

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA



**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO SOBRE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS (ITA) EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES
VARONES UNIVERSITARIOS Y PRE UNIVERSITARIOS DE LIMA
METROPOLITANA.**

Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica.

Talía Giuliana Pamela Herrera Tapia

Lima, Perú

2008

**A mis padres Carlos y Yola,
por haberme dado la oportunidad de ser lo que quiero ser,
y haberme apoyado con todo su amor a lo largo de todos
estos años.**

**A Tati, Luis Carlitos, Oscar y amigos,
ustedes fueron, son y serán engranajes importantes
a lo largo de mi vida.**

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora y guía, Mónica Cassaretto. Por tu paciencia, gentileza, apoyo y enseñanzas constantes. Gracias por alentarme a llegar hasta el final... gracias por todo.

A Gabriel Tincopa, por la repetida y desinteresada ayuda en el proceso estadístico cuando más lo necesité.

A Enrique Vera, Elena Sáenz, Liz Pajares, Jaime Terrones, Antonio Quiroz, Glenda Rengifo, Doris Argumedo, y María Victoria Arévalo, por su ayuda al haber aceptado ser jurados en la investigación.

Finalmente, un agradecimiento especial a Joan Hartley, por su apoyo y por haber inspirado gran parte de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	1
1.1 Aspectos básicos de los trastornos alimentarios	1
1.2 Trastornos alimentarios en la adolescencia	10
1.3 Trastornos alimentarios en varones	15
1.4 Evaluación de los trastornos alimentarios	19
Planteamiento del Problema	26
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	29
2.1 Tipo de investigación	29
2.2 Participantes	29
2.3 Instrumentos	35
2.4 Procedimiento	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	41
3.1 Análisis psicométrico de las dimensiones	41
3.2 Análisis descriptivo y comparativo de la prueba en la muestra	63
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	98

Anexo A Hoja de consentimiento informado	99
Anexo B Ficha Sociodemográfica	100
Anexo C Inventario Sobre Trastornos Alimentarios	101
Anexo D Cuadro de la nueva composición factorial del ITA área I	111
Anexo D1 Cuadro de la nueva composición factorial del ITA área II	112
Anexo D2 Cuadro de la nueva composición factorial del ITA área III	113
Anexo D3 Cuadro de la nueva composición factorial del ITA área IV	114
Anexo D4 Cuadro de distribución de los PT de la muestra	115

RESUMEN

El trastorno de la conducta alimentaria es considerado como una de las patologías que cobra mayor importancia debido a su número creciente de víctimas a lo largo de los últimos años. Recientes estudios han demostrado que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa han aumentado su incidencia en la población masculina, lo que antes era prácticamente desconocido. La presente investigación tuvo como finalidad hacer un estudio de la validez y confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) de Joan Hartley, para saber si es posible utilizarlo en una población masculina. El inventario de 50 ítems con seis alternativas de respuesta tipo Likert, se administró a un grupo de 164 varones adolescentes pertenecientes a un centro universitario y pre universitario privados de Lima. La edad comprendida de los participantes fue entre 16 y 20 años. Luego de la administración, se inició el proceso de análisis, resultado que este inventario a pesar de tener una confiabilidad dentro de rangos adecuados ($\alpha = .591 - .901$), tiene una pobre validez de contenido y de constructo debido a que las áreas no logran funcionar como se planteó por la autora original en la muestra seleccionada. Es así, que a modo tentativo se hace una propuesta de un inventario reorganizado que consiste en 21 ítems que conforman 4 áreas. Cabe resaltar que esta última versión tiene única función de servir como una base altamente estructurada, para que a partir de ésta, se puedan realizar futuras investigaciones y construir una versión mejorada y completa.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, la belleza ha sido considerada como uno de los principales atributos de las personas. Incluso en la actualidad, se le otorga más importancia a la apariencia física, que a cualidades como la inteligencia, o características de personalidad (Lipovetsky, 1999). Es así, que no resulta difícil encontrar que los personajes o modelos expuestos por los medios de comunicación como televisión, revistas, afiches o diarios, reúnen un conjunto de atributos físicos que los hacen ser vistos como casi perfectos y deseados.

En las últimas décadas, se han ido gestando cambios socioculturales, en los que ya no sólo se asocia a la mujer como delgada y delicada; ahora el hombre también es centro de atención. Es así, que la representación que se tenía de la masculinidad se ha visto modificada, y se aleja de la antigua concepción en la que se veía al hombre como un macho viril, musculoso y tosco (Langley, 2006). Actualmente, los hombres que se muestran como modelos, lucen más delgados y andróginos, dando paso a una nueva exploración de la sexualidad masculina (Nardone, 2004).

Por otro lado, existen jóvenes que pasan de la niñez, a la pubertad y se encuentran en una transición hacia la adolescencia. Ellos vivencian una serie de cambios, tanto físicos, emocionales y cognitivos, los cuales los llevan a replantearse su identidad y la importancia de la aceptación social (Gonzalez-

Arratia, Romero y Valdez, 2004). Sin embargo, esta preocupación por ser aceptados dentro de un círculo social, está guiada principalmente por el físico. Las personas creen que para ser reconocidas y valoradas, es necesario que se vean bien, sobretodo esbeltos (Lipovetsky, 1999). Pero, cuando este ideal no coincide con la realidad física de las personas, se pueden generar distorsiones, entre ellas, los trastornos alimentarios, que parecen darles la esperanza de llegar a ser lo que quieren ser: delgados.

Durante los últimos años, se ha evidenciado que la cifra de varones que padecen trastornos alimentarios va en aumento, y sin embargo, puede hasta restársele importancia, ya que este desorden sigue presentándose principalmente en población femenina. Es por esto mismo, que la evaluación de trastornos alimentarios mediante inventarios dirigidos específicamente a una población masculina, es prácticamente desconocida (Hobza, Walker, Yakushko y Peugh, 2007; Ricciardellia, McCabe, Williams y Thompson, 2007).

Por lo expuesto anteriormente, surge el interés de adaptar un instrumento psicométrico que pueda llenar este vacío en la evaluación de trastornos alimentarios en varones, ya que sin tomar en cuenta mínimas diferencias, los criterios diagnósticos y sintomáticos de los desórdenes de la conducta alimentaria son los mismos para hombres y para mujeres, debido a que el núcleo de la patología, que es la preocupación por el peso y la figura, es igual en ambos sexos. Debido a esta situación, se decidió tomar un inventario previamente construido para una población femenina elaborado y aplicado por Joan Hartley (1999) y probar si este podría ser utilizado de la misma manera

para varones. En este sentido, la pregunta de investigación que surge es ¿Es válido y confiable el Inventario sobre Trastornos Alimentarios en un grupo de adolescentes peruanos de sexo masculino?

El objetivo principal que nace a partir de esta investigación, es validar Inventario sobre Trastornos Alimentarios en una población de adolescentes del sexo masculino.

Los beneficios que aporta esta investigación son múltiples. En primer lugar, existe un beneficio preventivo, ya que es importante conocer acerca de los trastornos alimentarios. De esta manera se podrá dar cuenta y hacer un llamado de atención sobre los riesgos que están implicados en la salud de esta población, y así, estar alertas ante cualquier indicio. En segundo lugar, este estudio es una contribución, debido a que no existen inventarios clínicos destinados a medir trastornos alimentarios en una población esencialmente masculina. En ese sentido, esta investigación sería un aporte útil y pionero en nuestro medio.

La presente investigación está organizada en diferentes capítulos. El primero desarrolla el marco teórico, en el que se definen y explican los trastornos alimentarios en relación a la adolescencia y el género masculino. Seguidamente, al final de este, se expone el planteamiento del problema. En el segundo capítulo se elabora la metodología, en la cual se explica el diseño, nivel, participantes y el procedimiento de la investigación. En el tercer capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir de la investigación.

Debido a lo actual del tema, esperamos encontrar resultados relevantes que ayuden a difundir el conocimiento de los trastornos alimentarios en varones, ya que hasta el presente son casi desconocidos. Se espera además, que el presente estudio, fomente la futura investigación en el campo de esta patología en varones, considerando que es un tema que aún no ha sido desarrollado en nuestro medio.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Aspectos Básicos de los Trastornos Alimentarios

Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan tanto a la población femenina como a la masculina (American Psychiatric Association APA, 2002). En realidad, se sabe que dichos trastornos se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado así como por una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (APA, 2002). La base de este trastorno se halla en una alteración psicológica y biológica (Raich, 2001), que llega a afectar considerablemente la salud, relaciones y actividades de las personas que padecen dicho trastorno.

Andersen, Woodeard y LaFrance (1995), mencionan que los desórdenes de la alimentación son devastadores y particularmente afectan a los adolescentes y a los adultos jóvenes. Diversos estudios sugieren que las conductas de los desórdenes de la alimentación ocurren en un continuum en el que por un lado se encuentra una conducta asintomática no frenada, y por el otro extremo se encuentran los desórdenes alimentarios en su forma clínica (Mazeo y Espalage, 2002). Es decir, la expresión de los trastornos alimentarios es diversa, por lo que podemos encontrar personas que parecen levemente afectadas, ya que no hacen mucha exhibición de las conductas sintomáticas, y

por otro lado, personas que claramente demuestren un trastorno devastador de la conducta alimentaria.

No se ha identificado una causa concreta en la aparición de los trastornos alimentarios, y tampoco sería adecuado atribuirla a un sólo factor. Sin embargo, actualmente se cree importante considerar una perspectiva multicausal que incluya factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales que interactúen entre sí (Weltzin, Weisensel, Franzcyk, Burnett, Klitz y Bean, 2005). Estos factores, además de ser los causantes de la patología, afectan el desarrollo intrapersonal y las relaciones interpersonales y pueden llevar a las personas a presentar afectos negativos, pensamiento obsesivo y comportamientos compulsivos.

Como mencionan Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003), estas entidades clínicas tienen una causalidad plurideterminada, donde intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, que entran en juego en un momento determinado.

Entre los síntomas más alarmantes de estos desordenes están las dietas tempranas, baja autoestima, familias rígidas o caóticas, pobre soporte parental, desórdenes del estado del ánimo como depresión y trastornos de ansiedad y el bombardeo de los medios de comunicación que enfatizan el ideal de la delgadez. Se sabe además, que en varones existen ciertos factores de riesgo que pueden inducir a desarrollar este trastorno, como por ejemplo la práctica exagerada de el ejercicio, la sexualidad precoz, presencia de co-morbilidad psiquiátrica y experiencias de vida negativas (Weltzin et al., 2005).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002), se incluyen básicamente dos trastornos alimentarios específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa se caracterizan por una excesiva preocupación por los alimentos y por un intenso temor a engordar. Acerca de esto, muchos autores afirman que dichas entidades comparten el mismo núcleo psicopatológico, pudiendo oscilar o alternarse en una misma persona (Martínez, Zusman, Hartley, Morote, Calderón, 2003).

La **anorexia nerviosa** es un trastorno grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por una reducción progresiva de la alimentación, hasta llegar al punto de rechazar totalmente la ingesta de comida (Nardone, 2004; Cervera, 2005).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) propone los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales,

exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Es importante recalcar, que el Criterio D ha sido propuesto para población exclusivamente femenina, ya que la prevalencia de la anorexia nerviosa sigue siendo mayor en mujeres. Sin embargo, Langley (2006), propone que a pesar de que en varones no existe un indicador tal como amenorrea, sí podemos hablar de una lentificación y hasta retroceso en el crecimiento físico de la talla y de los músculos. Independientemente de estos indicadores, queda claro que los síntomas y por lo tanto los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios, son los mismos, tanto en hombres, como en mujeres.

Se puede decir entonces, que la persona que padece de anorexia nerviosa, presenta un peso inferior al que sería de esperar para su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50 por ciento de las personas que lo padecen, usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. En el caso de los hombres, es más frecuente encontrar conductas relacionadas al ejercicio intenso, ya que a simple vista puede pasar desapercibida, como una conducta poco saludable (Raich, 2001).

Esta es una enfermedad que puede representar una amenaza para la vida. Cuando la enfermedad está instalada y el problema no es frenado a tiempo, la restricción alimentaria puede llevar progresivamente a una serie de desordenes físicos y psíquicos y a la inanición (Celada, 2003).

A nivel mental, las personas que sufren de anorexia padecen de una negación total o parcial de la enfermedad, ya que niegan constantemente la fatiga, hambre y sed. Además, aparecen otras manifestaciones físicas, como el crecimiento del vello corporal delgado y rizado, y en el caso de los hombres en particular, la poca posibilidad de desarrollar músculos. Asimismo, la temperatura basal disminuye por lo que éstas personas suelen sentir frío; hay intolerancia a las subidas de temperatura ambiental y rápido aumento de la temperatura corporal debido a la alteración de la termorregulación por disfunción hipotalámica y pérdida de los depósitos de grasa; desórdenes endocrinos como desinterés sexual; mal funcionamiento de los riñones; molestia digestiva, dolor estomacal y estreñimiento; y finalmente, afecta al cerebro por deterioro de la masa cerebral y predominio de la sustancia blanca (Celada, 2003).

Los individuos que padecen de anorexia tienen una imagen corporal distorsionada; aunque están a dieta constantemente y casi no comen nada, piensan que están demasiado gordos. Hay una obsesión y miedo ante la posibilidad de ser obesos y se presentan patrones comportamentales rígidos. Con frecuencia, son buenos estudiantes y sus padres los definen como “modelos a seguir”. Suelen ser autocríticos y tienen la sensación de no rendir bien aunque en sus actividades cotidianas, los resultados sean buenos (Celada,

2003). Pueden ser retraídos, dependientes o depresivos y se entregan a un comportamiento perfeccionista y repetitivo (Graber, Lewinsohn, Seeley y Brooks-Gunn, 2004).

La anorexia puede deberse a una combinación de factores genéticos y ambientales. Desde un punto de vista biológico surgen dos hipótesis. En primer lugar, se habla de una alteración hipotalámica para el sistema hormonal y de los neurotransmisores (noradrenalina) que regulan el comportamiento de comer. La segunda hipótesis supone alteraciones hormonales y de neurotransmisores como consecuencia de la reducción temporal de calorías (Celada, 2003). Por otro se han desarrollado investigaciones que sugieren la posibilidad de que sea la variante de un gen, el que posiblemente dé lugar a una disminución en las señales alimentarias en los pacientes anoréxicos. Sin embargo, poco se sabe acerca de este (Kaye, Devlin y Barbarich, 2004).

En cuanto a los factores ambientales, se sabe que el entorno familiar, en especial la relación que el joven tenga con la madre, es fundamental para el desarrollo de esta patología. Según Caparrós y Sanfeliú (1997) las madres de los pacientes, anoréxicos son descritas por los mismos como ansiosas, hipocondríacas, ambiciosas, sobreprotectoras, dominantes, restrictivas y con serias dificultades para percibir las propias necesidades de su hijos, lo que ocasiona una tendencia a mantener la confusión entre ambos, gracias a la dependencia.

La anorexia se inicia en la adolescencia entre los 13 y 18 años y en cuanto a la prevalencia de estas dolencias, se sabe que el 0.1% de los

adolescentes presenta este trastorno; de ellos entre el 5 y 10% de los casos son varones (Weltzin et al., 2005; Celada, 2003, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2002).

La **bulimia nerviosa**, es un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso (Raich, 2001). La persona regularmente ingiere enormes cantidades de alimento en un período breve, por lo común dos horas o menos, y luego trata de deshacerse de la elevada indigestión de calorías induciéndose el vómito, con dietas o ayunos estrictos, realizando ejercicio excesivamente vigoroso o con laxantes, enemas o diuréticos para purgarse. Estos episodios en los que se presenta un exceso de comida, son denominados atracones, y ocurren, al menos dos veces a la semana durante por lo menos tres meses (APA, 2002).

A las personas que sufren de bulimia les obsesiona su peso y forma corporal. No se vuelven anormalmente delgados, sino que sus hábitos alimentarios hacen que se avergüencen, menosprecien y depriman. Tienen una baja autoestima, una imagen corporal de delgadez ideal, y un historial de amplias fluctuaciones de peso, dietas o ejercicio frecuentes (Andersen, 1992).

El DSM-IV-TR propone los siguientes criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa:

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

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

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

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

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

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

Nardone (2004) diferencia este trastorno de los demás, en la medida en que la bulimia es parecida a una perversión basada en el placer de comer y vomitar. Las personas afectadas encuentran en el vómito la solución para adelgazar, pero luego de cierto tiempo, descubren el placer del ritual comer-vomitar, hasta que se vuelven esclavos de este.

Las personas afectadas por bulimia nerviosa tienen una preocupación

más narcisista por su cuerpo, es por esto que tienden a realizar dietas, ejercicios o purgas. Sin embargo, la ansiedad suele desbordarlos por lo que caen en una dinámica de control y descontrol. Emocionalmente, son personas inestables, que dramatizan o exageran sus dificultades. Son absorbentes, extrovertidas y pero poco asertivas (Celada, 2003).

La aparición de vómitos con sangre, la pérdida de conocimientos, la crisis convulsiva, la distensión gástrica y los fallos cardíacos, son algunas de las manifestaciones clínicas de distinta gravedad del cuadro.

Su inicio es en la adolescencia tardía o el inicio de la edad adulta, entre los 18 y 25 años. Se calcula que 0.6% de los adultos y el 0.8% de los adolescentes la padece y de estos, el 0.1% son. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005; Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2002).

Además de la anorexia y la bulimia nerviosa, también existen otro tipo de cuadros clínicos referidos a desórdenes en la alimentación. Por un lado, tenemos los cuadros mixtos, en los que la sintomatología, tanto anoréxica como bulímica, se alternan periódicamente. Así, encontramos pacientes en los cuales aparecen síntomas de restricción alimentaria, caracterizado por dietas estrictas y una conducta rígida, seguido de un período de descontrol y desborde alimentario, así como cambios en los estados de ánimo (Celada, 2003).

Por otro lado, también hay evidencias de cuadros incompletos, en los que los pacientes, presentan un desorden en sus conductas de alimentación, pero,

no cumplen todos los criterios como para ser diagnosticados con una patología específica. Es decir, hay individuos que indudablemente no poseen una conducta alimentaria normal o adecuada, ya que pueden saltarse frecuentemente comidas o estar excesivamente preocupados por su peso, pero, al preguntársele por todos los síntomas, no reúnen todos los criterios diagnósticos de una patología específica, como anorexia o bulimia nerviosa, y es por esto, que se terminan diagnosticando como no especificados, ya que a pesar de no cumplir con los criterios, es evidente la irregularidad (Weltzin et al., 2005; Celada, 2003; APA, 2002).

1.2 Trastornos alimentarios en la Adolescencia

A lo largo de la pubertad, los adolescentes pasan por una serie de cambios, tanto psicológicos como físicos. Estos cambios radicales pueden generar torpeza y timidez, mientras los adolescentes intentan adaptarse a los cambios que muchas veces se convierten en una gran preocupación y ansiedad.

En general, se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, proceso que entraña cambios importantes interrelacionados en todos los ámbitos del desarrollo. Actualmente la pubertad comienza de manera más temprana que antes, originándose un aumento en la producción de hormonas, para la maduración sexual (Papalia et al., 2005). Los cambios biológicos de la pubertad que apuntan al final de la niñez, se caracterizan por un notable aumento de la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos

reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos, y agrandamiento y maduración de los órganos sexuales (Craig, 2001). Estas transformaciones físicas drásticas forman parte de un proceso largo y complejo de maduración (Papalia et al., 2005).

Dentro de los cambios físicos más preocupantes, está el incremento normal de grasa corporal, el cual se evidencia en una mayor acumulación de grasa en distintas áreas del cuerpo, pero predominantemente en el área abdominal y de la espalda. Es ahí, que los adolescentes empiezan a preocuparse por el nivel de grasa que acumula su cuerpo, ya que desean verse bien, para así, tener mayor aprobación social (Coleman, 2003). En el caso de los varones, algunas investigaciones muestran que los chicos que maduran más tardíamente se sienten más incompetentes y tímidos, por lo que suelen ser rechazados. Además, son más dependientes, agresivos, e inseguros, por lo que el concepto que tienen de ellos es pobre, y posteriormente, deben de buscar una forma alternativa para ser tomados en cuenta y ser aceptados socialmente (Papalia et al., 2005).

Durante la adolescencia, existen diversos factores asociados a los trastornos alimentarios. Entre ellos, encontramos que los más comunes son la depresión, insatisfacción corporal, ansiedad, entre otros. Dentro de estos factores, la insatisfacción corporal juega un papel fundamental y determinante en el riesgo a desarrollar trastornos alimentarios. Así, Susan Harter (2006, en Santrock, 2007), recientemente describió cómo la autoestima sumada a otros

factores, puede verse involucrada en trastornos alimentarios en adolescentes. Para ilustrarlo mejor, un estudio reciente encontró que las percepciones negativas sobre la propia apariencia, generan una baja autoestima y trastornos alimentarios (King y Harter, 2004; en Santrock, 2007; Blos, 1973). Es decir, si es popular la idea de que el ser atractivo es mejor, entonces, las personas buscarán fácilmente sus defectos corporales, y esto los llevará a no sentirse conformes consigo mismos.

Existen datos convincentes que muestran que durante la adolescencia la apariencia física es el elemento más destacado de la satisfacción personal en ambos géneros (Coleman, 2003). De esta manera, los adolescentes van tomando conciencia de su propio cuerpo y tienden a preocuparse y desarrollar imágenes individuales de las características de su físico. (Papalia et al., 2005).

Esto genera que muchos adolescentes se sientan insatisfechos con su apariencia, lo cual refleja el énfasis que se le otorga a los atributos físicos, tanto de varones como de mujeres, y cuando esta imagen corporal es percibida como negativa, puede dar lugar a problemas en la alimentación (Rosenblum y Lewis, 1999). Muchos adolescentes son muy sensibles en cuanto a su aspecto físico, es por esto que se genera un gran monto de ansiedad e inseguridad cuando su imagen no corresponde a los ideales de belleza que se muestran diariamente en los medios masivos. El Ministerio de Salud del Perú (2007), hace referencia a la especial preocupación que tienen las y los adolescentes por su imagen corporal, que condiciona a llevar a cabo dietas restrictivas para acercarse a un ideal de belleza, influenciados por los modelos sociales del momento y que pueden dar

lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria.

Los adolescentes de esta época están inmersos en una cultura que promueve modelos de belleza basados en una delgadez poco realista. Actualmente se utiliza al sexo masculino y femenino para vender, y cada vez son más comunes a la vista mujeres y hombres más delgados. Los adolescentes, en el afán obsesivo por querer ser delgados, como estos modelos, pueden llegar a desarrollar trastornos alimentarios.

Los trastornos de la conducta alimentaria son un fenómeno biopsicosocial ya que se constituyen de la interacción de gran parte de las esferas que integran al individuo humano. Asimismo, estos trastornos resultan de gran actualidad debido a la creciente abundancia de imágenes publicitarias y exigencias sociales que perjudican a un número de adolescentes cada vez mayor. Los afectados se preocupan de forma incansable por mantener una figura esbelta a través de métodos autodestructivos desafiando la intervención unidisciplinaria (Barriguete, Tena, 2005).

Los adolescentes que padecen estos trastornos presentan algunas características como: la perturbación severa en cuanto a los comportamientos alimentarios, un temor intenso a engordar, la distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, los distintos cuadros se diferencian a su vez en lo que respecta a los patrones alimentarios empleados por los pacientes (Chatoor, 1999, en Delgado, 2001).

Martínez et al. (2003) señalan que el valor excesivo colocado en la

delgadez, aunados al énfasis colocado en la autonomía de la actual, constituyen factores socioculturales importantes en la génesis de los trastornos alimentarios. Sin embargo, es importante notar que la cultura sola no basta para crear un trastorno alimentario ya que ésta se encuentra mediada por las características individuales y el ambiente.

De acuerdo con estudios realizados, las actitudes de los padres y las imágenes de los medios de comunicación desempeñan un papel mayor que las influencias de los pares en alentar las preocupaciones por el peso. Los adolescentes que tratan de lucir como los modelos delgados que ven en los medios, tienden a desarrollar una preocupación excesiva por el peso. Además, tanto las chicas como los muchachos que creen que la delgadez es un asunto importante para sus progenitores, suelen ponerse a dieta constantemente (Field, Cambargo, Taylor, Berkey, Colditz, 2001). Debold, Wilson y Malavé, 1994 (en Zusman, 1999) afirman que durante la adolescencia se produce un estira y afloja de las presiones, por el que los jóvenes renuncian a partes de sí mismos para convertirse en lo que nuestra cultura considera como el ideal físico.

Esto sugiere pensar que el punto central sobre el que se anuda la identidad durante la adolescencia es el cuerpo. Gilligan (1982) considera que el periodo de la adolescencia se presenta como una “crisis de conexión”, es decir, como una época en la que los jóvenes deben de acercarse más a la sociedad en la que nos encontramos. Es en este proceso en que ellos se desconectan de la relación que mantienen consigo mismos y pasan a sumergirse en una relación que viene, principalmente, determinada por el afuera.

1.3 Trastornos alimentarios en Varones

Durante las últimas décadas, los patrones de la estética han ido revolucionando constantemente, y se ha establecido un modelo de belleza que precisa cómo deben lucir las personas, para poder ser aceptadas socialmente. Anteriormente, estos modelos afectaban principalmente a las mujeres, y eran ellas las que debían cuidar su figura y hábitos. Sin embargo, esta revolución cada vez va acercándose más al terreno masculino y ahora, tanto los hombres como las mujeres se preocupan más por su aspecto físico.

En nuestra cultura, la constitución muscular, la fortaleza física, la competitividad atlética y la independencia son variables estimadas para los hombres. Es en esta medida que los varones, al no sentir que lograrán alcanzar estos estereotipos sufren sentimientos de ansiedad e inseguridad. Sus respuestas emocionales a la identidad, relaciones sociales, autoestima y otras, se ven afectadas, y desarrollan una mayor propensión a desarrollar riesgo para presentar algún trastorno de la conducta alimentaria (Hospers, Jansen, 2005).

Pareciera que los hombres estuvieran más conformes con su cuerpo que las mujeres, sin embargo esto no es necesariamente cierto, ya que hay una alta incidencia de ansiedad, percepción de ineficacia, baja autoestima y perfeccionismo entre los hombres, lo cual, los predispone a tener riesgo de trastornos alimentarios (McCabe y Vincent, 2003). El 10% de los pacientes que son vistos en consultas por trastornos alimentarios, son hombres (Celada, 2003). De esta manera, no debe extrañar que se haya producido un aumento significativo de trastornos alimentarios en población masculina. En nuestro

medio, en Lima y Callao, el 15% de las personas adultas tienen riesgo a desarrollar problemas alimentarios y de ellos, el 7.1% son hombres. Además, el 8.3% de los adolescentes presentan este riesgo, aunque no se cuenta con cifras exactas de la proporción entre hombres y mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2002). Es sabido que estos trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a las mujeres, sin embargo, actualmente, también afecta a un número considerado de hombres.

Existen teorías que han intentado explicar la menor incidencia en varones, por el menor conflicto que se crea en el inicio de la pubertad. Según Andersen (1990), la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario es proporcional al número y severidad de los factores de riesgo. Él, encontró tres elementos en los que los varones estaban más vulnerables: la existencia de obesidad previa, la participación en deportes, el temor a engordar (Andersen, 1988).

Weltzin et al., (2005) menciona que los hombres afectados por trastornos de la conducta alimentaria presentan la misma sintomatología que las mujeres, pero se dice que las restricciones alimentarias severas, la inanición, los períodos de purga y la voracidad podrían ser más intensos en hombres. Además, refiere que los hombres no tienden a recurrir tanto en conductas compensatorias para perder peso, como lo son los vómitos.

Uno de los síntomas relevantes de los hombres afectados por esta enfermedad, es la dismorfobia, que consiste en la sensación de no poder desarrollar suficiente musculatura; además, la fertilidad masculina se pone en riesgo, debido a que la falta de buena alimentación produce una alteración en la

producción de los espermatozoides y la producción hormonal masculina (Diario Salud, 2007). Por otro lado, muchos hombres que padecen esta patología tienden a ser dependientes, evitativos y con rasgos de personalidad pasivos-agresivos (Celada, 2003).

En la última versión del DSM se produjo un cambio con respecto al DSM-IV (2002). En el acápite de trastornos alimentarios, se hizo una inclusión de las cifras de prevalencia de anorexia nerviosa en población masculina, y esta revela que aproximadamente es la décima parte que la de las mujeres (APA, 2002).

A pesar de que los varones tienen una menor prevalencia de trastornos alimentarios, el canon de estética basado en la delgadez se ha transferido en los últimos años también a la imagen masculina (Nardone, 2004), lo que explica un alza de dichos trastornos en esta población. Es importante resaltar el hecho que la prevalencia de trastornos alimentarios en hombres no se puede determinar con exactitud, puesto que los hombres son más reacios a buscar tratamiento o a comentar sobre sus comportamientos (Weltzin et al., 2005).

La anorexia en el varón es generalmente aceptada por la mayoría de los autores como manifestación primaria de la enfermedad, pero ha sido motivo de pocos estudios en comparación con los que han realizado con pacientes femeninas (Guzmán, 1999).

Con el aumento de trastornos alimentarios en hombres también se ha aumentado el número de investigaciones existentes. Los primeros datos publicados se atribuyen a Richard Morton, en 1964. Él describió dos pacientes,

uno de los cuales murió a consecuencia de la anorexia, y otro en el que la evolución fue hacia la mejoría después de seguir tratamiento (Guzmán, 1999). Posteriormente, en otras investigaciones más recientes, se ha dado a conocer que la edad promedio en la que aparecen trastornos alimentarios en varones, es a los 14.7 años. Esta población, refleja mayor prevalencia e incidencia con otro tipo de trastornos, como los del estado de ánimo, siendo el más frecuente, la depresión mayor (Hudson, Mangweth, Olivardia, Pope, 1995). De la misma manera, se encontró que el trastorno alimentario más presente en la muestra masculina, es la bulimia (Weltzin et al., 2005).

Croll, Ireland, Neumark-Sztainer y Store (2002) realizaron una investigación mediante una encuesta a más de 80 mil adolescentes de 14 a 17 años con el fin de determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo. Encontraron, que a los 14 años el 28% de los muchachos incurría en conductas como ayunar, tomar pastillas adelgazantes, provocar vómitos y tomar laxantes con el fin de perder o controlar su peso. A los 17 años, el 31% de varones incurría en las mismas conductas.

Guzmán (1999) realizó una investigación con seis pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa según criterios del DSM III-R y descubrió diferencias en los niveles de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona), siendo la alta producción de niveles de testosterona, lo que contribuye a una mayor proporción de masa muscular en relación a la grasa corporal en el desarrollo del varón.

La incidencia de trastornos alimentarios parece que ha aumentado en los

dos sexos; se estima que del 5 al 10% de las anorexias son en varones, con una proporción de 1 a 10 en relación a las mujeres (Guzmán, 1999).

En América Latina, también se han realizado estudios, como por ejemplo, en Argentina. En este, se observó la prevalencia de trastornos alimentarios en hombres adolescentes de 10 a 19 años (Herscovici, Bay y Kovalskys, 2005). Se encontró que existe un riesgo a sufrir trastornos alimenticios en el 12% de adolescentes hombres de la muestra, con una edad media de 14.5 años.

Finalmente, en el Perú, el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002), encontró que del 0.6% de la población adulta que padece bulimia, el 0.1% son varones. Además, del 11.5% de adultos con riesgo a desarrollar problemas alimentarios, el 7.1% son hombres. El Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi entiende como riesgo, aquellas conductas destinadas a bajar de peso, como inducirse el vómito, tomar laxantes, realizar ejercicios excesivos por más de dos horas diarias, tomar supresores del apetito o diuréticos, entre otros. Además, en el mismo estudio se encontró que alrededor del 55% de hombres adultos se encontraban insatisfechos con su apariencia física.

1.4 Evaluación de Trastornos alimentarios

Los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen trastornos alimentarios, dificultan la correcta elaboración de un diagnóstico, ya que estas personas tienden a esconder o variar los síntomas,

tanto físicos como conductuales. Es así, que en los últimos años se han elaborado diversos instrumentos para la exploración de los mismos.

Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los principales instrumentos para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. Además, existen otras mediciones relacionadas, como por ejemplo, la preocupación por la imagen corporal, el índice de masa corporal, la ingesta dietética, entre otras (Iñarritu, Cruz, Morán, 2004).

Los cuestionarios autoaplicados son el tipo de medida más utilizado en el campo de la investigación clínica. Estos permiten que los individuos reporten aspectos de si mismos, sobre su personalidad, emociones, cogniciones o conducta (Kazdin, 2001). Los inventarios sobre trastornos alimentarios de tipo auto reporte, reportan síntomas o conductas de riesgo para trastornos alimentarios, sin embargo, no dan un diagnóstico específico. Cuando un individuo obtiene una puntuación que indique la presencia de un trastorno alimentario es necesario verificar el diagnóstico por medio de entrevistas. Las entrevistas estructuradas son más precisas para evaluar un TCA, ya que pueden definirse los diferentes conceptos de cada pregunta; sin embargo, tienen la desventaja de necesitar entrevistadores entrenados que recaben información individualmente, lo que aumenta el tiempo y el costo (Iñarritu, Cruz, Morán, 2004).

Los instrumentos de auto reporte son relativamente económicos, consumen menos tiempo y pueden aplicarse a grupos grandes de personas. Carter, McFarlane y Olmsted (2004) proponen la evaluación a través de

instrumentos psicométricos, ya que permite dar un diagnóstico aproximado, dar pautas para el tratamiento y medir el progreso del paciente. Además, permite es un método de investigación válido y confiable.

Es por esto, que es importante, tomar ciertos aspectos en cuenta, como son la validez interna, la confiabilidad, entre otras características; con el fin de asegurarnos el utilizar el instrumento psicométrico que sea más conveniente de acuerdo a los propósitos del psicólogo.

En cuanto a los trastornos alimentarios, existe una amplia gama de instrumentos de auto reporte que permiten evaluar aspectos físicos, cognitivos y comportamentales acerca de estas patologías. Salvo mínimas excepciones, como la menarquia que sólo se aplica en población femenina, la evaluación de trastornos alimentarios es la misma para hombres y mujeres, ya que ambos presentan similar sintomatología. Sin embargo, los inventarios existentes básicamente han sido elaborados a raíz de estudios en población femenina.

Los inventarios revisados para la evaluación de trastornos alimentarios pueden clasificarse, de acuerdo a su contenido, en dos tipos: Aquellos que buscan hacer una medición y un diagnóstico más específico de dichos trastornos; y aquellos que apuntan principalmente a medir las características psicológicas y comportamentales de quienes padecen esta patología.

Los inventarios que intentan dar una aproximación diagnóstica a determinados trastornos alimentarios, dejan de lado la contemplación del riesgo y buscan medir y diagnosticar un trastorno específico. Este es el caso del Test Revisado de Bulimia; Test de Bulimia de Edimburg; y del Cuestionario de

Patrones de Alimentación y Peso versión revisada. En ellos, se observa que un factor común es la evaluación de síntomas en función a los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV.

El Test Revisado de Bulimia (Bulimia Test – Revised- BULIT-R) es un inventario de auto reporte que contiene 36 reactivos que se responden con una escala de cinco puntos tipo lickert. Estos están diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para bulimia nerviosa, pero tiene validez para medir bulimia nerviosa de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de Bachillerato.

El Test de Bulimia de Edimburg (Bulimia Test of Edimburg- BITE) es un inventario que fue desarrollado por Henderson y Freeman en 1987. Consta de 33 reactivos y tiene el propósito de identificar a personas que presentan síntomas bulímicos. El Bulimia Test of Edimburg está compuesto de dos escalas: la escala de síntomas y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas. Este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que puedan padecer algún trastorno de la conducta alimentaria en población en general; pero también se utiliza para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

El Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso versión revisada (Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised- QEWP-R), fue desarrollado por Spitzer y colaboradores en el año de 1992. Este inventario es

utilizado para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa de acuerdo al DSM-IV. Está compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso.

Por otro lado, los instrumentos que miden tanto características psicológicas como comportamentales, buscan obtener resultados que aporten mayor información sobre los distintos aspectos de los trastornos alimentarios. Dentro de este grupo, podemos encontrar el Test de Actitudes Alimentarias; el inventario de Desórdenes Alimenticios; el Inventario de Comportamientos Alimentarios y Evaluación de Imagen Corporal; y finalmente el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios. Las áreas de éstos, evidencian interés en evaluar aspectos similares, como por ejemplo conductas asociadas a los trastornos, imagen corporal o relaciones interpersonales.

El Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test - EAT-40) es una prueba de conductas alimentarias creada por Garner y Garfinkel en 1979. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen el EAT-40 como un instrumento de medición general de síntomas de anorexia y bulimia, mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con la anorexia (Iñarritu, et al., 2004). Esta prueba consta de 40 ítems que se

responden a través de una escala tipo Lickert, los cuales se agrupan en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, se diseñó una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 de estos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Iñarritu, et al., 2004).

El inventario de Desórdenes Alimenticios (Eating Disorder Inventory - EDI) fue desarrollado en 1983 por Garner y colaboradores, para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia. Es una prueba que consta de 64 reactivos agrupados en ocho sub escalas: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar (Garner, 1998). Posteriormente se desarrolló el EDI-2, que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero además introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. Este inventario puede ser respondido por personas que tengan un nivel educativo de quinto año de primaria. Además, esta prueba fue validada para mujeres mexicanas en el año 2001 por García y colaboradores, concluyendo que éste instrumento tiene una alta validez interna y puede ser usado para medir trastornos de la conducta alimentaria.

El Inventario de Comportamientos Alimentarios y Evaluación de Imagen

Corporal (Male Eating Behavior and Body Image Evaluation- MEBBIE), fue creado en 1994 por Kaminsky y Caster con el fin de medir las actitudes y comportamientos asociados a la alimentación, ejercicios e imagen corporal específicamente en hombres. Sin embargo, esta prueba a pesar de que ha sido utilizada posteriormente por otros investigadores, nunca se llegó a publicar.

Finalmente, en el Perú, Marcés y Delgado crearon el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en 1995, para evaluar los comportamientos relacionados a los trastornos alimentarios. Posteriormente, Hartley, en 1999 adaptó este inventario a partir de una muestra de 361 adolescentes escolares peruanas de nivel socioeconómico bajo.

El inventario sobre trastornos alimentarios (ITA) es de aplicación individual o colectiva y se utiliza en mujeres adolescentes de nivel socioeconómico bajo, medio alto y alto. Es una prueba que consta de 51 ítems medidos a través de 6 áreas: preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo; métodos drásticos de control de peso; episodios de atracón alimentario; escasa valoración en la percepción de sí misma; métodos socialmente aceptados de control de peso; y sintomatología física asociada a trastornos alimentarios (Hartley, 1999).

Las áreas de este instrumento son similares a las áreas que son evaluadas en los otros inventarios, ya que todos comparten el interés por explorar acerca de la preocupación por la apariencia física basada en la delgadez, los episodios de conductas restrictivas o atracones, y sintomatología física, que son las áreas más importantes a indagar en esta población. Sin

embargo, El Inventario Sobre Trastornos alimentarios, tiene la ventaja de haber sido previamente utilizado y validado en una muestra adolescente femenina peruana, por lo que se creyó conveniente utilizar este instrumento para realizar el presente estudio.

Planteamiento del Problema

A lo largo del tiempo, los patrones de belleza han estado en constante cambio. El mundo actual otorga extrema importancia a la apariencia física, por lo que es común encontrar constantemente la presencia de estándares de perfección. Los modelos masculinos que se exhiben, denotan una extrema delgadez como sinónimo de belleza ideal. De este modo, muchos jóvenes que atraviesan por la etapa de la adolescencia, al tratar de formar una identidad propia, asumen, que para ser reconocidos y valorados, deben de seguir el mismo patrón que se muestra en los modelos, es decir, deben de verse delgados. Incluso, se ha comprobado que durante la adolescencia la apariencia física es el elemento más destacado de la satisfacción personal en ambos géneros (Coleman, 2003). Es así, que en esta búsqueda del ideal de apariencia física, los jóvenes tienden a mostrar ansiedad ante su peso y forma corporal. Para aliviar esta ansiedad, muchos recurren a conductas drásticas de control, desdibujando los límites entre la normalidad y patología, dando lugar así, a los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por ser una alteración

psicológica que tiende a distorsionar la percepción de la forma y peso corporal (APA, 2002; Raich, 2001). En este sentido, las consecuencias suelen ser devastadoras y particularmente afectan a los adolescentes y adultos jóvenes (Andersen, Woodeard y LaFrance, 1995).

En este sentido, la evaluación de los trastornos alimentarios constituye una de las tareas más importantes para el trabajo psicológico, ya que es una patología que va en cifras de ascenso y afecta al 8.3% de nuestra población (Estudio Epidemiológico en Salud Mental, 2002). Si bien es un trastorno que afecta principalmente a la población femenina, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas del sexo masculino que los padecen, en este sentido, la décima parte de los casos de trastornos alimentarios son varones (Estudio Epidemiológico en Salud Mental, 2002). Incluso, es debido a este aumento, que en el DSM-IV se incluyó por primera vez, datos sobre la prevalencia de anorexia nerviosa en población masculina (APA, 2002).

La evaluación de estas patologías es variada y extensa. Existen diversos cuestionarios destinados a evaluar y/o diagnosticar este trastorno. Sin embargo, a pesar de que existe un gran número de inventarios y pruebas que los evalúan, es difícil encontrar aquellas que se centren exclusivamente en población masculina, o de lo contrario, no han sido elaboradas para una población como la peruana.

El Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA), es un inventario que permite evaluar conductas asociadas a los trastornos alimentarios en una

población femenina peruana, lo que ayuda a discriminar a aquellas mujeres que padecen de esta patología, de las que no. Se espera que el mismo instrumento sea apto evaluar trastornos alimentarios en varones, debido a la similitud de los síntomas de la patología en ambos géneros. Es así que, ya que el ITA es un inventario que se utiliza en nuestro medio, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Tendrá validez y confiabilidad el Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en un grupo de varones adolescentes?

Objetivo General

Adaptar el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) a una población de varones adolescentes.

Objetivos Específicos

1. Comprobar los factores que mide el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios a través de la evaluación de su validez de constructo.
2. Determinar la validez de contenido del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios
3. Determinar si la confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios se encuentra en el rango de lo adecuado.
4. Elaborar los baremos para la población con la cual estamos trabajando.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación

La siguiente investigación de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) es un estudio de tipo descriptivo en la medida que se busca especificar y describir las características de las conductas alimentarias de una muestra de adolescentes varones, y de tipo no experimental de corte transversal, por lo que no busca manipular las variables, sino que intenta describir y especificar determinadas características en un momento determinado del tiempo (Hernández et al., 2006). Por otro lado, al no contar con los instrumentos adaptados y necesarios para nuestra población masculina, se plantea el análisis de la validez y confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA), con lo cual, el estudio adquiere fundamentalmente propiedades psicométricas (Hernández et al., 2006).

2.2 Participantes

2.2.1 Descripción de la población

El universo de estudio estuvo conformado por adolescentes varones pertenecientes a los primeros años de estudio de las facultades de letras y ciencias de una universidad particular, y alumnos no escolares que estudian en

el centro pre universitario de la misma. La población total en el presente año, está conformada por 6670 alumnos, de los cuales, 3443 llevaban cursos en la facultad de letras, 2974 alumnos en la facultad de ciencias y 253 en la academia preuniversitaria. Se eligió a esta población, debido a que por la etapa de desarrollo en la que se encuentra (adolescencia), es la más propensa a desarrollar trastornos alimentarios. Además, el acceso a la misma fue de mayor alcance.

2.2.2 Tipo de Muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico, debido a que todos los sujetos de la población no tuvieron las mismas probabilidades de ser elegidos para formar parte de la muestra. En este sentido, el criterio de selección de la muestra no se basa en la representatividad de los sujetos en la población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas determinadas previamente por el investigador (Hernández et al., 2006). Además se considera accidental (Kerlinger y Lee, 2002) puesto que la muestra se realizó en base a la accesibilidad que el investigador tuvo a ellos y no se consideraron características tan específicas para su inclusión.

En cuanto a la determinación del tamaño de la muestra, Guadagnoli y Velicer (1988) consideran que esta etapa es fundamental para el adecuado análisis factorial de los datos. En este sentido, estos autores señalan que en condiciones adecuadas, un número de 150 casos es necesario, por lo que se

estableció como número mínimo.

2.2.3 Criterios de selección de la Muestra

Los criterios que se tomaron en cuenta para que un participante sea incluido en este estudio, son que sea adolescente universitario o pre universitario de sexo masculino, que sea alumno inscrito en el semestre de estudio en que se aplicó la investigación, que tenga una edad entre 16 y 20 años. Además, debe de tener nacionalidad peruana, y debe de haber completado como mínimo en la ficha sociodemográfica los datos de lugar de estudio, edad y sexo; y haber dejado un máximo de dos ítems en el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios, así como no haber completado la prueba al azar, lo cual se evidencia en la repetición de las respuestas. Finalmente, debe de haber aceptado participar en esta investigación.

El número inicial de las personas a las cuales se les aplicó las pruebas fue de 238, de las cuales 74 de ellas resultaron ser eliminadas, debido a que no cumplieron con los criterios establecidos para la muestra. De esta manera, la muestra final se vio conformada por 164 participantes.

2.2.4 Descripción de la muestra

La muestra para la presente investigación resultó compuesta por 164 adolescentes varones pertenecientes al centro pre universitario, y a las

facultades de letras y ciencias, de una universidad privada de Lima.

Se puede decir, de acuerdo al cuadro N° 1, que en cuanto al lugar de instrucción de la muestra, la cantidad de alumnos del centro pre universitario es de 87 (53.05%), mientras que de la universidad privada, 47 pertenecen a letras (28,66%) y 30 pertenecen a ciencias (18.29%). En cuanto a la distribución de las edades de la muestra, la mayoría y casi la mitad de esta, tiene 17 años (48.78%). Las siguientes dos edades más frecuentes se encuentran entre los 18 años (29.27%) y 16 años (15.63%) años respectivamente. Las edades de menor frecuencia fueron 19 años (7.93%) y 20 años (4.27%).

Con relación a las personas con las que viven, se clasificó a los participantes en cinco categorías propuestas por Monroy, Fentanes e Irigoyen (2004). Así, se encontró que la mayoría de ellos vive en una familia nuclear compuesta por padre, madre o hermanos (64.47%). Luego, el 15.13% de ellos viven en una familia ampliada (familia nuclear y otros parientes) y el 11.18% vive en una familia compuesta (familia ampliada y otras personas no pertenecientes a la familia). Finalmente, menor cantidad de ellos viven solos (5.26%) o con otros, como por ejemplo amigos (3.95%).

Cuadro N ° 1

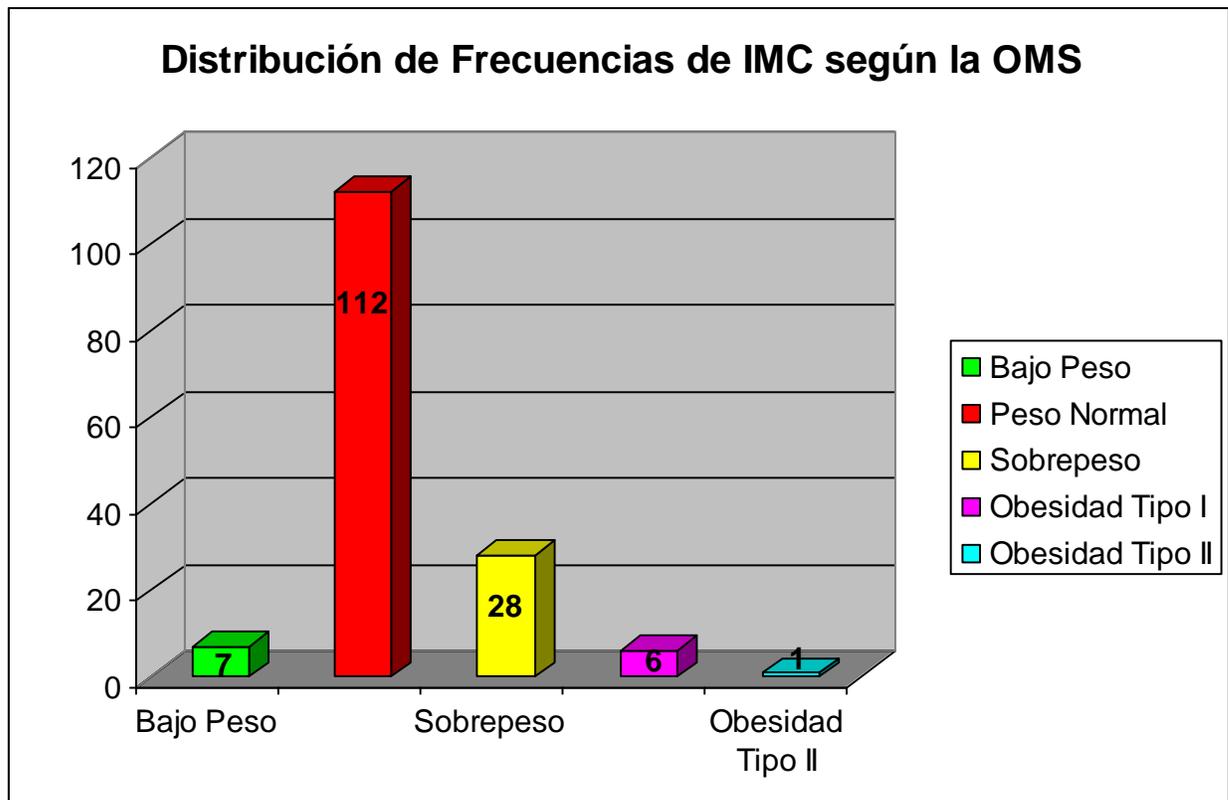
Características de la muestra

		F	%			F	%
Sexo	Masculino	164	100	Lugar de Nacimiento	Lima y Callao	117	75.48
					Provincia	38	24.52
Edad	16 años	10	15.63			N= 155	
	17 años	80	48.78	Personas con las que vive	Solo	8	5.26
	18 años	48	29.27		Familia Nuclear	98	64.47
	19 años	19	7.926		Familia Ampliada	23	15.13
	20 años	7	4.268		Familia Compuesta	17	11.18
Promedio de edad		17.6			Otros	6	3.95
Desviación estándar		0.93				N= 152	
Lugar de Instrucción				Índice de Masa Corporal Reportada	Bajo peso (< 18.5)	7	4.55
Centro Pre Universitario		87	53.05		Peso Normal (18.5- 24.9)	112	72.73
Universitario		77	46.95		Sobrepeso (25- 29.9)	28	18.18
	EEGGLL	47	28.66		Obesidad Tipo I (30- 34.9)	6	3.90
	EEGGCC	30	18.29		Obesidad Tipo II (35-39.9)	1	0.65
						N= 154	

De acuerdo a la clasificación que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) sobre el Índice de Masa Corporal, se puede decir que de las 154 personas que reportaron datos sobre talla y peso, la mayor parte de la muestra se encuentra en una categoría normal (72.73%). Por otro lado, casi la quinta parte de ellos (18.18%) presenta sobrepeso. En menor cantidad aparecen personas con bajo peso (4.55%), Obesidad Tipo I (3.90%) y Obesidad Tipo II (0.65%). Finalmente, no se reporta ningún caso con Obesidad Tipo III (Ver cuadro N° 2).

Cuadro N° 2

Distribución de las Frecuencias del IMC



Por otro lado, en el Cuadro N° 3, podemos observar que de los 162 alumnos que reportaron estatura, la mayoría de ellos reporta una talla de 1.73 cm aproximadamente; siendo 1.60 la menor estatura y 1.98 la mayor de ellas.

Cuadro N° 3

Descripción de la talla de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Talla	162	1.6	1.93	1.73	0.06

2.3. Instrumentos

2.3.1 Ficha Sociodemográfica

Para los fines de este estudio, se creó una ficha sociodemográfica para poder registrar los datos de las participantes, y así, posteriormente decidir si cumplen los criterios para ser incluidos dentro de la investigación como tales.

La ficha sociodemográfica brinda información acerca de la edad, sexo, índice de masa corporal, lugar de nacimiento, ciclo en la universidad, carrera profesional y personas con las que vive el participante.

2.3.2 Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA)

Este inventario fue creado originalmente por Adriana Marcés y Patricia Delgado (1995) para evaluar los comportamientos relacionados a los trastornos alimentarios. Este instrumento contaba con validez de constructo y confiabilidad de tipo consistencia interna en base a una muestra de 30 casos, demostrando ser un instrumento válido y confiable (Hartley, 1999).

Posteriormente Joan Hartley Florindez (1999) adaptó la versión del mismo, en un estudio realizado sobre trastornos alimentarios a 361 mujeres adolescentes escolares. Esta adaptación tiene validez de contenido por criterio de jueces. El índice de acuerdo fue mayor que 0.8 para cada ítem.

Esta adaptación tiene una confiabilidad general buena, presentando un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.93, Asimismo, se realizó un

análisis de la correlación ítem-test, aceptándose sólo aquellos que estén por encima de 0.2. Se encontraron dos ítems con correlaciones ítem-test menores a 0.20. Se eliminó uno de ellos (ítem 6: Sueño con comida) y se mantuvo el otro (ítem # 27: Se me hace difícil relacionarme con los demás), debido a su importancia tanto teórica como clínica. Después de la eliminación del ítem 6, el coeficiente alfa se mantuvo (0.93).

Para determinar la validez del instrumento se realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax, el cual arrojó hasta 13 factores en conjunto que explicaban el 61.4% de la varianza en los puntajes de la escala (con varianza > 1). Luego, se procedió a determinar los ítems asociados a cada factor a partir de la matriz de correlaciones ítem-factor de 0.3 para las cargas factoriales. Los 13 factores en conjunto explicaron el 61.4% la varianza de los puntajes en la escala.

Luego, de los ítems existentes, se seleccionó a algunos que correspondían con los criterios diagnósticos del DSM IV para trastornos alimentarios. A estos, se les denominó ítems críticos y se utilizaron posteriormente para determinar la población que se encuentra en riesgo.

Con el análisis factorial se construyeron seis áreas de acuerdo a tres criterios: cada factor debía tener como mínimo 5 ítems asociados a él, los factores debían de tener sentido teórico y los ítems asociados a cada factor debían satisfacer los criterios estándares en los análisis de confiabilidad (buenas correlaciones ítem-test y un coeficiente alfa adecuado).

Finalmente, se obtuvo la versión final del inventario sobre trastornos alimentarios. Este es de aplicación individual o colectiva y se utiliza en mujeres adolescentes entre de nivel socioeconómico bajo, medio alto y alto. El objetivo de este inventario es evaluar los comportamientos relacionados a los trastornos alimentarios, a través de seis áreas sugeridas: Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo (ítems 1, 2, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 19, 23, 29, 30); métodos drásticos de control de peso (ítems 4, 6, 16, 22, 33); episodios de atracón alimentario (ítems 17, 21, 27, 39, 43); escasa valoración en la percepción de sí misma (ítems 31, 32, 38, 40, 46); métodos socialmente aceptados de control de peso (ítems 25, 37, 41, 42, 45); y sintomatología física asociada a trastornos alimentarios (ítems 10, 12, 34, 35, 36, 48). Cuenta con 51 ítems y cada uno tiene seis alternativas de respuesta, de acuerdo a una escala tipo Lickert (Nunca, Raras veces, Algunas veces, Muchas veces, Frecuentemente, Siempre).

2.4 Procedimiento

Debido a que la finalidad de este estudio es adaptar un instrumento utilizado principalmente en población femenina, para una población masculina, se procedió a contactar a nueve jueces expertos en el tema de trastornos alimentarios para que determinen si este inventario contaba con una redacción clara y precisa de ítems, así como con una clasificación correcta de áreas, para ser aplicado en una muestra masculina.

Luego, se procedió a buscar los centros educativos particulares en los que tendría lugar la aplicación de las pruebas de la investigación, y así contactar a las autoridades necesarias de estos centros para explicarles la finalidad de la misma, con el objetivo de que otorguen el permiso requerido.

La aplicación de las pruebas se llevó a cabo durante tres semanas en tres salones de Estudios Generales Letras, dos salones en Estudios Generales Ciencias, y seis salones de clase en el Centro Pre Universitario. Para cada una de estas, estuvo presente un evaluador, quien se presentó ante los alumnos y les pidió participar en esta investigación durante los últimos 20 minutos de clase. El proceso de aplicación incluía la presentación de la investigación y la explicación de los objetivos de la prueba. Además, se mencionó el carácter anónimo y voluntario de esta, así como el conocimiento de los derechos con los que los participantes contaban. Se entregó a cada uno de los alumnos un conjunto de tres pruebas psicológicas, entre ellas el Inventario sobre Trastornos alimentarios (VER ANEXO C), una ficha sociodemográfica (VER ANEXO B) y una hoja de consentimiento informado (VER ANEXO A). El investigador, leyó en voz alta la hoja de consentimiento informado y explicó el modo de resolver la ficha sociodemográfica y las pruebas para que no existieran dudas. Cabe resaltar que junto con las pruebas para esta investigación, se aplicaron también el Eating Disorder Inventory (EDI-2) y el Inventario de Depresión de Beck-2 para otros estudios.

En el transcurso de la aplicación se aconsejó a los alumnos contestaran a todos los ítems de los inventarios. Se especificó que no había tiempo límite para

la resolución de estos, pero que trataran de responder de manera rápida y que ante cualquier duda, podrían levantar la mano para que ésta sea resuelta. El tiempo estimado de aplicación fue de 30 minutos en las aulas de Estudios Generales, y 25 minutos en las del Centro Pre Universitario.

Posterior a la recolección de datos, se realizó el análisis estadístico respectivo, para determinar si la prueba era válida y confiable, y a partir de eso, poder construir y proponer baremos para la población masculina. En ese sentido, primer lugar, se hizo un análisis de la distribución de los puntajes de la muestra, a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnof y así se determinó si la prueba seguía una distribución Normal o no, es decir se vio la frecuencia con la que los puntajes aparecieron en la prueba. Para determinar si hay una distribución normal, los puntajes deben de estar ubicados entre los valores -1 y 1.

Para determinar la confiabilidad y así, poder observar la consistencia de los puntajes a través del tiempo, se recurrió al análisis de Consistencia Interna. Para esto, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual, debía de lograr un valor igual o mayor a 0.7, y así hacer referencia a un nivel aceptable. George y Mallery (2001), proponen que una consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach que sea menor a 0.5 debe ser considerado malo e inaceptable, aquella que sea igual o mayor a 0.5 pero sea menor 0.6 es pobre, aquella que sea mayor o igual a 0.6 pero menor a 0.7 se considera débil y cuestionable, aquella que sea igual o mayor a 0.7 pero menor de 0.8 es considerado aceptable, aquella que sea igual o mayor a 0.8 pero menor 0.9 sería

un buen nivel y si la consistencia es igual o mayor a 0.9 es considerada excelente. Asimismo, Jong (2004), menciona que una correlación ítem-test que alcance un valor entre 0.2 y 0.3 es aceptable, pero requiere de mejoras. Sin embargo, menciona que si ésta logra un valor entre 0.3 y 0.4, es buena. De lo contrario, se analizaría la posibilidad de eliminar los ítems que no cumplan con dicho criterio. Se utilizaron dos tipos de validez para determinar si es que la prueba lograba medir el constructo. La primera de ellas fue la validez de contenido. Se realizó a través del criterio de nueve jueces expertos en el tema, para determinar que todos los ítems midan lo mismo. Según el coeficiente V de Aiken, los ítems deben de alcanzar un valor superior a 0.7, por lo que se consideró aceptables a aquellos que alcanzaron un índice de acuerdo mayor o igual a 0.8 (Aiken, 1996; Ezcurra, 1988). El segundo tipo de validez para determinar la validez de constructo, fue el análisis factorial, con el objetivo de reagrupar los ítems de acuerdo a áreas específicas. El análisis que se llevó a cabo fue de tipo exploratorio, para confirmar si las áreas que arrojaba la prueba, eran similares a las propuestas por la primera autora. De este modo, se utilizó el estadístico de Eigen Value y así se formó una primera agrupación para determinar el número de factores de la prueba y el peso que cada ítem aporta a ésta, es decir, qué porcentaje es explicado por la varianza. Para ser considerados dentro del área, los ítems debían de tener un valor mayor a 0.30. Además, para confirmar las rotaciones realizadas, se procedió a utilizar el método de rotación de varimax.

CAPITULO 3

RESULTADOS

Siguiendo los criterios establecidos por el procedimiento de análisis de resultados (Ver Metodología), se presentan los resultados de las respuestas al Inventario Sobre Trastornos alimentarios dados en una muestra de adolescentes varones.

3.1 Análisis Psicométrico de las dimensiones

Análisis de la confiabilidad de la prueba original

Si bien todos los ítems que conforman el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios alcanzaron una confiabilidad ítem-test mayor o igual a .20, lo cual se considera aceptable, por efectos de rigurosidad en la presente investigación, se hizo un análisis de la confiabilidad estableciendo el punto de corte a partir de .30 para que sea considerada buena.

En el cuadro N° 4, en donde se presentan los resultados de los análisis de confiabilidad del área Preocupación Exacerbada por la Comida, Peso y Cuerpo; puede observarse que la mayoría de los ítems que la componen, mantuvieron una correlación ítem-test adecuada, ya que han presentado un nivel de significación bueno al alcanzar correlaciones superiores a .30. Tan sólo uno de los ítems (1) presentó un bajo nivel de significación en su correspondiente área, manteniendo por debajo del nivel esperado. Con respecto al alfa de Cronbach,

se alcanzó un nivel aceptable siendo ésta de .90.

Cuadro N° 4
Confiabilidad y análisis de Ítems del área Preocupación Exacerbada por la Comida, Peso y Cuerpo

ITEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA I	
1. Controlo mi peso	,27
2. Me da la impresión de que los chicos que conozco son más delgados que yo	,61
7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	,63
8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso	,73
9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	,69
11. Me veo gordo a pesar de que los demás dicen lo contrario	,67
13. Me preocupo tanto por lo que como que llega a limitarme en mis actividades diarias	,61
15. Trato de comer alimentos de pocas calorías	,56
18. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer	,65
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo	,68
23. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta	,54
29. siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	,76
30. Cuando controlo la comida me siento "dueño del mundo"	,62
$\alpha = ,90$	

En el cuadro N° 5, se observa el análisis de confiabilidad del área Métodos Drásticos de Control de Peso. En este caso, se encontró que todos los ítems mantuvieron un nivel de significación bueno al presentar correlaciones ítem-test superiores a .30. Por otro lado, el coeficiente alfa para ésta área también fue aceptable al alcanzar un valor de .83.

Cuadro N° 5
Confiabilidad y análisis de Ítems del área Métodos Drásticos de Control de Peso.

	ÍTEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA II	4. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso	,59
	6. Fumo cigarrillos para evitar comer	,56
	16. Tomo pastillas para adelgazar	,70
	22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	,67
	33. Uso laxantes para eliminar mi peso	,61
$\alpha = ,83$		

Los análisis de confiabilidad del área Episodios de Atracón alimentario, se encuentran consignados en el cuadro N° 6. En los resultados se encontró que la mayoría de los ítems presentan una buena correlación ítem-test a excepción del ítem 43, el cual obtuvo un nivel aceptable. Por otro lado, se encontró que dicha área a pesar de tener un alfa de Cronbach aceptable, en comparación con otras áreas, su valor es inferior al de estas.

Cuadro N° 6
Confiabilidad y análisis de Ítems del área Episodios de Atracón alimentario.

	ÍTEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA III	17. Como en exceso	,42
	21. Como con desesperación	,55
	27. Pienso en comida	,35
	39. Como a escondidas	,36
	43. Siento rechazo por las personas gordas	,24
$\alpha = ,62$		

En el cuadro N° 7, se encuentran los análisis de confiabilidad del área Escasa valoración de sí mismo. Los resultados arrojaron que todos los ítems presentaron una buena correlación ítem-test debido a que superaron valores de .30. Además el Alfa de Cronbach para el área fue aceptable.

Cuadro N° 7
Confiabilidad y análisis de Ítems del área Escasa Valoración de sí mismo.

	ÍTEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA IV	31. Pienso que no me acepto a mi mismo	,54
	32. Tengo momentos en los que me siento muy triste	,45
	38. Sueño que soy flaco	,37
	40. Siento temor a no ser aceptado por los demás	,48
	46. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo.	,36
$\alpha = ,68$		

En el cuadro N° 8, al hacer el análisis de confiabilidad del área Métodos socialmente aceptados de Control de peso, se vio que todos los ítems alcanzaron una correlación ítem-test buena. Además, el coeficiente alfa también alcanzó un nivel aceptable.

Cuadro N° 8

Confiabilidad y análisis de Ítems del área Métodos socialmente aceptados de Control de peso.

	ÍTEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA V	25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	,45
	37. Hago mucho ejercicio para bajar de peso	,48
	41. Me hago masajes adelgazantes	,50
	42. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios	,45
	45. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo	,38
A = ,68		

Con respecto al área de Sintomatología Física Asociada a Trastornos Alimentarios, en el cuadro N° 9, se puede ver que no todos los ítems alcanzaron una buena confiabilidad, ya que dos de ellos (10, 12), obtuvieron una correlación ítem-test aceptable y baja respectivamente, es decir, menor de .30. Por otro lado, el coeficiente alfa de Cronbach es pobre y no supera el valor esperado.

Cuadro N° 9

Confiabilidad y análisis de Ítems del área Sintomatología Física Asociada a Trastornos Alimentarios

	ÍTEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TEST
ÁREA VI	10. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir	,26
	12. Me siento cansado	,18
	34. Me dan náuseas cuando como	,47
	35. Tengo anemia por mis dietas	,38
	36. Siento mareos	,34
	48. Me siento irritable	,45
A = ,59		

Se puede decir entonces que, si bien la confiabilidad que presenta la prueba original es buena, ya que las correlaciones y los valores alcanzados por el alfa de cronbach son aceptables, algunos ítems no superan el valor de .3, el cual es un criterio más exigente. A pesar de que los ítems son aceptados, es necesario observar el comportamiento de estos a manera más profunda, en el análisis factorial.

Análisis de la validez de la prueba original

Para la validez de la prueba, se utilizó, en primer lugar, la validez de contenido a través del criterio de nueve jueces expertos. A cada uno de los jueces se le proporcionó el Inventario sobre Trastornos Alimentarios agrupado en las áreas que conformaban dicha prueba. Para considerar que un ítem era óptimo, debía de alcanzar un acuerdo igual o mayor de 0.8. El cuadro n° 10 muestra que de los 50 ítems, tan sólo 26 de ellos se consideraron como óptimos.

Cuadro N° 10
Validez de Contenido por criterio de jueces

Ítem	Ítem en la Escala correcta						
1	0.8	26	0.7	14	0.7	39	0.6
2	0.8	27	0.7	15	0.8	40	0.7
3	0.7	28	0.6	16	0.8	41	0.8
4	0.7	29	0.8	17	0.8	42	0.8
5	0.6	30	0.7	18	0.8	43	0.6
6	0.7	31	0.8	19	0.8	44	0.6
7	0.8	32	0.7	20	0.7	45	0.8
8	0.8	33	0.8	21	0.8	46	0.5
9	0.8	34	0.7	22	0.8	47	0.4
10	0.8	35	0.8	23	0.8	48	0.7
11	0.8	36	0.8	24	0.6	49	0.6
12	0.7	37	0.8	25	0.8	50	0.6
13	0.8	38	0.5				

Luego, para la validez de constructo, se sometieron las respuestas presentadas por los participantes a un análisis factorial exploratorio para determinar la configuración de dichos ítems en la muestra estudiada. El cuadro N° 11 informa que existen hasta 12 factores significativos con eigenvalues mayores que 1,04, los cuales según el criterio de Kaiser, sería conveniente retener por alcanzar un valor mayor de 1.00.

Cuadro N° 11
Análisis Factorial Exploratorio del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada

FACTORES	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	14,79	29,58	29,58
2	4,14	8,28	37,86
3	2,77	5,53	43,39
4	1,89	3,79	47,18
5	1,67	3,33	50,51
6	1,66	3,31	53,82
7	1,46	2,93	56,75
8	1,39	2,78	59,52
9	1,24	2,47	62,00
10	1,17	2,33	64,33
11	1,15	2,31	66,64
12	1,04	2,07	68,71
13	,99	1,98	70,69

Luego, se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de rotación varimax, para nuevamente determinar el número de factores, y ver qué ítems se agrupan en cada uno de ellos. En el cuadro N° 12 los resultados arrojaron que nuevamente la prueba se organizaba coherentemente en doce factores.

Cuadro Nº 12

Composición Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios a partir de la Rotación Varimax: Doce Factores

ÍTEMS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
33	,83											
22	,82											
25	,82											
24	,81											
35	,77											
39	,62											
23	,61	,39										
36	,49											
34	,45											
50	,42											
7		,82										
11		,78										
8		,72				,36						
2		,72										
29		,68			,37							
9		,67										
19		,58										
15		,58										
5		,57	,39									
38	,39	,56	,36									
30		,54										
18		,54										
13		,51										
44	,42		,62									
20	,36	,39	,61									
49	,37		,61									
41	,48		,56									
12				,74								
32				,68								
48				,56								
40				,56								
31				,44								
27					,69							
46					,64							
42		,37			,57							
6	,44					,61						
16	,55					,56						
4	,37					,55						
28				,36		-,38						
3							,74					
14							,72					
17								,85				
21								,70				
43									,67			
45			,437							,625		
1										,622		
37	,403									,548		
10											,821	
47												,572
26												-,539

Punto de corte .35

Hasta el momento, se ha observado que al reproducir la prueba original, se obtiene una confiabilidad aceptable, ya los ítems alcanzan valores superiores a 0.2 en las correlaciones ítem-test. Sin embargo, por motivos de rigurosidad y obtener resultados más certeros, se optó por ser más exigente, al ser este un estudio psicométrico, y asumir un punto de corte mayor, es decir de 0.3 (Jong, 2004). De este modo, se observa que varios ítems no alcanzan dicho valor y por lo tanto, deberían de ser eliminados.

De la misma manera, se encontró que la validez de la prueba no funciona como se esperaba, ya que por un lado, el criterio de jueces da cuenta de que los ítems no son sólidos debido a la pertinencia de ellos a las áreas señaladas por la autora; y por el otro lado, la validez de constructo evidencia la debilidad de las áreas, ya que para ser válidas estas debe de agruparse en 12 factores y no en 7 como lo propone la autora original.

Es así, que surge la imperiosa necesidad de hacer una nueva revisión de los ítems de este Instrumento de manera estricta, para eliminar aquellos que no aporten estabilidad a la prueba. De este modo, luego de hacer una depuración, se propondrá de manera tentativa la elaboración de una nueva versión del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios que servirá como base para que a partir de esta, se construya un instrumento sólido y completo que sea capaz de medir satisfactoriamente las conductas alimentarias en varones.

Revisión de los ítems de la prueba

El objetivo principal de esta etapa es hacer una amplia revisión de los ítems que componen la prueba, para así identificar aquellos que no son válidos o confiables y eliminarlos. Ya eliminados estos ítems se podrá contar a modo de propuesta, con un instrumento que servirá como base para futuras investigaciones y para la construcción de un inventario completo y útil en resultados.

En primer lugar se hizo un proceso de revisión de los ítems para encontrar aquellos ítems que deberían de ser eliminados. Para ello, se decidió utilizar una correlación ítem-test con punto de corte .30 (Jong, 2004). Si los ítems obtenían valores por debajo de este, debían de ser eliminados, para así mejorar la consistencia interna de un área. En ese sentido se eliminaron los ítems 1, 10,12, 43 de las áreas I, III y VI.

Durante el proceso de validez y confiabilidad de la prueba, se decidió no tomar en cuenta el área 7 que propone la autora original, ya que los ítems que incluía no guardaban relación entre sí y no podían ser agrupados bajo un mismo concepto.

A continuación se revisó la composición factorial de la prueba, con los factores extraídos a través de un análisis factorial confirmatorio sin rotación, y se procedió en una segunda fase a eliminar aquellos ítems cuyas saturaciones no eran superiores en el factor originalmente señalado por la autora, y por el contrario, tenían una mayor carga en otro factor.

De este modo, con los ítems que quedaron, se intentaron repetidas estrategias para construir nuevas áreas que guarden relación y coherencia con los ítems que las conformaban. Luego de varios intentos la versión final contó con cuatro áreas conformadas por 21 ítems.

El cuadro N° 13, nos muestra que en el área de Preocupación exacerbada por la comida, peso y cuerpo el ítem 15 no es aceptable, debido a que tiene mayor peso en otro factor.

Cuadro N° 13
Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial del área Preocupación Exacerbada por la Comida, Peso y Cuerpo del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
29.	,81	,02	,12	,08	-,03	-,15	,15	-,39	,06	-,14	-,18	-,25
8.	,78	-,19	-,23	-,08	,15	,04	,14	-,08	-,36	-,30	,10	,15
9.	,75	,00	-,34	-,08	,29	-,29	,08	,20	,08	,15	-,28	,07
19.	,75	,09	-,02	-,23	,25	,10	-,42	-,31	,08	,14	,10	,07
18.	,73	,33	,05	,08	-,32	,09	-,18	,09	-,37	,18	-,16	-,05
11.	,73	-,31	,13	-,18	-,35	,17	-,10	,09	,23	-,20	-,18	,16
30.	,70	,30	,03	,48	-,13	-,31	-,06	-,02	,13	-,06	,16	,18
13.	,69	,31	-,24	-,41	-,26	-,10	,15	,11	,11	,01	,25	-,13
7.	,68	-,51	,07	,15	,11	-,09	-,26	,28	-,02	-,07	,13	-,24
2.	,66	-,48	-,15	,21	-,12	,23	,24	-,12	,05	,33	,10	,03
23.	,63	,45	-,02	,20	,26	,47	,10	,16	,13	-,11	-,02	-,07
15.	,62	,02	,68	-,18	,17	-,09	,21	,10	-,06	,12	,06	,08

Luego, en cuanto al área Métodos Drásticos de Control de Peso, se puede apreciar en el cuadro N° 14 que todos los ítems corresponden y miden principalmente esta área, por lo que todos han alcanzado el valor esperado.

Cuadro N° 14

Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial del área Métodos Drásticos de Control de Peso del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

ÍTEMS	1	2	3	4	5
16.	,83	,16	-,08	-,52	,09
22.	,82	-,41	-,09	,03	-,40
33.	,76	-,53	,13	,14	,33
4.	,74	,40	-,46	,28	,07
6.	,71	,43	,54	,13	-,08

Asimismo, el cuadro N° 15 muestra que en el área Episodios de Atracón Alimentario, existen dos ítems (27, 39) que no deberían de componer dicho factor, ya que ambos, tienen una carga más fuerte en otra área. Es importante recalcar que ambos ítems no lograron un acuerdo entre jueces aceptable.

Cuadro N° 15

Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial del área Episodios de Atracón alimentario del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

ÍTEM	1	2	3	4
21.	,82	-,06	-,28	-,49
17.	,79	,08	-,43	,44
39.	,57	-,66	,48	,10
27.	,57	,65	,51	,01

Con respecto al área Escasa Valoración de sí mismo teniendo en cuenta los resultados, se puede decir que los ítems 38 y 40, no deberían de ser incluidos como parte del área, debido a que la carga que tienen es mayor en otros factores, es decir, miden más de un factor a la vez (Ver cuadro N° 16). De la misma manera, ambos ítems no alcanzaron un acuerdo entre jueces aceptable.

Cuadro N° 16

Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial del área Escasa Valoración de Sí Mismo del Inventario sobre Trastornos alimentarios

ÍTEM	1	2	3	4	5
31.	,76	-,22	-,05	-,36	-,49
40.	,71	,24	-,33	,56	-,15
32.	,68	-,46	-,32	-,09	,26
38.	,59	,71	,08	-,31	,21
46.	,57	-,18	,77	,21	,07

Los resultados que arroja el cuadro N° 17, demuestra que la mayoría de los ítems están correctamente incluidos dentro del área Métodos socialmente aceptados de Control de peso, a excepción del ítem 45, debido a que su carga factorial es más fuerte en otra de las áreas.

Cuadro N° 17

Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial del área Métodos Socialmente Aceptados de Control de Peso

ÍTEM	1	2	3	4	5
41.	,73	-,44	,18	,22	-,44
25.	,71	-,53	-,08	-,20	,42
37.	,68	,34	-,32	-,52	-,22
42.	,67	,33	-,39	,53	,14
45.	,59	,41	,68	-,03	,14

Finalmente, en el cuadro N° 18 se presenta la composición factorial del área Sintomatología Física Asociada a Trastornos Alimentarios. En este, los resultados indican que el ítem 48 debería de ser eliminado de dicha área, lo cual tiene sentido si se presta atención a que la irritabilidad (“Me siento irritable), es un estado emocional y no físico, por lo que cualitativamente, no pertenece al área.

Cuadro N° 18

Análisis factorial confirmatorio para la composición factorial Sintomatología Física Asociada a Trastornos Alimentarios

ÍTEM	1	2	3	4
35.	,77	-,33	-,14	,53
34.	,76	-,16	-,46	-,44
36.	,71	-,14	,66	-,19
48.	,58	,81	-,03	,10

Reorganización del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios

Debido a que la estructura del Inventario sobre Trastornos Alimentarios propuesto por Hartley no se replica en la muestra de varones usada, a modo tentativo se decidió plantear una nueva propuesta de lo que sería el Instrumento reorganizado para evaluar trastornos alimentarios en varones.

Con los ítems que quedaron se hizo un proceso cíclico de determinación definitiva de ítems que conformarían las áreas de la prueba reorganizada. Se repitió constantemente el proceso hasta encontrar un número de ítems que pueda ser integrado en un número de factores con carga factorial, e índices de consistencia interna aceptables, así como con buenas correlaciones ítem-test. Además, se decidió incluir aquellos ítems que en algún momento fueron eliminados, con el fin de observar si en la nueva estructura eran capaces de alcanzar valores aceptables y así, aportar mayor valor a la investigación.

El cuadro N° 19 informa que existen cuatro factores significativos que explican hasta el 61.80% de la varianza explicada, con eigenvalues mayores que

1.06, los cuales según el criterio de Kaiser sería conveniente retener por alcanzar un valor mayor de 1.00.

Cuadro N° 19

Nuevo Análisis Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada

FACTORES	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	8,40	36,51	36,51
2	3,53	15,36	51,86
3	1,22	5,32	57,18
4	1,06	4,62	61,80
5	,91	3,94	65,74

Al analizar el porcentaje de la varianza explicada en cada una de las dimensiones, se encontró que en la primera dimensión los ítems que la componen explican el 69,97 por ciento, con un eigenvalue de 4.20 (Ver cuadro N° 20). Debido a los ítems que se agruparon en esta categoría, se decidió nombrar el área I como Métodos drásticos de Control de Peso y Consecuencias Físicas Asociadas.

Cuadro N° 20

Nuevo Análisis Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada del Área I.

Nº ÍTEMS	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	4,20	69,96	69,96
2	0,58	9,64	79,60
3	0,51	8,48	88,08
4	0,31	5,19	93,27
5	0,26	4,10	97,37
6	0,16	2,63	100,00

En el cuadro N° 21, se ve que en la segunda dimensión, los ítems explican el 55,58 por ciento de la varianza del área, con un eigenvalue de 4.45. Por la agrupación de los ítems, se denominó esta área como Preocupación por el Peso.

Cuadro N° 21

Nuevo Análisis Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada del Área II.

Nº ÍTEMS	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	4,45	55,58	55,58
2	,78	9,76	65,34
3	,66	8,28	73,61
4	,54	6,77	80,38
5	,46	5,72	86,10
6	,42	5,21	91,30
7	,37	4,64	95,95
8	,32	4,05	100,00

Con respecto a la dimensión denominada Preocupación Sobre el Escaso Control de la Comida, se puede decir que el 59,60 por ciento explica la varianza

de esta área, y alcanza un eigenvalue de 2.38 (Ver cuadro N° 22).

Cuadro N° 22

Nuevo Análisis Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada del Área III.

N° ÍTEMS	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	2,38	59,60	59,60
2	,60	14,95	74,55
3	,56	14,02	88,57
4	,46	11,43	100,00

En cuanto a la cuarta dimensión llamada Métodos de Control de Peso Socialmente Aceptados, se puede decir que alcanza un eigenvalue de 1.67 y que el 55.52 por ciento de la varianza del área es explicada por los ítems (Ver cuadro N° 23).

Cuadro N° 23

Nuevo Análisis Factorial del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios: Eigenvalues y Porcentajes de Varianza Explicada del Área IV.

N° ÍTEMS	EIGENVALUE	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
1	1,67	55,52	55,52
2	,69	22,93	78,46
3	,65	21,54	100,00

En el cuadro n° 24 se hace un análisis de la composición factorial del

Inventario Sobre Trastornos Alimentarios, de acuerdo a una solución de 4 factores. Se encontró que los factores se organizaban de manera coherente y con valores superiores a 0.35.

Cuadro N° 24
Nueva Composición Factorial del Inventario sobre Trastornos Alimentarios a partir de la Rotación Varimax: Cuatro Factores

ÍTEMS	FACTOR I	FACTOR II	FACTOR III	FACTOR IV
24. Mastico la comida y luego la escupo	,85			
22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	,84			
33. Uso laxantes para eliminar peso	,83			
25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	,78			
35. Tengo anemia por mis dietas	,78			
16. Tomo pastillas para adelgazar	,72			
34. Me dan náuseas cuando como	,59			
36. Siento mareos	,56			
7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo		,79		
11. Me veo gordo a pesar de que los demás dicen lo contrario		,76		
2. Me da la impresión de que los chicos que conozco son más delgados que yo		,75		
8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso		,72		
29. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso		,67		
38. Sueño que soy flaco		,61		
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo		,56		
5. Siento que me valoro más cuando me veo delgado		,50		
49. Siento que los alimentos controlan mi vida			,70	
13. Me preocupo tanto por lo que como que llega a limitarme en mis actividades diarias			,60	
9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido			,56	
30. Cuando controlo la comida me siento "dueño del mundo"			,45	
15. Trato de comer alimentos de pocas calorías				,37
37. Hago mucho ejercicio para bajar de peso				,70
45. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo				,65
Punto de corte .35				

Así, en el primer factor se asociaron los ítems que expresaban métodos drásticos de control de peso y las consecuencias físicas asociadas a ellos. Además, según el cuadro N° 25 (Ver anexo D), estos ítems medían adecuadamente este único factor.

En el segundo factor se agruparon los ítems que evalúan una preocupación por la imagen física personal asociada al peso corporal. Como se muestra en el cuadro N° 26 (Ver anexo D1), Los ítems asociados a este factor, lo medían de manera única y aceptable.

En el tercer factor se asociaron los ítems que medían sentimientos de preocupación hacia el poco control sobre los alimentos. El cuadro N° 27 (Ver Anexo D2) comprueba que efectivamente los ítems midan el área y que además, no midan en mayor medida otro factor.

En el cuarto y último factor se asociaron aquellos ítems que expresaban maneras de eliminar o reducir peso corporal, pero que al mismo tiempo pueden ser socialmente aceptados. El cuadro N° 28 (Ver anexo D3) confirma la inclusión de los ítems a dicha área.

Análisis de la confiabilidad

Al realizarse el análisis con todos los ítems de la dimensión Métodos drásticos de Control de Peso y Consecuencias Físicas Asociadas (Cuadro N° 29) se encontró que en general, dichos ítems funcionan aceptablemente para la dimensión, ya que todos mantuvieron un nivel bueno al alcanzar correlaciones

superiores a .30.

En el caso del índice de confiabilidad de esta dimensión, se encontró que es aceptable, por presentar un alfa elevado (0.91).

Cuadro nº 29

Nueva Confiabilidad y análisis de Ítems del área de Métodos drásticos de Control de peso y Consecuencias Físicas Asociadas.

ITEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL
<hr/>	
ÁREA I	
24. Mastico la comida y luego la escupo	,86
22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso	,82
33. Uso laxantes para eliminar peso	,79
35. Tengo anemia por mis dietas	,69
25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido	,76
16. Tomo pastillas para adelgazar	,62
<hr/>	
A = 0.91	

En el cuadro N° 30, en donde se presenta el análisis de confiabilidad de la dimensión Preocupación por el Peso, se encontró, que los ocho ítems propuestos obtuvieron correlaciones ítem-test buenas y superiores a .30. Además, el índice alfa de confiabilidad de la dimensión fue aceptable (0.88).

Cuadro N° 30

Nueva Confiabilidad y análisis de Ítems del área Preocupación por el peso y el cuerpo

ITEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL
ÁREA II	
2. Me da la impresión de que los chicos que conozco son más delgados que yo	,646
7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo	,655
8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso	,684
11. Me veo gordo a pesar de que los demás dicen lo contrario	,694
29. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso	,705
19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo	,631
38. Sueño que soy flaco	,629
5. Siento que me valoro más cuando me veo delgado	,586
$\alpha = 0.88$	

De los cuatro ítems de la dimensión Escaso Control sobre la Comida, todos presentaron un nivel de significación positivo y superior a 0.30, por lo que se puede decir que dichos ítems funcionan adecuadamente para la escala. El alfa de esta dimensión se considera aceptable, debido a que resultó 0.77 (Ver cuadro n° 31).

Cuadro N° 31

Nueva Confiabilidad y análisis de Ítems del área Escaso Control sobre la Comida

ITEM	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL CORREGIDA
ÁREA III	
9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido	,61
49. Siento que los alimentos controlan mi vida	,55
13. Me preocupo tanto por lo que como que llega a limitarme en mis actividades diarias	,61
30. Cuando controlo la comida me siento "dueño del mundo"	,55
$A = 0.77$	

De acuerdo a la tabla N° 32, se puede decir que todos los ítems correlacionaron adecuadamente con la dimensión Métodos de Control de Peso Socialmente Aceptados, ya que se obtuvo, en cada uno de ellos, el valor esperado. En esta dimensión el alfa resultó 0. 6, por lo que se considera dentro de los límites de aceptación.

Cuadro N° 32

Nueva Confiabilidad y análisis de Ítems del área Métodos de Control de Peso Socialmente Aceptados

ITEM		CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL CORREGIDA
ÁREA IV	15. Trato de comer alimentos de pocas calorías	,42
	37. Hago mucho ejercicio para bajar de peso	,41
	45. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa corporal de mi cuerpo	,39
$\alpha = 0.60$		

3.2 Análisis descriptivo y comparativo de la prueba en la muestra

En el cuadro N° 33 se presentan las medias y las desviaciones estándar de los puntajes obtenidos por la muestra en relación a la prueba. La media obtenida fue de 74.53 y la desviación estándar de 15.60.

Cuadro N° 33

Análisis de la Media y Desviación Estándar a partir de los puntajes totales

	VÁLIDOS	178
N	OMISOS	0
MEDIA		74,53
DESVIACIÓN ESTÁNDAR		15,60
PERCENTILES	25	63,00
	50	70,00
	75	81,00

Por otro lado, recurrió a calcular las pentas de escalas típicas normalizadas, para determinar en qué quintil se encontraría un participante dependiendo de sus puntuaciones. El cuadro n° 34 muestra la distribución de los puntajes según riesgo o no.

Cuadro N° 34

Quintiles para la elaboración de grupos de riesgo según el puntaje total

GRUPOS DE RIESGO	PUNTAJES
SIN RIESGO	21 – 50
	51 – 66
RIESGO 1	82 – 97
	98 – 126

Las personas ubicadas dentro de la categoría Sin Riesgo, son muchachos

que tienen conductas alimentarias adecuadas o saludables. Los ubicados dentro del Riesgo Tipo 1 presentan algunas conductas alimentarias inadecuadas por lo que tiene riesgo a desarrollar trastornos alimentarios. Dentro del Riesgo Tipo 1 se encuentran los dos últimos quintiles.

Además de establecer el riesgo por medio de los puntajes totales obtenidos por cada uno de los participantes, también se consideró un segundo tipo de riesgo. Los jóvenes ubicados dentro del Riesgo Tipo 2, son aquellos que han obtenido un puntaje de 5 ó 6 en algunos de los siguientes ítems críticos: 5, 8, 11, 22, 24 y 33. Cabe resaltar que al eliminarse ítems, también se eliminaron algunos de los ítems críticos iniciales, por lo que al tener un universo más limitado, se disminuyó la posibilidad de discriminar con mayor agudeza los casos que se presentan en este tipo de riesgo. Es así, que nos pareció prudente no incluir este tipo de riesgo en la nueva versión

Finalmente, la tabla nº 35 (Ver Anexo D4) muestra los puntajes totales obtenidos en la escala, y a través de los baremos propuestos, se puede calcular el número y proporción de personas que se encuentran en riesgo o no a desarrollar trastornos alimentarios. Según los resultados, el 37.6% de las personas no tienen riesgo y el 63.4% se encuentra en la categoría Riesgo Tipo I.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

El trastorno de la conducta alimentaria es una patología compleja que en los últimos años ha aumentado su número de víctimas. Anteriormente las mujeres eran casi protagonistas de este padecimiento, sin embargo, en la actualidad, cada vez son más los casos de trastornos alimentarios reportados en varones, por lo que es necesario tomar conciencia de la vulnerabilidad de este grupo.

Si bien el origen de este tipo de trastorno es muy variado y debe de entenderse a nivel integral, es sabido que los modelos expuestos a través de los medios de comunicación tienen una gran influencia. Farquhar y Wasylkiw (2007) así como Hobza et al. (2007) encontraron que los medios que acentúan cualidades estéticas, contribuyen a que las personas se autoevalúen de manera negativa. Además, a los hombres, no sólo les importa el tipo de cuerpo que tienen, sino que la conceptualización de este, juega un papel muy importante en cómo los hombres se sienten sobre sí mismos y sus cuerpos.

De este modo, cada vez se exhiben muchachos más delgados y andróginos como fuente de admiración e idealización, y los adolescentes construyen su identidad utilizando parámetros a seguir tan rigurosos como estos. En el afán de búsqueda de aceptación por parte de otros, los varones intentan imitar a estos modelos, física y conductualmente, aunque muchas veces el

precio a pagar es la propia salud (Langley, 2006; Barriguete, Tena, 2005; Rosenblum y Lewis, 1999).

Como se ha mencionado anteriormente, existen diferentes métodos para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, y entre ellos, se encuentra el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios adaptado por Joan Hartley para una población femenina. La ventaja de este instrumento es que ya ha sido utilizado y validado en adolescentes de nuestro medio.

En función a todo ello, el presente estudio tuvo como finalidad analizar la validez y confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en un grupo de varones adolescentes, así como determinar si las áreas que compusieron el inventario mantenían un funcionamiento adecuado. Si embargo, durante el proceso de análisis, el instrumento no funcionó adecuadamente en una población masculina, así como lo hizo inicialmente en una femenina en el estudio de Hartley (1999). Ante esto, surgieron posibles hipótesis que podrían ayudar a entender el porqué del pobre funcionamiento.

En primer lugar, si bien los ítems alcanzaron en general una confiabilidad adecuada, el inventario se vio limitado debido a su validez restringida de contenido y de constructo con respecto a la composición factorial. Muchos de los ítems al analizarse cualitativamente no correspondían a las áreas que debían de evaluar. Además, muchos de ellos estuvieron redactados de modo muy general, y se describían conductas que no necesariamente se aplicaba a una única población con trastornos de alimentación. Sin embargo, debemos recordar que las áreas fueron sugeridas por Joan Hartley como factores que requerían ser

comprobadas en subsiguientes investigaciones a las suyas, cosa que esta muestra de varones no pudo lograr, pero queda la posibilidad que en otra muestra, como la de mujeres, pudiera replicarse.

Por otro lado y como ya se mencionó antes, la cultura actual y el valor excesivo que se le da a la apariencia física, es distinta a la que se tenía hace nueve años, cuando se construyó la prueba. Así, la variable tiempo puede haber afectado la validez de esta, asumiendo que ahora hay conductas asociadas a la pérdida de peso que son consideradas más normales. Martínez et al. (2003) señalan que el valor excesivo colocado en la delgadez, constituye uno de los factores socioculturales más importantes en la génesis de los trastornos alimentarios. Sin embargo, es importante notar que la cultura sola no basta para crear un trastorno alimentario ya que ésta se encuentra mediada por las características individuales y el ambiente. En ese sentido, es importante recalcar que hace falta medir otros aspectos que nos permitan hacer una mejor distinción de aquellos muchachos que se encuentran en riesgo de los que no.

En cuanto al género mismo, hay mucho por discutir, ya que si bien tanto hombres como mujeres presentan la misma sintomatología, al parecer hay evidencias de que las restricciones alimentarias severas, la inanición, los períodos de purga y la voracidad podrían ser más intensos en hombres (Celada, 2003). Además, hay síntomas que son más comunes en hombres, como la dismorfobia, y la desconfianza ante las relaciones interpersonales y que, no han sido evaluados. Por ejemplo, en el estudio que realizaron Behar, De la Barrera y Michelotti (2002) para determinar la feminidad, masculinidad, androginidad y

trastornos de la conducta alimentaria; los varones resultaron ser más perfeccionistas y más desconfiados en el establecimiento de las relaciones interpersonales que las mujeres. Esta puede ser parte de las razones por la que el ITA no funcionó tan bien en hombres como mujeres, ya que no se estaría enfocando en medir de manera más precisa aquellos síntomas que son más característicos en una población masculina.

Existe un punto central para el abordaje de este tema relacionado nuevamente al género. Si bien se ha mencionado que hay síntomas que se presentan con mayor intensidad en hombres que en mujeres, en una sociedad principalmente machista como en la actual, el que un hombre admita que tiene miedo a engordar o que se cuida al momento de comer, puede ser objeto de burla o desprecio, por lo que muchos hombres tienden a ser más reacios a buscar tratamiento o a comentar sobre sus comportamientos (Andersen, 1990). Como mencionan Weltzin et al. (2005) los hombres con trastornos alimentarios son menos probables de iniciar tratamiento que las mujeres, y precisamente uno de los obstáculos más grandes para la iniciación de este, es que aún se considera como un trastorno meramente femenino. Algunos investigadores (Drewnowsky, Dee, 1987; Edwin, Andersen, 1990) han establecido que entre las pruebas que evalúan trastornos de la conducta alimentaria, es común obtener puntajes más bajos en los hombres comparados con las mujeres. Los varones parecen mostrarse con menos probabilidad de exhibir rasgos de trastornos alimentarios que las mujeres. En el EDI (Inventario de Trastornos Alimentarios), los hombres generalmente obtienen puntajes inferiores en todos los ítems que

directamente reflejan motivación por la delgadez o distorsión de la imagen corporal. Los autores sugieren que es posible que estas disparidades puedan reflejar la influencia de factores sociales y culturales. Además, si tomamos en cuenta que este estudio ha ido sobre una población masculina, no debemos dejar de lado el hecho de que el no querer tener sobrepeso, no quiere decir que necesariamente se tendrá un peso bajo. Los hombres con problemas de alimentación buscan ser delgados pero al mismo tiempo desean desarrollar músculos, y esa puede ser una explicación del por qué en los cuestionarios, los hombre suelen puntuar bajo en determinadas escalas relacionadas con el peso. Aún así, es muy importante tener en cuenta que, según el Índice de Masa Corporal reportado por nuestra muestra, el 4,54% se encuentra en niveles por debajo de lo esperado, 18.18% se encuentra con sobrepeso, 3,89% con Obesidad Tipo I y 0.64% con obesidad Tipo II, es decir, el 22.72% tiene un peso mayor de lo que deberían. Estas cifras nos dan indicios de que casi el 30% de la muestra no tiene un peso adecuado y que aunque intenten maquillar sus respuestas, podrían conformarse las sospechas de que están en riesgo.

Por otro lado, está comprobado que el conflicto de la identidad sexual puede precipitar el desarrollo de una patología alimentaria en muchos hombres. Fichter y Daser (1987) encontraron que los hombres con anorexia se visualizaban a sí mismos y eran vistos por los demás como más femeninos que otros hombres, tanto en sus actitudes como en sus conductas. Posteriormente, Andersen (1990) describió que los hombres homosexuales pesaban significativamente menos que los hombres heterosexuales, con mayor

probabilidad tenían un peso corporal bajo y deseaban un peso ideal bajo. Luego, en el 2005, Hospers et al. descubrieron que en los hombres homosexuales existe una mayor presión social sobre el cuerpo y apariencia, lo que los hace más vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios. Así, muchos hombres pueden no admitirlo o cuidarse de no tener conductas tan detallistas o específicas al comer. En ese sentido, los trastornos alimentarios suelen presentarse en los hombres de manera más desapercibida, ya que para ellos no es tanto el permanecer extremadamente delgados, sino mantener un porcentaje de grasa que no sea elevado. Esto además, podría verse confirmado, si recordamos que los casos de trastornos de la conducta alimentaria en varones, son menos conocidos que en mujeres.

Luego, de tomar en cuenta estas consideraciones, como parte de los objetivos planteados se realizó el análisis de validez y confiabilidad de los ítems de la prueba de acuerdo a las áreas establecidas por la autora. Para ello, se comenzó con el análisis de la confiabilidad y se calculó el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación ítem-test corregida.

De modo general, se puede decir que todos los ítems alcanzaron una confiabilidad adecuada. Sin embargo, en cuanto al coeficiente alfa de Cronbach, se lograron valores menores con respecto a la prueba original. En ese sentido, puede que los valores alcanzados no hayan sido tan altos, ya que muchos de los ítems parecían medir lo mismo o no tenían una redacción totalmente clara, por lo que no aportaban mucho al área en mención.

Para la validez de la prueba, se recurrió en primera instancia al criterio de nueve jueces expertos en el tema de trastornos alimentarios. Se considera que una confiabilidad aceptable es establecida a partir de 0.7 (Aiken, 1996), sin embargo, por cuestiones de rigurosidad y para no mantenernos en el límite superior, en este estudio para que un ítem sea considerado óptimo, debe de alcanzar un índice de acuerdo igual o superior a 0.8. De esta manera, la validez de contenido arrojó que tan sólo 26 de ellos se consideraron aceptables y 24 de ellos no miden adecuadamente el área a la que pertenecen. Los ítems que no alcanzaron el valor esperado fueron: 3,4, 5, 6,12,14, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 38, 39, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 49 y 50.

Fue interesante evaluar si la estructura empírica de la prueba planteada por la autora original se replicaba en nuestra muestra, lo cual no fue así, por lo que decidimos tratar de explicar a qué pudo deberse esto.

Los ítems 4 (“Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso”, área II), 38 (“Sueño que soy flaco”, área IV) y 49 (“Siento que los alimentos controlan mi vida”, área VII de ítems independientes), están más relacionados a los sentimientos y preocupación sobre el control de la comida y del peso, por lo que podían ser incluidos de una mejor manera en el área I (“Preocupación exacerbada por la comida, el peso y el cuerpo”). Además, si revisamos cuidadosamente los resultados obtenidos según en análisis factorial a partir de la rotación varimax, los tres ítems de manera natural, se incluyen en este factor. Estudios como el de Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007) demuestra que actualmente las personas ya no se preocupan del valor nutricional de sus

comidas, ya que sólo esperan que lo que éstos le brinden realce a su cuerpo. Es así, que se evidencia la alta preocupación por la apariencia física y el peso.

Dentro del área II (Métodos drásticos de control de peso), podrían verse incluidos dos ítems más: el 24 (Mastico la comida y luego la escupo”) y 50 (“Evito comer cuando tengo hambre”), ya que son consideradas conductas extremas de personas que tratan de reducir considerablemente su ingesta de alimentos.

Los ítems 5 (“Siento que valgo por lo delgado que me veo”) y 6 (“Fumo cigarrillos para evitar comer”), evalúan la poca capacidad de darse una valor real y los métodos de bajar de peso que son considerados normales o aceptados en la sociedad debido a su frecuencia. Es así, que éstos ítems deberían de ser incluidos en las áreas IV (Escasa valoración de sí mismo) y V (Métodos socialmente aceptados de control de peso) respectivamente, debido a que su contenido está más relacionado con dichas áreas.

Los ítems 28 (“Tengo frío aunque haga calor”), 44 (“Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día”) y 47 (“Se me cae el pelo”), claramente evidencian consecuencias físicas que se han originado debido a los trastornos alimentarios. Estos ítems según la autora original, no pertenecen a ninguna área en específico, cuando cualitativamente, deberían de ser incluidos en el área VI de Sintomatología Física Asociada a los Trastornos Alimentarios.

Por otro lado, surgió algo curioso, ya que algunos de los ítems que no aprobaron el criterio de jueces no deberían de pertenecer específicamente a

ninguna de las áreas propuestas por la autora. Observando detenidamente el contenido de los ítems, nos dimos cuenta de que muchos de ellos podrían ser incluidos en un área totalmente nueva que tentativamente podría llamarse “dificultades sociales y familiares por patrones alimenticios”. En esta nueva área podríamos incluir ítems tales como el 3 (“Discuto con mis padres debido a mi alimentación”), 14 (“Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios”), 20 (“Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás”), 26 (“Se me hace difícil relacionarme con los demás”), 40 (“Siento temor a no ser aceptado por los demás”) y el 43 (“Siento rechazo por las persona gordas”). Estudios anteriores como el de Palpan et al. (2007) demostraron que en los hombres, la disfunción familiar resulta el principal predictor de trastornos alimentarios, seguido del autoconcepto. Al incluir un área que indague aspectos sociales, no sólo podremos saber cómo la familia y el entorno influye en la patología, sino también cómo los trastornos alimentarios poco a poco deterioran las relaciones sociales, ya sea con amigos, conocidos o familiares. Este descubrimiento nos da cimientos para pensar en la posibilidad de incluir nuevas áreas que permitan una evaluación más fina de esta población.

Una vez que los ítems que se consideraron no válidos a través del criterio de jueces pudieron ser explicados como parte de la prueba, nos dimos cuenta de que aún quedaban ítems que habían sido inicialmente rechazados, pero que sí podrían cumplir de cierta manera una adecuada función dentro del área a la que corresponden. Entonces, al tratar de encontrar el porqué de esta eliminación, se llegó a la conclusión de que el principal problema fue la

redacción y la falta de claridad. Así, muchos de los ítems eran tan generales que no necesariamente tenían que aplicarse exclusivamente a una población de trastornos alimentarios; es decir, muchos de ellos expresaban comportamientos, sentimientos o actitudes cotidianas que podrían ser entendidos a la luz de muchas causas excluidas de trastornos de la conducta alimentaria, ya que el cansancio, las náuseas, la irritabilidad, ansiedad y la tristeza son comportamientos y emociones típicas que pueden asociarse a una muestra universitaria y pre universitaria como resultado del estrés. Este es el caso de los ítems 30 (“Cuando controlo la comida me siento “dueño del mundo”), 27 (“Pienso en comida”), 39 (“Como a escondidas”), 32 (“Tengo momentos en los que me siento muy triste”), 46 (“Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo), 12 (“Me siento cansado”) y 48 (“Me siento irritable”), 34 (“Me dan náuseas cuando como”).

Luego de explorar la validez de constructo, se sometieron las respuestas de los participantes a un análisis factorial exploratorio, para determinar el número de factores que debían de constituir la prueba, y ver qué porcentaje de la varianza era explicado por estos.

El análisis arrojó que la prueba debía de organizarse en doce factores, los cuales no coinciden con los seis factores que se proponen en la versión final del instrumento. Si observamos la conformación estos doce factores, vemos que las áreas pueden ser extensas y abarcar varios temas, o ser muy limitadas y agruparse sin sentido. Básicamente de las doce áreas, sólo algunas lograron medir lo propuesto inicialmente por la autora, como por ejemplo actitudes

drásticas hacia el control de peso, consecuencias físicas y emocionales de los trastornos alimentarios, escasa valoración de uno mismo, la preocupación por el peso, métodos de control de peso, angustias y temores en torno a engordar. El resto de ellas agrupan sin guardar relación, o contienen muy pocos ítems.

Si uno revisa finamente la agrupación cualitativa de las dimensiones en la versión que propone la autora original, podemos encontrar que existen ítems que no corresponderían a las áreas en las que fueron insertados. Al parecer, de las doce áreas que salieron, se hizo un reajuste para obtener tan solo 06 áreas, y los ítems que no lograban agruparse coherentemente o con más ítems, fueron catalogados como “independientes”, de ese modo, encontramos ítems que no pertenecen a las áreas cuantitativamente hablando, pero que si las agrupamos cualitativamente podrían distribuirse de mejor manera.

Para obtener un análisis más fino de los ítems, se revisó la composición factorial de la prueba, y así, se eliminaron aquellos ítems que no tenían una carga mayor en el factor señalado inicialmente por la autora original.

Durante este proceso, se encontró que si bien la mayoría de ítems tenía una saturación aceptable en el factor al que pertenecían, 07 de ellos no cumplían con este criterio, por lo que debían de ser eliminados.

Así, el ítem 15 (“Trato de comer pocas calorías”) pertenece al área I “Preocupación Exacerbada por la comida, peso y cuerpo”; la cual busca medir aspectos ideacionales, conductuales y afectivos relacionados al peso, cuerpo y comida. En ese sentido, puede que el ítem por su redacción, se integre mejor al área “Métodos de control de Peso Socialmente Aceptados”, ya que el tratar de

ingerir alimentos de pocas calorías, puede ser visto de cierto modo como una conducta saludable. Sin embargo, si la redacción hubiera sido “Constantemente busco comer únicamente alimentos con pocas calorías” se hubiera expresado la preocupación por la comida que intenta describir el área.

Los ítems 27 y 39 pertenecen al área III “Episodios de atracón alimentario”, que busca evaluar sentimientos y conductas asociadas a la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo. En el caso del ítem 27 “Pienso en comida”, puede que este no haya alcanzado una saturación adecuada en este factor, debido a que no necesariamente sólo las personas que presentan episodios de atracón alimentario piensan únicamente en comida, ya que las personas cuando tienen hambre, también lo hacen. Además, debido a su redacción, puede que calce de mejor manera en el área I, que es Preocupación exacerbada de la comida peso y cuerpo, ya que la preocupación implica pensar en el evento estresante, que en este caso es la comida. Aún así, en cualquiera de los dos casos, la redacción se considera ambigua. El ítem 39 (“Como a escondidas”), pudo haber mejorado la redacción, como por ejemplo “Constantemente me escondo para comer enormes cantidades de comida”, ya que si bien el ocultarse para comer es una característica de un episodio de atracón alimentario, esta se debe a que lo que se esconde es una gran cantidad de comida.

Los ítems 38 y 46 pertenecen al área IV “Escasa valoración de sí mismo”, la cual, intenta conocer cómo se auto evalúan y sienten los adolescentes con respecto a sí mismos. El ítem 38 (“Sueño que soy flaco”) puede estar también

relacionado al área I (Preocupación Exacerbada por la comida peso y cuerpo), ya que en esta se expresa una preocupación por el cuerpo, como la del soñar tener una contextura que no se tiene. Además, cabe resaltar que la redacción puede mejorar si se convierte a “Sueño que soy flaco constantemente”, ya que es necesario discriminar aquellos hombres que en algún momento desean ser flacos de los que realmente tienen una constante obsesión por alcanzar la delgadez.

Finalmente, el ítem 48 (“Me siento irritable) pertenece al área VI “Sintomatología física asociada a los Trastornos Alimentarios”, que intenta medir las consecuencias fisiológicas de los trastornos alimentarios. Su menor saturación en este factor, principalmente puede deberse a la misma redacción del ítem, ya que el sentirse irritable, puede ser producto de varios factores situacionales como el estrés, el cansancio, los problemas etc. (Shore, Manson, 2004). Además, el sentirse irritable no es una expresión física, sino emocional, por lo que estaría más relacionado con el primer factor que mide la preocupación por la comida, peso y cuerpo. De este modo, una adecuada redacción del ítem hubiera podido ser “El no lograr bajar de peso me pone de un ánimo irritable”.

Debido a que el Inventario Sobre Trastornos Alimentarios no conserva la misma estructura factorial que la que se propuso inicialmente, decidimos, a modo tentativo ofrecer una alternativa para evaluar los trastornos alimentarios en una población masculina. Sin embargo, es necesario recalcar que el limitado número de ítems con los que se cuenta, no permite evaluar todo lo que concierne al universo de los trastornos alimentarios, por lo que se recomienda

realizar en mayor profundidad estudios sobre esta propuesta y que además, se contemple la posibilidad de incluir nuevas áreas que permitan una discriminación más fina de este tipo de trastornos. Por ejemplo, la exploración de una nueva área como la dinámica familiar y la presión social, son factores determinantes para la gestación de un trastorno alimentario, lo cual, podría tener mucha relación con la evaluación de la búsqueda de perfección y el temor de alcanzar una madurez. Es así, que ambas áreas podrían enriquecer mucho la información que se obtenga del inventario. Asimismo, es importante no olvidar que los trastornos alimentarios van asociados a ciertas emociones de baja autoestima (Papalia et. al, 2005), por lo que se cree crucial, construir un área que permita indagar las emociones que le genera su propia percepción.

Ya que la validez de constructo y de contenido de la prueba fue inadecuada en esta muestra, se decidió tener un parámetro más riguroso para hacer un nuevo análisis de la confiabilidad de los ítems. Esta vez, se propuso un mayor punto de corte (.30), para considerar confiable los ítems.

Durante este proceso se encontró que la mayoría de los ítems al agruparse de acuerdo a las áreas establecidas, funcionaban de manera óptima. Sin embargo, se encontró que 04 ítems presentaron correlaciones ítem-test corregidas deficientes y que el coeficiente alfa de Cronbach de una de las áreas no fue adecuado. Es así, que se realizó un nuevo análisis para neutralizar o reagrupar los ítems debidamente. Los ítems que no funcionaron fueron 1, 10, 12, y 43.

El ítem 1 (“Controlo mi peso”) pertenece al área I (Preocupación exacerbada por la comida, peso y cuerpo) que busca medir aspectos ideacionales, conductuales y afectivos relacionados al peso, cuerpo y comida. Consideramos que podría mejorarse la redacción de este ítem, debido a que es muy poco específico y la conducta de controlar el peso es considerada como algo normal y hasta incluso saludable (Wammes, Oenema y Drug, 2007). Para este caso, una redacción adecuada hubiera podido ser “Controlo mi peso diariamente”.

El ítem 43 (“Siento rechazo por las personas gordas”) pertenece al área III (Episodios de atracón alimentario), la cual, busca evaluar sentimientos y conductas asociadas a la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo. Este ítem al analizarlo cualitativamente, no guarda relación con el área planteada, ya que lo que se busca medir principalmente son las actitudes o sentimientos hacia la voracidad o atracón, y lo que el ítem estaría midiendo, es la actitud hacia determinado grupo de personas.

Los ítems 10 y 12 pertenecen a la dimensión VI (Sintomatología Física Asociada a Trastornos Alimentarios). En el caso del ítem 10 (“Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir”), la baja confiabilidad podría deberse a que es una población que se prepara para entrar a la universidad o que ya estudia en esta, por lo que el estrés, la alteración del ánimo o el simple hecho de amanecerse para estudiar pueden ser la causa de esta conducta. El ítem 12 (“Me siento cansado”), consideramos que puede mejorar su redacción, debido a que el sentirse cansado es un síntoma muy general y que puede

aplicarse a distintas situaciones de la vida, como cansancio por ejercicio, por el trabajo, por realizar muchas actividades etc. Es así, que se propone una redacción como “Creo que la falta de alimentación me origina fatiga”.

Para construir una nueva versión del instrumento, fue necesario eliminar 29 ítems, los cuales fueron 1, 3, 4, 6, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48 y 50. Al comparar estos ítems con los que debían de ser eliminados según en criterio de jueces, nos dimos cuenta que de los 25 ítems que se propone eliminar por validez de contenido, 20 de ellos coinciden con los problema encontrados, ya sea por la confiabilidad o por el análisis factorial. Por lo tanto, debe de haber alguna razón por la que estos ítems deban de ser eliminados.

En el caso de los ítems 1 (“Controlo mi peso”), 6 (“Fumo cigarrillos para evitar comer”), 10 (“Me despierto muy temprano en la mañana y ya no puedo dormir”), 12 (“Me siento cansado”), 17 (“Como en exceso”), 21 (“Como con desesperación”), 27 (“Pienso en comida), 32 (“Tengo momentos en los que me siento muy triste”), 34 (“Me dan náuseas cuando como”), 36 (“Siento mareos”), 39 (“Como a escondidas”), 41 (Me hago masajes adelgazantes”) y 42 (Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios”), todos ellos tienen una redacción muy poco específica que puede haber confundido a los participantes. Así, se pueden describir conductas que pueden considerarse normales dependiendo de la situación en la que uno se encuentre, y que no tengan nada que ver con los trastornos alimentarios.

Por otro lado, los ítems 3 (“Discuto con mis padres debido a mi alimentación”), 14 (“Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios”), 26 (“Se me hace difícil relacionarme con los demás”), 28 (“Tengo frío aunque haga calor”), 40 (“Siento temor a no ser aceptado por los demás”), 43 (“Siento rechazo por las personas gordas”), 44 (“Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día”), 46 (“Pienso que tengo que hacerme la cirugía en algunas partes feas de mi cuerpo”), 47 (“Se me cae el pelo”), 48 (Me siento irritable) y 50 (“Evito comer cuando tengo hambre”), probablemente han tenido que ser eliminados, debido a que no estaban midiendo lo que realmente debían de medir según el área de pertenencia. Algunos de ellos hubieran podido ubicarse en otras áreas de la prueba, otros hubieran podido agruparse para formar un área distinta.

Luego de eliminar los ítems, se construyó una versión reorganizada del instrumento, en la que se eliminó a todos aquellos que no correspondían, según los análisis realizados y lo descrito anteriormente. Esta nueva versión consta de 21 ítems que se agrupan en cuatro áreas sólidas y definidas, y que además presentan validez y confiabilidad adecuadas. Cabe resaltar que dentro de lo posible, se trató de que estas se asemejen a la versión original.

La primera de las áreas se denomina “Métodos Drásticos de control de peso y consecuencias físicas asociadas” y está compuesta por 06 ítems: 16 (“Tomo pastillas para adelgazar”), 22 (“Intento vomitar después de comer para controlar mi peso”), 24 (“Mastico la comida y luego la escupo”), 25 (“Para controlar peso, utilizo productos que eliminen líquido”), 33 (“Uso laxantes para

eliminar peso”) y 35 (“Tengo anemia por mis dietas”). Estos ítems están agrupados para evaluar las conductas extremas, rigurosas y poco saludables que los adolescentes tienen para bajar y/o controlar su peso; así como las posibles consecuencias de estas. El área cobra importancia debido a que incluye un conjunto de conductas propias y particulares que son necesarios medir en los trastornos alimentarios. Existe un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, por lo que los jóvenes tienden a utilizar métodos de control y baja de peso extremistas que ponen en riesgo su salud (APA, 2002).

La segunda de las áreas se llamó “Preocupación por el Peso y Cuerpo”. Esta dimensión, se compuso a partir de 08 ítems, los cuales fueron: 2 (“Me da la impresión de que los chicos que conozco son más delgados que yo”), 5 (“Siento que valgo por lo delgado que me veo”), 7 (“Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo”), 8 (“Siento angustia al pensar que podría subir de peso”), 11 (“Me veo gordo a pesar de que los demás dicen lo contrario”), 19 (“Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo”), 29 (“Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso”) y 38 (“Sueño que soy flaco”). Todos estos ítems guardan una estrecha relación entre sí, y debido a su agrupación factorial, se puede decir que lo que se busca evaluar son los sentimientos y actitudes hacia el peso y la forma corporal. En ese sentido, es relevante, debido a que el APA (2002), menciona que la característica principal que comparten todos los trastornos alimentarios es aquella preocupación extrema por el peso y cuerpo, en la que hay un gran temor a engordar.

La tercera de las áreas se denominó “Preocupación Sobre el Escaso Control de la Comida” e incluye 04 ítems: 9 (“Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido”), 13 (“Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias”), 30 (“Cuando controlo la comida me siento “dueño del mundo”) y 49 (“Siento que los alimentos controlan mi vida). De este modo, estos ítems buscan medir la percepción que tienen las personas sobre el poco control que tienen al ingerir alimentos. Es relevante, ya que Celada (2003), menciona que la preocupación y los altos montos de ansiedad que sienten, origina conductas de control y descontrol,

La cuarta y última de las áreas fue “Métodos de Control de Peso Socialmente Aceptados”. En esta área se agruparon 03 ítems: 15 (“Trato de comer alimentos de pocas calorías), 37 (“Hago mucho ejercicio para bajar de peso”) y 45 (“Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo”). Estos ítems describen las conductas para eliminar peso que usualmente son aprobadas y reforzadas por la sociedad, debido a su cotidianeidad. Esta área en particular debe de ser examinada con mucha fineza para poder discriminar adecuadamente a aquellos jóvenes que pasan desapercibidos, pero que sí pueden tener conductas relacionados a los trastornos de la alimentación. En una época como la nuestra en la que la apariencia física es de gran valor cultural (Lipovetsky, 2002), muchas conductas poco saludables que tienen como fin adelgazar, son vistas como regulares y aceptables (Raich, 2002).

Ambas versiones del instrumento, apuntan a evaluar los trastornos de la conducta alimentaria, y a pesar de que la segunda versión nace a partir de la primera, se pueden encontrar diferencias entre ambos instrumentos.

En primer lugar, la versión original del ITA está compuesto por siete áreas: seis de ellas definidas y una de ellas que incluye ítems independientes, es decir, que no se asocian a ninguna de las anteriores. Por su parte, la versión reestructurada del ITA incluye únicamente cuatro áreas que incluyen todos los ítems que resultaron válidos y confiables, es decir, a diferencia de la versión original, este inventario logra otorgarle una pertenencia a todos sus ítems, lo que facilita la corrección y análisis de la misma.

En segundo lugar, si bien la versión original logra establecer seis áreas, claramente se ve que no todos los ítems que la componen pertenecen a estas. Si bien es muy importante poder construir los factores a través de un análisis estadístico riguroso, consideramos también la importancia de la exigencia en la coherencia cualitativa de éstos. En esta versión, no sólo existen ítems que no miden adecuadamente lo que busca el área, sino que también existen ítems independientes que evidentemente pueden pertenecer a alguna de las áreas propuestas. Esa es una de las mayores e importantes diferencias con la versión del ITA reorganizado, ya que en la segunda versión, no sólo se tomó en cuenta la primera composición que arrojó el análisis factorial, sino que se buscó exhaustivamente una conformación en la que los ítems puedan medir cuantitativa como cualitativamente las áreas que conforman.

Otra de las ventajas de esta segunda versión es que es más actual y tiene como base una revisión teórica más contemporánea, en la que se ha demostrado que sí es posible evaluar trastornos alimentarios en una población masculina, por lo que en próximos estudios, podría servir como una sólida base para la exploración de trastornos alimentarios en esta población que es casi desconocida.

Sin embargo, no hay que dejar de lado los aspectos positivos que nos otorga la versión original en comparación con la versión reorganizada del ITA. La versión original cuenta con un mayor número de ítems que pueden medir más finamente el tipo de trastornos señalados. Además, es importante mencionar que el ITA original ha demostrado ser de gran utilidad, más que por la construcción de sus áreas, por su buen funcionamiento a nivel global y por su capacidad para discriminar grupos de riesgo para este trastorno. Si bien se buscó proponer un nuevo instrumento que sólo contenga ítems válidos y confiables, el número de estos se redujo casi en la mitad, por lo que también la estructura de los cuatro factores se vuelve muy densa y es difícil incluir o agrupar algunos otros ítems.

Cabe resaltar que por utilizarse un muestreo de tipo no probabilístico accidental, los resultados no pretenden ser generalizables a todos los adolescentes varones limeños, sino sólo a los alumnos que se encuentran dentro del rango de edad establecido (16 a 20) en un centro pre universitario y primeros años de estudio de una universidad privada. Sin embargo, se espera que los hallazgos del presente estudio permitan brindar una herramienta útil para

la futura construcción de instrumentos, evaluación o investigación de los trastornos alimentarios en varones, ya que se considera pionero en nuestro medio.

Como parte de todo estudio, es necesario mencionar que durante el proceso de evaluación de trastornos alimentarios en varones encontramos algunas limitaciones y dificultades. Una de las principales dificultades fue el prejuicio de las personas y la mentalidad de que los trastornos alimentarios no pueden darse en una población masculina. Es por esto, que la mayoría de investigaciones están referidas a muestras femeninas, y por lo tanto, la elaboración de instrumentos psicométricos para medir trastornos alimentarios, van dirigidas principalmente a esta población. Así, nos encontramos con dos dificultades más: Las pocas investigaciones sobre el tema, y la inexistencia de inventarios de trastornos alimentarios que puedan ser exclusivamente utilizados por hombres. Cabe resaltar que a finales de la presente investigación, se encontró un instrumento cuya función era medir actitudes y comportamientos asociados a la alimentación, ejercicios e imagen corporal específicamente en hombres (MEBBIE). Sin embargo, a pesar de ser el único instrumento hallado exclusivamente para varones, se encontró que no éste no había llegado a ser publicado, aunque sí ha sido utilizado en otras investigaciones como la de Kaminski, Chapman, Haynes y Own (2007).

La última limitación que consideramos es que los hombres, a diferencia de las mujeres, tienden a ser más reservados en sus respuestas, y/o además pueden desarrollar mayor ansiedad al responder el inventario. Durante la

administración de la prueba, algunos de los participantes murmuraron sobre ciertos ítems de la misma, lo que puede haber fomentado a que los muchachos no respondan sinceramente.

Llegando al final de esta discusión y teniendo en cuenta los resultados y limitaciones que se dieron a lo largo del proceso, nos permitimos, como parte de esta nueva propuesta, proporcionar importantes recomendaciones para los próximos estudios relacionados al tema. Si bien en la presente investigación se ha elaborado a modo tentativo una invitación para evaluar trastornos alimentarios en varones, es necesario recalcar que esta fue construida a partir de los mismos ítems de la prueba original que no fueron eliminados luego de los respectivos análisis. Es por esto que no se llega a evaluar de manera profunda todas las características de los trastornos alimentarios, por lo que sería importante poder incluir otras áreas que ayuden a hacer una mejor discriminación de la patología.

Para empezar, podría intentarse evaluar de manera profunda el área familiar y la presión social que emerge para poder subir de peso, ya que es sabido que los chicos, en el afán de ocultar la enfermedad notoria, suelen aislarse, en primer lugar para que otros no se den cuenta de su padecimiento, y en segundo para no verse expuestos a situaciones en las que deben verse obligados a comer.

Otra área que debe de explorarse e innovarse está relacionada con el temor a madurar y la necesidad perfección y/o búsqueda de aprobación, así como lo hace el Eating Disorder Inventory. Es sabido que las personas

afectadas por este trastornos se caracterizan principalmente por tratar de desenvolverse adecuadamente para lograr la aprobación de los demás, así como el temor a crecer y desarrollar una sexualidad (Graber, Lewinsohn, Seeley y Brooks-Gunn, 2004).

También, es necesario poder indagar sobre la percepción que los varones tienen sobre sí mismos, junto con la emoción que esto les genera. Muchos de ellos no necesariamente se vuelven anormalmente delgados (como en el caso de la bulimia), sino que sus hábitos alimentarios hacen que se avergüencen, menosprecien y depriman por lo que desarrollan baja autoestima (Papalia et al., 2005). Además, recordemos que ellos comienzan a desarrollar estos trastornos debido a que la insatisfacción que sienten consigo mismos es muy intensa.

Asimismo, es importante incluir dos áreas, y cada una de ellas respectivamente debe de discriminar los comportamientos restrictivos como en el caso de la anorexia, de los purgativos como en la bulimia. De este modo, se podrá poner énfasis en aquellas conductas que son más comunes en varones que mujeres, como el excesivo ejercicio. No sólo es importante poder saber que la persona tiene un trastorno alimentario, sino que creemos que también sería un buen aporte poder tener indicios de a qué trastornos apunta la persona: anorexia o bulimia. Es así, que el establecer dos áreas y que cada una delimite bien anorexia o bulimia, es muy importante, ya que dentro de la gama de los trastornos alimentarios, es DSM-IV (APA, 2002), considera a estos últimos como de mayor importancia e incidencia.

Otra área que debe de ser correctamente indagada son las

consecuencias y alteraciones físicas que se gestan a raíz de estos trastornos. No basta sólo con evaluar la delgadez, si no también otro tipo de alteraciones como crecimiento de vello corporal delgado y rizo, la intolerancia a las subidas de temperatura, mal funcionamiento de riñones, molestias digestivas, estreñimiento, entre otros (Celada, 2003).

Finalmente, creemos que es importante tener en cuenta la importancia del estudio de esta patología, por lo que invitamos a los futuros investigadores a ahondar más en este constructo relacionado a varones, casi desconocido en nuestro medio, teniendo en cuenta las limitaciones ya mencionadas anteriormente. Es por eso, que se necesita de una rigurosa búsqueda de información, para así, innovar y mejorar los ítems de esta propuesta, ya que el verdadero propósito es la evaluación integral de estos padecimientos y no sólo el ceñimiento a las manifestaciones conductuales relacionadas con la alimentación o el deseo de adelgazar.

CONCLUSIONES

- El Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) de Joan Hartley (1999) al aplicarse en una muestra de varones alcanzó una confiabilidad adecuada, sin embargo no sucedió lo mismo con la validez.
- El análisis factorial realizado en el ITA demostró que las áreas propuestas por la autora original no se replican en una muestra de varones, debido a problemas en torno de la redacción y pertenencia de los ítems a las áreas.
- Luego de los análisis de validez y confiabilidad, se llegó a la conclusión de que debían de ser eliminados 29 de los 50 ítems que componían la versión original
- Como alternativa, surge la versión reorganizada del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios que consta de 21 ítems y 4 áreas, las cuales permiten evaluar este tipo de patología, logrando valores altos de validez y confiabilidad.
- Las principales ventajas de este instrumento reorganizado, radican en su especial elaboración para una población masculina y en la adecuada coherencia y pertinencia de los ítems a sus áreas.
- Finalmente, la versión reorganizada del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios, es tan sólo una propuesta tentativa, por lo que se invita a futuros investigadores a profundizar sobre el tema y a incluir nuevos ítems

que permitan construir otras áreas para tener un instrumento de medición más fino y acertado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L.R. (1996). Tests psicológicos y evaluación (8ª edición). México: Prentice-Hall.
- Andersen, A. (1990). Males with eating disorders. New York: Brunner/Mazel, 40-53.
- Andersen, A., Didomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? The International journal of eating disorders. Vol. 11, no 3, pp. 283-287.
- Andersen, A., Watson, T., Schelechte, J. (2000) Osteoporosis and Ostopenia in men with eating disorders. The Lancet, Vol. 355, No 9219, 3.
- Andersen, A., Woodeard, P.J., LaFrance, N. (1995). Bone mineral density of eating disorder subgroups. Eating Disorders. Dic. 18 (4): 335-342.
- Andersen, J. (1988). Effective communication for nutrition in primary health care. Tokyo: The United Nations University.
- American Psychiatric Association. (2002). Dignostic and statistical manual of mental disorders (4a ed.). Washington DC.
- Barriguete, J., Tena, A. (2005). Actualidades en el manejo ambulatorio de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. México: Psicología Iberoamericana. Vol. 13, No. 2. pp. 66-67.
- Behar, R., Barrera de la, M., Michelotti, J., (2002). Feminidad, Masculinidad, Androginidad y Trastornos del Hábito del Comer. Revista Médica Chile; 130: 964-975
- Blos, P. (1973). Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). La anorexia: una locura del cuerpo. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Carlat, DJ., Camargo, CA., Herzog, DB. (1997). Eating Disorders in males: a report on 135 patients. The American Journal of Psychiatry; 154:1127-1132.
- Celada, J. (2003). Rehabilitación en anorexia y Bulimia Nerviosas. Pasos en la recuperación de pacientes y familias. California: Ediciones Eating and

Addictive Disorders Institute.

Cervera, M. (2002). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. España: Ediciones Pirámide.

Coleman, J. (2003). Psicología de la Adolescencia. Madrid: Morata.

Monroy, C., Fentanes, B., Irigoyen, A. (2004). Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. Boletín de atención familiar UNAM.

Craig, G. (2001). Desarrollo Psicológico. Octava edición. México: Pearson Education.

Croll, J., Ireland, D., Neumark-Sztainer, M., Store, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. Journal of Adolescent Health, Vol 31(2), Aug. pp. 166-175.

Delgado, D. (2001). Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socio económico alto y medio alto. Tesis (Lic.) -- PUCP. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica. Lima.

Diario Salud (2007). Los trastornos alimentarios comprometen la capacidad reproductiva. Extraído el día 25 de Setiembre del 2007 desde <http://www.diariosalud.net/content/view/5005/473/>.

Drewnowski A, Yee D., (1987). Men and body image: Are males satisfied with their body weight? Psychosomatic Medicine. 49: 626-34.

Ezcurra, L. (1988). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. En: Revista de Psicología. Vol. VI. No.1-2: 103-111.

Farquhar, J., Wasylkiw, L. (2007). Media Images on Men. Trends and consequences of body conceptualization. Psychology of Men & Masculinity. Jul Vol. 8(3) 145-160.

Field A., Cambargo, C., Taylor, C., Berkey, C., Colditz, G. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. Pediatrics, 107.

Fichter M, Daser C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. Psychological Medicine; 17: 409-18.

Garner, D. (1998). EDI2: Inventario de Trastornos de la Conducta alimentaria:

manual. España: TEA Ediciones.

George, D. y Mallery, P. (2001). SPSS for Windows: Step by step a simple guide reference. (3era edición). Nueva York. Allyn & Bacon.

Gilligan, C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Women's development. Cambridge: Harvard University Press.

Gonzalez-Arratia, I., Romero, M., Valdez, J. (2004). Autoestima en diferentes etapas de la vida. México: Psicología Iberoamericana. Vol. 12. No 1, pp. 64-74.

Graber, J., Seeley, J., Brooks-Gunn, J., Lewinsohn, P. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 43 (6): 718-726, Junio.

Hartley, J. (1999). Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares. Tesis (Lic.) -- PUCP. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica. Lima.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Mc Graw- Hill Interamericana.

Herscovici, C., Bay, L., Kovalskys, I. (2005). Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community based survey. Eating Disorders, 13, 476-478.

Hobza, Walker, Yakushko, Peugh (2007). What about men? Social comparison and the effects of media images on body and self-esteem. Psychology of Men & Masculinity. Jul Vol. 8(3) 161-172

Hospers, H., Jansen, A. (2005). Why Homosexuality is a Risk Factor for Eating Disorders in Males. Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 24.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental.

Iñárritu M., Cruz V., Morán, I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. México: Revista Salud Pública y Nutrición.

Jong, P. (2004). Testing the test. University of Groninger., the Neatherlands

Kaye, W., Deblin, B., Barbarich, N. (2004). Análisis genético de la bulimia

nerviosa. International Journal of Eating Disorders. May, 35(4): 556-570.

Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en Psicología Clínica. Pearson Publications Company.

Kerlinger, F., Lee, H. (2002) Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en ciencias Sociales. Cuarta Edición. México: Mc Graw- Hill Interoamericana Editores.

Langley, J. (2006). Boys get anorexia too. Doping with male eating disorders in family. Gran Bretaña: The Cromwell Press Ltd.

Lipovetsky, G. (2002). La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama.

López-Ibor, J., Valdés, M. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson

Martínez, P., Zuzman, L., Hartley, J., Morote, R., Calderón, A. (2003). Estudio Epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Lima: Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XXI, 2.

Mazeo, S. & Espelage, D. (2002). Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: And Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. Journal of Counseling Psychology. Vol, 49, N°1, 86-100.

McCabe, M., Vincent, M. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. European Eating Disorders Rev.

Ministerio de Salud (2007). Alimentación y nutrición durante la adolescencia. Extraído el día 25 de Septiembre del 2007 desde <http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>

Nardone, G. (2004). Más allá de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Olivardia R, Pope HG Jr, Mangweth B, Hudson JI. (1995) Eating disorders in college men. Am J Psychiatry; 152:1279-85.

Organización Mundial de la Salud (2005). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. Francia.

- Palpan, J., Jimenez, C., Garay, J., Jimenez, V. (2007). Factores Psicosociales asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Lima Metropolitana. Psychology international, Vol. 18, N° 4, apéndice.
- Papalia, D., Wendkos S., Duskin, R. (2005). Psicología del Desarrollo. Novena edición. México: Mc. Graw Hill Interoamericana.
- Raich, R.M. (2001). Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Ricciardella, L., McCabe, M., Williams, R., Thompson, J. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. Clinical Psychology Review, Vol. 27(5), Jun. pp. 582-606.
- Rosenblum GD, Lewis M. (1990). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. Child Development. 70:50–64.
- Santrock, J. (2007). Adolescente. Onceava edición. University of Texas, Dallas: Mc. Graw – Hill Internacional Edition.
- Shore, J., Manson, S. (2004). The american indian veteran and posttraumatic stress disorder: A telehealth assessment and formulation. Culture, Medicine and Psychiatry, Vol. 28(2), Jun. pp. 231-243.
- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. España: Editorial Ariel S.A.
- Wammes, B., Oenema, A., Drug, J. (2007). The evaluation of a mass media campaign aimed at weight gain prevention among young Dutch adults. Obesity, Vol 15(11), Nov. pp. 2780-2789.
- Weltzin, T., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., Bean, P. (2005). Eating Disorder in men: update. Journal of Men's Health & Gender, Vol.2 (2), Jun. pp. 186-193.
- Zusman, L. (1999). La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer. Lima: Revista Psicológica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Vol. 17, nº 1.

ANEXOS

ANEXO A

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

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

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerme de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente

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

ANEXO B

Ficha Sociodemográfica

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

Edad: _____

Sexo: _____

Peso: _____

Talla: _____

Lugar de Nacimiento : _____

Ciclo en el que te encuentras : _____

Carrera que estudias : _____

Personas con las que vives : _____

ANEXO C

ITA

A continuación se te presentan un conjunto de afirmaciones. En cada una de ellas deberás elegir la opción de respuesta con la que te identifiques más. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	= 1
Raras veces	= 2
Algunas veces	= 3
Muchas veces	= 4
Frecuentemente	= 5
Siempre	= 6

En tu hoja de respuesta, encierra en un círculo el número que corresponda a tu elección.

Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia. Por favor, se lo más sincera posible en tus respuestas y no olvides responder a todas las afirmaciones.

1. Controlo mi peso.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

2. Me da la impresión de que las chicas(os) que conozco son más delgadas que yo.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

3. Discuto con mis padres debido a mi alimentación.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

4. Pienso en la posibilidad de vomitar para controlar mi peso.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

5. Siento que me valoro más cuando me veo delgada(o).
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

6. Fumo cigarrillos para evitar comer.
(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente
(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

7. Pienso que debo reducir ciertas partes gordas de mi cuerpo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

8. Siento angustia al pensar que podría subir de peso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

9. Me desespero cuando no puedo eliminar de alguna forma lo que he comido.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

10. Me despierto muy temprano en la madrugada y ya no puedo dormir.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

11. Me veo gorda(o) a pesar que los demás dicen lo contrario.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

12. Me siento cansada(o).

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

13. Me preocupo tanto por lo que como, que llega a limitarme en mis actividades diarias.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

14. Me fastidia que mis padres intervengan en mis hábitos alimenticios.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

15. Trato de comer alimentos de pocas calorías.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

16. Tomo pastillas para adelgazar.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

17. Como en exceso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

18. Tengo gran sentimiento de culpa después de comer.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

19. Me obsesiono con la forma y peso de mi cuerpo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

20. Evito las reuniones porque en ellas tengo que comer algo con los demás.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

21. Como con desesperación.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

22. Intento vomitar después de comer para controlar mi peso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

23. Siento que me odio cuando no cumplo mi dieta.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

24. Mastico la comida y luego la escupo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

25. Para controlar mi peso, utilizo productos que eliminan líquido.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

26. Se me hace difícil relacionarme con los demás.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

27. Pienso en comida.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

28. Tengo frío aunque haga calor.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

29. Siento angustia cuando compruebo que he aumentado de peso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

30. Cuando controlo la comida me siento "dueña(o) del mundo".

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

31. Pienso que no me acepto a mi misma(o).

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

32. Tengo momentos en los que me siento muy triste.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

33. Uso laxantes para eliminar peso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

34. Me dan náuseas cuando como.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

35. Tengo anemia por mis dietas.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

36. Siento mareos.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

37. Hago mucho ejercicio para bajar de peso.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

38. Sueño que soy flaca(o).

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

39. Como a escondidas.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

40. Siento temor a no ser aceptada(o) por los demás.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

41. Me hago masajes adelgazantes.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

42. Leo revistas y/o libros sobre alimentos, dietas y ejercicios.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

43. Siento rechazo por las personas gordas.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

44. Me cuesta trabajo dormir por las noches por pensar en todo lo que he comido durante el día.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

45. Bebo mucho líquido para eliminar la grasa de mi cuerpo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| ((1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

46. Pienso que tengo que hacerme la cirugía plástica en algunas partes feas de mi cuerpo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

47. Se me cae el pelo.

- | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
| (2) Raras veces | (4) Muchas veces | (6) Siempre |

48. Me siento irritable.

- | | | |
|-----------|-------------------|--------------------|
| (1) Nunca | (3) Algunas veces | (5) Frecuentemente |
|-----------|-------------------|--------------------|

(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

49. Siento que los alimentos controlan mi vida.

(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente

(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

50. Evito comer cuando tengo hambre.

(1) Nunca (3) Algunas veces (5) Frecuentemente

(2) Raras veces (4) Muchas veces (6) Siempre

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!

ANEXO D

Cuadro N° 25
Nueva Composición Factorial del área I del Inventario sobre Trastornos Alimentarios

ITEM	1	2	3	4	5	6
24.	,907	,075	-,198	-,159	-,140	-,297
22.	,884	-,069	-,017	,304	,338	-,084
33.	,864	-,220	,030	-,394	-,179	,131
25.	,842	,024	-,449	,146	,163	,201
35.	,786	-,364	,422	,132	,231	,012
16.	,721	,622	,297	-,015	,011	,072

ANEXO D1

Cuadro N° 26
Nueva Composición Factorial del área II del Inventario sobre Trastornos

ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8
7.	,794	,227	-,239	-,025	,113	-,285	-,284	-,293
11.	,777	-,176	,003	,219	-,419	-,326	,173	,072
2.	,772	-,116	-,215	-,461	,131	-,091	,003	,327
8.	,741	-,416	,156	-,129	-,240	,306	-,272	-,111
29.	,735	-,409	-,163	,204	,345	,104	,270	-,144
38.	,730	,450	,146	-,273	-,119	,167	,309	-,176
19.	,729	,367	-,256	,363	-,027	,276	-,108	,221
5.	,680	,086	,649	,126	,244	-,112	-,082	,118

ANEXO D2

Cuadro N° 27
Nueva Composición Factorial del área III del Inventario sobre Trastornos

ÍTEM	1	2	3	4
49.	,798	-,155	-,344	-,469
13.	,796	,142	-,379	,152
9.	,747	-,519	,391	,141
30.	,745	,534	,381	-,120

ANEXO D3

Cuadro N° 28
Nueva Composición Factorial del área IV del Inventario sobre Trastornos

ÍTEM	1	2	3
15.	,755	-,274	-,595
37.	,750	-,386	,536
45.	,729	,681	,065

ANEXO D4

Cuadro N° 35
Distribución de los Puntajes Totales en la Muestra

PUNTAJE TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
58,00	6	3,4	3,4
59,00	8	4,5	7,9
60,00	11	6,2	14,0
61,00	7	3,9	18,0
61,53	1	,6	18,5
62,00	8	4,5	23,0
62,53	1	,6	23,6
63,00	6	3,4	27,0
64,00	7	3,9	30,9
65,00	6	3,4	34,3
66,00	6	3,4	37,6
67,00	1	,6	38,2
67,43	1	,6	38,8
68,00	12	6,7	45,5
69,00	4	3,3	47,8
70,00	7	3,9	51,7
71,00	6	3,4	55,1
72,00	6	3,4	58,4
73,00	5	2,8	61,2
74,00	6	3,4	64,6
75,00	5	2,8	67,4
76,00	4	2,2	69,7
77,00	3	1,7	71,3
78,00	2	1,1	72,5
80,00	2	1,1	73,6
81,00	4	2,2	75,8
82,00	3	1,7	77,5
83,00	1	,6	78,1
84,00	1	,6	78,7
85,00	1	,6	79,2
86,00	3	1,7	80,9
87,00	2	1,1	82,0
88,00	2	1,1	83,1
89,00	3	1,7	84,8
90,00	3	1,7	86,5
91,00	3	1,7	88,2

93,00	1	,6	88,8
94,00	1	,6	89,3
97,00	2	1,1	90,4
98,00	1	,6	91,0
99,00	2	1,1	92,1
100,00	1	,6	92,7
103,00	1	,6	93,3
104,00	1	,6	93,8
106,00	1	,6	94,4
108,00	1	,6	94,9
112,00	1	,6	95,5
113,00	1	,6	96,1
114,00	1	,6	96,6
118,00	1	,6	97,2
121,00	1	,6	97,8
123,00	1	,6	98,3
125,00	1	,6	98,9
126,00	1	,6	99,4
128,00	1	,6	100,0
TOTAL	178	100,0	
