



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTRÉS Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS
EN ADOLESCENTES DE LIMA**

MARILÚ FRANCO LÓPEZ

ASESORA:
SILVANA ROMERO

LIMA-PERÚ
2013

Agradecimientos

A mis padres, porque juntos me han acompañado y apoyado durante todo este proceso, por su cariño y paciencia. Gracias por preocuparse por mis logros y por nunca dudar en que íbamos a lograrlo.

A Silvana, por su apoyo constante, dedicación y paciencia. Mil gracias por todo, por la enseñanza, por sus importantes aportes, orientación y por su amistad.

A mis hermanos, por demostrarme que siempre es posible sonreír y disfrutar a pesar del estrés.

A Cecilia Chau, por interesarse en mi tesis y apoyarme en el inicio.

A Diego, por acompañarme siempre, por sus palabras de aliento, por su gran cariño y confianza.

A mis amigos, especialmente a María Alejandra, por su importante apoyo, a Luciana, Vania, Mónica, Zaira y Miluska, con quienes he compartido angustias y celebrado éxitos, son unas personas geniales.

Finalmente, a los directores, profesores y alumnos de las instituciones educativas que me abrieron las puertas con amabilidad y gran disposición.

Resumen

Estrés y Sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de Lima

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés y la sintomatología de los trastornos alimenticios (TA) en adolescentes mujeres y hombres que tienen entre 14 y 18 años de edad. Para dicho fin, se contó con una muestra de 208 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de colegios privados de Lima, a quienes se les aplicó el Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, Olmsted y Polivy, 1991) y el Cuestionario de Problemas PQ (Seiffge-Krenke, 1995). Se encontró que la insatisfacción corporal, los comportamientos bulímicos y la obsesión por la delgadez se relaciona con un mayor grado de estrés a partir de problemas con el futuro y problemas con sus pares en las mujeres; y en los hombres, con un mayor grado de estrés relacionado con los problemas del sí mismo. Además, se encontraron diferencias en el estrés y la sintomatología de TA según el sexo e índice de masa corporal. Se evidencia que son las mujeres las que presentan mayor sintomatología relacionada a los TA y mayores niveles de estrés. Adicionalmente, se obtiene que los adolescentes con IMC sobrepeso están más insatisfechos con su cuerpo; y los que presentan IMC normal perciben como estresores las situaciones problemáticas en el ámbito interpersonal.

Palabras clave: *Trastornos alimenticios, Estrés, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Adolescentes.*

Abstract

The aim of this study was to determine the relationship between stress and symptoms of eating disorders (TA) in adolescent, boys and girls, who are between 14 and 18 years old. For this purpose, the sample was composed by 208 students in fourth and fifth grade of high school. The Eating Disorder Inventory EDI-2 (Garner, Olmsted y Polivy, 1991) was used, as well as the Problems Questionnaire PQ (Seiffge-Krenke, 1995). We found that body dissatisfaction, bulimic behavior and obsession with thinness correlate to greater stress related to future problems and peer problems in girls, whilst in boys, body dissatisfaction, bulimic behavior and obsession with thinness increases with problems related to oneself. In addition, gender and body mass index generated differences in stress and eating disorder symptoms. Women present greater ED symptoms and stress levels. Additionally, adolescents who are overweight, are more dissatisfied with their bodies, and those with normal-weight perceive more stress related to interpersonal problems.

Keywords: *Eating disorders, Stress, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adolescents.*

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 1 |
| Método..... | 10 |
| Participantes..... | 10 |
| Medición..... | 10 |
| Procedimiento..... | 12 |
| Resultados..... | 13 |
| Discusión..... | 16 |
| Referencias..... | 30 |
| Anexos..... | 39 |
| A. Ficha de datos | 40 |
| B. Consentimiento para padres..... | 41 |
| C. Asentimientos para los adolescentes..... | 42 |
| D. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test..... | 43 |
| Corregidas del EDI-2 | |
| E. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test..... | 44 |
| Corregidas del PQ | |
| F. Pruebas de Normalidad..... | 46 |

Introducción

La adolescencia es una etapa de transición caracterizada por cambios notables en la vida de los individuos, no solamente a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social (Berger, 2004; Castillo, 2007; Fernández, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003; Papalia, Wendlocks y Duskin, 2001; Santrock, 2006). En la adolescencia se replantea el concepto personal y social a través de un proceso de exploración, diferenciación del contexto familiar y búsqueda de pertenencia (Carrasco, Gómez, Staforelli y Portales, 2009; Estévez, Jiménez, Musitu, 2007).

Algunos autores la consideran un periodo crítico, ya que implica atender a los cambios que aparecen en uno mismo, lo cual genera una serie de emociones intensas asociadas al sí mismo y a las formas de relacionarse con los otros. Sin embargo, la adolescencia no representa una crisis de tipo patológico, ni una enfermedad, sino una crisis de crecimiento, pues implica una adaptación a una nueva edad y juega un papel importante en el proceso de transición a la etapa adulta (Castillo 2005). No obstante, dado que la sociedad exige a los adolescentes competencias y habilidades cada vez mayores, estos se enfrentan a una variedad de exigencias, presiones y preocupaciones, que de no ser adecuadamente afrontadas pueden ocasionar desbalances en su salud y bienestar (Castillo, 2007). Por tanto, resulta esperable la presencia de dificultades y desequilibrios.

Entre las principales preocupaciones y tareas de la adolescencia, Martínez y Morote (2001), Seiffge-Krenke (2006) y Seiffge-Krenke, et al. (2010) encontraron que las más frecuentes se relacionan con el colegio, las interacciones interpersonales, la elección de un futuro vocacional, la incertidumbre frente al futuro, los problemas a nivel familiar, las dificultades en las relaciones amorosas y, en relación a uno mismo, al autoconocimiento e identidad. Particularmente en nuestro medio, diversos estudios indican que la preocupación principal de los adolescentes es el futuro laboral o vocacional, siendo la incertidumbre frente al futuro el estresor expresado con mayor frecuencia (Calderón, 2001; Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003; Martínez y Morote, 2001; Montenegro, 2001). Asimismo, Castro de la Mata y Rojas (1998) reportan que las situaciones más difíciles para los jóvenes peruanos entre 15 y 24 años se relacionan con problemas familiares (30,7%), problemas económicos (26,9%), problemas amorosos (19,9%) y problemas académicos (11,5%). A su

vez, Díaz Morales y Martínez (2004) hallaron que las metas principales de los adolescentes peruanos son relativas a la familia, la pareja, los estudios y el trabajo, confirmando que son sus principales temas de preocupación. En un estudio de la UNESCO (2005) encontró que los deseos personales expresados con mayor frecuencia por los adolescentes peruanos fueron: ingresar a la universidad y ser profesional, tener una buena relación con la familia y que ésta se mantenga unida. Por último, el estudio metropolitano de salud mental indicó que los estresores más reportados por los adolescentes entre 12 y 17 años estaban relacionados con la salud (35%), los estudios (27%), la familia y los parientes (26%) (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002).

Por todo lo anteriormente mencionado, resulta evidente que este periodo es altamente conflictivo para el adolescente, el cual vive intensas experiencias y manifiesta sentimientos y actitudes que lo hacen especialmente vulnerable al estrés y a una inadecuada adaptación (Vinet y Salvo, 2005). El tránsito satisfactorio por esta etapa supone la estructuración de una personalidad equilibrada, una adecuada adaptación a situaciones conflictivas y la ausencia de psicopatología (Casullo, Cruz, González y Maganto, 2003). Sin embargo, cada vez se encuentra con mayor frecuencia que los adolescentes presentan algún trastorno psicopatológico en esta etapa, entre ellos, los trastornos alimenticios (Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón, 2003). Se postula que ello puede deberse a que las preocupaciones durante este periodo por la imagen corporal, el peso y la búsqueda de aprobación se manifiestan intensamente (De Dios, 2000), pues tienden a darle una fuerte importancia al aspecto físico, estableciendo su autovaloración en función del mismo (Benedito, Perpiñá, Botella y Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán, 2001).

De acuerdo con Benedito, et al. (2003) y Rivarola (2003), independientemente del peso, cuanto más insatisfecha se siente una persona con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obesa se percibe, mayor es su historia de dieta y su deseo de adelgazar. Por ello, es frecuente que entre los adolescentes se produzcan fases en las cuales haya restricción alimenticia (De Dios, 2000; Fernández, et al., 2003); lo que los puede llevar a presentar sintomatología propia de los trastornos alimenticios, tales como provocarse vómitos, darse atracones, seguir dietas altamente restrictivas, utilizar purgantes, entre otros (Acosta y Gómez, 2003; Cervera, 2005). De la misma manera, diversos autores señalan que la

insatisfacción corporal, las restricciones en la dieta, el fuerte deseo de adelgazar, el miedo intenso de ser obeso, la vulnerabilidad a los estereotipos culturales, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para valorar de forma adecuada las dimensiones de su cuerpo, suponen graves amenazas a la nutrición (Bendito, et al., 2003; Rivarola, 2003). Por tanto, el desarrollo físico y psicológico de los adolescentes se ve amenazado por la insatisfacción a nivel corporal, lo cual los coloca en una posición de vulnerabilidad frente a la aparición de un trastorno alimentario o de algunos de sus factores de riesgo.

Podemos definir los trastornos alimenticios como alteraciones graves de la conducta alimentaria, entre los que figuran la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La anorexia nerviosa “consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (APA, 2002, p.653). Mientras que la bulimia nerviosa, “consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal” (APA, 2002, p.660).

En el Perú, un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) encontró que el 8.3% de adolescentes se encuentran en riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio, de estos el 0.8% tiene riesgo de padecer de bulimia nerviosa y el 0.1% de anorexia nerviosa. Igualmente, en un estudio realizado por Martínez, et al., (2003) con una muestra similar se encontró que un 16.4% presentan uno o más trastornos de la conducta alimentaria, y el 15.1% presentan conductas de riesgo. Se plantea además que el riesgo de padecerlos se encuentra en todos los niveles socioeconómicos. Asimismo se encuentra que las adolescentes de colegios privados tienen una mayor vulnerabilidad a los trastornos no especificados como el *binge eating* y el *yo-yo dieting*, mientras que las de colegios públicos son más vulnerables a la anorexia y bulimia. Además, se aprecia que las adolescentes tienden a presentar sintomatología mixta; es decir, que oscilan entre un descontrol en la ingesta de alimentos y una restricción alimenticia excesiva, realizando conductas purgativas o dietas estrictas que no llegan al resultado esperado.

Por su parte, Guerrero (2008) encontró que las mujeres en el Perú presentan puntajes significativamente más elevados que los hombres en escalas como Obsesión por la delgadez; y los hombres mayor puntaje en Impulsividad. Además, identifica que los adolescentes que se encuentran en academias preuniversitarias tienen puntajes significativamente más elevados que los adolescentes que ya se encuentran en la universidad, estableciendo que la presión de la academia podría generar un fuerte incremento en escalas como Obsesión por la delgadez, Ineficacia, Perfeccionismo e Impulsividad.

Por otro lado, respecto a la etiología de los TA, es importante mencionar que no existe un único factor que genere riesgo de presentar trastornos alimenticios en los adolescentes; por el contrario, es precisamente la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y socioculturales los que generan, no sólo vulnerabilidad o predisposición a padecer un TA, sino el desencadenamiento y el mantenimiento del mismo (Ball y Lee, 2000; De Dios, 2000). Así, en relación a los factores psicológicos predisponentes, se plantea que el hecho de que los adolescentes perciban a la adolescencia como un periodo crítico, incrementa los estresores de la vida cotidiana, haciendo que las relaciones con los pares, las relaciones amorosas, el colegio y proyección a futuro generen en ellos una carga de preocupaciones y dificultades mayores (Polivy y Herman, 2002; Treasure, Claudino y Zucker, 2010).

De este modo, uno de los factores considerados como desencadenantes de sintomatología relacionada a los trastornos alimenticios son los niveles elevados de estrés (Ball y Lee, 2000; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001; Fryer, Waller y Stenfert Kroese, 1997; Sharpe, Ryst, Hinshaw y Steiner., 1996). A fin de clarificar la naturaleza de la relación entre el estrés y la psicopatología, es importante entender al estrés como un proceso dinámico y complejo, en el que los eventos externos no son estresantes en sí mismos, sino que dependen de la valoración que haga el individuo de ellos. Producto de esta evaluación, la persona puede identificarlos como una amenaza que sobrepasa sus recursos y capacidades, y que pone en peligro su bienestar y su salud (Barra, 2003; Lazarus y Folkman, 1986) o también puede valorarlos como positivos (favorables) o negativos (amenazadores, perjudiciales). Además, estos procesos evaluativos son particulares al individuo, y por tanto también varían en función tanto de la etapa del

desarrollo en la que se encuentra el sujeto como de las demandas que ésta le exige (Sandín, 2003). Es por todo ello, que la perspectiva relacional nos permite reconocer que frente a eventos ordinarios y cotidianos, es posible evidenciar una amplia variedad de respuestas y reacciones (Lazarus y Folkman, 1986).

Entre las diversas investigaciones realizadas con población normal que sustentan la relación entre el estrés y la sintomatología de los trastornos alimenticios, Sassaroli y Ruggiero (2005) encuentran que la exposición a eventos evaluados por el individuo como estresantes, inducen y disparan pensamientos relacionados a dietas, atracones y comportamientos compensatorios como la purga, el uso de laxantes, entre otros. Asimismo, explica que son las mujeres las que muestran un nivel mayor de insatisfacción corporal, lo cual actúa como un factor central para que la inseguridad en relación al cuerpo, característica propia de la etapa adolescente, se convierta en un deseo angustiante por reducir el peso y grasa corporal. Por su parte, Nuño, Celis y Unikel (2009) identificaron que las variables que predicen conductas de riesgo en los adolescentes varones son los síntomas depresivos y el estrés; y en el caso de las mujeres; la impulsividad, la ideación suicida y el estrés.

Por otro lado, Acevedo (2008) indica que existen diferencias en función a la regulación emocional entre las adolescentes que presentan riesgo de padecer un trastorno alimenticio y las que no están en riesgo. Refiere que las adolescentes con mayores preocupaciones alrededor del peso y del cuerpo y sentimientos de culpa relacionados a la ingesta de comida, son las que presentan un menor control cognitivo sobre la cólera que pueden sentir y expresar frente a situaciones difíciles y una mayor predisposición a contener y expresar de forma no adecuada estos sentimientos, por ejemplo, por medio del cuerpo. Asimismo, Griffiths y Troop (2006) plantean que el miedo y el disgusto generado por el sobrepeso y la ingesta de alimentos ricos en calorías, correlaciona de forma directa con las preocupaciones de los adolescentes acerca de las dietas. Además, estos autores indican que las mujeres en general, con o sin un trastorno alimenticio, asocian la ingesta de alimentos calóricos con sensaciones de peligro y disgusto.

En paralelo, es importante mencionar que las personas cuentan con una serie de mecanismos y estrategias que les permiten responder de manera adaptativa o no a eventos valorados como estresores, es decir, cuentan con la capacidad de afrontar situaciones del

medio social y personal (Cassaretto et al., 2003). La manera como cada individuo afronta dichos eventos muestra su situación de vulnerabilidad ante los mismos, actuando como una estrategia de prevención que permite anticipar eventos potencialmente estresantes (Bennett y Cooper, 1999; Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006).

En relación a las diferencias de género, Gómez-Fraguela, et al. (2006) plantean que los hombres se muestran menos sociables, reservados y presentan una actitud de evitación del problema empleando la distracción física. Sin embargo, cuando dichos problemas son de mayor magnitud y seriedad, pueden optar por recurrir al consumo de alcohol u otras drogas. A diferencia de las mujeres, quienes buscan el apoyo social y la pertenencia. De la misma manera, Frydenberg y Lewis (2000) reafirma que los hombres tienden a utilizar estrategias de afrontamiento evitativo, que los llevan a ignorar y negar los problemas. Asimismo, se afirma que existe evidencia de que el afrontamiento emocional incrementa con la edad, obteniendo que los estudiantes mayores (aprox 16 años) son más propensos a culparse por el estrés y a consumir alcohol, cigarrillos, drogas o crear un desorden en la alimentación para así lograr reducir las tensiones. De este modo, la brecha entre mujeres y hombres es mayor a medida que la edad va en aumento, siendo las mujeres quienes utilizan mayores estrategias de afrontamiento disfuncionales. Asimismo, ellas mismas refieren sentirse incapaces (Frydenberg, 2004). Por lo anterior, es posible plantear que en las sociedades occidentales las mujeres adolescentes son consideradas como las más vulnerables a desarrollar trastornos psicopatológicos (Casullo et al., 2003).

Esta disfuncionalidad en relación a los modos de afrontar los eventos estresantes, concuerda con la propuesta de que en la etapa adolescente al sentir una fuerte presión de estresores provenientes de diferentes áreas importantes para el individuo como la familia, amigos, preocupaciones e incertidumbres por el futuro, los llevan a percibir que sobrepasan sus capacidades de afrontamiento (Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister y Poebblau, 2001).

Frente al reconocimiento de la importancia de estudiar la relación entre el estrés y la aparición de sintomatología de los trastornos alimenticios; Bennett y Cooper (1999) muestran la existencia de tres modelos o procesos de estrés que podrían poseer un papel importante en la formación de sintomatología de un TA: el modelo persona-estrés, el modelo teórico disposicional y el modelo mixto. En función a la naturaleza de la medición

del presente estudio, se tomará en cuenta lo planteado por el modelo persona-estrés, el cual permite reconocer la complejidad de las perturbaciones alimenticias, mostrando que los rasgos de personalidad influyen en la valoración que las personas hagan de los eventos estresantes y plantea que la conducta alimentaria se ve afectada por la manera como se afrontan dichos eventos. Específicamente, ilustra que si existe en una persona la predisposición de presentar distorsiones alimenticias, esta puede desarrollar comportamientos inadecuados como son las dietas excesivas o conductas bulímicas; que unido a la compleja relación con el estrés y los demás factores psicosociales, la perturbación alimenticia se genera y se mantiene. Dichos autores plantean que la presencia de eventos estresantes podría ser un factor precipitante del trastorno, ya que encontraron que los eventos estresantes reportados se relacionaban con situaciones laborales que generaban una sobrecarga emocional, problemas en las relaciones interpersonales y con los padres. A su vez, Ball y Lee (2000) indican que los eventos estresantes, reportados con mayor frecuencia por las pacientes con TA, se encuentran relacionados a la pérdida de alguna persona.

Sassaroli y Ruggiero (2005) teniendo en cuenta las sub escalas del inventario EDI-2, plantean que las situaciones estresantes son aquellas que inducen a una baja autoestima, el impulso por adelgazar y comportamientos bulímicos en personas que no padecen un cuadro clínico. Cabe mencionar que Ruggiero, Levi, Ciuna y Sassaroli (2003) indican que la presencia de un elevado nivel de insatisfacción corporal no basta para que los adolescentes en situaciones cotidianas y normales realicen conductas inadecuadas relacionadas a los trastornos alimenticios; sino que se requiere de la presencia de situaciones estresantes que potencialicen la percepción negativa de sus competencias y eficacia.

De la misma manera Raich (2002) construye un modelo explicativo con el cual demuestra que para que se manifiesten síntomas relacionados a los TA, deben integrarse las presiones generadas por el ambiente sociocultural, familiar y las características propias de cada individuo, para que en momentos de estrés se le demande al sujeto una capacidad de respuesta que muchas veces no dispone; siendo efectivamente el estrés un factor precipitante de la sintomatología de los trastornos alimenticios. Esto es evidente en el caso del ambiente académico, donde los alumnos se encuentran constantemente expuestos a la realización de exámenes, y la presión por obtener un buen rendimiento escolar. A su vez,

esto ocurre dentro de familias donde existen constantes presiones que validen la importancia excesiva que la sociedad le otorga a la delgadez y al cuidado de la figura.

Polivy y Herman (2002) al enfocarse en los factores de riesgo de presentar un TA, plantean que el rol que tiene la familia es de suma importancia, ya que el mayor riesgo de padecer trastornos alimenticios existe dentro de familias conflictivas, donde hay dificultades para reconocer las necesidades emocionales del adolescente y donde se evidencia una deficiente comunicación y calidez familiar entre los miembros. Específicamente, Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo (2008) obtienen que las adolescentes con insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y bulimia; pertenecen a familias disfuncionales, las cuales se caracterizan por enfrentar de manera evitativa los conflictos, con poseer bajos niveles de adaptabilidad y cohesión familiar.

Siguiendo por esta línea, es relevante el papel que cumple el soporte social, ya que es en la adolescencia donde el tener amigos y pertenecer a un grupo de pares cobra una importancia mayor. Las relaciones sociales son las actividades humanas más complejas, siendo posiblemente consideradas como fuentes tanto de estrés como de satisfacción y placer. Además, la falta de un soporte social en las personas puede actuar como un factor de riesgo al aproximar experiencias negativas que incrementan la probabilidad de presentar algún desorden psicológico o físico (Seiffge-Krenke y Pakalniskiene, 2011). Como es el caso de los hallazgos de Guerrero (2008) que muestran que los adolescentes que viven solos presentan elevado puntaje en la escala de perfeccionismo en comparación a los que viven con sus familiares.

El presente estudio parte de la iniciativa de investigar la posible relación existente entre las fuentes de estrés y la presencia de síntomas característicos del padecimiento de un trastorno alimenticio. Como se ha ilustrado en párrafos anteriores, la evidencia empírica que lo respalda indica que en cuanto mayor sea la percepción de estrés, mayor será la probabilidad de presentar conductas alimenticias inadecuadas (Ball y Lee, 2000; Compas, et al., 2001; Fryer et al., 1997; Sharpe, et al., 1996).

Cabe mencionar que se han realizado investigaciones en el Perú relacionadas a los trastornos alimenticios con población normal (p.e. Acevedo, 2008; Ascenzo, 2012; Guerrero, 2008; Hartley, 1999; Herrera, 2008; Martínez et al, 2003; Zusman, 2000) y clínica (Gabilondo, 2009; Romero, 2009). Sin embargo, los estudios son aún escasos. Es así

que surge la necesidad de contar con mayores datos en nuestro contexto que permitan una mejor aproximación al trastorno. Específicamente, al reconocer cuáles son las fuentes de estrés que se relacionan con dicha sintomatología, se podrían generar protocolos y planes de tratamiento que tomen en cuenta estos datos. A su vez, este estudio permitirá la elaboración de programas preventivos tanto para instituciones educativas como para los distintos ambientes donde interactúan los adolescentes.

Para ello se ha diseñado un estudio de una sola aplicación, donde a partir de la calificación de los inventarios EDI-2 y PQ se evalúa la relación entre el grado de estrés y la presencia de sintomatología de trastornos alimenticios.



Método

Participantes

La muestra está compuesta por 208 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de colegios pre-universitarios de Lima Metropolitana. Los participantes tienen un rango de edad entre 14 y 18 años ($M = 15.62$, $DE = 0.712$). La muestra contiene un porcentaje bastante similar de hombres (47,6%) y mujeres (52,4%). Del mismo modo, el 51,9% de alumnos pertenecen a 4to de secundaria y un 48,1% a 5to. En su mayoría no asisten a una academia preuniversitaria (84,1%) y no han intentado hacer dieta en los últimos seis meses (64,9%). Finalmente, a partir del peso y talla reportada de los participantes, se calculó el índice de masa corporal (IMC) y se categorizó en “bajo peso” (17,2%), “peso normal” (68,4%) y “sobrepeso” (14,4%).

Cabe resaltar que estos datos fueron recogidos con una ficha de datos (Anexo A) luego de haber seguido las consideraciones éticas necesarias que incluyeron el envío de un consentimiento informado a los padres (Anexo B) y un asentimiento informado a los adolescentes (Anexo C).

Medición

A fin de medir las características psicológicas y del comportamiento presentes en los trastornos alimenticios y su sintomatología se utilizó el Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, 1998). La segunda edición (EDI-2) consta de 91 ítems agrupados en once subescalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social. El formato de respuesta es de escala Likert de 6 puntos, que va desde 0 (*Nunca*) a 5 (*Siempre*).

La prueba ha demostrado ser un instrumento clave para la identificación de casos vulnerables a padecer algún trastorno alimenticio; y es muy utilizada en investigaciones que evalúan población normal (p.e. Ascenzo, 2012; Barrego, 2010; Maganto y Cruz, 2002) y población clínica (Romero, 2009).

En nuestro país el instrumento ha sido adaptado, tomando como base la versión española, por Guerrero (2008) en una muestra de 393 adolescentes de entre 16 y 20 años

provenientes de una universidad privada de Lima Metropolitana. La validez de contenido se obtuvo por medio del criterio de jueces logrando un porcentaje igual o mayor a 80% en el 97.8% de los ítems. La validez del constructo se consiguió a partir de un análisis factorial encontrándose tres factores principales correspondientes a la adaptación española (personal, social y corporal), que explicaron el 60.58% de la varianza de toda la muestra. La confiabilidad por consistencia interna, arrojó el coeficiente Alpha más alto en la escala de *Obsesión por la delgadez* (0.81) y el más bajo en *Bulimia* (0.54); y los valores de 0.31 y 0.74 en las escalas adicionales del EDI-2. Además la confiabilidad de los tres factores primarios arrojó un alfa de 0.86 en el factor Personal, 0.85 en el Social, y un 0.81 en el Corporal.

Para el presente estudio, se utilizaron las tres primeras escalas (*insatisfacción corporal*, *bulimia* y *obsesión por la delgadez*), debido a que dichas escalas son consideradas por los autores como síntomas esenciales para los TA, específicamente de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Garner, 1998; Loreto, Zubarew, Silva, y Romero, 2006). Se encontraron coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre 0.65 y 0.82. Asimismo, se halló que la mayoría de los ítems presentan una adecuada capacidad de discriminación (Anexo D).

Por otro lado, para medir el grado de estrés en relación a la presentación de situaciones cotidianas se utilizó el Cuestionario de Problemas (Seiffge-Krenke, 1995), el cual consta de 64 ítems agrupados en siete situaciones-problema: en relación al colegio, al futuro, a los padres, a los pares, al tiempo libre, a las relaciones amorosas y al sí mismo. El formato de respuesta es de escala Likert de 5 puntos, que va desde 1 (*nada estresante*) a 5 (*sumamente estresante*).

Seiffge-Krenke creó la prueba con una muestra de 1028 adolescentes de ambos sexos que se encontraban entre los 12 y 19 años, agrupándolos según la edad (12-14, 15-16 y 17-19). La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través del Alfa de Cronbach cuyos valores oscilaron entre 0.70 y 0.84; y correlaciones ítem-test corregidas entre 0.29 y 0.52.

El Cuestionario de Problemas ha sido adaptado al Perú por Montenegro (2001) y por Chau (2003) en muestras adolescentes. La adaptación de Montenegro (2001), se realizó con escolares entre 12 y 16 años que estuvieran cursando primero y quinto de secundaria, respectivamente; encontrando una confiabilidad con coeficientes Alfa de Cronbach que

fluctuaban entre 0.60 y 0.88. En esta adaptación se evaluaron las escalas de la versión original, hallando que todas las escalas funcionaron correctamente menos la relacionada al tiempo libre. Por este motivo, Montenegro (2001) optó por reorganizar las escalas, estableciendo las siguientes siete situaciones problema que son la base para el presente estudio: con el colegio, con el futuro, en el ámbito interpersonal, con los padres, con los pares, con el sí mismo y con las relaciones amorosas.

Por otro lado, en el caso de la adaptación de Chau (2003) con 1081 estudiantes universitarios de entre 17 y 27 años, encuentra que la escala de tiempo libre no es adecuada para la población; de esta manera, elimina dicha escala obteniendo coeficientes alfa que oscilan entre 0.68 y 0.91. La prueba ha sido utilizada por Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) en un estudio que midió la relación entre el estrés, problemas más frecuentes y estilos de afrontamiento en 123 estudiantes universitarios de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima.

En este estudio la confiabilidad por consistencia interna del instrumento con el alpha de Cronbach para la escala total fue de 0.96 y para las escalas, coeficientes que fluctuaban entre 0.71 y 0.89, lo cual indica que la prueba funciona de manera adecuada. Asimismo, se encontró que todos los ítems tenían correlaciones ítem-test entre 0.18 y 0.70 (Anexo E).

Procedimiento

Para lograr los objetivos, se planteó un estudio en el que se evaluó en una sola oportunidad la relación entre el grado de estrés y la presencia de sintomatología de trastornos alimenticios. Los datos obtenidos a partir de la calificación con el EDI-2 y el PQ, fueron procesados en el programa estadístico SPSS. En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra. Luego se testeó la confiabilidad de los instrumentos. Seguidamente, se obtuvo la normalidad de la distribución de los datos mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnof, encontrándose que la mayoría de las distribuciones no eran normales (Anexo F) motivo por el cual se hallaron las correlaciones entre las variables *estrés y sintomatología de trastornos alimenticios* utilizando los coeficientes de Spearman y las comparaciones con la U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Resultados

A continuación se presentarán los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación.

Estrés y sintomatología de los trastornos alimenticios

Se realizaron correlaciones en función al sexo. En el caso de las mujeres, como se observa en la Tabla 1, se hallaron, en su mayoría, correlaciones directas, pequeñas y significativas entre los síntomas más representativos de los trastornos alimenticios del EDI-2, *insatisfacción corporal*, *bulimia* y *obsesión por la delgadez*, con el grado de estrés relacionado con *problemas con el futuro* y *problemas con los pares*. Entre estas tres escalas, *obsesión por la delgadez* es el que presenta una mayor cantidad de correlaciones significativas con situaciones-problema, a excepción de *problemas con el colegio*.

Tabla 1

Correlaciones entre el grado de estrés y sintomatología de los trastornos alimenticios en Mujeres

| | Problemas con el colegio | Problemas con el futuro | Problemas con los padres | Problemas con pares | Problemas en el ámbito interpersonal | Problemas con las relaciones amorosas | Problemas con sí mismo |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Insatisfacción corporal | -.070 | .192* | .121 | .187* | .110 | .120 | .181 |
| Bulimia | .126 | .211* | .254** | .265** | .184* | .168 | .155 |
| Obsesión por la delgadez | .004 | .266** | .298** | .220* | .256** | .287** | .190* |

n= 109

*p<0.05

**p<0.01

En el caso de los hombres, como se aprecia en la Tabla 2, los tres síntomas más representativos de los TA, *insatisfacción corporal*, *bulimia* y *obsesión por la delgadez*, correlacionan de manera significativa con el estrés ocasionado por los *problemas con el sí mismo*. Entre estas tres escalas, *bulimia* es la que correlaciona significativamente con cinco de las siete situaciones problema.

Tabla 2

Correlaciones entre el grado de estrés y sintomatología de los trastornos alimenticios en Hombres

| | Problemas con el colegio | Problemas con el futuro | Problemas con los padres | Problemas con pares | Problemas en el ámbito interpersonal | Problemas con las relaciones amorosas | Problemas con sí mismo |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Insatisfacción corporal | .275** | .218* | .159 | .108 | .110 | .146 | .195* |
| Bulimia | .242* | .258** | .240* | .144 | .215* | .188 | .223* |
| Obsesión por la delgadez | .109 | .138 | .195* | .180 | .097 | .220* | .223* |

n= 99

*p<0.05

**p<0.01

Resultados comparativos del EDI-2 y del PQ, según datos sociodemográficos

Se realizó un análisis comparativo para observar si se presentaban diferencias significativas según los datos sociodemográficos. En relación a la variable sexo, como se observa en la Tabla 3, las mujeres presentan mayores niveles de *insatisfacción corporal* y *obsesión por la delgadez* que los hombres.

En relación al grado de estrés, podemos observar que existen diferencias significativas en relación al grado de estrés generado por problemas con el *futuro*, con los *padres*, con los *pares*, en el *ámbito interpersonal*, con las *relaciones amorosas* y al *sí mismo*. En todos los casos, las mujeres son quienes presentan los mayores puntajes, en comparación a los hombres.

Tabla 3

Diferencias entre la sintomatología de TA y estrés de acuerdo al sexo

| | Hombre ^a | Mujer ^b | U | P |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------|---------------|
| | Mdn | Mdn | | |
| Insatisfacción corporal | 3 | 6 | 4169.5 | .005** |
| Bulimia | 0 | 1 | 4996 | .320 |
| Obsesión por la delgadez | 2 | 4 | 3539.5 | .000** |
| Problemas relacionados al colegio | 12 | 13 | 4930.5 | .282 |
| Problemas relacionados con el futuro | 26 | 31 | 3593.5 | .000** |
| Problemas relacionados los padres | 44 | 51 | 4240 | .008** |
| Problemas relacionados con los pares | 22 | 25 | 4466.5 | .032* |
| Problemas en el ámbito interpersonal | 17 | 20 | 3679 | .000** |
| Problemas con las relaciones amorosas | 17 | 20 | 4534.5 | .047* |
| Problemas relacionados a sí mismo | 21 | 24 | 4432.5 | .026* |

a=99

b=109

En función al índice de masa corporal, como se observa en la Tabla 4, existen diferencias significativas en los sub-test *insatisfacción corporal* y *obsesión por la delgadez*. Haciendo comparaciones por pares hallamos que las diferencias en *insatisfacción corporal* se encuentran al comparar a los adolescentes de peso normal con los que tienen sobrepeso ($U = 826.500$, $p < 0.05$); y al comparar los de bajo peso con los de sobrepeso ($U = 159.000$, $p < 0.01$). En ambos casos, los adolescentes que presentan sobrepeso tienen los puntajes más elevados. En cuanto a la *obsesión por la delgadez*, las diferencias se encuentran al comparar a los que tienen un bajo peso con los de peso normal ($U = 1197.500$, $p < 0.01$); a su vez, al comparar a los de bajo peso con los que tienen sobrepeso ($U = 175.500$, $p < 0.05$). En el primer caso, el mayor puntaje se encuentra en el grupo de los adolescentes que tienen un peso normal; y en el segundo, los adolescentes con sobrepeso presentan los puntajes más elevados.

Además, existen diferencias significativas entre las situaciones problema del PQ y el índice de masa corporal; al hacer comparaciones de pares encontramos diferencias significativas en los *problemas en el ámbito interpersonal*. Las diferencias se encuentran al comparar a los adolescentes de peso normal con los de sobrepeso ($U = 819.000$, $p < 0.05$); siendo los adolescentes con peso normal los que presentan los mayores puntajes.

Tabla 4

Diferencias entre la sintomatología de los TA y estrés de acuerdo al Índice de masa corporal

| | Bajo peso ^a | Peso normal ^b | Sobrepeso ^c | X^2 | P |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------|--------------|
| | Mdn | Mdn | Mdn | | |
| Insatisfacción corporal | 3 | 4 | 8 | 8.754 | .013* |
| Bulimia | 0 | 1 | 0 | 4.398 | .111 |
| Obsesión por la delgadez | 1 | 3 | 3 | 9.112 | .011* |
| Problemas relacionados al colegio | 14 | 13 | 12 | 0.292 | .864 |
| Problemas relacionados con el futuro | 28.5 | 28 | 27 | 1.293 | .524 |
| Problemas relacionados con los padres | 49.5 | 48 | 46 | 2.525 | .283 |
| Problemas relacionados con los pares | 29 | 25 | 20 | 4.61 | .100 |
| Problemas en el ámbito interpersonal | 19.5 | 20 | 17 | 7.723 | .021* |
| Problemas con las relaciones amorosas | 20 | 20 | 15 | 3.627 | .163 |
| Problemas relacionados a sí mismo | 24 | 24 | 22 | 0.608 | .738 |

^a=29, ^b=125, ^c=20

Discusión

Tomando en consideración los hallazgos obtenidos en el presente estudio, se discutirán las correlaciones y comparaciones encontradas y se reflexionará sobre las implicancias de los hallazgos, limitaciones y recomendaciones para posteriores estudios. Además, se analizarán los resultados organizando la discusión en primer lugar en función a las situaciones problema y la presencia de sintomatología de trastornos alimenticios, resaltando las diferencias encontradas según la variable sexo. Posteriormente, se desarrollará la discusión en torno a evidencias importantes que relacionan el EDI-2 y el PQ con las variables sexo e índice de masa corporal.

A nivel correlacional, si bien los resultados no son concluyentes debido a su magnitud pequeña, encontramos asociaciones directas y significativas entre diversos tipos de problemas y la presencia de sintomatología de los TA tanto en hombres como en mujeres. Específicamente, los resultados señalan que la tendencia a experimentar sentimientos de incertidumbre sobre el futuro vocacional/laboral o dificultades en las relaciones interpersonales se relacionarían con la conducta de darse atracones de comida. Asimismo, cuando se perciben mayores dificultades a nivel de las relaciones amorosas y con los padres, así como sentimientos de tristeza, cólera, insatisfacción o preocupación hacia uno mismo, en ambos grupos existe una mayor obsesión por encontrarse más delgados. Por último, se observa que la insatisfacción corporal se asociaría a la presencia de preocupaciones con respecto al futuro y problemas con los padres. A partir de estos resultados, se hace evidente que los trastornos alimenticios tienen una etiología multifactorial (Palmer, 2001) pues si bien existe una asociación entre diversas situaciones de estrés y la sintomatología señalada, la evidencia indica que se requiere de otros factores para el desencadenamiento de dicho tipo de trastornos.

Por otro lado, los problemas en relación al futuro vocacional/profesional y la percepción de estrés dentro de la relación con los padres, son los que presentan una mayor cantidad de correlaciones significativas en ambas muestras con los síntomas previamente señalados. En relación a ello, es importante entender que la adolescencia es una etapa caracterizada predominantemente por dos tareas del desarrollo asociadas con ciertos logros en dichos ámbitos: el establecimiento de un proyecto a futuro, que incluye lo

vocacional/profesional, y el logro de autonomía con respecto a las figuras parentales, es decir, el establecimiento de un sí mismo independiente y con capacidad para agenciar su propia inserción en el mundo adulto (Carrasco, et al., 2009; Estévez, Jiménez, Musitu, 2007; Soutullo y Mardomingo, 2010). Por ello, es razonable pensar que el adolescente percibe de forma altamente estresante las preocupaciones que se derivan de dichas situaciones problema . Al respecto, algunos autores han señalado que las conductas y actitudes que suponen la sintomatología asociada a los TA, pueden actuar como defensas patológicas o estilos de afrontamiento inadecuados (Claudino y Zucker, 2010; Grilo, et al., 2012; Polivy y Herman, 2002). Estos mecanismos se dispararían ante la incertidumbre y la ansiedad de crecer; de tener que pensar y tomar decisiones que los colocan en una posición cada vez más autónoma con respecto a los padres y/o determinan un futuro que aún no se define con claridad. En relación a ello, Polivy y Herman (2002) señalan que los TA servirían como mecanismos de afrontamiento al desviar la atención de situaciones problema y enfocarla en el peso, la figura, el cuerpo y la ingesta de alimentos.

En relación a los resultados hallados en función a la variable problemas con los padres, García y Peralbo (2001) y Goodsitt (1997) señalan que los adolescentes por lo general presentan un conflicto entre seguir sus propios proyectos de vida o mantener el proyecto que tienen sus padres para ellos, lo cual puede resultar muy demandante a nivel emocional. Además, se ha hallado que un escaso nivel de cohesión familiar, la ineficiente resolución de problemas y la poca expresividad en la familia se relacionan con la aparición de dichos trastornos (Benninghoven et al., 2003; Cruzat, et al., 2008). De este modo, el mayor nivel de estrés y emociones negativas generados por la percepción de dificultades a nivel familiar o un entorno conflictivo, asociados a una sensibilidad incrementada durante la adolescencia por el tipo de procesos concomitantes a ésta podrían explicar la asociación directa entre una mayor percepción de estrés por problemas a nivel familiar y sintomatología como los atracones de comida sin control y/u obsesión por la delgadez.

Específicamente, en cuanto a la asociación directa entre los problemas a nivel vocacional/ profesional que perciben los adolescentes y la insatisfacción a nivel corporal y atracones de comida, Montenegro (2001) halla que los adolescentes que se encuentran en quinto de secundaria, presentan mayores niveles de estrés relacionados al futuro, en comparación con los alumnos que inician la secundaria. Guerrero (2008) también plantea

que los alumnos que aún no se encuentran en la universidad poseen una intensa incertidumbre frente al futuro y desconfianza de sus capacidades para ingresar en comparación con los adolescentes universitarios. Dicho autor menciona que los adolescentes preuniversitarios le colocan gran importancia, sintiendo presión y estrés frente a sus propias expectativas y las de los demás. Según lo hallado, el estrés frente al futuro se encuentra relacionado directamente con las tres principales sub-test de los TA. Ello podría deberse a que el estrés frente al futuro se manifestaría corporalmente, percibiendo que si se posee el control del cuerpo y se logra la delgadez socialmente aceptada, podrán ser capaces de controlar otros aspectos y situaciones críticas de la vida en general, como aquellas relacionadas con su futuro.

Por otro lado, se observa que el estrés provocado por dificultades en las relaciones de pareja se relaciona en ambos grupos con una mayor obsesión por la delgadez. Al respecto, si bien las mujeres presentan una mayor preocupación por las relaciones interpersonales (Forns, Campos, Kirchner, Martorell, Zanini y Mur, 2004; Pereyra y Flores, 2005), en una investigación realizada por Forns et. al., (2004) se encontró que la preocupación por los problemas románticos ocupa el primer lugar en la lista de problemas de adolescentes de ambos sexos, hallándose incluso que existiría una relación entre dichos problemas y la ideación suicida (Serrano y Flores, 2005). De este modo, tanto hombres como mujeres sufren al ser rechazados por la persona que les gusta o al tener problemas en sus relaciones de pareja, siendo éste un punto vulnerable en la autovaloración de ambos grupos (Feldman, 2007). Justamente, entre los ítems del PQ referidos a problemas respecto al enamoramiento, se encuentran ítems vinculados a preocupaciones tales como no conseguir pareja o no resultar atractivo para el sexo opuesto.

La adolescencia es una etapa en donde el atractivo físico resulta ser una característica que confiere un alto estatus social tanto en hombres como en mujeres (Suitor et. al. 2001 citado en Feldman, 2007) y, es un criterio importante de atracción. En nuestra sociedad, el ideal de belleza incluye la delgadez y por tanto, ser delgado podría ser uno de los atributos que confiere un estatus social más alto entre los adolescentes y, concomitantemente, un mayor atractivo. Al respecto, podríamos hipotetizar que la búsqueda, atracción y conservación de pareja en los adolescentes se encontraría íntimamente relacionada con el ser atractivos a nivel físico. De este modo, la obsesión por

la delgadez se asociaría con el atributo de ser atractivo para otros adolescentes (“¿si no soy lo suficientemente delgado, podré gustarle a mi compañera/o?”). Sin embargo, resulta importante seguir esclareciendo dicha asociación y las diferencias que pueden encontrarse entre ambos sexos pues, como se postula, en ellos hay más bien un interés por el aumento de peso y la ganancia de musculatura. No obstante, según Ascenzo (2012) se puede observar que en los adolescentes, tanto mujeres como hombres, existe una creciente preocupación por el cuidado del cuerpo y un interés por mantener un cuerpo delgado en comparación a años anteriores.

Por otro lado, en relación únicamente a la muestra femenina, se encuentra que si las mujeres presentan un alto grado de estrés por preocupaciones asociadas al deseo de aprobación o rechazo del grupo de pares, suelen experimentar mayor insatisfacción con la forma de su cuerpo o partes de éste; tienden a darse atracones; y poseen un intensa obsesión por estar más delgadas. Resultados similares se encontraron en el estudio de Grilo, et al. (2012), en donde la presencia de estresores sociales como la ruptura de relaciones amicales, representan un signo de alerta para el desencadenamiento de trastornos alimenticios como BN y otros trastornos no especificados, caracterizados por el uso de dietas y restricciones alimenticias excesivas o presencia de atracones de comida.

La eminencia de un sí mismo predominantemente relacional en las mujeres, las coloca en peligro de encontrarse constantemente preocupadas por las opiniones de sus pares, en una etapa además en que la necesidad de afiliación es primordial (Soutullo y Mardomingo, 2010). De este modo, el cuerpo, su peso y el control sobre éste se convertirían en una forma de incluirse dentro de un grupo de referencia, pues la imagen corporal es su carta de presentación. Por tanto, es posible pensar que aquellas adolescentes que tienen un mayor nivel de estrés por presentar dificultades para relacionarse con sus pares, tengan una mayor insatisfacción con su cuerpo pues “un cuerpo aceptable es la posibilidad de ser aceptado y valorado por el grupo, la posibilidad de ser objeto de deseo, un pasaporte o facilitador de las relaciones sociales (...)” (Kogan, 2011). Además, la ansiedad por la insatisfacción a nivel corporal y las cogniciones obsesivas asociadas con el peso desembocarían en atracones de comida, ya que como señalan López (2005) y Polivy y Herman (2002) el intento de evitar pensamientos sobre comida provocan que los

pensamientos relacionados con alimentos se tornen progresivamente más frecuentes e intensos.

Asimismo, se ha encontrado que las personas diagnosticadas con TA manifiestan desinterés por las relaciones interpersonales, pues presentarían dificultades para establecer relaciones íntimas y estables. Sus interacciones además estarían caracterizadas por una sensación de inseguridad, incomodidad y tensión (Guerrero, 2008), pudiendo incluso desembocar en aislamiento social (Beato-Fernández y Rodríguez-Cano, 2006; Castro, 2009). Por tanto, resultan relevantes los resultados presentados en el grupo femenino en relación al número de correlaciones significativas entre las diferentes esferas interpersonales con la sintomatología de TA. Sería conveniente evaluar si los estresores a nivel social son factores precipitantes de los trastornos de conducta alimentaria o si existen rasgos caracterológicos en las pacientes con dichos trastornos que se intensifican con la enfermedad y dificultan el logro de relaciones interpersonales adecuadas. De todos modos, resultaría crucial trabajar la capacidad de resolver conflictos interpersonales como factor protector frente al desarrollo de dichos síntomas, en especial, en el grupo de mujeres.

Otro de los resultados relevantes en la muestra femenina es que la mayoría de situaciones problema (excepto la percepción de estrés por dificultades en el colegio) se asocia directamente con una mayor obsesión por la delgadez. Parece que si bien la insatisfacción a nivel corporal es uno de los mayores factores de riesgo para contraer TA según diversas investigaciones (Benedito, Perpiñá, Botella y Baños, 2003; Guerrero, 2008; Lúcar, 2012; Salazar, 2008), e incluso se agrega como criterio diagnóstico, resulta interesante comprobar en los resultados que a mayor nivel de estrés por problemas en las relaciones, preocupaciones en referencia al sí mismo y miedos o temores con respecto al futuro es también mayor la obsesión por la delgadez. Cabe resaltar por tanto, la importancia en el caso de las mujeres del factor estrés en la aparición de obsesiones por un cuerpo más delgado (o viceversa), y la relevancia de éste último como un síntoma de riesgo predominante en la muestra.

En paralelo, se aprecia que en el grupo de varones la conducta de realizar atracones de comida sin control aumenta cuando existen tensiones en las diversas áreas que evalúa el PQ. De este modo, se podría hipotetizar que en el grupo de mujeres el estrés da lugar a una serie de mecanismos y rumiaciones cognitivas en torno a la delgadez que buscan lidiar con

la angustia que les depara a las adolescentes el presentar diversos problemas en su vida; mientras que en el grupo de hombres se emplearía un mecanismo conductual para ello, lo cual enfatizaría la naturaleza más impulsiva de sus estrategias para tolerar el estrés (Ascenzo, 2012; Guerrero, 2008). Ello resulta importante, pues los programas de prevención deben tomar en cuenta este tipo de diferencias según género en la aparición de sintomatología para la generación de estrategias de intervención específicas para cada grupo.

Siguiendo la misma línea, los resultados indican que los adolescentes varones poseen mayor sintomatología de TA cuando vivencian como altamente estresantes aquellas situaciones en las cuales tienen la sensación de no lograr controlar sus afectos y sentimientos, unido a un descontrol en su conducta. Cabe resaltar que dicho análisis se obtiene a partir de los hallazgos significativos encontrados en los tres principales síntomas de riesgo que caracterizan a los TA y la situación-problema relacionada con el sí mismo. García-Grau et al. (2004) y Guerrero (2008), corroboran dichos resultados, encontrando que dado que los varones se sienten socialmente forzados a demostrar poder y competencias frente a los problemas (sin manifestar debilidad), presentarían un fuerte temor a dar a conocer sus verdaderos sentimientos y emociones negativas. Estudios realizados con muestra clínica indican que al comparar hombres y mujeres con anorexia nerviosa, son mayormente los hombres los que reportan sentirse solos y diferentes (Genpeler, 2006). Páez, Fernández y Mayordomo (2000, citado en Moral de la Rubia, 2005) refieren que la masculinidad se encuentra socialmente asociada a rasgos como una menor expresión de las emociones, predominancia de emociones negativas y presencia de pensamientos dirigidos hacia el exterior. A partir de ello plantean que los hombres tienden a considerar a las metas materiales como referentes principales de logro, dejando de lado los referentes internos como los sentimientos y la importancia de las metas emocionales y espirituales. De este modo, el estrés ocasionado por sentimientos depresivos o ansiosos en relación a sus capacidades o características personales sería un factor asociado a la aparición de síntomas de TA en el caso de los varones. Ello podría deberse además a que la dificultad para hablar acerca de ellos mismos y sus vulnerabilidades restringen la capacidad de comprender sus sentimientos y de incorporar mediante el lenguaje dichas emociones a sus experiencias. Se señala que la palabra cumple la función de contener los sentimientos y prevenir que las

experiencias emocionales más intensas busquen descarga inmediata por medio del cuerpo o la liberación en la acción (Gabilondo, 2009). De este modo, el atracón puede estar cumpliendo dicha función ante una capacidad de comprender emociones poco desarrollada en los varones cuando se trata de sus problemas más íntimos.

Al respecto, García-Grau et. al. (2004) hallaron que el estilo de afrontamiento predominante en un grupo de varones diagnosticados con algún tipo de TA consistía en la tendencia a evadir los problemas, lidiando de forma inapropiada con las emociones asociadas a éstos; tendiendo a sobrecargarse, culparse excesivamente o reaccionar llorando, gritando o realizando conductas que manifiestan un pobre autocontrol. A diferencia de las mujeres, es probable además, dadas las características asociadas a la masculinidad, que no cuenten con una red de soporte satisfactoria frente a los problemas vinculados al manejo y expresión de sus emociones asociadas a aspectos personales (Fantin, Florentino y Correché, 2005; Martínez y Morote, 2001).

Otro resultado interesante en la muestra de varones, es cómo únicamente en este grupo los problemas asociados al colegio muestran correlaciones directas y significativas con sintomatología de TA, como darse atracones o estar insatisfechos con el cuerpo o partes de éste, a diferencia del grupo femenino. Al respecto, diversos autores plantean que los varones reportarían mayores preocupaciones sobre el desempeño académico, la escuela y actividades extracurriculares relacionadas a dicho ámbito (Martínez y Morote, 2001; Phelp y Jarvis, 1994) en comparación con las mujeres, las cuales presentan mayores tensiones en relación a los vínculos amorosos, con los pares y con los padres (Phelp y Jarvis, 1994; Seiffge-Krenke, 2011). De este modo, se aprecia nuevamente como en el caso de los hombres las preocupaciones apuntan al sí mismo y los logros de éste, en comparación a las preocupaciones relacionales de las mujeres. Ello determinaría qué tipo de problemáticas afectan a cada género y qué mecanismos de afrontamiento se emplean para hacerles frente. Pareciese por tanto que la vulnerabilidad a presentar sintomatología de riesgo para los TA se vincula con las tensiones generadas por problemas para los que socialmente cada género no ha sido preparado y que resultan relevantes para su identidad.

Por otro lado, se hallaron datos de gran importancia para el estudio, relacionando las variables del EDI-2 y el PQ con las variables sociodemográficas sexo e índice de masa corporal, presentándose a continuación una descripción de la muestra según dichas

variables. En el caso de los datos hallados en función al sexo, se encontró que son las mujeres las que presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal, mayor deseo por tener un cuerpo más delgado, también presentan una mayor confusión en el reconocimiento de sus propias emociones y sensaciones corporales. El culto que la sociedad le entrega al cuerpo cumple un papel importante en estos resultados, ya que para las adolescentes es cada vez mayor el valor que tiene el ideal de belleza comprendido desde el concepto de delgadez, asociando el cuerpo perfecto con la representación de un cuerpo delgado, teniendo un significado muy ligado a lo estético (Marquéz y Jáuregui, 2006; Rivarola, 2003; Salazar, 2007). Tal como refiere Lúcar (2012), las mujeres que reportan un mayor descontento con su imagen corporal, sienten una mayor ansiedad al enfrentarse situaciones que cuestionen la inclusión de su cuerpo a los cánones de belleza de delgadez prevalentes, y a su vez, vivencian mayor interés en la publicidad y mensajes verbales asociados a la pérdida de peso.

Es importante notar, que al evaluar la diferencia entre hombres y mujeres relacionada a la insatisfacción con la imagen corporal, se debe tener en cuenta que la comprensión de las escalas del EDI-2 como *insatisfacción corporal*, *obsesión por la delgadez* y *bulimia* no es la misma para ambos sexos, ya que para los hombres dicho descontento con su imagen corporal puede enfocarse tanto en el deseo de aumentar su musculatura y masa corporal, como a disminuirla. Sin embargo, a pesar de que cada vez haya más hombres que se preocupan por el físico, no todos ellos desean ser más delgados, sino que algunos se encuentran más concentrados y preocupados por lograr un incremento de su musculatura para tener un aspecto más grueso (Blodgett y Lemer, 2012; Guerrero, 2008). En general, los estudios indican que los hombres se encuentran más satisfechos con su cuerpo, percibiendo menos presiones socioculturales relacionadas con el peso (Facchini, 2006; Melina y Araújo, 2002). De esta manera, se plantea que los hombres no relacionan su cuerpo solo con lo estético, sino más bien como un instrumento de control, sentido de eficacia y con un buen desenvolvimiento social (Cruz y Maganto, 2002; Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2010; Guerrero, 2008; Salazar, 2008). Cabe mencionar, que en el presente estudio, los hombres de la muestra no logran puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en ninguna escala del EDI-2; lo cual podría deberse a que los ítems de dicho inventario, en general, apuntan a evaluar si existe un deseo por lograr un menor peso,

no existiendo ítems que ilustren el posible deseo de aumentar la masa muscular, el tiempo excesivo que se dedica a realizar levantamiento de pesas, o el uso de productos energéticos y altamente proteicos.

Sin embargo, las diferencias de género observadas no solo se deberían a la falta de representatividad de los ideales corporales del género masculino dentro del instrumento, sino también a la mayor presión social en torno al cuerpo que reciben las mujeres (Bay et al, 2005; Heinberg y Thompson, 1995 citados en Cruz y Maganto, 2002). Al respecto, algunos autores señalan que la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal sigue manteniéndose como una cuestión de género (Cruz y Maganto, 2002). Específicamente, los resultados de la presente investigación arrojan que las mujeres presentan el doble de insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez que los hombres (al comparar las medias). Estudios en el tema señalan que la insatisfacción en relación a diversas partes del cuerpo es siempre mayor en las mujeres que en los hombres (Cruz y Maganto, 2002; Maganto y Cruz, 2001; Vásquez et. al., 2004). El modelo sociocultural de la etiología de los TA propuesto por Thompson y Stice, (2001) señala que la importancia que se le otorga a los ideales de belleza en relación al cuerpo va a estar mediada por el nivel de interiorización de éstos. Dicha interiorización sería la que daría lugar a la sensación de insatisfacción con el cuerpo. Si consideramos que las mujeres son el grupo más afectado por estándares rígidos de belleza es comprensible que éstas presenten resultados más elevados en dicha variable.

En términos del grado de estrés, se encuentra que las mujeres presentan mayor grado de estrés que los hombres en función a cinco escalas de las siete que presenta el PQ, las cuales son: problemas con el futuro, con los padres, con los pares, en el ámbito interpersonal y con el sí mismo. Estos resultados podrían explicarse en el hecho de que son las mujeres las que perciben de manera más estresante los eventos externos, y unido a esto puede encontrarse el hecho de que ellas son las más vulnerables a presentar sintomatología psicopatológica, ya que usualmente se perciben como incapaces de superar los problemas o estresores (Casullo et al., 2003; Frydenberg, 2004). Esto se diferencia de los hombres, ya que los estudios indican que ellos suelen enfrentar las situaciones con mayor optimismo en el momento; sin embargo, luego optan por mecanismos evitativos, ignorando y negando los problemas (Frydenberg y Lewis, 2000; Seiffge-Krenke, 1995). Por tanto, es posible que los

hombres del presente estudio hayan reportado un nivel menor de estrés en todas las situaciones problemas del PQ, en comparación a las mujeres, debido a su estilo evitativo frente a los estresores cotidianos. De esta manera, es relevante tener en cuenta las diferencias de género en relación a la respuesta y estilo de afrontamiento, ya que esto influye en la respuesta dada por los adolescentes.

Un resultado interesante es el presentado en relación al estrés asociado a los problemas con el futuro. Se observa, como se ha mencionado, que las mujeres tienen un mayor grado de preocupación en dicha área. Al respecto, Greene y DeBaker (2004) señalan, a partir de una serie de estudios, que las mujeres tendrían un mayor conflicto en relación a los logros de sus metas, dado que tienen una perspectiva de tiempo más corta; es decir, consideran que poseen menos tiempo de lo necesario para llevar a cabo todos sus objetivos. A diferencia de los hombres que presentan una perspectiva de tiempo más larga, consideran que poseen más tiempo para cumplir sus objetivos. Además, Díaz-Morales (2006) señala que las mujeres persiguen una mayor diversidad de objetivos en comparación a los hombres; siendo ellas las que muestran un mayor nivel de preocupación en la planificación de alternativas laborales desde más corta edad. Los autores señalan que lo anteriormente expuesto, podría ser reflejo del cambio que ha marcado a las sociedades occidentales en las últimas décadas, manteniendo las mujeres objetivos en torno al matrimonio y la familia a los que se les suman los relacionados con el empleo y la carrera profesional, pues éstas se han incorporado gradualmente al mercado laboral.

En función a la diferencia entre sexos según los problemas con los padres, pares y en el ámbito interpersonal, es posible que el resultado hallado se deba a que las prácticas de socialización de las mujeres enfatizan las relaciones sociales mediante el fomento de la confianza y la empatía hacia los demás; lo que indicaría que las mujeres le otorgan prioridad al mantenimiento de las relaciones interpersonales, mostrándose más preocupadas por los sentimientos de los demás, como se ha mencionado previamente. En contraste, la socialización para los hombres no posee gran relevancia, ya que en ellos priman las conexiones con los demás mediante el fomento de la independencia, autonomía y autosuficiencia (Seiffge-Krenke, 2011).

Por otro lado, el índice de masa corporal (IMC) es una de las variables que presenta mayor relevancia para evaluar las características relacionadas al riesgo de los TA. Los

estudios indican que los adolescentes con sobrepeso son los que presentan un mayor porcentaje de conductas asociadas a los TA; y a su vez, identifican que los adolescentes con bajo IMC presentan también dichas conductas. Ello permite conocer el grado de distorsión que ambos grupos tienen en relación a su imagen corporal (Unikel, et al., 2002).

En el presente estudio se encontraron algunos datos preocupantes relacionados al IMC de la población estudiada, debido a que hubo 19 casos de adolescentes con bajo peso, de los cuales 5 presentan desnutrición del tercer nivel ($IMC \leq 16$); 125 adolescentes con peso normal y 20 adolescentes con sobrepeso. Específicamente, se evidenció que en los adolescentes a mayor IMC, mayor era el grado de insatisfacción corporal (se observa que los adolescentes con sobrepeso presentan el doble de insatisfacción corporal que los adolescentes con IMC normal al comparar las medias). Sin embargo, hay que tomar dichos resultados de forma no concluyente, debido a la diferencia en el número de adolescentes de la muestra con IMC normal y aquellos con sobrepeso o bajo peso.

El seguimiento de dietas desempeñaría un papel central en los problemas relacionados con la alimentación y el peso (López-Guimerá y Sánchez, 2010) y, la insatisfacción corporal y un IMC elevado, serían factores asociados con regímenes alimentarios extremos (Canadian Pediatric Society, 2004, Barker et. al., 2000 citados en López- Guimerá y Sánchez, 2010), existiendo diversas investigaciones que lo corroboran (Barker et. al., 2000; Boutelle et. al. 2002; Jones et. al. 2001; Mc Vey, Tweed y Blackmore, 2004). De este modo, los adolescentes con dicho índice de masa corporal e insatisfacción con el cuerpo son un grupo de riesgo dentro de la muestra, pues además se encuentran en una condición que es fuertemente estigmatizada por la sociedad occidental (Puhl, Andreyeva y Brownell, 2008; Puhl y Heuer, 2009).

Asimismo, otra evidencia significativa fue encontrar que los adolescentes con IMC normal e IMC de sobrepeso, presentaron mayores grados de obsesión por la delgadez. Estos resultados confirman la intensa relación que existe entre la obesidad y la valoración negativa que se le atribuye a una persona con sobrepeso, generando que dichas personas estén constantemente pendientes de su peso e imagen corporal. Raich (2004) menciona que existe una autoestima física, la cual se encuentra ligada con el grado de insatisfacción corporal y se refiere a que cuando el individuo percibe su cuerpo alejado de la figura idealizada de belleza, experimentará sensaciones y pensamientos negativos, como

frustraciones y autocrítica, sintiéndose constantemente evaluado y rechazado. Estos pensamientos y sentimientos negativos van a actuar como motor para la realización de conductas poco saludables en relación al deseo de reducir el peso (McCabe y Ricciardelli, 2009). De este modo, se aprecian resultados que corroboran que la insatisfacción a nivel de la imagen corporal se relaciona con el tamaño del cuerpo, en un grupo además que evolutivamente se encuentra en una etapa de incremento de la masa corporal (Cruz y Maganto, 2002).

A partir de los mismos resultados podemos también notar que los adolescentes que presentan un IMC bajo son quienes presentan menor grado en la escala de obsesión por la delgadez. Estos hallazgos se confirman con los resultados encontrados por Lúcar (2012), el cual muestra que la mayoría de las adolescentes que presentan bajo peso responden con una valoración “buena” o “muy buena” a la pregunta “¿cuán contenta te sientes con tu cuerpo?”. Esto evidencia la influencia que tiene la delgadez sobre la satisfacción de los adolescentes, sintiéndose reforzados al percibir que se encuentran dentro del prototipo de belleza (Cruz y Maganto, 2002).

En función al grado de estrés dado por el PQ y la variable IMC, se halló que los adolescentes con IMC dentro del rango normal, presentan mayor grado de estrés relacionado con los problemas en el ámbito interpersonal, en comparación con los que presentan IMC caracterizado como sobrepeso. Estos resultados no se encuentran dentro de lo esperado, ya que se evidencia que a pesar de que el peso sea el adecuado, los adolescentes igualmente perciben las relaciones interpersonales como altamente estresantes. Dicho resultado visto desde una perspectiva contraria, contribuye al conocimiento de que los adolescentes que presentan un IMC de sobrepeso, presentan menor grado de estrés respecto a los problemas en el ámbito interpersonal, lo cual podría deberse a que los adolescentes con exceso de peso, al verse y sentirse más alejados del ideal estético de belleza, se encuentran expuestos a una mayor presión por parte de los modelos de los medios de comunicación, sus compañeros y familiares. Es posible, de este modo, que dichos adolescentes (con sobrepeso) tengan una baja autoestima, aislándose socialmente, en una etapa cronológica que privilegia el cuerpo y su belleza. Esto último puede llevar al adolescente hacia un desinterés y desgano en temas relacionados con las relaciones

interpersonales (Clay, Vignoles y Dittmar, 2005; Unikel, et al., 2002), y por ende no problematizarse por ello.

En conclusión, a partir de los hallazgos encontrados en el presente estudio, se corrobora la clasificación de los TA como trastornos multifactoriales; ya que en general los resultados muestran cómo interactúan los factores psicosociales como el contexto social, influencia de medios de comunicación, y características personales y familiares; con los estresores de la vida cotidiana (presentados a partir del PQ). Cabe mencionar, que a pesar de que la mayoría de los resultados resaltan la predisposición del grupo de mujeres a presentar estrés y sintomatología de TA; el presente estudio brinda aportes respecto al comportamiento de los adolescentes varones, encontrando que estos adolescentes no se encuentran del todo satisfechos con su imagen corporal. Sin embargo, se requiere de una evaluación más profunda para conocer con mayor detalle las conductas alimenticias por las cuales los varones canalizan su estrés, como por ejemplo, el uso de productos altamente proteicos y ejercicio muscular excesivo.

Respecto a las limitaciones del estudio, es importante señalar que al contar con instrumentos de autoreporte puede que las respuestas de estos adolescentes no reflejen el grado de estrés que perciben, los problemas, las emociones, sensaciones y cogniciones, ya que muchas veces dichos aspectos no son conscientes para ellos.

El uso del Cuestionario de problemas (PQ) como una herramienta en la investigación, evalúa el estrés desde un enfoque situacional, permitiendo identificar en qué situaciones se presenta un mayor grado de estrés; para así poder reconocer hacia qué áreas deben dirigirse los programas preventivos. Sin embargo, se considera que sería de mayor utilidad contar con un instrumento más específico que presente con mayor detalle en sus ítems las manifestaciones de cada una de las áreas. Por ejemplo, en el caso específico de la situación problema relacionada al colegio, utilizando como base a Muñoz (2003), se reconoce que es posible diferenciar dentro de la misma escala varios tipos de situaciones académicas como la evaluación, la sobrecarga de tareas, la relación con los profesores y la adaptación a las diferentes demandas y responsabilidades de un ambiente académico competitivo.

Por otro lado, se recomienda para futuras investigaciones, utilizar una metodología que permita obtener resultados que brinden causalidad entre las variables del estudio. De la

misma manera, la realización de estudios longitudinales, por medio de los cuales se pueda determinar el rol que tiene el estrés en relación a la sintomatología de los TA, ya que el estrés puede estar precipitando y a la vez manteniendo esta sintomatología. Adicionalmente, se considera importante la realización de estudios donde se incluyan los estilos y estrategias de afrontamientos, en la relación con la sintomatología de los trastornos alimenticios.

Asimismo, es de suma importancia reconocer los escasos estudios en los cuales se priorizan los TA en varones; por ello, es recomendable continuar explorando la sintomatología de los trastornos alimenticios en muestra masculina. Conocer con mayor claridad los factores de riesgo, los detonantes y los factores mantenedores de los TA específicos en varones, permitirá la creación de instrumentos que caractericen de mejor manera a dicha población.

La relevancia de investigar la relación entre el grado de estrés y la presencia de sintomatología de los TA radica esencialmente en la posibilidad de utilizar los hallazgos para la elaboración de programas de prevención dirigidos a adolescentes escolares y preuniversitarios para que puedan manejar su estrés de manera adaptativa en lugar de recurrir a conductas poco saludables, entre ellas, aquellas relacionadas a los TA. Dicha prevención se puede promover desde las escuelas, donde se fomenten las ventajas de una vida sana, del deporte y la nutrición, promoviendo un autoconcepto adecuado, afianzando su autoestima y fortaleza emocional de los adolescentes. Asimismo, se recomienda la realización de actividades dirigidas a la familia, para que en ellas se desarrollen hábitos alimenticios sanos y actitudes adecuadas con respecto al peso, dietas e imagen corporal en general.

Referencias

- Acevedo, J. (2008). La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Acosta, M., Gómez, G. (2003). *Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol 3 (1), 9-21.
- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a Ed.). Washington DC.
- Ascenzo, F. (2012). *Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ball, K. y Lee, C. (2000). *Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: a review*. Psychology and Health, 14, 1007-1035.
- Bardone-Cone, A., Brownstone, L., Higgins, M., Harney, M. y Fitzsimmons-Craft, E. (2012). *Predicting Difficulties Controlling Overeating and Drinking When Experiencing Negative Affect in Undergraduate Women*. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol. 31 (10). 1051-1073.
- Barra, E. (2003). Estrés y salud. *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bay, L.; Rausch Herscovici, C.; Kovalskys, I.; Berner, E.; Orellana, L. & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (4), 305-316.
- Benedito, M., Perpiñá, T., Botella, A. y Baños, R. (2003). *Body image and restrictive eating behavior in adolescents*. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I. Castellón: España.
- Bennett, D., Cooper, C. (1999). *Eating disturbance as a manifestation of the stress process: a review of the literature*. Stress Medicine, 15, 167-182.
- Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G. & Cierpka, M. (2003). Family Representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of Bulimia.

- Berger, K. (2004). *Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia*. 6ª Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Blodgett, E. y Lemer, J. (2012). *Associations Between Multiple Types of Stress and Disordered Eating Among Girls and Boys in Middle School*. *Journal of Child & Family Studies*. New York: Springer.
- Calderón, J. (2001). *Búsqueda de ayuda en un grupo de adolescentes para afrontar sus dificultades*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima: Perú.
- Carrasco, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2009). *Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales*. *Terapia Psicológica*.m Vol 27 (1)
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Piramide.
- Castro de la Mata, R. y Rojas, M. (1998). *Los jóvenes en el Perú: Opiniones, actitudes y valores*. Monografía de Investigación de CEDRO n° 16. Lima: CEDRO.
- Casullo, M., Cruz, M., González, R. y Maganto, C. (2003). *Síntomas Psicopatológicos en adolescentes: Estudio Comparativo*. RIDEP, Vol 16 (2). 135-151.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students: the role of stress, coping and expectancies*. Katholieke Universiteit: Leuven.
- Clay, D. Vignoles, V. y Dittmar, H. (2005). *Body Image and Self-Esteem Among Adolescent Girls: Testing the Influence of Sociocultural Factors*. *Journal of Research on Adolescence*, 15 (4). University of Sussex: London.
- Coleman, J. y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Cuarta Edición. Madrid: Morata.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., y Wadsworth, M., (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research*. *Psychological Bulletin*. 127(1), 87-127.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). *Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes*. *Revista de Psicología General y Aplicativa*. 55(3), 455-473.

- De Dios, J. (2000). *Factores de vulnerabilidad en los TCA*. I Congreso Virtual de Psiquiatría.
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm
- De las Casas, P. (2008). *Un cuerpo sin sombras. Anorexia y bulimia, una relectura en Freud*. Lima: Fondo Editorial Universidad Mayor de San Marcos.
- Díaz Morales, J. y Martínez, P. (2004). *Metas y satisfacción vital en adolescentes españoles y peruanos según sexo y nivel socioeconómico*. Revista de Psicología, 22(1), pp. 123-149.
- Díaz-Morales, J. (2006). *Estructura factorial y fiabilidad del Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo*. Psicothema. Vol. 8 (3).
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, A. (2010). *Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressure: gender and age differences*. Salud Mental. 33(1), 21-29.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). *La imagen corporal en los trastornos alimenticios*. Psicothema. Vol 13 (4).
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Nau Libres: Valencia.
- Facchini, M. (2006). *La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones?* Pediatría práctica: Argentina. 104 (2).
- Fantín, Florentino y Correché, (2005). *Estilos de personalidad y Estrategias de afrontamiento en Adolescentes de una escuela Privada de la ciudad de San Luis*. Fundamentos en Humanidades. Vol. 4(1),159-176.
- Feldman R. (2007). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Fernández, M., Calado, M., Rodríguez, y Fernández, M. (2003). *Hábitos alimenticios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimenticios*. International Journal of Clinical and Health Psychology. 3(1), 23-33.
- Forns, M. et al. (2004). *Sistema de Codificación y Análisis Diferencial de los Problemas de los Adolescentes*. En: Psicothema, Vol. 16 (4), pp. 646 – 656.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2000). *Teaching coping to adolescents: When and to Whom?* American Educational Research Journal, 37 (3), 727-745.
- Frydenberg, E. (2004). *Coping competencias: What to teach and when*. Theory Into Practice, 43 (1), 14-22.

- Fryer, S., Waller, G. y Stenfert Kroese, B. (1997). *Stress, Coping, and Disturbed Eating Attitudes in Teenage Girls*. John Wiley & Sons, 427-436.
- Gabilondo, R. (2009). Representaciones Mentales del Self en un grupo de pacientes con Bulimia Nerviosa. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- García-Grau, E., Fuste, A., Miró, A., Saldaña, C. y Bados, A. (2004). *Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys*. *European Eating Disorders Review*. 12, 61-67.
- García, M. y Peralbo, M. (2001). *La adquisición de autonomía conductual durante la adolescencia: expectativas de padres e hijos*. *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 24 (2).
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Tea Ediciones.
- Gómez-Fraguela, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006) *Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6 (3).
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self psychological perspective. En: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Londres: The Guilford Press.
- Greene, B. y DeBaker, T. (2004). *Gender and Orientations Toward the Future: Links to Motivation*. *Educational Psychology Review*, 16 (2).
- Grieve, P. (2002). *Crisis de adolescencia: normalidad y patología. El aporte del psicoanálisis*. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de Niños*. *Transiciones*, 4, 99-110.
- Griffiths, J. y Troop, N. (2006). *Disgust and fear ratings of eating disorder-relevant stimuli: Associations with dieting concerns and fat intake*. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19 (4), 421-433.
- Grilo, C., Pagano, M., Stout, R., Markowitz, J., Ansell, E., Pinto, A., Zannarini, M., Yen, S. y Skodol, A. (2012). *Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: six year prospective outcomes*. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, USA.

- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI—2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos Alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Herrera, T. (2008). *Validez y confiabilidad del inventario sobre trastornos alimenticios (ITA) en una muestra de adolescentes universitarios y pre-universitarios de Lima-Metropolitana*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Instituto Especializado de Salud Mental (IESM). Lima. (2002) *Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002*. Informe General. Vol. XVIII, Nros. 1 y 2.
- Kogan, L. (2011). Jóvenes y viejos: ¿el cuerpo como locus de identidad?. En: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (5), 15-24.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- López, J. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia: educación en valores para la prevención del comportamiento alimentario*. Nau Libres: Valencia.
- López-Guimerá, G. y Sánchez, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Pirámide: Madrid.
- Loreto, M., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. (2006). *Prevalencia de riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana*. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol. 77 (2).
- Lúcar, M. (2012). *Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Luque, B. (2008). *El itinerario profesional de las mujeres jóvenes: una carrera de obstáculos*. *Anuario de Psicología*. Vol. 39 (1). 101-107.
- Márquez, M. y Jáuregui, I. (2006). *La imagen de la mujer en los medios de comunicación: textos periodísticos y publicitarios*. *Revista de estudios literarios*. Universidad Complutense de Madrid.

- Martínez, P. y Morote, R. (2001) *Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento*. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XIX (2).
- Martínez, P., Zusman, L. Hartley, J. Morote, R. y Calderón, A. (2003). *Estudio Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana*. En Revista de Psicología de la PUCP. 21 (2).
- Maganto, C. & Cruz, S. (2002). *La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios*. Revista de Psicología de la PUCP, 20, 2, 197- 223.
- McCabe, M. y Ricciardelli, L. (2009). *Extreme Weight Change Behaviours: Are Overweight and Normal Weight Adolescents Different, and Does this Vary Over Time?* School of Psychology, Deakin University, Australia: Melbourne.
- Melin, P. y Araújo, A. (2002). *Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 24 (3).
- Montenegro, C. (2001). *Adaptación del cuestionario de problemas y del cuestionario de afrontamiento a través de situaciones (CASQ) en escolares de primer y quinto año de secundaria de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Muñoz, F. (2003). *El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Murawski, B. Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2009). *Hábitos alimenticios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias*. Anuario de Investigaciones v. 16. UBA: Buenos Aires.
- Nuño, B., Celis, A. y Unikel, C. (2009). *Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo*. Revista de Investigación Clínica. 61 (4), 286-293.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales*. Ginebra: OMS.
- Ortega, X. y Delgado, A. (2010). *Identidad de género: ¿obstáculo al desarrollo o acceso a la equidad?* Santiago de Cali: Universidad Icesi. 271-282.
- Palmer, B. (2001). *Helping people with eating disorders (A clinical guide to assessment and treatment)*. London: John Wiley and sons, LTD.
- Papalia, D., Wendkos, S., Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

- Patterson, S.J., Sochting, I., Marcia, J.E. (1992) *The Inner Space and Beyond : Women and Identity*. In G.R. Adams, T.P. Gullota & R. Montemayor (Eds.) *Adolescent Identity Formation*. California : Sage Publications.
- Phelps, S. y Jarvis, P. (1994). *Coping in adolescence: Empirical Evidence for theoretically based approach to assessing doping*. *Journal of Youth and Adolescence*. 23 (3), 350-371.
- Polivy, J. y Herman, C. (2002). *Causes of Eating Disorders*. *Annual Review of Psychology* 53:187-213.
- Polivy, J. y Herman, C. (1985). *Dieting and bingeing: A causal analysis*. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Puhl, R., Andreyeva, T. y Brownell, K. (2008). *Perception of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America*. *International Journal of Obesity*. 32.
- Puhl, R. y Heuer, C. (2009). *The Stigma of Obesity: A Review and Update*. *Obesity*. Vol. 17 (5).
- Raich, R. (2002). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22 (1), 15-27.
- Rivarola, M. (2003). *La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimenticios*. *Fundamentos en Humanidades*. Año IV. Universidad Nacional de San Luis.
- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia Nerviosa*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Ruggiero, G., Levi, D., Ciuna, A. y Sassaroli, S. (2003). *Stress Situation Reveals an Association between Perfectionism and Drive for Thinness*. *International Journal Eat Disord* 34, 220-226.
- Salazar, Z. (2007). *Imagen corporal femenina y publicidad en revistas*. *Revista de Ciencias Sociales*. Vol 2(116), 71-85.
- Salazar, Z. (2008). *Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez*. *Rev. Reflexiones*. 87(2), 67-80.

- Sandín, B. (1995). *El estrés*. En: A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2003). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol 3 (1). 141-157.
- Santrock, W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. 10.ª edición.
- Sassaroli, S. y Ruggiero, G. (2005). *The Role of Stress in the Association between Low Self-Esteem, Perfectionism, and Worry, and Eating Disorders*. International Journal Eat Disord. 37, 135-141.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationship in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Social support and coping style as risk and protective factors*. En: Adolescents' Health: Developmental Perspective. Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N. y Poeb lau, M. (2001). *Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescent*. European Psychologist, Vol. 6 (2), 123-132.
- Seiffge-krenke, I. (2006). *Coping with relationship stressors: the impact of different working models of attachment and links to adaptation*. Journal of youth and adolescence. Vol. 35(1).
- Seiffge-krenke, I. (2011). *Coping with Relationship Stressors: A Decade Review*. Journal of Research on Adolescence. 21 (1)
- Seiffge-Krenke, I., Pakalnishiene, V. (2011). *Who shapes whom in the family: reciprocal links between autonomy support in the family and parents and adolescents coping behaviors*. J. Youth Adolescence.
- Serrano, M. y Flores, M. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, Vol 15 (2), 221-230.
- Sharpe, T., Ryst, E., Hinshaw, S. y Steiner, H. (1997). *Reports of stress: A comparison between eating disordered and non-eating disordered adolescents*. Child Psychiatry and Human Development, Vol 28 (2), 117-132.
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica Panamericana S.A.: Madrid.

- Surrey, J. (1985). *Self-in-Relation: A Theory of Women's Development. Work in Progress No. 13. Wellesley, MA: Stone Center, Working Paper Series*
- Thurfjell, B., Eliasson, M., Swenne, I., Knorrning, A. y Engstrom, I. (2006). *Perceptions of Gender Ideals Predict Outcome. Eating Disorder.*
- Treasure, J., Claudino, A. & Zucker, N. (2010). *Eating Disorders.* The Lancet. London. Vol. 375, Iss. 9714, p.583-93.
- UNESCO (2005). *Radares: Investigación sobre el adolescente escolar en el Perú.* Lima: UNESCO.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). *Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años.* Salud Mental, Vol. 25 (2).
- Vásquez, R.; López, X., Álvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, Vol. 12, N° 3, 2004, pp. 415-427
- Vinet, E. y Salvo, S. (2005). *Adolescentes no consultantes en riesgo: una evaluación a través del MACI.* Universidad de Barcelona. Vol 36 (1), 83-97.
- Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas.* (Tesis inédita de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

ANEXOS



A. Ficha de datos

1) Edad: _____

2) Sexo: () Hombre () Mujer

3) Colegio: _____

Año de estudios: () 4to () 5to

Sección: _____

4) ¿Asistes a una academia pre-universitaria? () Sí () No

Si tu respuesta es sí:

| | |
|---------------------------------------|--|
| ¿A cuál academia asistes? | |
| ¿Hace cuánto tiempo? | |
| ¿Cuánto horas a la semana le dedicas? | |

5) ¿Con quienes vives en la casa? (Marca todos los que quieras)

() papá

() tíos

() amigos

() mamá

() abuelos

() solo

() hermanos

() primos

() otro

¿cuántos? _____

especificar _____

6) ¿En qué distrito vives? _____

7) Peso real: _____

Peso ideal: _____

(el peso que te gustaría tener)

8) Talla real: _____

9) ¿Has hecho o intentado hacer alguna dieta en los últimos 6 meses?

() Sí

() No

¿En qué consistía tu dieta? _____

B. Consentimiento para padres

Estimados padres de familia,

Soy Marilú Franco López, tesista de la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con código 20064791. Con la autorización de la dirección y el psicopedagógico del colegio, aplicaré unos cuestionarios a los alumnos de 4to y 5to de Secundaria. Dichos cuestionarios nos permitirán conocer cómo los alumnos responden a diferentes situaciones que pueden ser estresantes para ellos, y cómo esto puede relacionarse con su comportamiento alimenticio. Los resultados de dicho estudio serán entregados al colegio, de modo que puedan conocer cómo se encuentran sus alumnos en dichos aspectos; y a su vez, usar dicha información en beneficio de los mismos.

La participación de sus hijos en el estudio es estrictamente voluntaria y, la información que se recoja será confidencial. Las respuestas a los cuestionarios serán codificadas utilizando números de identificación, lo que garantiza el anonimato de sus hijos.

Para mí, y como parte de mi responsabilidad profesional, es fundamental que ustedes estén informados y que brinden su aprobación para que su hijo(a) forme parte del estudio.

De tener alguna duda sobre el estudio, puede contactarme al correo electrónico marilu.franco@pucp.pe (C. 987815291) o a mi asesora de tesis, Silvana Romero al correo electrónico silvana.romero@pucp.edu.pe (C. 987719897).

Agradezco su atención,

Marilú Franco López
Tesista de psicología de la PUCP

.....
Por favor devolver esta circular

He sido informado del estudio que realizará la Srta. Marilú Franco López. Tengo conocimiento de los objetivos y el procedimiento del estudio, ACEPTO () NO ACEPTO () que mi hijo(a) _____ participe voluntariamente en el mismo.

Firma

Fecha

C. Asentimiento para los adolescentes

La presente investigación es conducida por Marilú Franco López, alumna de doceavo ciclo de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es entender cómo los adolescentes de entre 15 y 18 años aprox. se adaptan a diversas situaciones y el efecto que éstas tienen en ellos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 35 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Marilú Franco López. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es entender cómo los adolescentes de entre 15 y 18 años se adaptan a diversas situaciones y el efecto que éstas tienen en ellos.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 35 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marilú Franco López al correo electrónico marilu.franco@pucp.pe

Firma del Participante

Fecha

D. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del EDI-2

1. Confiabilidad de los sub-test principales del EDI-2

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|--|---------------------------------|--|---|---------------------------------|--|
| Obsesión por la delgadez $\alpha = 0,82$ | | | Bulimia $\alpha = 0,65$ | | |
| EDI1 | .098 | .862 | EDI4 | .284 | .640 |
| EDI7 | .748 | .764 | EDI5 | .259 | .642 |
| EDI11 | .696 | .776 | EDI28 | .497 | .576 |
| EDI16 | .631 | .786 | EDI38 | .316 | .626 |
| EDI25 | .245 | .839 | EDI46 | .572 | .529 |
| EDI32 | .733 | .767 | EDI53 | .228 | .647 |
| EDI49 | .806 | .752 | EDI61 | .400 | .606 |
| Insatisfacción corporal $\alpha = 0,72$ | | | | | |
| EDI2 | .230 | .724 | | | |
| EDI9 | .386 | .697 | | | |
| EDI12 | .497 | .674 | | | |
| EDI19 | .445 | .685 | | | |
| EDI31 | .333 | .706 | | | |
| EDI45 | .399 | .694 | | | |
| EDI55 | .508 | .672 | | | |
| EDI59 | .244 | .717 | | | |
| EDI62 | .485 | .676 | | | |

n=208

E. Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del PQ

1. Confiabilidad Total del PQ

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|--|---------------------------------|--|-------|---------------------------------|--|
| Total PQ $\alpha = 0,96$ | | | | | |
| PQ1 | .264 | .959 | PQ33 | .620 | .958 |
| PQ2 | .321 | .959 | PQ34 | .562 | .958 |
| PQ3 | .372 | .959 | PQ35 | .631 | .958 |
| PQ4 | .431 | .959 | PQ36 | .564 | .958 |
| PQ5 | .358 | .959 | PQ37 | .463 | .959 |
| PQ6 | .370 | .959 | PQ38 | .526 | .959 |
| PQ7 | .412 | .959 | PQ39 | .657 | .958 |
| PQ8 | .372 | .959 | PQ40 | .530 | .959 |
| PQ9 | .432 | .959 | PQ41 | .465 | .959 |
| PQ10 | .186 | .960 | PQ42 | .621 | .958 |
| PQ11 | .451 | .959 | PQ43 | .637 | .958 |
| PQ12 | .400 | .959 | PQ44 | .299 | .959 |
| PQ13 | .346 | .959 | PQ45 | .499 | .959 |
| PQ14 | .472 | .959 | PQ46 | .534 | .959 |
| PQ15 | .468 | .959 | PQ47 | .599 | .958 |
| PQ16 | .508 | .959 | PQ48 | .523 | .959 |
| PQ17 | .480 | .959 | PQ49 | .667 | .958 |
| PQ18 | .496 | .959 | PQ50 | .471 | .959 |
| PQ19 | .530 | .959 | PQ51 | .685 | .958 |
| PQ20 | .526 | .959 | PQ52 | .540 | .959 |
| PQ21 | .548 | .958 | PQ53 | .520 | .959 |
| PQ22 | .507 | .959 | PQ54 | .232 | .960 |
| PQ23 | .538 | .959 | PQ55 | .584 | .958 |
| PQ24 | .469 | .959 | PQ56 | .517 | .959 |
| PQ25 | .540 | .959 | PQ57 | .581 | .958 |
| PQ26 | .433 | .959 | PQ58 | .627 | .958 |
| PQ27 | .585 | .958 | PQ59 | .631 | .958 |
| PQ28 | .592 | .958 | PQ60 | .524 | .959 |
| PQ29 | .638 | .958 | PQ61 | .572 | .958 |
| PQ30 | .592 | .958 | PQ62 | .511 | .959 |
| PQ31 | .578 | .958 | PQ63 | .666 | .958 |
| PQ32 | .605 | .958 | PQ64 | .570 | .958 |

n=208

2. Confiabilidad de las escalas del PQ

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|---|---------------------------------|--|--|---------------------------------|--|
| Prob. Relacionados al colegio $\alpha = 0,71$ | | | Prob. En el ámbito interpersonal $\alpha = 0,71$ | | |
| PQ3 | 0.493 | 0.648 | PQ10 | 0.285 | 0.716 |
| PQ4 | 0.385 | 0.662 | PQ11 | 0.471 | 0.661 |
| PQ5 | 0.512 | 0.648 | PQ12 | 0.392 | 0.686 |
| PQ7 | 0.511 | 0.653 | PQ31 | 0.429 | 0.675 |
| PQ8 | 0.469 | 0.675 | PQ34 | 0.494 | 0.654 |
| | | | PQ35 | 0.584 | 0.625 |
| Prob. Relacionados con Futuro $\alpha = 0,77$ | | | Prob. Relacionados al sí mismo $\alpha = 0,84$ | | |
| PQ1 | 0.239 | 0.775 | PQ52 | 0.524 | 0.830 |
| PQ6 | 0.294 | 0.772 | PQ54 | 0.256 | 0.856 |
| PQ9 | 0.483 | 0.745 | PQ55 | 0.628 | 0.818 |
| PQ13 | 0.418 | 0.754 | PQ56 | 0.58 | 0.824 |
| PQ14 | 0.572 | 0.730 | PQ57 | 0.626 | 0.819 |
| PQ15 | 0.619 | 0.722 | PQ58 | 0.665 | 0.815 |
| PQ16 | 0.514 | 0.740 | PQ59 | 0.593 | 0.822 |
| PQ38 | 0.374 | 0.761 | PQ60 | 0.516 | 0.831 |
| PQ61 | 0.538 | 0.737 | PQ63 | 0.628 | 0.819 |
| Prob. Relacionados con los pares $\alpha = 0,87$ | | | Prob. Relaciones amorosas $\alpha = 0,81$ | | |
| PQ2 | 0.179 | 0.884 | PQ44 | 0.338 | 0.816 |
| PQ27 | 0.704 | 0.847 | PQ45 | 0.599 | 0.782 |
| PQ28 | 0.685 | 0.849 | PQ46 | 0.555 | 0.787 |
| PQ29 | 0.653 | 0.852 | PQ47 | 0.586 | 0.782 |
| PQ30 | 0.651 | 0.851 | PQ48 | 0.549 | 0.788 |
| PQ32 | 0.592 | 0.856 | PQ49 | 0.705 | 0.764 |
| PQ33 | 0.694 | 0.847 | PQ50 | 0.458 | 0.802 |
| PQ43 | 0.676 | 0.849 | PQ64 | 0.450 | 0.802 |
| PQ51 | 0.610 | 0.855 | | | |
| PQ53 | 0.423 | 0.869 | | | |
| Prob. Relacionados con los padres $\alpha = 0,89$ | | | | | |
| PQ17 | 0.535 | 0.884 | | | |
| PQ18 | 0.633 | 0.880 | | | |
| PQ19 | 0.662 | 0.879 | | | |
| PQ20 | 0.621 | 0.881 | | | |
| PQ21 | 0.656 | 0.880 | | | |
| PQ22 | 0.58 | 0.883 | | | |
| PQ23 | 0.581 | 0.883 | | | |
| PQ24 | 0.512 | 0.885 | | | |
| PQ25 | 0.546 | 0.884 | | | |
| PQ26 | 0.455 | 0.887 | | | |
| PQ36 | 0.468 | 0.887 | | | |
| PQ37 | 0.499 | 0.886 | | | |
| PQ39 | 0.586 | 0.882 | | | |
| PQ40 | 0.408 | 0.889 | | | |
| PQ41 | 0.374 | 0.890 | | | |
| PQ43 | 0.618 | 0.881 | | | |

n=208

F. Pruebas de Normalidad

1. Prueba de normalidad por sexo

| | | Kolmogorov-Smirnov ^a | |
|---------------------------------------|--------|---------------------------------|-------|
| | | Z | p |
| Insatisfacción corporal | Hombre | .145 | .000 |
| | Mujer | .115 | .001 |
| Bulimia | Hombre | .298 | .000 |
| | Mujer | .249 | .000 |
| Obsesión por la delgadez | Hombre | .222 | .000 |
| | Mujer | .183 | .000 |
| Problemas relacionados al colegio | Hombre | .082 | .095 |
| | Mujer | .080 | .081 |
| Problemas relacionados con el futuro | Hombre | .066 | .200* |
| | Mujer | .085 | .052 |
| Problemas relacionados con los padres | Hombre | .080 | .126 |
| | Mujer | .074 | .174 |
| Problemas relacionados con los pares | Hombre | .092 | .037 |
| | Mujer | .118 | .001 |
| Problemas en el ámbito interpersonal | Hombre | .059 | .200* |
| | Mujer | .087 | .043 |
| Problemas con las relaciones amorosas | Hombre | .103 | .012 |
| | Mujer | .086 | .045 |
| Problemas relacionados a sí mismo | Hombre | .085 | .075 |
| | Mujer | .082 | .068 |

n=208