los individuos. Se puede observar que el peso mínimo en el caso tanto de hombres como mujeres es similar; a diferencia del peso máximo, donde es bastante superior el peso de los hombres (120kg) en relación con el de las mujeres (80kg).

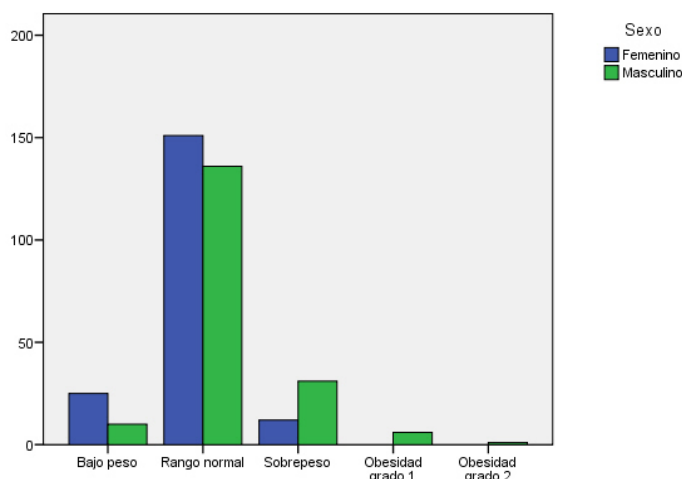
Las medias referidas al peso corporal en kilogramos son de 68.5 para los hombres y de 54.1 para las mujeres. Por otro lado, con respecto a la talla en centímetros, se observa que la talla promedio de los hombres es superior a la de las mujeres con un 1.73 frente a un 1.60 respectivamente. En el caso del índice de masa corporal referido, se señala que el promedio en el caso de las mujeres es de 21.1 mientras que en los hombres es de 22.9, ambos en el rango considerado normal.

Tabla N ° 3
Datos descriptivos de las variables antropométricas referidas

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Est.
Femenino	Peso	189	40.0	80.0	54.10	7.01
	Talla	193	1.45	1.74	1.60	.058
	IMC	188	14.5	28.8	21.10	2.48
Masculino	Peso	184	41.0	120.0	68.50	11.32
	Talla	193	1.60	1.93	1.73	.059
	IMC	184	15.2	35.1	22.90	3.17

Como se puede observar en la gráfica N ° 1, en el caso de las mujeres existen 25 sujetos con un IMC que refleja un bajo peso frente a 10 sujetos en el caso de los hombres. Por otro lado, existen 12 casos de mujeres con sobrepeso, mientras que los hombres tienen una frecuencia de 31 casos con sobrepeso, llegando a tener a su vez casos de obesidad (6 hombres Obesidad 1 y 1 hombre Obesidad 2).

Gráfico N ° 1
Rangos del índice de masa corporal reportado según sexo



2.3. Instrumentos

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos con el fin de lograr los objetivos del estudio:

Ficha sociodemográfica

Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos con el fin de determinar si los individuos satisfacían los criterios de inclusión previamente especificados. Los datos que se extrajeron de la misma fueron: sexo, edad, talla y peso aproximado, personas con las que vive, carrera que estudia y lugar de nacimiento. Dicha información permitió que se realice un análisis más fino de los resultados obtenidos ya que juegan un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios (ver ANEXO C)

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)

Para la presente investigación se utilizó el Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2). Dicho instrumento evalúa características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimentarios. (Ver ANEXO D)

El EDI-2 es un inventario de auto-reporte que consta de 91 afirmaciones, de las cuáles 27 son formuladas en forma inversa. Dichas afirmaciones se encuentran agrupadas, como ya se mencionó anteriormente, en once subescalas,: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La primera, la segunda y la sexta escalas se encuentran conformadas por siete ítems cada una; la tercera por nueve; la cuarta y la séptima por diez; la quinta por seis; la octava, novena y onceava por ocho; y la décima por once.

Esta prueba puede ser utilizada en personas de ambos sexos mayores de los doce años aunque también se ha utilizado en chicos de 11 años de edad. Por otro lado, las alternativas de respuesta a las afirmaciones vienen dadas en formato Lickert de 6 puntos, yendo de nunca a siempre. La forma de calificación de dichas respuestas varía al tomar en cuenta que existen también afirmaciones redactadas en forma inversa, por lo que los ítems redactados de forma directa puntúan de la siguiente manera:

Siempre	:	3	A veces	:	0
Casi siempre	:	2	Pocas veces	:	0
A menudo	:	1	Nunca	:	0

En el caso de las afirmaciones inversas las puntuaciones se invierten (ver ANEXO E). Es importante resaltar que dicho formato de calificación corresponde a un mayor intento por determinar si ciertas características psicológicas o comportamentales tienen un grado suficientemente alto como para representar un riesgo o vulnerabilidad a los trastornos alimentarios. Esto se debe a que en la adaptación española proponen que las respuestas dadas en sentido asintomático no deben contribuir a incrementar la puntuación de una escala que refleja una patología.

Por otro lado, en algunos estudios se ha obtenido una puntuación total del EDI-2 sumando las puntuaciones parciales de las diferentes escalas; sin embargo, las escalas del EDI-2 se han diseñado para medir rasgos independientes y la obtención de una puntuación total plantea serios problemas de interpretación. Aunque la puntuación total del EDI-2 puede tener cierto valor predictivo, es preferible no usarla para evitar el riesgo a crear confusión (Garner, 1998).

Una finalidad del EDI-2 es la de identificar posibles casos vulnerables a padecer trastornos de la conducta alimentaria, por lo que en ocasiones es conveniente aplicarlo en poblaciones normales. Es importante resaltar que el EDI-2 no es un instrumento diagnóstico, por lo que el proceso debería seguir con la realización de entrevistas más profundas con los sujetos que superen determinado punto de corte. Es importante resaltar que las medidas de corte a utilizar no están previamente fijadas sino que dependen del propósito de cada evaluación.

Las características del EDI-2 hacen que para realizar la interpretación de las puntuaciones individuales sea importante y necesario contar con baremos diferentes en base al sexo, la edad y al diagnóstico, ya que los pacientes normales obtienen puntajes significativamente diferentes a los clínicos al igual que los hombres a las mujeres tanto normales y clínicas.

2.4. Procedimiento

Las etapas del presente trabajo son las siguientes:

Adaptación de la prueba

Para la presente investigación, inicialmente se evaluó la necesidad de realizar una traducción lingüística de los ítems. Al estar utilizando la versión española del instrumento se contaba con los ítems redactados en español, pero se consideró relevante evaluar su redacción por posibles diferencias culturales que dificultaran su entendimiento. Por lo mismo, se acudió a dos psicólogos jueces para que evaluaran la redacción de los ítems de la prueba, concluyendo que no se debía realizar la traducción lingüística de los mismos.

Posteriormente, se les entregó el instrumento a 10 jueces con el fin de evaluar la redacción final de los ítems y la inclusión de cada ítem en su escala original, solicitando recomendaciones de los mismos. Estos jueces fueron nueve psicólogos y una psiquiatra.

Contacto con institución

Posteriormente, se procedió a contactar con las autoridades pertinentes de las facultades de letras y ciencias de la universidad seleccionada y de la academia preuniversitaria seleccionada. A los mismos se les indicó los objetivos de la investigación; dichas autoridades aceptaron la realización de la investigación en sus facultades.

Aplicación del inventario a la muestra

En el área de letras se nos asignaron 03 salones del curso de Psicología general para realizar la aplicación de los instrumentos durante los últimos 30 minutos de clases. Por otro lado, en el área de ciencias se nos asignaron 02 salones para realizar las aplicaciones en los últimos 30 minutos de la clase. Por último, en la academia preuniversitaria se nos asignó 06 salones, en los cuáles se solicitó a los profesores que nos presenten y pidieran a los alumnos que se queden después de clases para participar en esta investigación.

Las fechas de aplicación se realizaron en un lapso de tres semanas. En las mismas estaban presentes el investigador y otro asistente con el fin de ayudar en la resolución de preguntas por parte de los alumnos y facilitando la recolección de las pruebas cuando los alumnos las concluían.

El proceso de aplicación incluía inicialmente la presentación del investigador a los alumnos y la explicación de los objetivos de la investigación. Posteriormente, se procedió a repartir los cuadernillos con la prueba y la ficha sociodemográfica en las cuáles se encontraba anexo el Consentimiento Informado (ver ANEXO B). Cuando todos los alumnos contaban con el instrumento se procedió a revisar el Consentimiento Informado con los mismos de

forma que se aseguraba que conocían sus derechos en la investigación. Luego se solicitó a los individuos que contesten la ficha sociodemográfica y que posteriormente iniciaran con la resolución del instrumento.

En el transcurso de la aplicación se les aconsejó a los individuos que contestaran el instrumento en su totalidad y se especificó que no había un tiempo límite para la resolución del mismo. En todas las aulas el tiempo promedio de conclusión del instrumento fue de 30 minutos, habiendo un rango mínimo de 15 minutos y uno máximo de 50. Es importante resaltar que dicha aplicación se dio en conjunto con otros investigadores, por lo que aumentó el tiempo de aplicación al haber un mayor número de instrumentos, demorando el EDI-2 tan solo unos 15 minutos aproximadamente.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó en el programa SPSS versión 15 y se trabajó con una confianza del 95%. Los análisis fueron los siguientes:

a) Análisis de Validez de la Prueba

Se utilizaron los datos obtenidos de los jueces con el fin de evaluar la validez de contenido de la prueba. Se utilizará un punto óptimo del 80% de acuerdo interjueces para determinar la validez y un acuerdo del 60% como un nivel aceptable.

A su vez, siguiendo la metodología utilizada por los autores de la adaptación española (Garner, 1998), se procedió a realizar un análisis factorial de las escalas con el fin de hallar el número de factores que conforman, consiguiendo así la validez de constructo. Se realizó un análisis factorial exploratorio de rotación oblicua con una extracción de componentes principales y se decidió el número de factores a través del estadístico de auto valor (eigenvalue) propuesto por Kaiser, reteniendo tantos factores como autovalores mayores que

1. Se optó por dicho tipo de rotación ya que admite que los factores resultantes se encuentren correlacionados, mientras que en las transformaciones no oblicuas se mantiene la independencia de las mismas (Martínez, Hernández y Hernández; 2006). Por otro lado, se determinó la organización de los factores a través de las matrices de estructura obtenidas en el análisis factorial, reteniendo saturaciones mayores o iguales a 0.3. Se considera aceptables las saturaciones mayor o iguales a 0.3 y óptimas las mayor o iguales a 0.6.

b) Análisis de la Confiabilidad por consistencia Interna de las escalas del EDI-2

Se realizaron los análisis psicométricos de los ítems agrupando los mismos de acuerdo a las escalas elaboradas por Garner (1983). Para evaluar la consistencia interna de las escalas se obtuvo el Alpha de Cronbach. George y Mallery (2003) proponen que un alpha menor a 0.5 es malo, de 0.51 a 0.59 es cuestionable, de 0.6 a 0.69 es aceptable, de 0.7 a 0.79 es bueno y mayor a 0.8 es excelente.

Por otro lado, se buscó evaluar la capacidad discriminativa de las escalas a través de las correlaciones ítem-test. Peter Jong (2004) propone que correlaciones menores a 0.2 son bajas, de 0.21 a 0.29 son aceptables, de 0.3 a 0.39 son buenas y mayores a 0.4 son excelentes.

De la misma forma, se evaluó la consistencia interna y confiabilidad de los factores propuestos dentro de la adaptación española del instrumento. Con el fin de evaluar la capacidad discriminativa de los factores se obtuvieron las correlaciones ítem-test, consistencia interna de cada factor se obtuvo las correlaciones ítem-test. A su vez, se obtuvo un Alfa de Cronbach de cada factor con el fin de evaluar la confiabilidad de las mismas.

c) Análisis Descriptivo y Comparativo de la muestra

Inicialmente se empleó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar si las respuestas de la muestra se distribuían de manera normal, afirmándose esta normalidad con una significación estadística mayor a 0.05. Posteriormente, se hallaron la media y la desviación estándar de cada escala.

Luego se compararon los resultados obtenidos según las variables sociodemográficas de sexo, edad, área de estudio y lugar de nacimiento utilizando los estadísticos de contraste para pruebas no paramétricas. En el caso de comparación de dos muestras independientes se utilizó la prueba Mann-Whitney, afirmando dicha diferencia con significaciones a nivel estadístico menores a 0.05. Por otro lado, en el caso de las comparaciones de tres o más muestras independientes, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis, afirmando las diferencias a nivel estadístico con significaciones menores a 0.05.

d) Elaboración de baremos provisionales

Se calcularon los percentiles de las puntuaciones directas de cada factor de la prueba estableciendo así los baremos del instrumento. Estos baremos se obtuvieron normalizando las respuestas mediante los puntajes t con el fin de obtener un perfil de la población por sexo.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

A continuación se procederá a presentar resultados de los análisis estadísticos en relación a la adaptación del instrumento. Para esto se utilizó la versión 15 del programa estadístico SPSS. Se seguirán los pasos expuestos en el capítulo anterior de Metodología. Inicialmente se evaluará la confiabilidad y validez del instrumento para posteriormente definir si existen diferencias significativas según las características propias de la muestra, tales como sexo, edad, etc.

3.1. Evaluación de la validez del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)

Para evaluar la validez de contenido del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2, se sometieron los ítems que componen la prueba y las escalas al criterio de jueces. Se contó con 10 jueces que evaluaron el contenido de las escalas y proponían si la inclusión de cada ítem en su respectiva escala era aceptable o no. Para evaluar la validez se determinó que un acuerdo del 80% interjueces era óptimo y que un acuerdo igual o mayor al 60% de los jueces era aceptable. En el análisis de los resultados obtenidos se encontró un acuerdo igual o superior al 80% en el 97.8% de los ítems. Por otro lado, los ítems EDI84 y EDI91 obtuvieron un grado de acuerdo del 60%, por lo cual son aceptados (ver anexo F). Por lo tanto queda determinada la validez de contenido del instrumento, al observarse un grado de acuerdo del 99% de la totalidad de los ítems.

Para determinar la validez de constructo del EDI-2 se utilizó la técnica del análisis factorial, con el fin de intentar definir unas dimensiones superiores que ayuden a conocer la

estructura interna del instrumento. Al igual que en la adaptación española, se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua y extracción de componentes principales. Es importante resaltar que dicho análisis factorial se realizó tanto para la muestra general como para hombres y mujeres por separado, a diferencia de la versión española en la que determinaron únicamente la estructura factorial para los sexos por separado.

El análisis factorial se hizo en base a las 11 escalas del EDI-2 con el fin de determinar si se obtenían los tres factores principales, los resultados fueron los siguientes:

Tabla N ° 4
Autovalores obtenidos mediante el análisis factorial exploratorio

Mujeres				Hombres				General			
Factor	Autovalor	% de la varianza explicada	% de la varianza explicada acumulada	Factor	Autovalor	% de la varianza explicada	% de la varianza explicada acumulada	Factor	Autovalor	% de la varianza explicada	% de la varianza explicada acumulada
I (Personal)	4.29	39.04	39.04	1 (Personal)	3.71	33.69	33.69	A (Personal)	3.98	36.14	36.14
II (Corporal)	1.53	13.92	52.96	2 (Social)	1.56	14.19	47.88	B (Social)	1.42	12.89	49.03
III (Social)	1.23	11.17	64.13	3 (Corporal)	1.10	9.99	57.87	C (Corporal)	1.27	11.55	60.58
IV	0.84	7.66	71.79	4	0.89	8.06	65.93	D	0.81	7.39	67.97

En la tabla N ° 4 se presentan los autovalores obtenidos en el análisis factorial tanto en hombres como en mujeres, se puede determinar, mediante el criterio de Kaiser, la existencia de tres factores en base a los cuáles las once escalas se organizan. De la misma manera, para la muestra en general sin diferenciar por sexo, se observa la formación de tres factores claramente definidos. Por otro lado, en el caso de la población general se obtiene que la conformación de tres factores estaría explicando un 60.58% de la varianza total de la muestra, en el caso de las mujeres un 64.13% y en el caso de los hombres un 57.87%. Posteriormente, se obtuvo la matriz de estructura de dichos factores, en la cual se expresan las distintas saturaciones de cada escala con cada factor. Con el fin de clarificar la presentación de las mismas se han eliminado las saturaciones menos significativas, menores a

0.4. En la tabla N ° 5 se presentan las saturaciones de las escalas y, en la parte inferior, se presentan las correlaciones encontradas entre los factores para la muestra general y en la tabla N ° 6 las obtenidas para hombres y para mujeres. Es importante resaltar que en el proceso de validación española se mantuvieron saturaciones mayores a 0.25, resultados que se ofrecen en el Anexo G.

Como se puede observar en la tabla N ° 5, el factor 1 está compuesto por las escalas bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, todos con cargas factoriales mayores a 0.4. Por otro lado, el factor 2 está formado por las escalas ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social, determinado con saturaciones mayores a 0.7. Por último, el factor 3 está compuesto por las escalas obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, con cargas mayores a 0.7. Es importante resaltar que la estructura factorial obtenida en la presente investigación concuerda y reproduce la estructura obtenida en la validación española, definiéndose de igual manera el los factores personal, social y corporal propuestos por dichos autores.

Tabla N ° 5
Matriz de estructura de los factores y correlación entre los mismos para lo muestra general

	Componente		
	1	2	3
Bulimia	0.40		0.70
Perfeccionismo	0.79		
Conciencia introceptiva	0.65		0.58
Miedo a la madurez	0.55		
Ascetismo	0.66		
Impulsividad	0.73	0.43	
Ineficacia		0.72	0.52
Desconfianza interpersonal		0.80	
Inseguridad Social		0.90	
Obsesión por la delgadez			0.78
Insatisfacción corporal			0.74

Por otro lado, en el análisis de la estructura factorial para el caso de las mujeres expuestos en la tabla N ° 6, el factor I está compuesto por las escalas Perfeccionismo, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo e Impulsividad, manteniendo dichas escalas una saturación óptima al ser superior a 0.6. Por otro lado, se puede observar que dicho factor también se encuentra influido por las escalas Bulimia, Ineficacia y Desconfianza interpersonal que cuentan con una saturación aceptable. Por otro lado, el factor II agrupa las escalas Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal con saturaciones superiores al 0.6. A su vez se observa que las escalas de Ineficacia, Conciencia introceptiva y Ascetismo tienen un efecto sobre dicho factor, contando con saturaciones aceptables. Por último, en relación al factor III, se observa que el mismo se encuentra conformado por las escalas Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Inseguridad social con saturaciones superiores a 0.8 en todos los tres casos. Del mismo modo, se encuentra que las escalas Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez e Impulsividad tienen saturaciones aceptables, por lo que se denota un efecto de las mismas sobre dicho factor. En relación a la estructura factorial de la validación española, se observa que en el caso de las mujeres se mantiene la consistencia de los factores y su estructura, pero en factor II de la presente investigación es el equivalente al tercer factor obtenido en la adaptación española, mientras que el III es el equivalente al segundo.

Por otro lado, en el caso de los hombres, se observa una estructura factorial similar al caso de las mujeres. El factor A se compone por las escalas Perfeccionismo, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo e Impulsividad al tener saturaciones grandes con respecto al factor. De igual manera, se encuentra que las escalas Bulimia y Desconfianza interpersonal de igual manera presentan un efecto significativo sobre dicho factor. En el caso del factor B, se observa que la estructura incluye las escalas Insatisfacción corporal, Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Inseguridad social con saturaciones óptimas. Por

otro lado, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez e Impulsividad ejercen un efecto sobre el factor B expresado a través de una saturación superior a 0.3. Por último, el tercer factor en el caso de los hombres integra las escalas Obsesión por la delgadez y Bulimia, contando con saturaciones de 0.8 y 0.81 respectivamente. A su vez, mantienen un efecto significativo sobre dicho factor las escalas Insatisfacción corporal, Ineficacia, Conciencia introceptiva e Impulsividad. Es importante resaltar que se reproduce la estructura factorial obtenida en la validación española.

En la tabla N ° 6 se observan las correlaciones obtenidas entre los distintos factores del EDI-2 tanto para hombres como para mujeres. En el caso de las mujeres se observa una correlación mediana entre el Factor I (lo personal) con el Factor II (lo corporal) (0.30); a su vez se observa una correlación mediana (0.33) entre el Factor I (lo personal) con el Factor III (lo social). Además, se encuentra una correlación baja entre el Factor II (lo corporal) con el Factor III (lo social). Por otro lado, en el caso de los hombres, se observa que los distintos factores mantienen correlaciones bajas entre los mismos, siendo una correlación de 0.23 entre el Factor I (lo personal) y el Factor II (lo social) y de 0.22 entre el Factor I (lo personal) y el Factor III (lo social). A su vez, se observa una correlación de 0.24 entre los factores II y III (lo social y lo corporal).

Tabla N ° 6
Matriz de estructura de los factores y correlación entre los mismos para lo muestra según sexo

Escalas	Mujeres			Hombres		
	Factor I	Factor II	Factor III	Factor A (I)	Factor B (III)	Factor C (II)
Bulimia	0.40	0.69		0.31		0.81
Perfeccionismo	0.80			0.77		
Conciencia introceptiva	0.68	0.58	0.44	0.60	0.43	0.55
Miedo a la madurez	0.64		0.40	0.49	0.40	
Ascetismo	0.65			0.67		
Impulsividad	0.77		0.54	0.65		0.41
Ineficacia	0.40	0.52	0.75		0.71	0.41
Desconfianza interpersonal			0.81		0.73	
Inseguridad Social			0.92		0.87	
Obsesión por la delgadez		0.79				0.80
Insatisfacción corporal		0.82			0.62	0.40
	I	*		*		
	II	0.30	*	0.23	*	
Correlación entre factores	III	0.33	0.22	*	0.22	0.24

I: Factor Personal
II: Factor Corporal
III: Factor Social

3.2. Análisis de la consistencia interna y de la confiabilidad de las escalas del EDI-2

Para el análisis de la confiabilidad de las diferentes escalas del EDI-2 se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach. En la tabla N ° 7 se muestran los resultados obtenidos para las escalas originales del EDI. Como se puede observar, la confiabilidad más alta la obtiene la escala Obsesión por la delgadez, obteniendo un nivel excelente, con un alfa de 0.81; mientras que, la confiabilidad más baja de dichas escalas se presenta en la escala Bulimia con un alfa de 0.54, coeficiente cuestionable. Las escalas Insatisfacción corporal, Ineficacia, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez obtuvieron un coeficiente alfa bueno y las escalas Perfeccionismo y Desconfianza interpersonal un coeficiente aceptable, por lo que se considera que dichas escalas son confiables.

En la tabla N ° 8 se presentan los resultados obtenidos para las tres escalas adicionales del EDI-2. Se observa que la escala Inseguridad social presenta un nivel de confiabilidad bueno con un alfa de 0.74 y, por otro lado, la escala Impulsividad presenta un alfa de 0.67, considerado en un nivel aceptable. La escala Ascetismo obtuvo la menor confiabilidad, con un alfa de 0.31, considerándose que tiene un nivel de confiabilidad malo. De esta forma se observa que nueve de las once escalas presente una confiabilidad adecuada o buena, una cuestionable pero cercana a lo aceptable y tan solo una la que mantiene una confiabilidad mala.

Dentro de la escala Obsesión por la delgadez, se puede observar una discriminación adecuada de los ítems según la correlación obtenida entre los mismos. Dicha escala se compone por siete ítems, de los cuáles seis tienen una correlación excelente entre ellos y tal solo el ítem 1 presenta una correlación baja pero positiva (0.07). Por otro lado, en relación a la escala Bulimia se encuentra que la menor correlación la presenta el ítem 5 (0.19), correlación que presenta un nivel bajo pero cercana al aceptable. Por otro lado, los demás

ítems de la escala obtienen correlaciones superiores al 0.25, por lo que son consideradas aceptables. Por lo tanto se puede determinar que dicha escala a su vez presenta una consistencia interna adecuada.

En relación a la escala Insatisfacción corporal, se observa que la totalidad de los ítems que la componen mantienen una correlación positiva buena al ser superiores a 0.3 salvo el ítem 2 que mantiene una correlación aceptable mayor a 0.2; por lo tanto, se puede determinar que dicha escala mantiene una consistencia interna óptima. De igual manera, se observa que la escala Ineficacia presenta un nivel de consistencia aceptable y bueno, ya que las correlaciones de los ítems que la componen son todas superiores a 0.25.

Por otro lado, el ítem 54 de la escala Desconfianza interpersonal presenta una correlación de 0.18, correlación considerada baja pero muy cercana a lo aceptable. Los demás ítems que componen dicha escala presentan niveles buenos, por lo que se puede afirmar que hay un nivel de consistencia interna adecuado en la escala Desconfianza interpersonal. Dentro de la escala Perfeccionismo, se observa que la totalidad de los ítems que la componen presentan una correlación buena o excelente entre los mismos, por lo que se confirma la consistencia interna de la escala.

En lo referido a la consistencia interna de la escala Miedo a la madurez, se observa que las correlaciones obtenidas son superiores a 0.3, por lo que se determina que dicha escala presenta un nivel de consistencia interna buena. Por otro lado, para la escala Conciencia introceptiva, se observa que ocho de los 10 ítems que la componen mantienen niveles de correlación excelentes, mientras que el ítem 26 presenta una correlación considerada baja (0.05). De esta forma se logra determinar que dicha escala presenta una consistencia interna adecuada. Como se puede observar, de los 64 ítems de las escalas originales, 60 mantienen una correlación ítem-test buena y tan sólo cuatro una correlación relativamente baja.

Tabla N ° 7

Consistencia interna y confiabilidad de las escalas originales del EDI

Escala: Obsesión por la delgadez ($\alpha = 0.81$)		Escala: Bulimia ($\alpha = 0.54$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
1	0.07	4	0.29
7	0.58	5	0.19
11	0.60	28	0.26
16	0.70	38	0.30
25	0.67	46	0.34
32	0.64	53	0.35
49	0.64	61	0.25

Escala: Insatisfacción corporal ($\alpha = 0.72$)		Escala: Ineficacia ($\alpha = 0.73$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
2	0.22	10	0.27
9	0.36	18	0.38
12	0.44	20	0.32
19	0.43	24	0.38
31	0.33	27	0.48
45	0.44	37	0.43
55	0.49	41	0.44
59	0.36	42	0.41
62	0.52	50	0.50
		56	0.40

Escala: Perfeccionismo ($\alpha = 0.67$)		Escala: Desconfianza interpersonal ($\alpha = 0.66$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
13	0.38	15	0.50
29	0.37	17	0.33
36	0.43	23	0.41
43	0.42	30	0.33
52	0.41	34	0.34
63	0.41	54	0.18
		57	0.46

Escala: Conciencia introceptiva ($\alpha = 0.73$)		Escala: Miedo a la madurez ($\alpha = 0.71$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
8	0.45	3	0.48
21	0.46	6	0.42
26	0.05	14	0.31
33	0.41	22	0.37
40	0.39	35	0.32
44	0.55	39	0.41
47	0.38	48	0.57
51	0.44	58	0.38
60	0.54		
64	0.26		

Por otro lado, en lo referido a las escalas adicionales del EDI-2, en la tabla N ° 8 se presentan los índices de correlación obtenidos. Se puede observar que la escala Inseguridad social obtuvo correlaciones entre sus ítems excelentes para siete de sus ocho ítems y uno una correlación buena. Por otro lado, la escala Impulsividad presenta niveles buenos de correlación para siete ítems, y cuatro aceptables mayores a 0.2. Por otro lado, en la escala Ascetismo, se observa que la capacidad discriminativa de la escala es menor al encontrar niveles de correlación menores en relación a las otras escalas. Cuatro ítems presentan correlaciones aceptables y cuatro bajas, llegando el ítem 71 a obtener una correlación negativa con el resto de ítems de la escala.

Tabla N ° 8

Consistencia interna y confiabilidad de las escalas añadidas en el EDI-2

Escala: Ascetismo ($\alpha = 0.31$)		Escala: Inseguridad social ($\alpha = 0.74$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
66	0.20	69	0.42
68	0.16	73	0.47
71	-0.20	76	0.45
75	0.22	80	0.45
78	0.21	84	0.30
82	0.15	87	0.40
86	0.28	89	0.48
88	0.16	91	0.50

Escala: Impulsividad ($\alpha = 0.67$)	
	Correlación elemento-total corregida
65	0.33
67	0.36
70	0.30
72	0.22
74	0.24
77	0.36
79	0.45
81	0.24
83	0.39
85	0.50
90	0.22

A su vez, se buscó evaluar la confiabilidad y la consistencia interna de los tres factores propuestos en la adaptación española (lo personal, lo social y lo corporal). En la tabla N ° 9 se presentan los resultados obtenidos en lo referido a la confiabilidad y consistencia interna de los tres factores del EDI-2. Del mismo modo que para el análisis de las escalas, en este caso se determinó el alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de los factores. Se puede observar que los tres factores presentan un alfa de nivel excelente, el factor personal con 0.86, el factor social con 0.85 y el factor corporal con 0.81, confirmando de igual manera la confiabilidad del instrumento.

Por otro lado, se buscó evaluar la capacidad discriminativa de los ítems que componen los factores del EDI-2, por lo que se utilizó la matriz de correlaciones, resultados que se exponen en la tabla N ° 9. De los 91 ítems del instrumento, se encontró que 83 presentan correlaciones buenos o excelentes, siete presentaron correlaciones bajas y el ítem 71 presentó una correlación ítem-test negativa nuevamente.

El factor 1, lo Personal, está compuesto por 50 ítems de las escalas Bulimia, Perfeccionismo, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo e Impulsividad. De dichos ítems, 12 mantienen una correlación excelente al tener correlaciones mayores a 0.4, 14 mantienen una correlación buena, 15 una correlación aceptable y ocho una correlación baja. Es importante notar que el ítem 26 pertenece a la escala Conciencia introceptiva, los ítems 28 y 61 a la escala Bulimia, los ítems 75, 78 y 82 a la escala de Ascetismo y el ítem 72 a la escala de Impulsividad. Por otro lado, el ítem 71, perteneciente a la escala de Ascetismo correlaciona negativamente con el factor de la misma forma que con la escala a la que pertenece. De igual manera se puede confirmar la consistencia interna de la escala.

Tabla N° 9
Consistencia interna y confiabilidad de los factores del EDI-2

Confiabilidad factor 1: Lo Personal ($\alpha = 0.86$)		Confiabilidad factor 2: Lo Social ($\alpha = 0.85$)	
	Correlación elemento-total corregida		Correlación elemento-total corregida
4	0.33	10	0.29
5	0.22	18	0.37
28	0.17	20	0.34
38	0.22	24	0.26
46	0.34	27	0.40
53	0.22	37	0.42
61	0.19	41	0.38
13	0.33	42	0.35
29	0.27	50	0.43
36	0.50	56	0.40
43	0.31	15	0.43
52	0.38	17	0.32
63	0.27	23	0.46
8	0.42	30	0.38
21	0.41	34	0.31
26	0.13	54	0.31
33	0.37	57	0.40
40	0.30	69	0.45
44	0.53	73	0.51
47	0.36	76	0.51
51	0.40	80	0.44
60	0.51	84	0.40
64	0.28	87	0.42
3	0.49	89	0.51
6	0.38	91	0.52
14	0.22		
22	0.23		
35	0.37		
39	0.27		
48	0.44		
58	0.27		
66	0.47		
68	0.29		
71	-0.22		
75	0.16		
78	0.19		
82	0.16		
86	0.44		
88	0.21		
65	0.43		
67	0.39		
70	0.37		
72	0.17		
74	0.23		
77	0.43		
79	0.38		
81	0.20		
83	0.35		
85	0.48		
90	0.21		
		Confiabilidad factor 3: Lo Corporal ($\alpha = 0.81$)	
			Correlación elemento-total corregida
		1	0.06
		7	0.50
		11	0.50
		16	0.55
		25	0.58
		32	0.64
		49	0.53
		2	0.27
		9	0.42
		12	0.43
		19	0.51
		31	0.21
		45	0.46
		55	0.36
		59	0.37
		62	0.38

En lo referido al factor 2, lo social, se puede observar que está compuesto por 25 ítems de las escalas Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Inseguridad social, de los cuáles 23 mantienen una correlación buena o excelente con el factor al que pertenecen y tan solo dos una correlación adecuada, con lo cuál se afirma la consistencia de la escala. Es importante notar que los ítems que mantienen una correlación mayor con el factor son los pertenecientes a la escala Inseguridad social. Por otro lado, el ítem 54 presenta una correlación buena con el factor 2 (0.31) mientras que mantiene una correlación baja con la escala a la que pertenece (0.18).

Por último se evaluó la consistencia interna del tercer factor, lo corporal, que está compuesto por 16 ítems de las escalas Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal. En dicho factor, el ítem 1 presenta la menor correlación (0.06). Por otro lado, los demás ítems de la escala presentan correlaciones buenos o excelentes, por lo que a su vez es posible confirmar la consistencia interna del factor.

En conclusión, se observa a nivel de las once escalas del EDI-2 que diez mantienen una confiabilidad buena, mientras que tan solo uno una relativamente baja. Por otro lado, a nivel de los tres factores, se puede observar que los tres mantienen niveles de confiabilidad óptimos, determinando así la confiabilidad de la prueba.

3.3. Comparaciones de los resultados obtenidos entre los diferentes grupos según sexo, edad, índice de masa corporal, centro de estudios y lugar de nacimiento.

Inicialmente se buscó determinar si existían diferencias significativas en la muestra al diferenciarlos por sexo. Por lo tanto, se procedió a aplicar la prueba Kolmogorov-Smirnov con el fin de determinar si las muestras diferenciadas por sexo eran normales o no asimétricas, la totalidad de las significaciones obtenidas son menores a 0.05, por lo que se

puede determinar que ambas muestras son no paramétricas. Luego se procedió a realizar en análisis no paramétrico Mann-Whitney con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre los sexos. En la tabla N ° 10 se exponen los resultados obtenidos en dicho análisis, tanto las significaciones como los rangos generados por la prueba además de las medias y las desviaciones estándar obtenidas.

Tabla N ° 10
Comparación de muestras según sexo

	Masculino		Femenino		Mann-Whitney		d Cohen
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	
Obsesión por la delgadez	2.53	3.35	4.71	5.13	0.00*	15037.00	0.51
Bulimia	1.55	2.13	1.38	2.32	0.27	18169.50	0.08
Insatisfacción corporal	5.48	4.13	5.85	5.37	0.71	18890.00	0.08
Ineficacia	2.58	3.23	2.71	3.71	0.82	19048.50	0.04
Perfeccionismo	7.55	4.19	7.38	4.29	0.68	18842.00	0.04
Desconfianza interpersonal	4.42	3.77	3.83	3.35	0.17	17780.50	0.17
Conciencia introceptiva	3.88	3.92	5.02	5.07	0.07	17262.00	0.25
Miedo a la madurez	7.54	4.62	7.88	4.66	0.38	18328.00	0.07
Ascetismo	4.24	2.95	4.07	2.84	0.52	18589.00	0.06
Impulsividad	5.36	4.74	4.58	4.78	0.03*	16803.00	0.16
Inseguridad Social	4.24	3.80	3.81	3.67	0.22	17946.50	0.11

p < 0.05

* Diferencias significativas

Como se puede observar en la tabla N ° 10, se encuentran diferencias significativas en las escalas obsesión por la delgadez e impulsividad, ya que las mismas cuentan con una significación menor a 0.05. Observando los rangos promedios se puede definir que en el caso de obsesión por la delgadez, las mujeres obtuvieron puntajes significativamente mayores que los hombres, con un puntaje medio de 4.71 para el caso de las mujeres y de 2.53 para el caso de los hombres; a su vez, observando la d de Cohen (0.51) se puede definir que el tamaño de

la diferencia es mediana. Por otro lado, en el caso de impulsividad, los hombres obtuvieron puntajes mayores que las mujeres a nivel estadístico, resultando las medias de 5.36 y 4.58 respectivamente, mientras que en base al 0.16 obtenido en la *d* de Cohen, se puede determinar que el tamaño de esta diferencia es muy pequeño.

Posteriormente, se procedió a realizar la comparación de las muestras según el centro de estudio al que pertenecen. De la misma manera, se aplicó la prueba de normalidad con el fin de determinar el tipo de análisis que se utilizaría para comparar los puntajes obtenidos, tanto la distribución del grupo del centro preuniversitario como los universitarios tienen una distribución no paramétrica al contar con significaciones menores a 0.05; por lo tanto, se procedió a realizar el análisis de comparación de medias a través del método Mann-Whitney.

Tabla N° 11
Comparación de la muestra según área de estudio

	Centro preuniversitario (n = 204)		Universidad (n = 189)		Mann-Whitney		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	<i>d</i> Cohen
Obsesión por la delgadez	3.79	4.21	3.43	4.72	0.04*	17025.50	0.08
Bulimia	1.52	1.94	1.39	2.50	0.09	17492.00	0.06
Insatisfacción corporal	5.49	4.40	5.85	5.18	0.81	19009.00	0.08
Ineficacia	3.16	3.88	2.08	2.88	0.00*	16155.50	0.32
Perfeccionismo	8.10	4.25	6.78	4.12	0.00*	15781.00	0.32
Desconfianza interpersonal	4.41	3.86	3.82	3.22	0.28	18063.00	0.17
Conciencia introceptiva	4.68	4.51	4.21	4.61	0.18	17782.50	0.10
Miedo a la madurez	8.42	4.91	6.94	4.20	0.00*	15847.50	0.32
Ascetismo	4.60	3.11	3.68	2.55	0.00*	16040.50	0.32
Impulsividad	5.78	5.25	4.10	4.04	0.00*	15824.50	0.36
Inseguridad Social	4.38	4.08	3.64	3.29	0.10	17464.50	0.20

$p < 0.05$

* Diferencias significativas

En la tabla N ° 11 se presentan los resultados para la comparación de la muestra según área de estudios y los puntajes medios y desviaciones obtenidas. Los resultados demuestran a nivel estadístico que existen diferencias significativas en las escalas obsesión por la delgadez, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad. Se observa para todos los casos que los sujetos pertenecientes al centro preuniversitario obtuvieron puntuaciones significativamente mayores a los de la universidad. Es importante resaltar que los sujetos del centro preuniversitario obtuvieron puntajes medios superiores a los de los sujetos universitarios para todas las escalas salvo en la escala insatisfacción corporal, siendo significativas dichas diferencias únicamente para las escalas previamente mencionadas.

Tabla N ° 12
Comparación de la muestra de universitarios según área de estudio

	Estudios Generales Letras (n = 128)		Estudios Generales Ciencias (n = 61)		Mann-Whitney		d Cohen
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	
Obsesión por la delgadez	3.62	5.01	3.02	4.07	0.61	3725.00	0.13
Bulimia	1.37	2.58	1.44	2.33	0.51	3697.00	0.03
Insatisfacción corporal	5.94	5.33	5.67	4.86	0.89	3857.00	0.05
Ineficacia	2.14	3.12	1.97	2.32	0.58	3717.50	0.06
Perfeccionismo	6.70	4.18	6.93	4.02	0.67	3755.50	0.06
Desconfianza interpersonal	3.68	3.25	4.11	3.15	0.31	3552.00	0.14
Conciencia introceptiva	4.16	4.88	4.33	4.04	0.21	3467.50	0.04
Miedo a la madurez	6.95	4.37	6.93	3.85	0.79	3809.50	0.00
Ascetismo	3.49	2.53	4.08	2.56	0.09	3310.00	0.23
Impulsividad	3.98	4.16	4.34	3.80	0.26	3515.00	0.09
Inseguridad Social	3.62	3.29	3.69	3.30	0.85	3837.50	0.02

$p < 0.05$

* Diferencias significativas

Por otro lado, se buscó determinar si existían diferencias significativas dentro de la muestra de estudiantes universitarios según su área de estudio. Por lo tanto, ya que tanto los grupos de Letras y de Ciencias mantienen características no paramétricas, se procedió a

realizar en análisis Mann-Whitney para contrastarlos. La tabla N ° 12 nos muestra los resultados para dicha comparación, afirmándose así que no existen diferencias significativas para dichos grupos.

En relación a la edad, se determinaron dos grupos con el fin de realizar las comparaciones. Se definió el grupo de *adolescencia media* con los sujetos de 16 y 17 años y *adolescencia tardía* con los sujetos de 18, 19 y 20 años de edad. En base a dichas categorías se procedió a realizar en análisis Kolmogorv-Smirnov con el fin de determinar si dichas muestras se distribuían normalmente, encontrándose que la totalidad de las escalas mantienen significaciones menores a 0.05, con lo que se puede determinar que ambas muestras tienen una distribución no paramétrica.

Tabla N ° 13
Comparación de la muestra según edad

	Adolescencia media (n = 215)		Adolescencia tardía (n = 178)		Mann-Whitney		d Cohen
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	
Obsesión por la delgadez	3.79	4.48	3.41	4.45	0.25	17866.00	0.09
Bulimia	1.56	2.35	1.34	2.06	0.29	18038.50	0.10
Insatisfacción corporal	5.61	4.75	5.72	4.84	0.84	18914.00	0.02
Ineficacia	2.54	3.35	2.77	3.62	0.74	18776.50	0.07
Perfeccionismo	7.90	4.23	6.94	4.19	0.03*	16718.50	0.23
Desconfianza interpersonal	4.20	3.55	4.03	3.61	0.52	18418.50	0.05
Conciencia introceptiva	5.01	5.01	3.78	3.85	0.04*	16865.50	0.28
Miedo a la madurez	8.16	4.56	7.16	4.68	0.01*	16300.00	0.22
Ascetismo	4.40	2.91	3.87	2.85	0.04*	16857.00	0.19
Impulsividad	5.49	4.91	4.34	4.53	0.02*	16419.50	0.24
Inseguridad Social	4.28	3.95	3.72	3.44	0.21	17744.50	0.15

p < 0.05

* Diferencias significativas

En la tabla N ° 13 se expone el análisis Mann-Whitney para dos muestras no paramétricas independientes además de las medias y desviaciones estándar obtenidas. Como se observa, se puede determinar que existen diferencias significativas para las escalas perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, encontrándose que en todos los casos la muestra de sujetos pertenecientes a la adolescencia media puntúan significativamente más alto que los de adolescencia tardía. Es importante resaltar que dichas escalas pertenecen al factor personal del instrumento.

En relación al lugar de nacimiento, se obtuvo que tanto la muestra de Lima/Callao como los de Provincia son no paramétricas, por lo que se procedió a realizar el análisis Mann-Whitney.

Tabla N ° 14
Comparación de la muestra según lugar de nacimiento

	Lima/Callao (n = 291)		Provincia (n = 92)		Mann-Whitney		d Cohen
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	
Obsesión por la delgadez	3.60	4.33	3.76	5.00	0.53	12818.00	0.03
Bulimia	1.33	1.96	1.79	2.90	0.21	12319.00	0.19
Insatisfacción corporal	5.57	4.61	5.82	5.43	0.92	13295.00	0.05
Ineficacia	2.51	3.35	2.87	3.60	0.44	12693.00	0.10
Perfeccionismo	6.96	4.12	8.77	4.30	0.00*	9987.50	0.43
Desconfianza interpersonal	4.05	3.63	4.18	3.24	0.46	12699.50	0.04
Conciencia introceptiva	4.12	4.24	5.37	5.39	0.08	11780.00	0.26
Miedo a la madurez	7.36	4.32	8.60	5.32	0.13	11996.00	0.26
Ascetismo	3.94	2.83	4.67	2.96	0.03*	11379.00	0.25
Impulsividad	4.64	4.80	5.69	4.65	0.02*	11189.50	0.22
Inseguridad Social	3.91	3.78	4.41	3.59	0.14	12029.50	0.14

p < 0.05

* Diferencias significativas

En la tabla N ° 14 se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupos para las escalas perfeccionismo, ascetismo e impulsividad al contar con significaciones menores a 0.05. En base a los rangos promedios obtenidos, se puede afirmar que el grupo de sujetos nacidos en Lima/Callao tienen puntuaciones significativamente menores para dichas escalas frente a los sujetos nacidos en provincia.

En la tabla N ° 15 se presentan los resultados obtenidos en base al grupo de personas con las cuáles los sujetos viven. Como ya se mencionó, se agrupó a los individuos en los grupos familia nuclear, solo, familia ampliada, familia compuesta y amigos. Inicialmente se procedió a determinar si las muestras eran normales para determinar el tipo de análisis para la comparación de medias. Se observa que la mayoría de significaciones para la prueba Kolmogorov-Smirnov son menores a 0.05, por lo que se procedió a realizar análisis no paramétricos para la comparación de medias. Se puede observar que existen diferencias significativas en la escala perfeccionismo, al contar con una significación de 0.02, por lo que se procedió a realizar el análisis Mann-Whitney con el fin de determinar en qué grupos aparecen dichas diferencias.

Los resultados del análisis Mann-Whitney se exponen en la tabla N ° 16. Como se puede observar, se encuentran diferencias significativas para el grupo de personas que viven solos en relación a los distintos tipos de familia, tanto nuclear, ampliada como compuesta. Se puede observar que para los tres casos las personas que viven solas puntúan significativamente más alto en la escala de perfeccionismo que las personas que viven en familia, sin encontrarse diferencias significativas en relación a los que viven con amigos. A su vez, en base a la *d* de Cohen obtenida para dichas comparaciones, se puede determinar que la diferencia entre las personas que viven solas con las que viven en las distintas familias es grande.

Tabla N° 15
Análisis Kruskal-Wallis para comparación de muestras no paramétricas según personas con las que vive

	Personas con las que vive	Media	Desviación estándar	Sign.
Obsesión por la delgadez	Solo	3.27	4.83	0.78
	Familia Nuclear	3.49	4.39	
	Familia ampliada	3.92	4.94	
	Familia Compuesta	5.20	4.92	
	Amigos	4.00	5.66	
Bulimia	Solo	1.47	1.64	0.82
	Familia Nuclear	1.52	2.47	
	Familia ampliada	1.11	1.58	
	Familia Compuesta	1.60	2.17	
	Amigos	0.50	0.71	
Insatisfacción corporal	Solo	7.07	5.16	0.31
	Familia Nuclear	5.77	4.89	
	Familia ampliada	5.42	4.68	
	Familia Compuesta	6.90	5.65	
	Amigos	1.00	1.41	
Ineficacia	Solo	2.80	3.19	0.87
	Familia Nuclear	2.49	3.23	
	Familia ampliada	2.76	3.96	
	Familia Compuesta	3.00	3.40	
	Amigos	1.00	1.41	
Perfeccionismo	Solo	10.80	4.06	0.02*
	Familia Nuclear	7.42	4.19	
	Familia ampliada	6.59	4.30	
	Familia Compuesta	6.95	4.91	
	Amigos	8.00	1.41	
Desconfianza interpersonal	Solo	4.87	2.61	0.18
	Familia Nuclear	4.21	3.54	
	Familia ampliada	3.69	3.56	
	Familia Compuesta	2.40	2.32	
	Amigos	3.00	1.41	
Conciencia introceptiva	Solo	6.33	6.90	0.50
	Familia Nuclear	4.53	4.55	
	Familia ampliada	3.99	4.53	
	Familia Compuesta	2.90	1.97	
	Amigos	1.00	1.41	
Miedo a la madurez	Solo	8.93	5.96	0.81
	Familia Nuclear	7.67	4.44	
	Familia ampliada	7.26	4.32	
	Familia Compuesta	7.80	4.59	
	Amigos	5.50	0.71	
Ascetismo	Solo	5.20	3.38	0.63
	Familia Nuclear	4.08	2.84	
	Familia ampliada	3.84	2.69	
	Familia Compuesta	4.30	3.16	
	Amigos	4.50	0.71	
Impulsividad	Solo	6.13	4.31	0.14
	Familia Nuclear	5.12	4.76	
	Familia ampliada	4.20	4.70	
	Familia Compuesta	3.70	2.31	
	Amigos	1.50	2.12	
Inseguridad Social	Solo	5.60	4.03	0.44
	Familia Nuclear	3.93	3.62	
	Familia ampliada	4.00	4.03	
	Familia Compuesta	3.90	2.64	
	Amigos	2.00	0.00	

p < 0.05

* Diferencias significativas

Tabla N ° 16

Análisis Mann-Whitney para comparación de la escala perfeccionismo según personas con las que vive

	Mann-Whitney		d Cohen	
	Significación	U		
Perfeccionismo	Solo - Familia nuclear	0.00*	1010.00	0.82
	Solo - Familia ampliada	0.00*	340.00	1.01
	Solo - Familia compuesta	0.03*	41.00	0.86
	Solo - Amigos	0.37	8.50	1.02
	Familia nuclear - Familia ampliada	0.11	10153.00	0.19
	Familia nuclear - Familia compuesta	0.54	1067.50	0.10
	Familia nuclear - Amigos	0.68	200.00	0.21
	Familia ampliada - Familia compuesta	0.87	459.50	0.08
	Familia Ampliada - Amigos	0.54	69.00	0.49
	Familia compuesta - amigos	0.36	5.00	0.33

p < 0.05

* Diferencias significativas

Luego se procedió a realizar la comparación de los sujetos en base al índice de masa corporal reportado obtenido en base a las tallas y pesos referidos por los mismos. Se encontró que la muestra es mayormente no paramétrica, por lo que se realizó un análisis no paramétrico para comparación de tres o más muestras independientes a través del análisis Kruskal-Wallis. En la tabla N ° 17 se observa que existen diferencias significativas para las escalas obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e impulsividad al contar con una significación menor a 0.05; por lo tanto, se procedió a realizar el análisis Mann-Whitney con el fin de determinar en qué grupos se encuentra dicha diferencia. En la tabla N ° 18 se presentan los resultados para el análisis no paramétrico de comparación de la muestra según su índice de masa corporal para las escalas obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e impulsividad.

Tabla N ° 17

Análisis Kruskal-Wallis para comparación de muestras no paramétricas según IMC referido

	Rango del IMC	Media	Desviación estándar	Sign.
Obsesión por la delgadez	Bajo peso	2.40	3.77	0.00*
	Rango normal	3.68	4.59	
	Sobrepeso	4.26	4.26	
	Obesidad grado 1	6.67	6.19	
	Obesidad grado 2	5.00	.	
Bulimia	Bajo peso	1.67	1.80	0.50
	Rango normal	0.97	1.12	
	Sobrepeso	1.40	2.19	
	Obesidad grado 1	1.95	3.04	
	Obesidad grado 2	2.83	2.71	
Insatisfacción corporal	Bajo peso	6.70	3.51	0.00*
	Rango normal	4.25	3.71	
	Sobrepeso	5.35	4.76	
	Obesidad grado 1	8.40	5.49	
	Obesidad grado 2	4.83	3.19	
Ineficacia	Bajo peso	3.10	3.00	0.54
	Rango normal	2.71	2.92	
	Sobrepeso	2.46	3.41	
	Obesidad grado 1	3.47	4.24	
	Obesidad grado 2	3.17	5.04	
Perfeccionismo	Bajo peso	7.95	4.18	0.40
	Rango normal	6.66	4.67	
	Sobrepeso	7.61	4.18	
	Obesidad grado 1	6.86	4.19	
	Obesidad grado 2	8.33	5.50	
Desconfianza interpersonal	Bajo peso	5.66	4.28	0.35
	Rango normal	4.57	3.49	
	Sobrepeso	3.92	3.42	
	Obesidad grado 1	4.12	4.11	
	Obesidad grado 2	6.50	3.67	
Conciencia introceptiva	Bajo peso	3.76	3.74	0.71
	Rango normal	3.66	4.32	
	Sobrepeso	4.54	4.58	
	Obesidad grado 1	4.77	5.17	
	Obesidad grado 2	5.17	3.92	
Miedo a la madurez	Bajo peso	8.47	4.48	0.65
	Rango normal	7.26	5.66	
	Sobrepeso	7.68	4.57	
	Obesidad grado 1	8.12	4.55	
	Obesidad grado 2	6.50	2.88	
Ascetismo	Bajo peso	5.14	2.73	0.25
	Rango normal	3.26	2.34	
	Sobrepeso	4.09	2.86	
	Obesidad grado 1	4.65	3.10	
	Obesidad grado 2	5.17	5.04	
Impulsividad	Bajo peso	6.95	5.87	0.03*
	Rango normal	3.09	4.29	
	Sobrepeso	4.97	4.70	
	Obesidad grado 1	5.16	4.25	
	Obesidad grado 2	7.17	7.63	
Inseguridad Social	Bajo peso	4.48	4.26	0.60
	Rango normal	3.43	2.54	
	Sobrepeso	3.91	3.62	
	Obesidad grado 1	5.09	4.96	
	Obesidad grado 2	3.33	2.07	

p < 0.05

* Diferencias significativas

En el caso de obsesión por la delgadez se observa que los sujetos en un rango bajo peso del IMC puntúan significativamente más bajo que las personas en un rango normal de peso o de sobrepeso. A su vez, se encontró que los sujetos con un rango normal de IMC puntuaron significativamente más bajo que los sujetos con sobrepeso o con obesidad grado 1 en la escala obsesión por la delgadez.

Tabla N° 18

Análisis Mann-Whitney para comparación de la muestra según rango del IMC referido

	Mann-Whitney		d Cohen	
	Significación	U		
Obsesión por la delgadez	Bajo peso - Rango normal	0.01*	3789.50	0.31
	Bajo peso - Sobrepeso	0.00*	479.50	0.46
	Bajo peso - Obesidad grado 1	0.16	41.50	0.86
	Bajo peso - Obesidad grado 2	0.50	8.00	0.69
	Rango normal - Sobrepeso	0.03*	5129.00	0.13
	Rango normal - Obesidad grado 1	0.03*	490.00	0.86
	Rango normal - Obesidad grado 2	0.53	76.00	0.29
	Sobrepeso - Obesidad grado 1	0.36	98.00	0.46
	Sobrepeso - Obesidad grado 2	0.59	12.50	0.17
	Obesidad grado 1 - Obesidad grado 2	1.00	3.00	0.27
Insatisfacción corporal	Bajo peso - Rango normal	0.26	4442.00	0.68
	Bajo peso - Sobrepeso	0.00*	392.50	0.33
	Bajo peso - Obesidad grado 1	0.55	88.50	0.38
	Bajo peso - Obesidad grado 2	0.17	2.50	0.56
	Rango normal - Sobrepeso	0.00*	4053.50	0.26
	Rango normal - Obesidad grado 1	0.98	857.00	0.59
	Rango normal - Obesidad grado 2	0.25	35.50	0.17
	Sobrepeso - Obesidad grado 1	0.04*	73.00	0.59
Sobrepeso - Obesidad grado 2	0.55	11.00	0.13	
Obesidad grado 1 - Obesidad grado 2	0.29	0.50	0.82	
Impulsividad	Bajo peso - Rango normal	0.00*	3641.00	0.76
	Bajo peso - Sobrepeso	0.00*	485.50	0.38
	Bajo peso - Obesidad grado 1	0.04*	57.50	0.35
	Bajo peso - Obesidad grado 2	0.22	3.00	0.03
	Rango normal - Sobrepeso	0.54	5815.50	0.42
	Rango normal - Obesidad grado 1	0.50	723.00	0.49
	Rango normal - Obesidad grado 2	0.37	52.50	0.69
	Sobrepeso - Obesidad grado 1	0.69	115.50	0.04
	Sobrepeso - Obesidad grado 2	0.41	8.00	0.36
	Obesidad grado 1 - Obesidad grado 2	0.86	2.00	0.34

p < 0.05

* Diferencias significativas

Por otro lado, en relación a la escala insatisfacción corporal, se encontró que no hay diferencias significativas entre los grupos bajo peso y rango normal por tener una significación de 0.26, mientras que sí se determinó con significación estadística la diferencia entre el grupo bajo peso y sobrepeso para dicha escala, puntuando significativamente más alto las personas con sobrepeso. De la misma forma, se observa que las personas que se encuentran en un rango normal de IMC puntúan significativamente más bajo que las personas con sobrepeso en la escala de insatisfacción corporal a contar con una significación de 0.00. Es importante resaltar que los sujetos con sobrepeso puntuaron significativamente más alto que las personas con obesidad grado 1 para la escala de insatisfacción corporal.

Por último, en relación a la escala impulsividad, se encontró que las personas bajo peso puntúan significativamente más bajo que las personas con sobrepeso, obesidad grado 1 o en rango normal, al contar con una significación menor a 0.05 y en relación a los rangos promedios obtenidos.

Por otro lado, se buscó comparar los distintos grupos de edad diferenciándolos según su sexo con el fin de determinar si la variable edad influye en mayor medida en alguno de los dos sexos. En la tabla N ° 19 se exponen los resultados para la comparación de los dos grupos de edades diferenciándolos según su sexo. En el caso de las mujeres se observa que no existen diferencias significativas entre las adolescentes medias o tardías ya que las significaciones son mayores a 0.05, por lo tanto, no se puede afirmar que los resultados obtenidos sean distintos. Por el contrario, en el caso de los hombres se encontraron diferencias significativas para las escalas desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social al tener significaciones menores a 0.05. En base a los rangos obtenidos se puede determinar que los adolescentes medios puntúan significativamente más alto que los adolescentes tardíos hombres en dichas escalas.

Tabla N ° 19
Análisis Mann-Whitney para comparación de muestras no paramétricas según edad y sexo.

Escala	Edad	Femenino					Masculino						
		N	Media	Desviación estándar	Significación	U	d Cohen	N	Media	Desviación estándar	Significación	U	d Cohen
Obsesión por la delgadez	Adolescencia media	108	4.82	5.05	0.48	4533.00	0.05	107	2.75	3.54	0.39	4432.50	0.15
	Adolescencia tardía	89	4.56	5.24				89	2.26	3.11			
Bulimia	Adolescencia media	108	1.49	2.54	0.64	4634.50	0.11	107	1.63	2.15	0.36	4425.00	0.08
	Adolescencia tardía	89	1.24	2.03				89	1.45	2.11			
Insatisfacción corporal	Adolescencia media	108	5.47	5.18	0.24	4343.00	0.16	107	5.76	4.29	0.39	4424.00	0.15
	Adolescencia tardía	89	6.31	5.58				89	5.14	3.92			
Ineficacia	Adolescencia media	108	2.40	3.56	0.13	4212.50	0.18	107	2.68	3.14	0.26	4329.50	0.07
	Adolescencia tardía	89	3.08	3.86				89	2.46	3.35			
Perfeccionismo	Adolescencia media	108	7.69	4.25	0.27	4363.00	0.16	107	8.11	4.22	0.05	4001.00	0.30
	Adolescencia tardía	89	7.01	4.34				89	6.87	4.06			
Desconfianza interpersonal	Adolescencia media	108	3.62	3.42	0.21	4306.50	0.14	107	4.79	3.60	0.04*	3992.50	0.22
	Adolescencia tardía	89	4.09	3.27				89	3.98	3.94			
Conciencia introceptiva	Adolescencia media	108	5.48	5.58	0.52	4550.50	0.21	107	4.54	4.34	0.02*	3822.50	0.39
	Adolescencia tardía	89	4.46	4.33				89	3.09	3.19			
Miedo a la madurez	Adolescencia media	108	8.39	4.62	0.06	4045.50	0.24	107	7.93	4.50	0.10	4107.50	0.19
	Adolescencia tardía	89	7.25	4.65				89	7.08	4.74			
Ascetismo	Adolescencia media	108	4.37	2.94	0.08	4113.00	0.23	107	4.44	2.90	0.24	4300.50	0.14
	Adolescencia tardía	89	3.72	2.68				89	4.01	3.01			
Impulsividad	Adolescencia media	108	5.00	4.85	0.15	4238.00	0.20	107	5.98	4.95	0.04*	3939.50	0.29
	Adolescencia tardía	89	4.07	4.67				89	4.62	4.40			
Inseguridad Social	Adolescencia media	108	3.71	3.86	0.39	4457.50	0.06	107	4.85	3.98	0.01*	3704.00	0.36
	Adolescencia tardía	89	3.93	3.44				89	3.51	3.45			

p < 0.05

* Diferencias significativas

Por último, a modo de integración, se buscó comparar los puntajes obtenidos a nivel de los tres factores del instrumento tomando en consideración las variables edad y sexo. Inicialmente se determinó que dichas muestras no eran paramétricas, por lo que se procedió a realizar los análisis de contraste. Los resultados significativos se presentan en la tabla N ° 20.

Tabla N ° 20
Diferencias significativas a nivel de factores en sexo y edad.

Masculino							
Adolescencia media		Adolescencia tardía		Mann-Whitney		d Cohen	
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U		
Factor Personal	32.64	14.35	27.12	15.03	0.00	3537.00	0.38
Factor Social	12.33	8.49	9.94	9.07	0.01	3723.00	0.27

Adolescencia media							
Femenino				Masculino		Mann-Whitney	
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	d Cohen	
Factor Social	9.73	9.41	12.33	8.49	0.01	4527.00	0.29

Adolescencia tardía							
Femenino				Masculino		Mann-Whitney	
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Significación	U	d Cohen	
Factor Corporal	10.87	9.26	7.40	5.55	0.03	3209.00	0.47

$p < 0.05$

En la tabla N ° 20 se puede observar las diferencias significativas encontradas. Por un lado, se obtuvo que en el grupo de los hombres existen diferencias significativas según su edad tanto para el factor personal como para el factor social. En base a los rangos promedios se puede determinar que los adolescentes medios puntuaron significativamente más alto en dichos factores que los adolescentes tardíos, aunque las diferencias son consideradas pequeñas de acuerdo a la d de Cohen.

Por otro lado, se observa que dentro del grupo de adolescentes medios existe una diferencia entre hombres y mujeres, encontrándose que los hombres puntúan significativamente más alto que las mujeres en el factor social. Por último, dentro del grupo de adolescentes entre 18 y 20 años, se observa que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en el factor corporal, al mantener una significación menor a 0.03.

3.4. Baremos provisionales

Como parte de los objetivos de la presente investigación se propuso la elaboración de baremos con el fin de proveer una adecuada lectura de los resultados obtenidos en posteriores utilidades del inventario. A su vez, dichos baremos proveerán a posteriores investigaciones que utilicen muestras similares un marco de referencia para sus análisis estadísticos.

De la misma forma que en los procesos de baremación español y americano, se calcularon percentiles de forma que se puedan comparar los resultados obtenidos con el resto del grupo muestral. Dicha baremación se realizó diferenciando según el sexo, ya que los resultados proponen diferencias significativas en relación a los mismos. Por otro lado, en relación a la edad, se calcularon los percentiles para el caso de los hombres diferenciando según adolescencia temprana y tardía, diferencia que no se realizó en el caso de las mujeres ya que las mismas no presentaron diferencias significativas (ver anexos H e I).

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como fin determinar la validez y confiabilidad del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2 en una población de adolescentes de Lima-Metropolitana, resultados que quedaron avalados ya en el capítulo anterior pero cuya discusión será abordada a continuación.

Como ya ha sido mencionado, el EDI-2 es un inventario de auto reporte que evalúa características de los trastornos alimentarios. Dicho inventario cuenta con once escalas que diferentes investigaciones, tales como la española, tienden a agrupar en tres factores, siendo éstos el personal, el corporal y el social. Dentro del proceso de adaptación del instrumento se buscó determinar la confiabilidad y la capacidad discriminativa de los ítems tanto a nivel de las once escalas como la de los tres factores descritos; y luego, se procedió a determinar si las once escalas se agrupaban en los tres factores mencionados, de forma que quedaban respaldados los resultados propuestos en previas investigación.

Inicialmente se buscó determinar cómo se estructuran las once escalas en relación a los tres factores propuestos para comprobar si la organización española se reproduce con nuestra investigación y afirmando así la validez de constructo, encontrándose que los resultados españoles se reproducen en su totalidad. Es importante resaltar que para la presente investigación se trabajó con grados de saturación mayor o iguales a 0.4 mientras que en el proceso de la adaptación española tan solo trabajaron con saturaciones de 0.25; por lo que es importante señalar que aún con niveles de saturación más exigentes la estructura de la prueba se replica.

Se evaluó la validez de constructo del instrumento en base al análisis factorial, dichos análisis se realizaron para la muestra en general además de para hombres y mujeres por separado. En la adaptación española se encontró que las once escalas se agrupaban en tres factores. Para la presente investigación se utilizó el análisis factorial optando por una rotación oblicua, ya que dicho tipo de rotación acepta que existe una posible correlación entre los factores y dentro de la patología alimentaria se espera que las distintas características asociadas correlacionen entre las mismas (Garner, 1998). Dentro del análisis factorial, inicialmente se buscó comprobar el número de factores que se conforman con nuestro instrumento. Se obtuvo, tanto para la muestra en general, para hombres y para mujeres la conformación de tres factores que explican varianzas superiores explicadas al 57%, por lo que se confirmó que tres factores son adecuados para estructurar el instrumento.

En el caso de la muestra general, se obtuvo que los tres factores respondían a la estructura española, siendo el primero el llamado Personal, el segundo el Social y el tercero el Corporal. En la presente investigación el primer factor se compone por las escalas perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad básicamente. Teóricamente la escala bulimia debería corresponder al primer factor, si bien se encontró que la misma mantiene mayor influencia en el tercero, tiene una saturación de 0.4 con el primero, por lo que podemos afirmar que se reproduce la estructura española ya que se puede determinar también la inclusión de dicha escala en el primer factor. Por otro lado, el factor social se compuso por las escalas ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social, reproduciendo en su totalidad la estructura española. Por último, el factor corporal incluiría las escalas bulimia, obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, aunque por motivos de la investigación se optó por mantener la escala bulimia con el primer factor para mantener la estructuración española.

Como se mencionó, si bien la escala bulimia fue incluida en el factor personal para mantener la estructura española, se observa una mayor influencia en el factor corporal en nuestra investigación. Es importante resaltar que en la investigación de Phelps y Wilczenki, la escala bulimia se integró en un factor con las escalas perfeccionismo y ascetismo, a diferencia de la estructura que nosotros obtuvimos. Esto podría estar planteando que la diferencia encontrada depende de la cultura y el contexto dentro de los cuáles los sujetos evaluados se encuentran inmersos. Es decir, en la investigación de Phelps y Wilczenki, la muestra estuvo compuesta por mujeres de Nueva York, en las cuáles las conductas bulímicas pueden estar más asociadas a la noción de perfección impuesta por su sociedad, pudiendo ser un intento extremo frente a la misma con el fin de lograrla y poder manifestar un control sobre uno mismo. Por otro lado, en la presente investigación la muestra fue compuesta por adolescentes inmersos en la cultura limeña, se observa que las conductas bulímicas se asocian más directamente a los cánones de belleza impuestos por la sociedad pero en relación a la insatisfacción que genera en los sujetos, pudiendo ser la bulimia una forma de expresar la insatisfacción, pudiendo verla tanto como una auto agresión o como un intento desesperado de lograr el ideal corporal. Además, no olvidemos que en realidad la bulimia y las conductas compensatorias que incluye, como se menciona en el DSM-IV-TR (APA, 2002), responden a una auto evaluación que realiza la persona de sí misma exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

Por otro lado, se observa que algunas escalas mantienen fuertes saturaciones con otros factores además de aquél al que pertenecen, tal como conciencia introceptiva, impulsividad e ineficacia. En la presente investigación se encontró que la escala conciencia introceptiva se relaciona mucho con el factor corporal, recordemos que dicha escala evalúa el grado de confusión para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, pero también evalúa la dificultad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el

hambre y la saciedad (Garner, 1998). Si bien la escala pertenece al factor personal la relación con el factor corporal es muy fuerte en el sentido que parte de la conciencia introceptiva evalúa la capacidad de los sujetos para discernir entre estados emocionales de las sensaciones físicas, capacidad que es muy pobre en los sujetos con trastornos alimentarios. Por lo tanto, estos síntomas que se expresan a través del cuerpo relacionados con la bulimia, la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez, son una clara incapacidad de caracterizar claramente las sensaciones corporales y utilizarlas como signos de malestar emocional; en este sentido, dichos síntomas físicos son un intento de expresión de los sentimientos que el sujeto no puede elaborar a nivel de pensamiento (Casullo y Páez, 2000).

A su vez, se encontró una fuerte relación entre la impulsividad y el factor social, recordando que parte del constructo se entiende como la hostilidad, agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Garner, 1998). La impulsividad en este caso no se refiere únicamente a la dificultad de controlar los impulsos, sino que a su vez toma en cuenta factores como la tolerancia a la frustración, el pensamiento reflexivo y la noción de un otro, factores que al verse afectados deterioran la forma en la cuál los sujetos se relacionan. Por ejemplo, una persona impulsiva no considerará las necesidades de los otros, hecho que sin lugar a dudas afecta su manera de relacionarse. Además, notemos que la impulsividad también se puede presentar como ataques de rabia, agresión a los demás, intentos de robo, promiscuidad y abuso de drogas, factores que influyen en los aspectos sociales e interpersonales de las personas (Fessler, 2002). Por último, se observa que la escala ineficacia se relaciona con el factor corporal, lo cuál cobra sentido al recordar que los adolescentes se definen en gran medida por su aspecto físico y en base a los estereotipos existentes, dentro de los cuáles una persona que cumpla con las expectativas corporales será considerada eficaz y funcional.

Por otro lado, tal como se mencionó, el análisis factorial se realizó también para hombres y mujeres por separado con el fin de reproducir el proceso de adaptación español. Es importante resaltar que si bien las estructuras obtenidas por cada género son similares, en el caso de las mujeres el factor corporal cobra mayor importancia que el factor social, a diferencia de los hombres. Esta diferencia en la estructura entre los géneros nos propone que en el caso de las mujeres más importante es el aspecto corporal mientras que en los hombres es el factor social. Esto puede entenderse desde la óptica de los cánones corporales para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres el cuerpo ideal se manifiesta, como ya se mencionó, a través de un cuerpo delgado, pero su significado reside básicamente en lo estético. Si bien esto se relaciona con características personales de las mujeres, la delgadez en las mismas responde a la visión del cuerpo ideal. Por otro lado, en relación al cuerpo masculino, dentro del mismo no solo se integra el aspecto físico, sino que involucra además su sentido de eficacia, manejo de situaciones, control, etc. En este sentido, el cuerpo de los hombres no simboliza solo el aspecto estético, sino que integra diferentes paradigmas y fantasías en relación con la forma en la cuál el sujeto podrá desenvolverse socialmente. Por lo tanto, cabe notar que en el caso de las mujeres lo corporal cobra importancia, mientras que en el caso de los hombres el rasgo social toma fuerza e importancia, ya que este aspecto social influirá más en la visión del cuerpo. Es importante resaltar que esta diferencia en la estructura factorial a su vez pone en manifiesto la importancia de contar con baremos separados, respetando a su vez lo realizado por los autores españoles.

Por último, en relación a la organización de las escalas en los factores, en el caso de las mujeres se observa que se reproduce la estructura española, el factor personal incluye las escalas bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad; el factor corporal incluye las escalas obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal; y el factor social a las escalas ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad

social. Es importante resaltar que si bien se reproduce la estructura factorial española, se observa que diferentes escalas mantienen importantes relaciones con distintos factores. Por un lado, se encuentra que la escala conciencia introceptiva mantiene una saturación alta con el factor social. Esto puede deberse a que la conciencia introceptiva incluye la capacidad de los sujetos de comprender y responder adecuadamente a sus estados emocionales, por lo que se observa que mayor confusión emocional mayor dificultad a nivel social e interpersonal. Por otro lado, otra escala que se asocia fuertemente al factor social es la de miedo a la madurez, si recordamos, Krauskopf (1995) propone que una de las tareas de los adolescentes es diferenciarse de su grupo familiar y reafirmarse a nivel social, con lo que empiezan a explorar cuáles son sus capacidades personales con el fin de afirmarse frente a las personas. Muchas veces esta tarea genera mucha confusión y miedo que se ven representados en la escala miedo a la madurez, pero este miedo se relaciona básicamente a no lograr afirmarse frente a las demás personas al no sentirse seguros de sus capacidades personales.

En el caso de los hombres se obtuvo que también se reproducía la estructura española, a la vez que se encontraron grandes influencias entre muchas escalas con otros factores. La más importante relación en el caso de los hombres se encuentra entre la escala insatisfacción corporal y el factor social, relación que no se encontró en el caso de las mujeres ni en la muestra general. Esto nos dice que la insatisfacción corporal se relaciona fuertemente con las formas en que uno se relacione con los demás y la confianza que tiene en sí mismo y en los otros. Se entiende que la insatisfacción corporal evalúa el desagrado con la imagen corporal. Si recordamos los planteamientos de Erikson (citado en Castle y Phillips, 2002), la imagen corporal y el autoconcepto son partes integrales del desarrollo adolescente ya que en un comienzo la identidad adolescente se define en base al propio cuerpo. Por otro lado, si el individuo se relaciona con gente que se preocupa mucho por su imagen corporal es muy probable que termine haciéndolo de la misma manera y en conjunto con los distintos

estereotipos sobre la figura masculina, podemos entender en base a Ogden que existe una discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal que va a afectar y verse afectada por el ámbito social.

Guimón (1999, pág. 155) propone lo siguiente:

“...Aunque parecen ser más críticas con su aspecto físico, las mujeres se sienten más seguras acerca de los límites de su cuerpo, de las fronteras corporales, que los hombres. Esa impresión que muchos hombres tienen de vulnerabilidad corporal tal vez provenga de que la fortaleza física es admirada durante los años escolares, mientras que, posteriormente, hay poca relación entre la fuerza o la agilidad de un varón y las probabilidades de que tenga éxito en su vida.”

Por último, se obtuvieron las correlaciones entre los distintos factores tanto para hombres como para mujeres. Si bien casi la totalidad de las mismas son bajas, existe una correlación medianamente grande en las mujeres entre los factores personal y social y entre los factores personal y corporal. Dichas relaciones nos llevan a pensar que en el caso de las mujeres el factor de mayor importancia, ya que se relaciona en mayor medida con los demás, es el personal. Esto podría deberse a que lo personal influye y se ve influido por las distintas características corporales y sociales, siendo una especie de círculo vicioso. Por ejemplo, si una persona tiene gran obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, esto podría deberse a su gran perfeccionismo, gran confusión emocional/corporal, gran impulsividad, miedo a la madurez y ascetismo, pero estas características también se van a ver reforzadas y exacerbadas por las segundas. Lo mismo sucede con el factor social, el mismo va a verse afectado por características personales y corporales de las personas, pero esto también va a repercutir en como la persona observa y se ajusta a su cuerpo y en como es. Por último, tal vez la mayor

importancia que cobran los factores personales tiene que ver con que integra características necesarias, si recordamos la etiopatogenia de los trastornos alimentarios, para que se fortalezcan los factores corporales y sociales, poniendo así a la persona en una mayor vulnerabilidad.

En relación a la confiabilidad del instrumento, se encontró a nivel de las escalas, que nueve de las once escalas presentaron un nivel de confiabilidad óptimo, una obtuvo una confiabilidad medianamente baja y tan solo una de las escalas obtuvo una confiabilidad baja. Podríamos plantear entonces que de las once escalas, diez presentaron niveles de confiabilidad adecuados y/o óptimos y, tan solo en relación a la escala Ascetismo, se observa una confiabilidad relativamente baja. Los coeficientes de confiabilidad para el instrumento se encuentran dentro del rango 0.31-0.81 para el caso de las escalas, perteneciendo el más bajo a la escala Ascetismo y el más alto a Obsesión por la delgadez. Es importante resaltar que si bien la escala Ascetismo presenta un nivel de confiabilidad cuestionable, presenta una gran adecuación a la estructura factorial constituida, lo cuál afirma su pertenencia en el inventario. Es importante resaltar que la escala Ascetismo ha sido ampliamente cuestionada en diversas investigaciones en las que se trabajó con sujetos normales, ya que siempre ha contado con una confiabilidad relativamente baja; por ejemplo, en la adaptación española obtuvo un alpha de Cronbach de 0.3 y en la versión original un alpha de 0.44 (Garner, 1998). Si bien sería estadísticamente recomendable eliminar dicha escala, es recomendable mantenerla desde el punto de vista clínico. Teóricamente, la escala Ascetismo evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales. En relación a la anterior definición, se puede observar que las conductas que evalúa son menos pertinentes en el grupo de sujetos normales, como bien propone Garner (1998), ya que no es esperable que se presenten dichas conductas en gran magnitud. Esto queda respaldado a su vez al observar la confiabilidad

obtenida por sujetos clínicos, en los cuáles el alpha de Cronbach obtenido aumenta a un 0.7 en la versión original y a 0.69 en la adaptación española. En este sentido, si bien la escala presenta una confiabilidad baja en relación a los sujetos sanos, la importancia que merece es clínica ya que podría estar sirviendo para deslindar a los sujetos normales de los casos clínicos. Por lo mismo, sería recomendable en una posterior investigación evaluar y comparar el comportamiento de dicha escala en relación a sujetos normales y a clínicos.

Por otro lado, es importante notar que en relación a la consistencia interna de las escalas, se encontró un ítem (71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.) que mantenía una correlación negativa con la escala Ascetismo, escala a la cuál pertenece. En este sentido, notemos que el único ítem con una correlación ítem-test negativa se encuentra en la escala con la confiabilidad más baja. Es importante notar que este ítem mantuvo un grado de acuerdo del 100% entre los jueces, lo cuál nos habla de su importancia teórica y clínica. A su vez, en relación a la versión original de Garner y a la adaptación española, es necesario mencionar que siempre ha mantenido una correlación ítem-test negativa al trabajar con sujetos sanos. En el caso de la adaptación española, podemos observar que el ítem mantiene una correlación negativa tanto para los sujetos en riesgo y sanos, pero que mantiene una correlación positiva al evaluar sujetos con trastornos alimentarios. Por tal motivo es que se optó por mantener el ítem, ya que, de igual manera que la escala, podría servir de carácter diferencial entre sujetos sanos y sujetos clínicos. Es importante resaltar, como bien hacen los autores de la adaptación española, que el ítem 71 se dirige claramente a evaluar la característica hedonista que subyace en la naturaleza humana, pero que es una característica mayormente asociada a los pueblos latinoamericanos (Garner, 1998). En este sentido, cabría la pregunta si dicho ítem es adecuado para nuestra población normal, ya que la misma se encontraría constantemente inmersa en una cultura hedonista. En todo caso, primero sería recomendable revisar dicho ítem en posteriores investigaciones con sujetos clínicos, ya que

tomando en cuenta que nuestra cultura es hedonista, conductas ascetistas podrían estar significando un mayor riesgo y diferenciación; pero también sería recomendable evaluar la redacción del ítem, ya que tal vez la misma estaría generando confusión en los sujetos normales al responder. Por ejemplo, notemos la gama de respuestas para dicho ítem, por un lado responder “siempre” estaría situando al sujeto en el aspecto hedonista del cuál hablamos anteriormente, buscando constantemente fuentes que produzcan placer; mientras que responder “nunca,” si bien sitúa al sujeto en el aspecto ascetista, no contradice que dichos sujetos de igual forma puedan estar manteniendo conductas que le produzcan placer aunque no se esfuercen por obtenerlo.

Por otro lado, en relación a las otras escalas del EDI-2, se observa que todas mantienen una confiabilidad adecuada y/o óptima, aunque en algunos casos algunos ítems mantuvieron una correlación ítem-test baja pero de todas maneras aceptable. Cabría mencionar el ítem 1 y el ítem 26, ya que los otros ítems mantienen correlaciones muy cercanas al nivel óptimo.

El ítem 1 corresponde a la escala Obsesión por la delgadez. Si bien la escala Obsesión por la delgadez presentó una confiabilidad óptima, se encontró que uno de los ítems que la componen (1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.), obtuvo una correlación ítem-test baja aunque aceptable al ser positiva. En relación a los resultados obtenidos de los diez jueces a los que se acudió para evaluar el instrumento, si bien dicho ítem obtuvo un 90% de acuerdo para su respectiva inclusión en la escala, el 50% de los jueces propusieron que se realice una revisión de la redacción del mismo. En este sentido, el ítem 1 mantiene importancia clínica y por lo tanto fue mantenido a pesar de su baja correlación, pero tal vez un cambio en la redacción del mismo sería conveniente para futuras investigaciones ya que podría optimizar la confiabilidad de la escala y mejorar la correlación ítem-test del mismo.

Un posible cambio podría ser sustituir la parte “hidratos de carbono” por simplemente “carbohidratos”, ya que es un término más conocido y accesible en nuestro medio, lo que podría aumentar el entendimiento del ítem.

Por otro lado, el ítem 26 pertenece a la escala Conciencia introceptiva. En cuanto a dicha escala, se observa que la misma presenta una confiabilidad óptima y que, de los diez ítems que la componen tan solo uno presenta una correlación baja aunque adecuada con el resto de los ítems que la componen. El ítem 26 (“Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento”) presenta un 90% de acuerdo entre los jueces para la inclusión del mismo en la escala y un 100% de acuerdo según la redacción del mismo. Si bien, a nivel puramente estadístico, hubiera sido recomendable la eliminación de dicho ítem con el fin de mejorar la confiabilidad de la escala, se optó por mantenerlo ya que el contenido del mismo es bastante importante en relación a la escala. Tal vez sería recomendable un cambio en la redacción del mismo, contrario a lo que proponen los jueces, con el fin de mejorar la comprensión del ítem, pudiendo ser una mejor propuesta “Puedo reconocer mis emociones y sentimientos”, ya que ni en el caso de personas sanas sin trastornos alimenticios es realmente factible que la persona reconozca sus emociones en cada momento de su vida (Trujillo y Rivas, 2005).

Posterior a la evaluación de la confiabilidad de las escalas del EDI-2, se buscó comprobar la confiabilidad de los factores en los cuáles dichas escalas se agrupan. Diversas investigaciones han buscado determinar si la prueba debe estructurarse en relación a las once escalas que la componen en relación a tres factores que los integren y definan, siendo dichos factores el personal, el social y el corporal, según los planteamientos de la adaptación española. El factor personal parece aludir más a aspectos de personalidad de los sujetos; el social a aspectos de manejo interpersonal y el tercero a aspectos corporales como su ideal corporal y la diferenciación con la imagen corporal percibida. Por otro lado, Phelps y

Wilczenki (1993), proponen que la estructura factorial de tres factores funciona mejor en el caso de sujetos normales, ya que no puede plantearse la misma estructura que con sujetos enfermos. En la presente investigación se encontró que los tres factores mantenían coeficientes de confiabilidad óptimos, lo que terminó por definir al instrumento como confiable. Al comparar los grados de confiabilidad obtenidos en la investigación con los de otras investigaciones, podemos observar que presenta niveles bastante óptimos y superiores a los obtenidos en otros estudios. Esto podría estar expresándonos que tal vez sería más adecuado considerar la estructura trifactorial para sujetos normales en nuestro medio, ya que al parecer estaría funcionando de manera más óptima, sin dejar de lado que la estructura de once factores es muy buena a su vez.

En el caso del factor personal, el mismo se compuso por las escalas Bulimia, Perfeccionismo, Impulsividad, Ascetismo, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez, según la estructura propuesta por la investigación española. Se encontró que tan sólo un ítem de los 50 ítems que constituyen en factor, presentaba una correlación negativa, ítem perteneciente a la escala Ascetismo. A su vez, para el factor Corporal se encontró nuevamente que el ítem 1 presentaba una correlación baja pero aceptable, optándose por mantenerlo por su importancia teórica pero recomendándose una nueva redacción del mismo.

En base a lo anterior queda definida y explicada la confiabilidad del instrumento, a continuación se procederá a evaluar la validez del mismo, tanto la de contenido como la de constructo. En relación a la validez de contenido, como se mencionó en el capítulo de resultados, tan solo dos ítems de los 91 tuvieron un acuerdo interjueces de 60%, porcentaje aceptable aunque considerado bajo. Dichos ítems son el 84 (Tengo la sensación de que todo me sale mal) y el 91 (Creo que sé quien realmente soy). En relación a estos ítems, si bien al parecer no existió un acuerdo óptimo entre los jueces, los análisis estadísticos comprobaron y

afirmaron su adecuación con el resto de la prueba. Dichos ítems se encuentran en la escala Inseguridad social, escala que como se mencionó tiene un índice de consistencia interna de 0.74, coeficiente adecuado y bastante bueno, además, las correlaciones ítem-test de los mismos son de 0.3 y 0.5 respectivamente, correlaciones que afirman que dichos ítems funcionan adecuadamente en relación a los otros ítems que componen la escala.

Luego de haber determinado la confiabilidad y validez del instrumento se procedió a realizar una serie de comparaciones con el fin de determinar si existen diferencias en los puntajes obtenidos en las escalas y factores entre los distintos grupos muestrales. Inicialmente se realizó una comparación entre hombres y mujeres para poder determinar si existían diferencias entre los mismos. Se encontraron diferencias significativas para las escalas obsesión por la delgadez e impulsividad. En el caso de obsesión por la delgadez, se observa que existe una diferencia medianamente significativa entre hombres y mujeres, puntuando más alto las segundas. Este resultado va a la par de los distintos encontrados en diferentes investigaciones en las que siempre las mujeres puntúan más alto en obsesión por la delgadez, queriendo ser más delgadas para poder ser socialmente aceptadas, bien vistas y por ende aceptándose a sí mismas. Tal vez la diferencia entre los puntajes se debe a que la obsesión por la delgadez se presenta distinta en hombres y en mujeres. Aunque cada vez más hombres se encuentran preocupados por su aspecto físico (Pope, Phillips y Olivardia, 2000), no todos quieren ser más delgados, sino que algunos querrían ser más gruesos. En 1998, Furnham y Calnan evaluaron la relación entre trastornos alimentarios, autoestima, razones para ejercitar e insatisfacción corporal en hombres adolescentes. Encontraron que el 69% de la muestra reportaba que su peso actual era diferente a su peso ideal. Un punto importante en esta investigación es que proponen que la evaluación y el entendimiento de la insatisfacción corporal en hombres no puede seguir el mismo rumbo que en mujeres, puesto que en hombres

esta insatisfacción corporal puede centrarse tanto en un deseo de aumentar peso como de disminuirlo.

En las mujeres, el estereotipo de cuerpo se enfoca en una mujeres delgada sin grasa corporal al igual que en los hombres, pero la diferencia es que el estereotipo masculino incluye también la musculatura, siendo bien vista la misma y definida a través de una gran masa muscular. En una investigación realizada por Moore (1990, citado en Pope, Phillips y Olivardia, 2000), encontraron que de 865 hombres entre 12 y 22 años, 18% pensaban que estaban muy delgados y el 22% percibían que estaban demasiado gordos. Cohane y Pope (2002), realizando una revisión teórica, encontraron que en la mayoría de investigaciones los hombres adolescentes no anhelaban ser más delgados, sino más gruesos pero en relación a su masa muscular; en base a esto es interesante observar que, a diferencia de las mujeres, la insatisfacción corporal en los hombres no se presenta en base a la obsesión por la delgadez, sino por una obsesión por el cuerpo perfecto. Por otro lado, en relación a la impulsividad, se encontró que los hombres puntuaban medianamente más alto que las mujeres, resultados que en realidad confirman las teorías que generalmente proponen que los hombres son más impulsivos que las mujeres.

Por otro lado, se realizó una comparación tomando en cuenta la variable edad con el fin de determinar si los adolescentes medios difieren de los adolescentes tardíos en base a sus resultados. Se encontraron diferencias significativas aunque pequeñas en las escalas perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, obteniendo puntajes mayores los adolescentes medios. Es importante notar que todas estas escalas corresponden al factor personal del instrumento. En relación al perfeccionismo, recordemos que evalúa en gran medida el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores y que tanto está convencido de que los demás esperan

resultados excepcionales de él. Recordando que la adolescencia es una etapa de cambios en la cual deben definir qué son y lo que quieren ser, los adolescentes medios aún se definen en base a sus logros, capacidades personales y apariencia física, disminuyendo ésto en la adolescencia tardía. En este sentido, es esperable que los adolescentes medios perciban que deben ser más perfectos, ya que de esa forma están definiendo su identidad y su valía personal. Esto se relaciona en gran medida con la escala miedo a la madurez, ya que en ocasiones, cierto grado de regresión puede proporcionar un alivio frente a las presiones y confusiones de la adolescencia. Además, notemos que estos adolescentes medios se encuentran estudiando en un centro universitario o en una universidad, por lo que podrían aún sentir que deben cumplir ciertas expectativas de perfección para ser adecuados.

Por otro lado, en relación a la conciencia introceptiva, notemos que en la adolescencia se presentan grandes cambios físicos, emocionales y cognitivos que se van asentando con la edad. Esto se expresa en una incapacidad de comprender y responder adecuadamente a muchas emociones y sentimientos, pero es esperable que esto vaya mejorando en tanto el adolescente se va adaptando y definiendo su identidad, por lo que es razonable observar que los adolescentes medios puntúen más alto que los tardíos. Esto a su vez se relaciona con los resultados obtenidos en la escala ascetismo, que mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales y por el control a las necesidades corporales. Como ya mencionamos, los adolescentes inicialmente se definen en base a sus características corporales en relación a los estereotipos socioculturales frente a los que se ven expuestos, por lo que sus capacidades personales también se definen en base a su físico y apariencia, por lo tanto mientras menor sea el adolescente es lógico pensar que buscará ser mejor mediante el control de su cuerpo, ya que controlarlo implica ser más eficaz y mejor visto socialmente.

Se buscó comprobar si la diferencia de edad afectaba más a los hombres o a las mujeres, por lo que se realizaron comparaciones también para hombres y mujeres por separado. En el caso de las mujeres no se encontraron diferencias significativas, lo cuál nos lleva a plantear que la adolescencia femenina presenta poca variabilidad en relación a edades medias y tardías.

Por otro lado, en relación a los hombres, se encontraron diferencias significativas en relación a las escalas desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social, siendo los adolescentes medios quienes puntúan medianamente más alto en la totalidad de dichas escalas. Si bien las diferencias para conciencia introceptiva e impulsividad ya fueron explicadas en el acápite anterior, se puede encontrar que en el caso de los hombres se encuentran diferencias en relación al factor social que no se encuentran en el caso de las mujeres. Esto nos propone que en la adolescencia media los hombres presentan mayor desconfianza interpersonal e inseguridad social que cuando son mayores y también en relación a las mujeres que se encuentran en la adolescencia media y tardía. Si bien, se ha propuesto anteriormente que las mujeres tienen un mejor manejo y expresión emocional, parece que esto es algo constante durante su adolescencia. Por otro lado, en el caso de los hombres, a los menores les cuesta más expresar sus propios sentimientos y pensamientos a la vez que creen que sus relaciones sociales son inadecuadas. Por un lado, recordemos que en la adolescencia los adolescentes definen su identidad, haciéndolo también en parte diferenciándose de lo femenino. Tomando en cuenta que la expresión emocional se ve mayormente asociada con lo femenino, es de esperarse que los hombres tengan mayores dificultades. Cuando el adolescente crece, él mismo define su identidad y ya no necesita diferenciarse a extremo de lo femenino, por lo que el hombre adolescente aprende a expresar sus emociones y pensamientos en mayor medida, con lo que también mejora su seguridad social.

Otra variable que se tomó en cuenta para realizar las comparaciones fue el lugar de nacimiento de los participantes, estando los mismos divididos según los nacidos en Lima/Callao y los nacidos en provincias. Dentro de dichos grupos se encontraron diferencias significativas para las escalas perfeccionismo, ascetismo e impulsividad, puntuando más alto, aunque en baja medida, los nacidos en provincia. Antes que nada es importante diferenciar en cierta medida lo que ocurre en el país en relación a vivir en la capital o en una provincia. Como mencionan Aramburú y Mendoza (2003), la población peruana es mayoritariamente urbana debido a la concentración de inversión pública y privada en las ciudades, siendo esto especialmente en Lima; ello ha incentivado movimientos migratorios hacia dicha zona, en parte por una búsqueda de una mejor calidad de vida. Al entender las diferencias obtenidas en relación al perfeccionismo, es importante notar que son los que emigraron a Lima quienes obtienen mayores puntajes, lo cuál puede estar respondiendo a la búsqueda de un mejor estilo y calidad de vida, por lo que dichos individuos consideran que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes a la vez que consideran que deben responder a las expectativas de perfección de los demás, entre ellos su familia.

Por otro lado, es importante recordar que mayormente en las provincias del país se mantienen creencias andinas que definen en gran medida su forma de pensar y de actuar, manteniéndose una fuerte vinculación entre el hombre y la naturaleza que marca a los individuos de dichas culturas (Barrantes, 1997); mientras que, por otro lado, en la sociedad limeña se vive en mayor medida un desarraigo a la historia cultural, viviendo en una sociedad occidental globalizada que enfrenta a los individuos con un gran número de estímulos. Por lo mismo es de notar que los sujetos de dicho mundo occidental se rigen bajo leyes más hedonistas, entendiendo las mismas como una constante búsqueda de placer que se expresa en distintas áreas, como por ejemplo el culto al cuerpo. Por lo tanto, en este sentido cobra lógica el observar que las personas nacidas en provincia mantengan mayores puntajes en

ascetismo, ya que responde a sus creencias culturales en contraposición a las del mundo occidental. Por último, hasta ahora podemos observar que las personas nacidas en provincia podrían haber emigrado buscando así una mejor calidad de vida y que al llegar a la capital se vieron enfrentadas con un mundo que da primacía al hedonismo, por lo tanto cabe notar que deben pasar por un proceso de adaptación. La adolescencia de por sí conlleva un proceso de adaptación a los cambios físicos, cognitivos y emocionales, pero los nacidos en provincia deben adaptarse también a una cultura más occidental.

Por otro lado, en la presente investigación se buscó contar con adolescentes que se encuentren intentando ingresar a la universidad a la vez que con adolescentes que ya se encuentran cursando los primeros años universitarios con el fin de determinar si existen diferencias entre los mismos para las escalas del EDI-2. Se encontraron diferencias significativas para las escalas obsesión por la delgadez, ineficacia, perfeccionismo, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad, puntuando más alto el grupo de sujetos pertenecientes al centro preuniversitario. Si bien uno pudiese pensar que dichas diferencias se expresan debido a una diferencia de edad, es importante resaltar que ambos grupos tienen edades similares, por lo que la variable edad debe quedar excluida en el análisis de estos resultados.

Recordemos que los que se encuentran en el centro preuniversitario son adolescentes que ya salieron del colegio y que están intentando ingresar a la universidad, factor que es considerado estresante y que puede verse relacionado con las diferencias encontradas. En este sentido, podría plantearse que el ya haber ingresado a la universidad y superar la experiencia de incertidumbre previa puede ser considerado un factor protector frente a las características previamente nombradas. Por ejemplo, pensemos en las escalas ineficacia y perfeccionismo, las personas que aún no han ingresado todavía dudan de su capacidad de hacerlo, por lo que enfrentan expectativas mucho mayores y aún perciben que deben responder frente a las

expectativas de los demás; por otro lado, las personas que ya ingresaron se perciben más eficaces dado que la realidad, el haber ingresado a la universidad, les confirma sus hipótesis, ya no sienten que deben ser perfectos ni satisfacer las expectativas de los demás puesto que ya lograron posiblemente su meta más cercana. Lo mencionado se relaciona directamente con los resultados en la escala ascetismo. Los grados de perfección a su vez se expresan a nivel corporal, ser perfecto también se desplaza al cuerpo y perciben que al controlar su cuerpo podrán controlar su forma de relacionarse, su inteligencia, su vida en general. Por tal motivo, es lógico pensar que dichos sujetos perciban que para ser mejores personas en algún sentido deben sufrir y controlar cada faceta de sus vidas. Más aún, notando que este desplazamiento de la perfección al cuerpo, es claro pensar que este cuerpo debe adaptarse a los estereotipos socioculturales, que como ya mencionamos, apuntan hacia la delgadez extrema; por lo tanto, es lógico y hasta esperable que las personas del centro preuniversitario puntúen a su vez más alto en obsesión por la delgadez, ya que el cuerpo perfecto los hará percibirse perfectos y capaces de controlar diversas situaciones.

Por otro lado, se encontraron diferencias en miedo a la madurez e impulsividad, obteniendo puntajes estrechamente más altos los del centro preuniversitario. Como ya mencionamos, los sujetos del centro preuniversitario están en una situación indefinida, en la cuál aún no existe una certeza acerca de su futuro cercano en relación a sus metas personales. Dicha etapa de confusión e indefinición se ve exacerbada con la propia confusión que conlleva la adolescencia, por lo que es comprensible que puntúen más alto en miedo a la madurez. Además, si recordamos, estas personas son más perfeccionistas, lo cuál también implica que les cuesta afrontar ciertos grados de incapacidad que pueden presentarse dentro del proceso de la academia preuniversitaria. Esta insatisfacción e incomprensión pueden promover a su vez mayor impulsividad, ya que hay poca tolerancia debida a la gran incertidumbre y a la falta de control sobre la misma. A su vez, un factor que comprueba las

hipótesis previamente planteadas es el que no existan diferencias significativas entre los adolescentes que ya ingresaron a la universidad según su área de estudios.

Otra variable que generó diferencias significativas se presentó en relación al grupo de personas con las que los sujetos viven o si viven solos. Como se mencionó en el capítulo de metodología, se clasificó a los sujetos en base a si viven solos, con su familia nuclear, con su familia ampliada, con su familia compuesta o con amigos. Dentro de los análisis se encontró que para dichos grupos solo variaba el grado de perfeccionismo de los sujetos, encontrándose diferencias grandes entre los sujetos que viven solos en relación a los tres tipos de familias mencionados. Antes que nada, cabe mencionar que el grupo de sujetos que vive solo mayormente está compuesto por adolescentes medios que se encuentran intentando ingresar a la universidad. A su vez, se observa que el 86.7% de los que viven solos son personas nacidas en provincias. Tomando en cuenta los datos anteriores, podemos asumir que dichos adolescentes emigraron a Lima con el fin de mejorar su estilo de vida, por lo que vinieron con el fin de estudiar en una universidad. Como ya se mencionó dichas personas son más perfeccionistas, pero aún más si recordamos que son personas que están actualmente en una situación confusa y estresante como es no saber si serán capaces de ingresar a la universidad. Si bien en este sentido queda explicada la diferencia en su perfeccionismo, no se puede dejar de lado la influencia que la configuración familiar puede estar ejerciendo. Por un lado, recordemos que determinadas dinámicas familiares pueden ser consideradas un factor de riesgo en relación a los trastornos alimentarios y a la perfección. Si nos encontramos con un grupo familiar altamente perfeccionista y con metas exorbitantemente altas, es probable que los hijos también lo sean, ya que deben responder a dichas expectativas. En este sentido podríamos plantear que dichos sujetos podrían haber salido de un grupo familiar bastante perfeccionista pero eso no explicaría la diferencia obtenida, ya que en dicho caso las personas que viven con su familia también deberían serlo. Por tal motivo, cabe plantear que la familia

puede ser considerada más que solo como un factor de riesgo, también como un factor protector en relación al perfeccionismo, ya que dentro de la familia se perciben redes de soporte y acompañamiento que pueden estar mediando las diferencias encontradas y disminuyendo el grado de perfección de los sujetos que aún viven con las mismas; mientras que los otros ahora viven solos y posiblemente sus redes de soporte familiares se encuentren aún en provincia.

Una variable que parece influir bastante en los resultados es el índice de masa corporal referido por los adolescentes. Si observamos los índices de masa corporal reportados, podemos notar que básicamente la mayoría de la muestra se encuentra en el rango normal siguiendo los criterios de la OMS. Por otro lado, observamos que un porcentaje se encuentra en bajo peso, siendo el doble el caso de las mujeres que el de los hombres. Por otro lado, observamos que a medida que se entra de sobrepeso a obesidad, el porcentaje de hombres aumenta y el de mujeres disminuye. Podemos definir entonces que en la muestra, las mujeres tienden a encontrarse en bajo peso o en rango normal, mientras que los hombres se sitúan mayormente en el rango normal o sobre dicho rango. Es importante notar que si bien este IMC reportado es un buen indicador del peso y la talla de los sujetos, en realidad hay muchas otras variables que constituyen realmente el IMC que podrían explicar dichas diferencias. Por un lado, el IMC según la fórmula de Quetelet que hemos utilizado no toma en cuenta la masa muscular de los sujetos. Es decir, una persona con mucha masa muscular podría estar situando en el grupo de sujetos con sobrepeso, cuando en realidad lo que lo dispone en dicho grupo es el músculo, no su grasa corporal. Tomando en cuenta esta diferenciación podríamos explicar la diferencia encontrada entre hombres y mujeres, ya que siguiendo los modelos corporales establecidos socioculturalmente, es de esperarse que los hombres tengan más masa muscular que las mujeres, lo cuál los sitúa posiblemente erróneamente en sobrepeso.

De todos modos, se realizaron ciertas comparaciones tomando en cuenta el IMC reportado. Dentro de dichas comparaciones, se encontraron diferencias significativas para las escalas obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e impulsividad. En relación a la obsesión por la delgadez, se encontró que los sujetos que se encontraban en la categoría bajo peso, puntuaron medianamente más bajo que los que se encuentran en un rango normal o en sobrepeso; a su vez, las personas en un rango normal puntúan un poco más bajo que las personas en sobrepeso pero mucho más bajo que las personas con obesidad grado 1. Si seguimos la línea de los resultados anteriores, podemos observar que a mayor índice de masa corporal mayor obsesión por la delgadez. Esto nos propone que las personas con un IMC reportado superior sienten mayor obsesión por la delgadez, resultados que pueden verse explicados como una mayor diferencia con la figura del cuerpo socialmente aceptada y definida. Esto podría deberse a que si bien se habla de los trastornos alimentarios en nuestro medio, es mayor el prejuicio y la censura contra el sobrepeso y la obesidad, por lo mismo, es comprensible que los adolescentes teman más el ser obeso y que sufran más que aquellos que tienen bajo peso, poniendo a estos últimos en riesgo ya que no se perciben en riesgo. Si bien esto no contradice la noción de que personas con un menor IMC reportado señalan cierto grado de obsesión por la delgadez, al parecer dicha variable parece afectar más a las personas que se alejan de los cánones corporales definidos culturalmente. Tal vez sería importante realizar en posteriores investigaciones una comparación a su vez con muestra clínica, ya que es probable que los resultados en obsesión por la delgadez se presenten en forma de campana, aumentando en ambos extremos, tanto como anorexia/bulimia y obesidad.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en relación a la insatisfacción corporal, encontrándose que las personas con sobrepeso se sienten más insatisfechas que las personas en un rango bajo o normal de peso. Casillas, Montaña, Reyes, Bacardí y Jiménez (2006) proponen que, en base a una investigación que realizaron, a mayor índice de masa

corporal aumenta la insatisfacción corporal, resultados que se comprueban en la presente investigación. Aunque la evidencia empírica sugiere que el peso corporal esta determinado por una compleja interacción de factores biológicos y ambientales, existe información que sugiere que un gran porcentaje de la población piensa que la falta de voluntad y control individual es la causa principal del exceso de grasa corporal (Puhl y Brownell, 2003). En base a esto, los estigmas con respecto al sobrepeso y a la grasa corporal atacan a dichas personas, no se presentan en relación a la delgadez, por lo tanto es esperar que personas con un mayor IMC se sientan más insatisfechas. Nuevamente, al igual que en relación a la obsesión por la delgadez, si bien la insatisfacción corporal disminuye con un menor IMC, en el caso de los trastornos alimentarios la misma vuelve a aumentar, por lo que sería recomendable realizar posteriores investigaciones en las cuáles se cuente con población clínica. Por otro lado, se encontró que las personas con sobrepeso se encuentran más insatisfechas con sus cuerpos que las personas con obesidad grado 1 (6 personas). Si bien esto contradice los planteamientos anteriores, podemos proponer que en algunos casos, las personas no quieren o no pueden ver la realidad sobre lo que les sucede, en este caso, su obesidad ya que la misma puede ser considerada como muy amenazante. Notemos que la obesidad es una enfermedad y no simplemente un poco de sobrepeso, por lo que al ser ya una enfermedad la persona no se enfrenta únicamente a los cánones sociales, sino que a su vez se enfrenta con una situación que genera un riesgo para su vida.

En relación a la impulsividad, se encontró que las personas que se encuentran con un peso debajo del normal son menos impulsivas que las personas con un rango normal de peso o con sobrepeso. Como se propuso anteriormente, la impulsividad es un factor de riesgo para los trastornos alimentarios y más fuertemente relacionada con la bulimia, binge-eating y obesidad. Recordemos que en dichos trastornos el peso se mantiene o aumenta, pero no llega a ser considerado bajo. Por otro lado, en el peso bajo, si bien se asocia con la impulsividad, se

presenta en distintas conductas como puede ser la hostilidad, abuso de drogas purgativas, etc. pero en un menor grado, ya que dichas personas tienden a mantener mucho control con respecto a su alimentación. Por lo tanto, se podría plantear que la impulsividad aumenta en relación a un aumento del IMC, sin tomar en cuenta los casos extremos de anorexia, en los cuáles también se presentan altos niveles de impulsividad.

Por último, a nivel de integración, se realizaron comparaciones a nivel de los tres factores que evalúa el instrumento, siendo el personal, el social y el corporal. Como se propuso anteriormente, se encontró que en los adolescentes medios los hombres obtuvieron mayores puntajes en relación al factor social. Si bien es una diferencia estadísticamente pequeña, esto puede deberse a que las mujeres tienen una mejor expresión emocional y mantienen vínculos más constantes y contenedores.

Por otro lado, se encontró que en la adolescencia tardía, las mujeres puntúan significativamente más alto en el factor corporal. Es importante resaltar que en la adolescencia media no existen diferencias significativas en relación a lo corporal, pero que la problemática disminuye en los hombres según van creciendo mientras que en las mujeres se mantiene. Notemos que en la adolescencia tardía no se presentan diferencias significativas en relación a la insatisfacción corporal, por lo que más bien es obsesión por la delgadez la que define la diferencia entre hombres y mujeres. Esto nos lleva a proponer que más que una diferencia significativa en relación a obsesión por la delgadez, lo que existe es una diferencia de paradigmas que no está siendo tomada en cuenta. Si bien es correcto que el canon de belleza femenino apunta a la delgadez, no tiene la misma presentación en el caso de los hombres. Como ya se mencionó, el estereotipo masculino se asocia más a una figura musculosa con un bajo porcentaje de grasa corporal, perfil que no va de acuerdo con la llamada obsesión por la delgadez. Por lo tanto, planteamos que en realidad tanto hombres

como mujeres presentan una obsesión con respecto a la cantidad de grasa corporal, solo que en el caso de las mujeres se presenta a través de la delgadez mientras que en los hombres también puede tener otras presentaciones.

Como se ha podido observar a lo largo del presente capítulo, existen amplias e importantes diferencias al evaluar a los Trastornos Alimentarios, diferencias que se guían por la edad, por el género, por el nivel de estudios alcanzados, etc. Definitivamente queda avalada la confiabilidad y la validez del instrumento así como su capacidad de diferencias determinadas características, aunque de todas formas sería recomendable revisar la redacción y el funcionamiento de los ítems con correlación ítem-test bajas o negativa en posteriores investigaciones. A su vez, sería recomendable e importante realizar un proceso similar en población clínica y en riesgo con el fin de poder evaluar la característica deslindante del EDI-2, diferenciando así de sujetos clínicos de no clínicos. Por otro lado, con dichos resultados podría evaluarse el funcionamiento real de la escala Ascetismo y poder definir su pertinencia, ya que queda propuesto que dicha escala cobra importancia al utilizarse para diferenciar sujetos sanos de clínicos.

Por último, es importante notar la necesidad de contar con un instrumento psicológico válido y confiable ya que cobra importancia a su vez en el campo investigativo, posibilitando así el seguir aumentando el conocimiento con el cual contamos. Por lo mismo, sería recomendable seguir apoyándonos en nuestro instrumento, seguir evaluando las características de los trastornos alimentarios a su vez en relación a otras variables tales como depresión, autoestima, personalidad, etc., con el fin de ampliar nuestro conocimiento de dichas patologías.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desprenden de los resultados hallados en la presente investigación son los siguientes:

1. El Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) adaptado es un instrumento válido y confiable para ser aplicado en un grupo de estudiantes entre los 16 y 20 años de edad de una academia preuniversitaria o una universidad privada de Lima.
2. Emergen de manera clara tres factores que subyacen las once escalas del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) y estos son el personal, el social y el corporal; siendo estos hallazgos coherentes con los planteados teórica y empíricamente por los autores de la adaptación española.
3. La confiabilidad a nivel factor es bastante alta; así, los índices de confiabilidad para el factor personal, social y corporal son respectivamente 0.86, 0.85 y 0.81. Por otro lado, los coeficientes alfa de Cronbach para las escalas del inventario oscilan entre 0.31 y 0.81.
4. La escala con mayor promedio del inventario es Perfeccionismo, mientras que la que tiene el menor promedio es Bulimia.
5. Las mujeres presentan mayor obsesión por la delgadez que los hombres, por lo que tienen un mayor impulso por estar más delgadas o un mayor temor a

- la gordura. Por otro lado, los hombres presentan mayor impulsividad que las mujeres, por lo que tienen mayor dificultad para regular sus impulsos.
6. Los estudiantes del centro preuniversitario presentan mayor obsesión por la delgadez, sentimientos de ineficacia, perfeccionismo, ascetismo, miedo a la madurez e impulsividad. Por otro lado, no hay diferencias entre los estudiantes universitarios de letras con los de ciencias.
 7. Los adolescentes de provincia son más perfeccionistas, ascetas e impulsivos.
 8. Los adolescentes medios en relación a los adolescentes tardíos sin diferenciar por género, son más perfeccionistas, ascetas, impulsivos, tienen mayor miedo a la madurez y mayores puntajes en conciencia introceptiva, lo que los sitúa en un estado de mayor confusión para reconocer y responder adecuadamente a ciertos estados emocionales o físicos.
 9. No hay diferencias entre las mujeres adolescentes medias y tardías. Por otro lado, entre los hombres adolescentes medios y tardíos, los primeros tienen mayor desconfianza interpersonal, peor conciencia introceptiva, son más impulsivos y sienten mayor inseguridad social.
 10. Los adolescentes que viven solos en relación a los que viven con algún tipo de familia (nuclear, ampliada y compuesta) son más perfeccionistas.
 11. De manera global se puede plantear que los sujetos con un menor índice de masa corporal reportado presentan menos obsesión por la delgadez, tienen menor insatisfacción corporal y son menos impulsivos que sujetos con un índice de masa promedio o mayor.

12. Debido a las diferencias entre los géneros y determinados grupos de edad, se proporcionaron diferentes baremos para poder identificar adecuadamente a los sujetos en próximas aplicaciones.



REFERENCIAS

- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. (11va Ed.). México: Prentice Hall.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a Ed.). Washington DC.
- Arrufat, A.; Guardia, J.; Freixa, M. (1999). *Introducción a la estadística en psicología*. España: Ediciones de la universitat de Barcelona.
- Beaumont, P. (1993). Treatment of anorexia nerviosa. *Lancet* 341, 1635-1640.
- Brewerton, Timothy. (2004). *Clinical handbook of eating disorders. An integrated approach*. United States of America: Marcel Dekker
- Carcamo A, Sciaraffia M, Rider S. (2003). Adaptación del Test EDI 2, para la evaluación de trastornos alimentarios en la población chilena". En: Loreto, M.; Zubarew, T; Silva, P.; Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de pediatría*, 77 (2), 153-160.
- Carter, J.; McFarlane, T.; Olmsted, M. (2004). Psychometric Assessment of Eating Disorders. En: *Clinical Handbook of eating disorders*. United States of America: Marcel Dekker
- Casillas, M., Montaña, N., Reyes, V., Bacardí, M., Jiménez, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista biomédica*, 17(4), 243-249.

- Castle, D., Phillips, K. (2002). *Disorders of body image*. Gran Bretaña: Biddles Ltd, Guilford.
- Casullo, M., Páez, D. (2000). *Cultura y alexitimia: ¿cómo expresamos lo que sentimos?* Buenos Aires: Editorial Paidós
- Cervera, Monserrat. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Ediciones Pirámide
- Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Everenz, K.; Gleavez, D. (1994). An examination of the Internal Consistency and Factor Structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a Clinical Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4), 371-379.
- Fernández, M. Calado, M. Rodríguez, Y. Fernández, P. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 23-33.
- Fessler, D. (2002). Pseudoparadoxical Impulsivity in restrictive anorexia nervosa: A consequence of the logic scarcity. *International Journal of Eating Disorders*. 31(4): 376-88
- Furnham, A., Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European eating disorders review*. 6 (1), 58-72

- García, E.; Vázquez, V.; López, J.; Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Revista Salud Pública de México*, 45, 206-210.
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Tea Ediciones
- González, María (1998). *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Guadagnoli, E.; Verlicer, W. (1988). Relation of simple size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*. 103 (2), 265-275.
- Guimón, José. (1999). *Los lugares del cuerpo. Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Tesis de licenciatura no publicada., Pontificia Universidad católica del Perú, Lima, Perú.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas: una introducción práctica*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Hospers, H., Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24, 1188-1201.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental*, 18.

- Iñarritu, M.; Cruz, V.; Morán, I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*.5 (2).
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica (3ra ed)*. México: Pearson Education
- Kirszman, D., Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED. San José.
- Langley, J. (2006). *Boys get anorexia too. Doping with male eating disorders in family*. Gran Bretaña: The Cromwell Press Ltd.
- Martínez, R.; Hernández, J.; Hernández, V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Monroy, C.; Fentanes, B.; Irigoyen, A. (2004). Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. *Boletín de atención familiar UNAM*.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Nevenon, L.; Clinton, D.; Norring, C. (2006). Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: eating disorder patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 44-50.

- Niv, N.; Kaplan, Z.; Mitrani, E.; Shiang, J. (1998). Validity Study of the EDI-2 in Israeli population. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 35 (4), 287-292.
- Olivardia, R., Pope, H., Phillips, A. (2000). *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession*. New Cork: The free press
- Papalia, D., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. Novena edición. México: Mc. Graw Hill Interoamericana.
- Perpiña, C. (1994). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín y Ramos. *Manual de psicopatología*. Vol 1. (pp. 531-555). Madrid: McGraw-Hill
- Phelps, L. Wilczenski, F. (1993). Eating disorders inventory – 2: Cognitive-behavioral dimensions with nonclinical adolescents. *Journal of clinical psychology*, 49 (4), 508-515.
- Puhl R, Brownell K. *Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerfull and pervasive bias*. International Association for the Study of Obesity, Obes Rev 2003; 4:213-27.
- Ryu, H.; Lyle, R.; Galler-Unti, R.; Black, D. (1999). Cross-cultural assessment of Eating Disorders: Psychometric characteristics of a Korean version of Eating Disorders Inventory – 2 and the Bulimia Test-Revised. *Journal of Eating Disorders*, 7, 109-122.
- Sansone, R.; Levitt, J. (2006). *Personality disorders and Eating disorders*. New York: Taylor & Francis.

- Schoemaker, C.; Strien, T.; Staak, C. (1993). Validation of the Eating Disorders Inventory in a Nonclinical Population using transformed and untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15 (4), 387-393.
- Strien, T.; Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populatios. *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (1), 66-84
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Editorial Ariel S.A.
- Trujillo, M.; Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de la inteligencia emocional. *Innovar, revista de ciencias administrativas y sociales de la Universidad Nacional de Colombia*, pg. 9-24.
- Wicks, L.; Siegert, R.; Walkey, F. (2004). A confirmation of the Eight-Factor structure of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical sample, with Netherlands Norms. *New Zealand Journal of Psychology*, 33 (1), 3-7.
- Woodside, D.; Garner, D.; Rockert, W.; Garfinkel, P. (1990). Eating disorders in males: Insights from a clinical and psychometric comparison with female patients. En: Andersen A. (Ed). *Males with eating disorders* (pp. 476-502). New York: Brunner/Mazel.



TABLA DE CONTENIDO DE LOS ANEXOS

ANEXO A: Criterios diagnósticos de los diferentes Trastornos Alimentarios

ANEXO B: Consentimiento informado

ANEXO C: Ficha sociodemográfica

ANEXO D: Inventario EDI-2

ANEXO E: Calificación y corrección del EDI-2

ANEXO F: Resultados de los jueces para la validez de contenido

ANEXO G: Composición factorial obtenida en la adaptación española

ANEXO H: Composición factorial completa obtenida en la presente investigación

ANEXO I: Distribución de los percentiles para mujeres

ANEXO J: Distribución de los percentiles para hombres adolescentes medios y tardíos

ANEXO A

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS

ALIMENTARIOS SEGÚN EL DSM-IV-TR

Anorexia nerviosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. (p. ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. Con la administración de estrógenos.)

Subtipos:

- a) Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- b) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Bulimia nerviosa

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

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

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

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

Subtipos:

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

Binge Eating

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un periodo de dos horas) en cantidad definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo.)
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
 - (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - (4) comer a solas para esconder su voracidad
 - (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.
- E. El atracón no se asocia con estrategias de compensación inadecuadas (p. ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. Está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre Aspectos Psicológicos y Físicos de la Salud. Este estudio es realizado por los estudiantes de psicología Diego Guerrero Canale, Talía Herrera Tapia y Lorena Rodríguez Cuadros y forma parte de una investigación que busca obtener una aproximación psicológica a temas de salud en estudiantes adolescentes mujeres universitarias.

Usted fue seleccionado(a) para participar en esta investigación al ser un(a) adolescente entre 16 y 20 años de edad.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y cuatro pruebas psicológicas relacionadas con los temas arriba mencionados. Su ayuda nos permitirá conocer más acerca de las variables mencionadas en esta población. En ese sentido, su participación es muy valiosa ya que contribuye a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

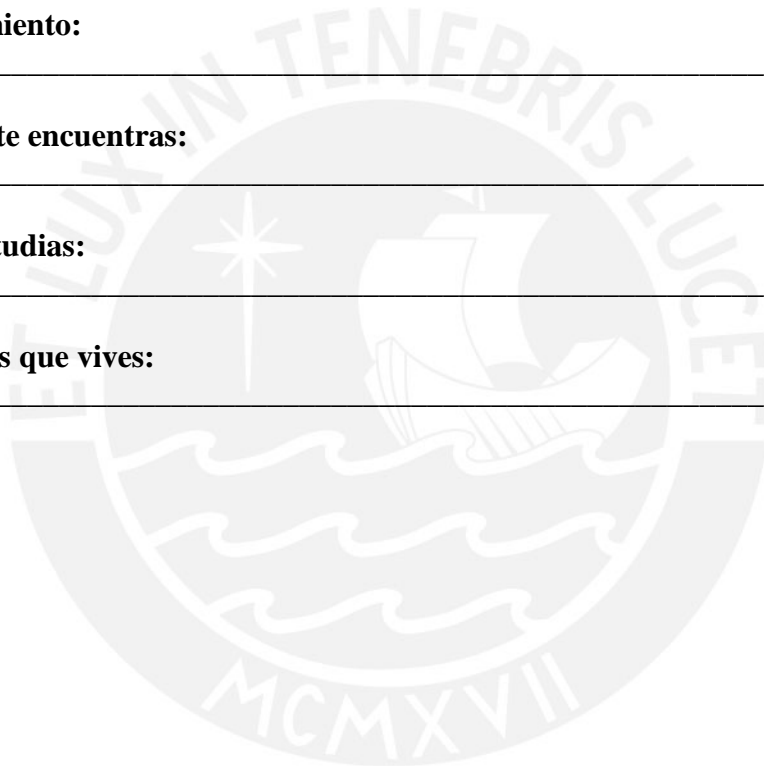
- **Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse a los correos a20020917@pucp.edu.pe, a20024069@pucp.edu.pe y a20013298@pucp.edu.pe.

ANEXO C

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, llena todos tus datos en esta ficha. En caso no cuentes con los datos exactos, llena el espacio con valores aproximados. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco. Muchas gracias.

Edad: _____**Sexo:** _____**Peso:** _____**Talla:** _____**Lugar de nacimiento:**
_____**Ciclo en el que te encuentras:**
_____**Carrera que estudias:**
_____**Personas con las que vives:**
_____

ANEXO D

EDI-2

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas, de las cuáles deberás elegir una, la que mejor te describa. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	= 0
Pocas veces	= 1
A veces	= 2
A menudo	= 3
Casi siempre	= 4
Siempre	= 5

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre y no dejes ni una en blanco. Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia.

Contesta a todas las frases con sinceridad

- 1) Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 2) Creo que mi estómago es demasiado grande.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 3) Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 4) Suelo comer cuando estoy disgustado.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 5) Suelo hartarme de comida.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 6) Me gustaría ser mas joven.

(0) Nunca	(1) Pocas veces	(2) A veces
(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
- 7) Pienso en ponerme en dieta.

- (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 8) Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 9) Pienso que mis muslos son demasiados gruesos.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 10) Me considero una persona poca eficaz.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 11) Me siento muy culpable cuando como en exceso.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 12) Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 13) En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 14) La infancia es la época más feliz de la vida.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 15) Soy capaz de expresar mis sentimientos.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 16) Me aterroriza la idea de engordar.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 17) Confío en los demás.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 18) Me siento solo en el mundo.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 19) Me siento satisfecho con mi figura.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 20) Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.

- | | | | |
|-----|--|------------------|-------------|
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 21) | Suelo estar confuso sobre mis emociones. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 22) | Preferiría ser adulto a ser niño. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 23) | Me resulta fácil comunicarme con los demás. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 24) | Me gustaría ser otra persona. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 25) | Exagero o doy demasiada importancia al peso. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 26) | Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 27) | Me siento incapaz. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 28) | He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 29) | Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 30) | Tengo amigos íntimos. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 31) | Me gusta la forma de mi trasero. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
| 32) | Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada. | | |
| | (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| | (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

- 33) No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 34) Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 35) Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 36) Me fastidia no ser el mejor en todo.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 37) Me siento seguro de mí mismo.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 38) Suelo pensar en darme un atracón.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 39) Me alegra haber dejado de ser un niño.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 40) No sé muy bien cuando tengo hambre o no.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 41) Tengo mala opinión de mí.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 42) Creo que puedo conseguir mis objetivos.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 43) Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 44) Temo no poder controlar mis sentimientos.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 45) Creo que mis caderas son demasiado anchas.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

- (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 46) Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 47) Me siento hinchado después de una comida normal.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 48) Creo que las personas son más felices cuando son niños.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 49) Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 50) Me considero una persona valiosa.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 51) Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 52) Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 53) Pienso en vomitar para perder peso
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 54) Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 55) Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 56) Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 57) Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 58) Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 59) Creo que mi trasero es demasiado grande.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 60) Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 61) Como o bebo a escondidas.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 62) Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 63) Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 64) Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 65) La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 66) Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 67) La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 68) Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 69) Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 70) Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

- 71) Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 72) Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 73) Soy comunicativo con la mayor parte de la gente.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 74) Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 75) La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 76) La gente comprende mis verdaderos problemas.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 77) Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 78) Comer por placer es signo de debilidad moral.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 79) Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 80) Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 81) Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 82) Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
 (0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces
 (3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre
- 83) Los demás dicen que me irrito con facilidad.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 84) Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 85) Tengo cambios de humor bruscos.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 86) Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 87) Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 88) El sufrimiento te convierte en una persona mejor
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 89) Sé que la gente me aprecia.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 90) Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |
- 91) Creo que realmente sé quién soy.
- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

ANEXO E

CORRECCIÓN Y CALIFICACIÓN DEL EDI-2

Escalas:

1. Obsesión por la delgadez

- Ítems directos: 7, 11, 16, 25,32 y 49
- Ítems inversos: 1

2. Bulimia

- Ítems directos: 4, 5, 28, 38, 46, 53 y 61

3. Insatisfacción corporal

- Ítems directos: 2, 9, 45 y 59
- Ítems inversos: 12, 19, 31, 55 y 62

4. Ineficacia

- Ítems directos: 10, 18, 24, 27, 37, 41 y 56
- Ítems inversos: 20, 42 y 50

5. Perfeccionismo

- Ítems directos: 13, 29, 36, 43, 52 y 63

6. Desconfianza interpersonal

- Ítems directos: 34 y 54
- Ítems inversos: 15, 17, 23, 30 y 57

7. Conciencia introceptiva

- Ítems directos: 8, 21, 33, 40, 44, 47, 51, 60 y 64
- Ítems inversos: 26

8. Miedo a la madurez

- Ítems directos: 3, 6, 14, 35 y 48
- Ítems inversos: 22, 39 y 48

9. Ascetismo

- Ítems directos: 66, 68, 75, 78, 82, 86 y 88
- Ítems inversos: 71

10. Impulsividad

- Ítems directos: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 y 90

11. Inseguridad social

- Ítems directos: 84 y 87
- Ítems inversos: 69, 73, 76, 80, 89 y 91

Formas de corrección

Directos		Inversos	
Siempre : 3	A veces : 0	Nunca : 3	A menudo : 0
Casi siempre: 2	Pocas veces : 0	Pocas veces : 2	Casi siempre: 0
A menudo : 1	Nunca : 0	A veces :1	Siempre : 0

ANEXO F

TABLA DE JUECES

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	% de acuerdo
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
12	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
14	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.90
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
26	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
31	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
34	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
41	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00

47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	% de acuerdo	
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
55	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
57	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
59	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
62	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
64	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.80
65	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0.80
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
71	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.90
72	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.90
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
74	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.80
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
77	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.80
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
82	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0.90
83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
84	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0.60
85	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
86	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90
87	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
91	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0.60

ANEXO G

**COMPOSICIÓN FACTORIAL OBTENIDA EN LA ADAPTACIÓN
ESPAÑOLA**

	Componente					
	1		2		3	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Bulimia	0.62	0.63				
Perfeccionismo	0.69	0.75				
Conciencia introceptiva	0.49	0.62	0.30			
Miedo a la madurez	0.41	0.32		0.29		-0.26
Ascetismo	0.56	0.54				0.30
Impulsividad	0.66	0.59		0.27		
Ineficacia			0.67	0.60	0.26	0.33
Desconfianza interpersonal			0.82	0.84		
Inseguridad Social			0.83	0.83		
Obsesión por la delgadez					0.89	0.81
Insatisfacción corporal					0.82	0.87

ANEXO H

COMPOSICIÓN FACTORIAL COMPLETA OBTENIDA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Matriz de estructura para la muestra general

	Componente		
	1	2	3
Obsesión por la delgadez	.279	-.027	-.782
Bulimia	.400	-.165	-.700
Insatisfacción corporal	.077	-.380	-.736
Ineficacia	.275	-.717	-.523
Perfeccionismo	.791	-.005	-.098
Desconfianza interpersonal	.308	-.796	.006
Conciencia introceptiva	.654	-.397	-.580
Miedo a la madurez	.548	-.367	-.284
Ascetismo	.656	-.260	-.271
Impulsividad	.731	-.429	-.284
Inseguridad Social	.260	-.900	-.290

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Metodo de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

Matriz de estructura(a) para mujeres

	Componente		
	1	2	3
Obsesión por la delgadez	.260	.790	-.089
Bulimia	.395	.695	-.159
Insatisfacción corporal	.163	.817	-.287
Ineficacia	.364	.518	-.754
Perfeccionismo	.804	.116	-.099
Desconfianza interpersonal	.335	-.056	-.809
Conciencia introceptiva	.684	.576	-.444
Miedo a la madurez	.640	.276	-.375
Ascetismo	.653	.346	-.250
Impulsividad	.765	.255	-.544
Inseguridad Social	.285	.289	-.919

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Metodo de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

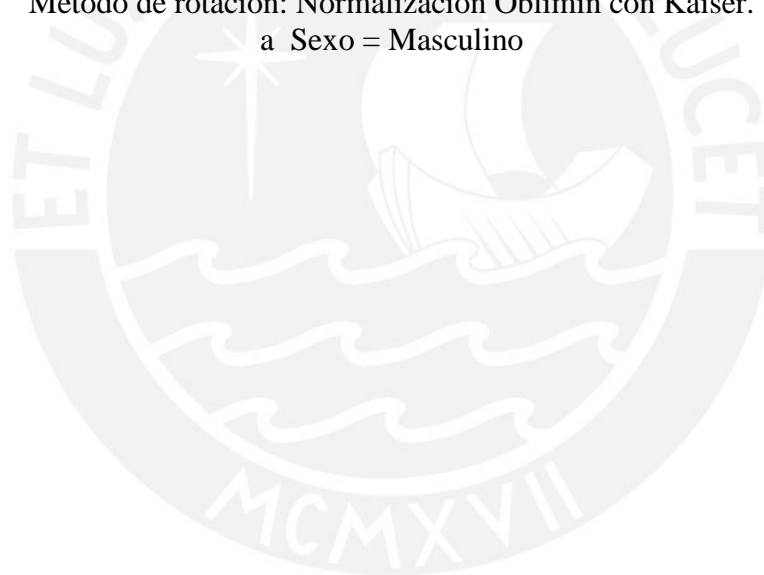
Matriz de estructura(a) para hombres

	Componente		
	1	2	3
Obsesión por la delgadez	.268	-.129	-.803
Bulimia	.298	-.273	-.810
Insatisfacción corporal	-.026	-.616	-.382
Ineficacia	.154	-.713	-.412
Perfeccionismo	.775	.076	-.149
Desconfianza interpersonal	.344	-.731	.046
Conciencia introceptiva	.598	-.434	-.554
Miedo a la madurez	.494	-.403	-.154
Ascetismo	.670	-.261	-.218
Impulsividad	.645	-.333	-.406
Inseguridad Social	.276	-.871	-.137

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

a Sexo = Masculino



ANEXO I

DISTRIBUCIÓN DE PERCENTILES PARA MUJERES

	Obsesión por la delgadez	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	Conciencia introceptiva	Miedo a la madurez	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social	
PD												PD
30+												30+
29												29
28												28
27			100									27
26				100								26
25												25
24								100			100	24
23			99					99		100		23
22								99				22
21							100	98				21
20	100		99	99			99			99		20
19		100					98	97				19
18	99		97		100		97	96		99	99	18
17	97		97	99	99	100	96	96				17
16	96		95		98	99	96	94		98		16
15	95		91		97	99	94	93				15
14	94		90		93		93	90	100	96	99	14
13	92		88	98	89		92	90		94	98	13
12	88	99	86	98	86	98	90	85	99	91	97	12
11	86		85	97	81	98	87	82	97	89	97	11
10	84		82	97	76	96	83	78	96	85	96	10
9	82	99	78	95	68	94	81	72	94	83	93	9
8	78	98	76	93	63	91	79	61	92	81	90	8
7	73	98	70	90	55	85	75	53	87	78	85	7
6	70	97	68	87	45	79	71	44	82	73	81	6
5	66	95	60	83	36	74	66	31	75	64	74	5
4	60	91	53	79	29	63	59	24	65	61	65	4
3	56	87	40	72	23	54	50	17	51	54	55	3
2	47	83	30	63	14	42	42	10	34	45	45	2
1	39	64	21	51	6	28	30	4	16	35	29	1
0	26	54	15	36	3	18	17	1	4	23	21	0

ANEXO J

DISTRIBUCIÓN DE PERCENTILES PARA HOMBRES

	Obsesión por la delgadez		Bulimia		Insatisfacción corporal		Ineficacia		Perfeccionismo		Desconfianza interpersonal		Conciencia introceptiva		Miedo a la madurez		Ascetismo		Impulsividad		Inseguridad social			
	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	AM	AT	PD	
30+																							30+	
29																								29
28																								28
27																								27
26																								26
25																				100				25
24																								24
23																						100		23
22															100									22
21																					100			21
20					100										100	99								20
19													100											19
18		100							100	100				99									100	18
17					99			100				100		99							99			17
16	100				98		100		98					97	96					98	98			16
15					97	100			95	98		100		92	94		100		94		99			15
14	98				96				94	96	99	99	98	87					93	97	98	99		14
13	97	99			94	99	99	99	86	94	98	98	95	100	85	92	100		91	96	97			13
12			100		93	98			83	91	97	97	93	82	89	99	99		89		95			12
11	96	98			90	96	98		78	85	96	93	92	99	79	80		98	85	94	94	98		11
10	95		99		87	89		97	69	78	93	90	85		74	75	97	97	93	91	96	10		10
9	93	97		100	82	83	94	94	63	76	90	89		97	68	71	94	93	79	89	90	94		9
8	92				76	78	93		52	74	86	84	81	90	62	69	91	90	74	85	85	92		8
7	91	94	98	99	68	67	93	92	45	62	77	82	79	88	52	64	84	89	67	78	79	87		7
6	87	91	97	98	63	63	91	91	42	51	68	76	75	82	44	58	76	83	59	71	67	82		6
5	85	89	96	93	49	55	86	85	36	35	62	71	70	79	35	46	67	75	55	63	63	75		5
4	79	83	92	88	42	47	81	81	21	26	52	62	64	72	25	37	57	64	48	60	52	72		4
3	74	82	84	81	34	40	71	75	16	22	39	54	52	69	16	22	45	53	39	51	47	61		3
2	64	72	72	76	25	30	61	67	7	17	29	47	39	55	7	10	30	31	26	43	36	53		2
1	48	52	57	66	20	25	47	53	3	10	21	37	30	44	5	8	13	19	18	25	20	33		1
0	32	34	47	55	12	17	27	37	1	3	14	24	15	22	1	2	6	10	14	16	9	17		0

AM = Adolescencia media

AT = Adolescencia tardía

