



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y  
PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN PARENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES

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

FRANCO ASCENZO BRAVO DE RUEDA

MONICA CASSARETTO BARDALES

Asesora

LIMA-2012

## Agradecimientos

A Mónica Cassaretto, por su apoyo constante, por el conocimiento que me ha transmitido y por no dejar que me salga del camino en momentos claves en la presente investigación, siendo fuente de apoyo y de sabiduría. Por ser ante todo, una persona cálida que supo guiarme durante todo este proceso.

A Felipe, Cristina y Bruno, que siempre estuvieron ahí, transmitiéndome durante toda la carrera esa fortaleza y esas ganas de luchar por lo que uno realmente quiere. Por ver siempre en mí ese potencial, sin dudar un sólo segundo en lo que puedo dar y lograr.

A Stephanie, por su paciencia, por sus consejos, por estar ahí, en momentos duros y felices, por siempre tener una mirada optimista en cuanto a mis proyectos, por ser esa persona que me llena de vida y alegría.

A Pamela y Karen, mis amigas, por ese apoyo incondicional, por la fuerza y empuje que me dieron, por esos seis años inolvidables, por dejarme compartir un pedacito de sus vidas, porque juntos forjamos un camino y nos fuimos abriendo paso.

A Diego Guerrero por brindarme su tiempo y conocimiento estadístico. A Alejandro Ferreyros, por darme la oportunidad de aplicar los instrumentos necesarios de esta investigación.

Finalmente quiero agradecerles a los profesores de la especialidad de Psicología, por nutrirme de tanto conocimiento y por colaborar en mi formación como psicólogo y persona.

## Resumen

El objetivo general de la presente investigación fue establecer la relación entre la percepción de la función parental de adolescentes escolares y la presencia de características tanto psicológicas como comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. El universo de estudio fue conformado por estudiantes escolares, tanto hombres como mujeres que cursan de segundo a tercer grado de secundaria de un colegio particular de Lima. Se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, 1998), así como la prueba "Adolescent Family Process" (AFP), instrumento diseñado por Vazsonyi, Hibbert, y Snider en el 2003. Los resultados evidencian la existencia de asociaciones entre las dimensiones de la función parental y la presencia de características asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes escolares, destacando la importancia de la comunicación con la madre y el padre. Además, se encontraron diferencias a partir de las variables sociodemográficas como el sexo y el IMC reportado.

*Palabras clave:* Trastornos alimenticios, función parental, EDI-2, AFP.

## Abstract

The main objective of the present investigation is to establish the relation between the perception of parenting in adolescent students and the presence of psychological characteristics, as well as behaviors associated with the risk of developing eating disorders. The sample was conformed by 111 scholar students, both boys and girls that were studying in second to third year of secondary in a private school of Lima. The Eating Disorder Inventory EDI-2 (Garner, 1998) was used, as well as, the test "Adolescent Family Process" (AFP), that was designed by Vazsonyi, Hibbert, and Snider in 2003. The results showed relations between parental function and specific characteristics associated to the risk of developing eating disorders. Some of them were the parents communication, support and friends approval from parents. Finally, there were also found differences by sociodemographic data, for example, gender and body mass.

*Key words:* Eating disorders, parenting, EDI-2, AFP.

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	11
Participantes	11
Medición	11
Características asociadas a los trastornos alimenticios	12
Función Parental	14
Procedimiento	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	35
ANEXOS	41



## INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos alimenticios constituye un tópico fundamental en estos tiempos, especialmente en la población adolescente, ya que en esta etapa es donde las personas se encuentran en mayor riesgo a presentar un desorden alimentario. En la actualidad se está dando un fenómeno de aumento progresivo de trastornos alimenticios, que se relaciona tanto con factores psicológicos y familiares, como con la importancia que la sociedad moderna otorga al culto de la imagen y la belleza, existiendo cada vez más adolescentes que caen en una obsesión por el peso corporal, que en muchos casos termina en consecuencias letales (De las Casas, 2008; Zusman, 2009).

La adaptación de los adolescentes a la vida adulta está directamente influida por el rol que cumplen los padres para con ellos y por la percepción que tengan los hijos de sus padres. Este rol que cumplen los padres va a traer consecuencias tanto en el desarrollo cognitivo, como en el desarrollo conductual y emocional de los hijos (Molinero, 2006). Es por ello que la presente investigación resulta de gran relevancia, ya que esta analiza la relación entre la percepción de la función parental por parte de los adolescentes y la posibilidad de desarrollar los trastornos alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como perturbaciones persistentes de la alimentación que resultan en un consumo alterado, exagerado o restringido de comida y que afectan a la salud física, al funcionamiento mental y social de la persona (Walsch, 1995; APA, citado en Zusman, 2009). Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, por la alteración del peso corporal y la percepción de la forma (APA, 2002). Sin embargo, los trastornos de la conducta alimentaria no se refieren solamente a un problema físico con la alimentación sino que involucra una serie de variables cognitivas y actitudinales relacionadas con la comida, que llevan a que la persona con dichos trastornos muestre síntomas como la sobre-preocupación por el peso y alteración en la imagen corporal, entre otros síntomas (De las Casas, 2008; Kirsman & Salgueiro, 2002).

De este modo, la base de este tipo de trastorno, radica en una alteración psicológica manifestada en la conducta alimentaria, donde los más conocidos y estudiados son la anorexia nerviosa y la bulimia (Raich, 2002). El *binge-eating* es otro trastorno de la conducta alimentaria en donde el individuo presenta atracones de comida pero sin posteriores conductas purgativas (Brewerton, 2004; Langley, 2006; Pope,

Phillips, & Olivardia, citados en Guerrero, 2008). Asimismo, otro trastorno de la conducta alimentaria es el yo-yo dieting, el cual se caracteriza por que el sujeto hace dietas reiterativas (*yo-yo diet*) en donde hay dos periodos que el individuo alterna: en uno hay una sobreingesta de alimentos mientras que en otro periodo existe una abstinencia de alimentos (Martínez et al., 2003; Zusman, 2000).

Con el paso del tiempo muchos estudios han demostrado que se está dando un fenómeno de aumento progresivo de los trastornos de la conducta alimentaria tanto a nivel nacional como mundial (De las Casas 2008; Zusman, 2009). En una investigación epidemiológica realizada por Martínez et al. (2003) encontraron en una muestra de 2141 adolescentes mujeres escolares de Lima Metropolitana que un 15.1% de las evaluadas presentaba riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio y que un 16.4% de los casos presentaban uno o más trastornos alimentarios. Asimismo el estudio epidemiológico realizado en el 2002, por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi de Lima halló que existen un 8.3% de adolescentes en riesgo de desarrollar cualquiera de los trastornos alimenticios (IESM HD-HN, 2002).

Por otro lado, existen diversos estudios que demuestran que puede existir comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y ciertos trastornos mentales. En un estudio realizado en 1996 por Grillo, Levy, Becker, Edell y Mcglahan se encontró que el 97% de los pacientes que tenían un trastorno alimenticio cumplían criterios para, al menos, un diagnóstico adicional del eje I del DSM-IV. Dentro de estos diagnósticos los más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias adictivas, los problemas de ansiedad y fobia social, así como las disfunciones sexuales; datos ratificados por diferentes investigaciones (Raich, 1996; Toro, 2004; Echeburúa & Marañón, 2005; McElroy, et al., 2010). Asimismo, Zusman (2009) afirma que existe comorbilidad al interior de la clasificación de trastornos alimenticios. Es decir, no hay una tendencia al desarrollo de un trastorno de la conducta alimenticia en su forma pura, sino más bien a una mezcla de características de diversos factores.

Los trastornos alimenticios traen consecuencias tanto a nivel fisiológico, cognitivo, afectivo y conductual (Raich, 1996; APA, 1998; Raich, 2002; Cervera, 2005; Zusman, 2009). Dentro de las consecuencias somática se encuentran las irregularidades menstruales, deficiencia de calcio, pérdida de peso, alteraciones renales, estreñimientos, alteraciones cardiovasculares como la disminución del tamaño del corazón, entre otras (Cervera, 2005; Castro, 2009). Asimismo se encuentran alteraciones cognitivas como

problemas de concentración, de atención y de memoria (Cervera, 2005). A nivel conductual el individuo puede llegar a aislarse socialmente, caer en rutinas como pesarse constantemente y mirarse en todo momento al espejo (Cervera, 2005). En el aspecto emocional el individuo experimenta una ansiedad muy intensa, es inestable e irritable, se encuentra triste, con poco ánimo, tiene ganas de llorar sin razón alguna y existe pérdida de interés por algunas actividades que antes le producían placer (Raich, 1996; Cervera, 2005; Langley, 2006; Zusman, 2009; Touchette, et al., 2011).

Existen algunas características tanto psicológicas como comportamentales que frecuentemente se presentan en las personas que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria. Son factores que se consideran como riesgosos ya que al encontrarse presentes en un individuo se incrementa la probabilidad de tener un trastorno alimenticio. Es posible desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria con o sin estas características, sin embargo, mientras más factores de riesgo se encuentren en una persona, mayor será la probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio (De las Casas, 2008; Guerrero, 2008).

De esta manera, es común encontrar una preocupación excesiva por el peso y la figura, una percepción alterada del cuerpo que lo conduce a presentar una insatisfacción corporal y a una obsesión por la delgadez. Por lo general, otras características que acompañan a este tipo de trastornos son la baja autoestima, pensamientos y sentimientos de culpabilidad por el simple hecho de haber comido, el rechazo al contacto social y la impulsividad entendida como falta de auto-control. Así mismo el perfeccionismo, la sensación de inutilidad, el mal humor, el temor a la madurez, la dificultad de funcionar de manera autónoma, el sentimiento de ineficacia, la desconfianza e inseguridad social, el consumo de drogas y la alexitimia entendida como la incapacidad para leer emociones son otros elementos que frecuentemente se encuentran presentes los adolescentes que presentan un trastorno alimenticio (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011; Kirszman & Salgueiro, 2002; Touchette, et al., 2011; White & Grilo, 2011).

La percepción alterada de la imagen corporal es una de las características más notorias en las personas que sufren trastornos alimenticios; así, Maganto y Cruz (2002) hallaron que a la base de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo que lleva a que las personas perciban un mayor peso y tamaño del cuerpo de la que realmente tienen (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011; McMillan, Stice, & Rohde, 2011).

Frente a la percepción alterada del peso nace la insatisfacción corporal, la cual ha sido definida como una evaluación negativa sobre el propio cuerpo, tanto en figura como en peso (Hospers & Jansen, 2005). Así pues, existe un disgusto que siente el individuo sobre su cuerpo o parte de él, acompañado de una serie de pensamientos, emociones y actitudes negativas con respecto a la apariencia física, tanto en tamaño y forma, al no poseer la imagen deseada (Baile, Guillén & Garrido, 2002; Beato-Fernández & Rodríguez-Cano, 2006; Clausen et al., 2011). La autoestima baja es un elemento muy relacionado a la insatisfacción corporal (Wiseman, Peltzman, Halmi, & Sunday, 2004). Raich (2002) habla de la *autoestima física* que guarda relación directa con el grado de insatisfacción corporal que presenta la persona con un trastorno alimenticio, en donde al verse a sí mismo con una imagen que no se acerca a la figura idealizada, el individuo experimenta sensaciones y pensamientos negativos, tales como tristeza, vergüenza, ansiedad y frustración llevándolo así a un estado de autocrítica permanente, sintiéndose evaluado y rechazado. Así mismo, en la adolescencia, se produce una relación muy estrecha entre una fuerte sobrevaloración del significado personal de la silueta corporal y la autoestima (Peck, Lightsey, & Owen, 2008; Touchette, et al., 2011; Wade & Lowes, 2002).

Una de las características más comunes dentro de los trastornos de la conducta alimentaria es la obsesión por la delgadez. Ésta es descrita como un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura (Zusman, 2000). Así, el individuo presenta una preocupación constantemente por la pérdida de peso, preocupándose irracionalmente por la obesidad. Las personas que presentan los trastornos alimenticios tienden a pensar excesivamente en temas relacionados con la comida (Castelló, 1993). Zusman (2000) afirma que, las mujeres buscan tener un abdomen plano ya que es un factor inequívoco de delgadez, que a su vez juega un papel fundamental a la hora de conseguir éxito social y el reconocimiento de los demás. La sociedad al mostrar repudio por la obesidad o el simple sobrepeso crea un mito en las sociedades desarrolladas que convierten a la anorexia y a la bulimia en los principales indicadores de la misma, en donde el éxito de una persona está en relación a su apariencia física (Castelló, 1993).

Por otro lado, otra de las características frecuentes dentro de los trastornos alimenticios es el sentimiento de ineficacia, que involucra sentimientos de incapacidad en general, inseguridad, vacío, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida. Las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria suelen presentar cierta sensación de inutilidad en diferentes actividades. Este sentimiento de ineficacia se

encuentra relacionado a la dificultad que tienen los adolescentes que sufren de trastornos alimenticios de funcionar de manera autónoma (McMillan, Stice, & Rohde, 2011; Peck et al., 2008; Rausch, 2000). Los padres deben de alentar la autonomía en el hijo, ya que adolescentes que no expresen opiniones o sus propios puntos de vista y tampoco logran manifestar una respuesta propia y autónoma, pueden terminar por encubrir la aparición de una patología como un trastorno alimentario (De las Casas, 2008). Así mismo, Zusman (2009) habla de adolescentes muy obedientes, educadas y que presentan una tendencia a ocultar su voz interior.

Otra característica es la dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Toro (2004) encontró que uno de los rasgos de personalidad asociado a los trastornos de la conducta alimentaria es la alexitimia, la cual es definida como la incapacidad para leer emociones. En este sentido, el adolescente que sufre de un trastorno alimenticio tiene una dificultad muy grande para identificar, reconocer y describir sentimientos. Kirszman y Salgueiro (2002) afirman que las personas que sufren de estos trastornos pueden pensar que sus emociones deben ser completamente predecibles. Su repertorio de emociones disminuye e incluso algunas desaparecen, lo que conduce a una desconexión en la persona con sus propias emociones (Kirszman & Salgueiro, 2002; Barker & Galambos, 2009; Elliott, et al., 2010).

Se sabe que las personas que sufren de anorexia o bulimia han tenido grandes dificultades en atravesar la etapa de la pubertad y en el ingreso a la adolescencia, en donde no han podido asumir la plenitud de su vida emocional (Zusman, 2009). Así mismo, se sabe que son adolescentes que tienen un enorme temor a la madurez, a asumir responsabilidades nuevas, a asumir su cuerpo y su sexualidad, así como un deseo de volver a la seguridad de la infancia (Guerrero, 2008; Zusman, 2009).

Los sujetos que sufren de trastornos de la conducta alimentaria suelen manifestar un desinterés muy grande por establecer relaciones interpersonales. Esta característica va de la mano con la dificultad que tienen para expresar sus sentimientos y sus pensamientos. Según Guerrero (2008) son individuos a los que les cuesta mucho establecer relaciones íntimas y estables ya que por lo general sus relaciones sociales están caracterizadas por la inseguridad, la desconfianza, la incomodidad, son insatisfactorias y tensas. En otras palabras, son inseguros socialmente teniendo como resultado relaciones interpersonales pobres en calidad y en cantidad, pudiendo llegar al aislamiento social (Beato-Fernández & Rodríguez-Cano, 2006; Castro, 2009). La impulsividad, que es otra característica común en este tipo de trastornos y que es



definida como la dificultad que tiene la persona de regular sus impulsos está muy relacionado al hecho de que éstas personas suelen ser hostiles en algunas ocasiones así como a la tendencia que poseen al abuso de drogas, la agitación y a la autodestrucción (Kirszman & Salgueiro, 2002).

El perfeccionismo es otra característica común (Clausen et al., 2011; Cervera, 2005; Peck et al., 2008; Robles, 2011; Toro, 2004), por la que los sujetos piensan que solamente tienen la opción de tener niveles de rendimiento personal excelentes y tienen la convicción que el resto de personas esperan de ellos resultados sobresalientes. Así, estos adolescentes creen que sus resultados individuales deberían de ser mejores, encontrándose satisfechos en pocas ocasiones al no creer que hayan alcanzado la perfección en la tarea o actividad realizada. El perfeccionismo está muy relacionado a otra de las características usuales en los trastornos alimenticios como es el ascetismo en el sentido que son sujetos con diversos ideales espirituales tales como la auto superación, la autodisciplina, el sacrificio y el control de las necesidades corporales (Clausen et al., 2011; Kirszman & Salgueiro, 2002).

La conducta bulímica, en la cual la persona posee la tendencia a tener pensamientos relacionados al alimento o a darse atracones de comida que son incontrolables (White & Grilo, 2011; Cervera, 2005), es otra característica común. Esta conducta está acompañada de una fuerte creencia de poder controlar la silueta y el peso corporal a través de rituales purgativos. Sin embargo, este control se caracteriza por no darle importancia a la cantidad de alimentos ingeridos, lo que se convierte en un proceso cíclico, en el cual la conducta del vómito facilita continuar con los atracones (Cervera, 2005).

Por otra parte, se ha mencionado en diversas ocasiones a la familia como factor etiológico de los trastornos de la conducta alimentaria; por ello el entender el concepto de función parental puede resultar beneficioso para profundizar en el tema. El concepto función parental, puede ser útil para comprender el tipo de dinámica que ocurre al interior de las familias en donde uno de sus miembros padece de un trastorno alimenticio. La función parental es una variable a la cual se le han dedicado diversos estudios y actualmente ha sido definida como la relación promotora y protectora de los padres hacia los hijos (Vazsonyi, et. al. 2003). La adaptación de los adolescentes a la vida adulta va a estar directamente influida por el rol que cumplan los padres para con ellos y por la percepción que tengan los hijos de sus padres. Este rol que cumplen los

padres va a traer consecuencias tanto en el desarrollo cognitivo, como en el desarrollo conductual y emocional de los hijos (Molinero, 2006)

Son seis las dimensiones de la función parental: cercanía, comunicación, soporte, monitoreo, aprobación de pares y conflicto. Estas seis dimensiones brindan información acerca de cómo los hijos perciben a los padres en cada uno de dichos aspectos. Estas seis dimensiones son claves para un mejor entendimiento de la relación entre los padres y los hijos, una relación que es eje en la formación, desarrollo y establecimiento de la personalidad en todo individuo, y en especial durante la adolescencia (Berger, citado en Montero, en prensa).

La primera dimensión, cercanía, se refiere a la sensación de proximidad emocional y comprensión entre padres e hijos. La comunicación se refiere a todo intercambio de información entre el padre y el hijo acerca de cualquier tema como proyectos, anhelos, preocupaciones, emociones, sentimientos, experiencias personales de manera efectiva. El soporte incluye la posibilidad de apoyo, aceptación y escucha por parte del padre para con su hijo. El monitoreo, se refiere al conocimiento y a la supervisión por parte de los padres sobre las actividades que realizan sus hijos. La aprobación de pares es la función parental que hace referencia a la percepción que tienen los padres sobre los amigos que frecuentan sus hijos y del hecho mismo que los frecuenten. Finalmente, el conflicto, es el grado de tensión normal y promedio que existe entre padres e hijos (Vazsonyi et. al., 2003).

A la fecha no se cuenta con ninguna investigación que haya estudiado la percepción de la función parental en adolescentes con trastornos alimenticios, aunque sí se han encontrado elementos comunes en las familias con adolescentes con este tipo de trastornos por lo que es importante analizar lo que se ha hallado hasta el momento. En este sentido, es necesario comprender que los trastornos alimenticios tienen un trasfondo familiar, y que éste afecta a cada uno de sus miembros (De las Casas, 2008; Le Grange, Lock,Loeb, & Nicholls, 2010; Zusman, 2009).

Una de las maneras más importantes en la que los padres pueden ayudar a los adolescentes a tener una transición exitosa a la vida adulta consiste en tratar de mantener cierto equilibrio entre la necesidad que tiene el adolescente de individualidad y su necesidad de mantener los vínculos emocionales con su familia (Gavazzi, Anderson, & Sabatelli, 1993, citado en Rice, 1995). Es decir, se debe hallar un punto óptimo de cercanía en donde exista una sensación de proximidad emocional y comprensión entre padres e hijos pero sin llegar a extremos.

Uno de estos extremos, y característica común en las familias con adolescentes con un trastorno alimenticio es el aglutinamiento, que no es más que una manera particular de proximidad e intensidad que hace que cualquier cambio repercuta en el sistema familiar. Son personas que se encuentran estrechamente vinculadas con la familia, muchas veces son familias invasivas (Celada, 2003). Este elemento se puede observar en las intrusiones que a menudo se presentan, en los pensamientos y sentimientos del otro, así como en la interdependencia de las relaciones en donde la percepción de sí mismo y de los demás miembros está mínimamente diferenciada (Rausch & Bay, 2000). Estas familias se encuentran tan unidas que pueden llegar al extremo de que los límites entre los miembros se harían cada vez más débiles como para diferenciarse (Celada, 2003). Se ha encontrado que en estos casos la madre es la que se encuentra más cerca y es percibida como poderosa, entrometida y es envidiada y odiada a la vez por el hijo. Así mismo es imposible identificarse con ella pero a la misma vez es imposible separarse de ella (Gallegos, citado en Celada, 2003).

Un elemento muy relacionado al aglutinamiento es la inflexibilidad, la rigidez que presenta la familia a afrontar cambios, la resistencia frente al hecho de realizar cambios necesarios e imprescindibles es una constante, funcionando como un sistema cerrado que no admite la modificación de ciertas pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la inserción de los hijos a la etapa de la adolescencia. Temas como la pérdida del trabajo de uno de los padres, la muerte de un ser querido, son situaciones que son afrontadas con una dificultad muy grande ya que exigen instrumentar alternativas novedosas para salir adelante. El equilibrio familiar se ve seriamente perturbado ante los cambios y suelen negar enfáticamente cualquier necesidad de cambio en el sistema (Rausch & Bay, 2000). De las Casas (2008) afirma que actualmente existen muchas familias que se encuentran sometidas a los parámetros de la apariencia, en donde han criado a sus hijos para que actúen en función de la propuesta que sostiene que lo familiar es lo perfecto, donde los padres, según el ideal familiar, requieren que todos sus miembros sean exitosos y triunfadores.

Por otro lado, se sabe que las personas que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria intentan satisfacer las necesidades narcisistas de sus madres y de este modo, no generar problemas al interior de su familia disfuncional, callando por lo general cualquier disconformidad que presenten. Por ello, es importante resaltar la importancia de la comunicación entre padres e hijos ya que es crucial en lo que se refiere a los trastornos alimenticios. Todos los adolescentes necesitan orientación y



disciplina y cuando los padres muestran respeto por las ideas y opiniones de los adolescentes el soporte percibido por los hijos es mayor y el ambiente familiar mejora. No se recomienda que los padres no concedan a sus hijos la oportunidad de expresar sus sentimientos o sus puntos de vista, ya que esto podría generar tensión y resentimiento (Turck & Miller, citados en Rice, 1995).

Así mismo distintos autores afirman que las personas que padecen de trastornos alimenticios proceden de familias sobreprotectoras (Rausch & Bay, 2000; Zusman, 2009). Hay que diferenciar la dimensión de monitoreo que proponen Vazsonyi y sus colaboradores (2003) con la noción de sobreprotección. La primera hace referencia al conocimiento y a la supervisión por parte de los padres sobre las actividades que realizan sus hijos así como las personas involucradas en dichas actividades. En cambio la familia sobreprotectora está caracterizada por su inseguridad y por diversos temores. Celada (2003) afirma que las madres de los adolescentes que sufren de bulimia nerviosa son personas muy dominantes, controladoras y tienen expectativas muy elevadas en cuanto a sus hijos (Rausch & Bay, 2000). Es importante tener presente que la adolescencia es una etapa muy conflictiva y de grandes cambios caracterizados por la búsqueda de libertad y autonomía. La adolescencia es un continuo de la existencia del individuo, en donde se transita de la niñez a la adultez (Levinsky, 1998) y esta sobreprotección en este tipo de familias retarda el desarrollo de la autonomía, (Rausch & Bay, 2000) es decir disminuye la capacidad ya limitada para desempeñarse separadamente de la familia y lograr un óptimo funcionamiento autónomo así como acceder a la separación con los padres. Los excesivos cuidados frenan su capacidad de autonomía, percibiéndose incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás (Celada, 2003).

Por otro lado, un elemento constante dentro de las familias donde un miembro sufre de algún trastorno alimenticio es la presencia de conflictos en la interacción familiar y la falta de resolución de estos mismos. La familia del adolescente que presenta el trastorno evita de alguna u otra manera el conflicto, negando la existencia del mismo, teniendo como resultado que los problemas quedan sin resolver, en el aire, presentando una amenaza constante que activa una y otra vez los caminos de la evitación (Celada, 2003; Rausch & Bay, 2000).

Resalta pues el hecho de que en estas familias la comunicación no está presente, dificultando así a que el conflicto sea resuelto y hablado. Es importante mencionar que en algunos casos existen familias en donde el papel que juega el adolescente es de

agente desviador de los conflictos conyugales con el propósito de mantener el equilibrio en la pareja (Rausch & Bay, 2000).

Dentro de la literatura actual se han identificado diversas características familiares asociadas a la presencia de trastornos alimenticios en hijos adolescentes. Sin embargo existen muy pocas investigaciones que analicen la percepción que tienen los hijos de sus padres y su relación con las características asociadas a los trastornos alimenticios, así como el rol que cumple la familia en este tipo de trastornos antes de su aparición. Dado este escenario, surge la relevancia de comprender a los trastornos alimenticios desde distintas perspectivas, para posteriormente poder abordarlos de manera preventiva de manera más efectiva. Una de estas formas de entenderlo es desde el punto de vista de la función parental y las distintas dimensiones que se presentan en esta relación, tales como la cercanía, soporte, monitoreo, comunicación, conflicto y aprobación de pares. Por ello el objetivo general de este estudio es describir la relación entre la percepción de la función parental y la presencia de características asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes escolares.

Asimismo se buscará determinar si existen diferencias en las características psicológicas y comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios según las variables sociodemográficas, así como describir la percepción de la función parental paterna y materna de los adolescentes según estas variables sociodemográficas.

## MÉTODO

### Participantes

Los participantes son estudiantes escolares, tanto hombres como mujeres, que cursan segundo y tercer grado de secundaria de un colegio particular de nivel socioeconómico A de Lima. Se decidió elegir dichos grados escolares debido a que la edad de inicio de los trastornos alimenticios generalmente oscila entre los 14,5 y los 18 años, mostrándose una tendencia a aparecer en edades cada vez más tempranas con el paso del tiempo (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Los alumnos que fueron parte de este estudio aceptaron colaborar en la investigación expresando de manera escrita su intención de participar o no, en el consentimiento informado que les fue entregado al inicio de la evaluación. Así mismo con el fin de lograr una aplicación de manera simultánea a todos los alumnos, se solicitó a seis estudiantes universitarios el apoyo para acudir a los seis salones respectivos. Estos seis estudiantes fueron debidamente preparados para dar las pautas y las consignas de las pruebas, así como para cualquier duda que hubiese durante la aplicación.

La muestra del estudio estuvo conformada por 142 adolescentes escolares, de los cuales 31 protocolos fueron invalidados, quedando así 111 participantes de entre 13 y 15 años de edad. Se invalidaron aquellos protocolos que tuvieran más de los ítems sin contestar en el EDI-2 o tan sólo un ítem no contestado en la prueba AFP, tanto para la función parental paterna como materna.

De los 111 adolescentes, 60 (54.1%) eran de sexo masculino y 51 (45.9%) de sexo femenino. Así mismo 65 (58.5%) de los estudiantes pertenecían a tercero de secundaria, mientras que 46 (41.5%) pertenecían a segundo de secundaria. 34 (30.6%) de los evaluados tenía 13 años, 57 de ellos (51.3%) 14 años y 20 (18.1%) tenía 15 años.

### Medición

Para el presente estudio se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 (Garner, 1998) y el Adolescent Family Process (AFP; Vazsonyi et al., 2003). Adicionalmente, con el fin de determinar qué sujetos se encontraban dentro

de los criterios de selección, se utilizó una ficha que pudo recopilar la información sobre los datos sociodemográficos.

Para evaluar las características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimenticios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria 2 (EDI-2). Este inventario se utiliza para la evaluación de rasgos o características psicológicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de comprender y de tratar a los trastornos alimenticios, mide tanto las características cognitivas como las conductuales de los sujetos que sufren trastornos alimenticios (Kirzman & Salgueiro, 2002).

El EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2, Garner, 1998) fue diseñado en 1998 en la Universidad de Toronto por David Garner. Este instrumento se ha utilizado y validado y en diversas partes del mundo entre los que destaca USA, Israel, México, Nueva Zelanda, Suecia, Corea, Alemania, Estados Unidos, Holanda, España, Chile, Perú, entre otros (Guerrero & Cassaretto, 2009).

Esta prueba incluye un total de 91 ítems, de los cuales 27 son formulados en forma inversa y 64 en forma directa; todos los ítems se encuentran agrupados en once subescalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La primera subescala, la segunda y la sexta se encuentran conformadas por siete ítems cada una; la tercera por nueve; la cuarta y la séptima por diez; la quinta por seis; la octava, novena y décimo primera por ocho; y la décima por once (Guerrero & Cassaretto, 2009). La manera de calificación del EDI-2, varía dependiendo de cada afirmación debido a que existen ítems redactados de manera inversa. Las alternativas de respuesta de los ítems están presentadas en formato Likert de 6 opciones en donde la forma de puntuar las afirmaciones redactadas de manera directa es la siguiente: “Siempre”: 3; “Casi siempre”: 2; “A menudo”: 1; “A veces”: 0; “Pocas veces”: 0; “Nunca”: 0. En el caso de los ítems inversos las puntuaciones se invierten (Guerrero, 2008).

El EDI-2 es un instrumento que puede ser utilizado, tanto para mujeres como para hombres, en personas mayores a los 12 años. Asimismo, las escalas de la prueba se han diseñado para medir rasgos independientes y la obtención de una puntuación total, sumando las puntuaciones parciales, trae consigo problemas a la hora de la interpretación (Garner, 1998, citado en Guerrero, 2008). La validez del EDI-2 ha sido determinada mediante la validez de contenido, de concurrencia y de constructo. La confiabilidad del instrumento original se obtuvo a través del índice de consistencia

interna alfa de Cronbach hallando que de las ocho primeras subescalas, el índice oscila entre 0.65 y 0.93 en muestras no clínicas, y entre 0.80 y 0.93 en muestras clínicas. (Garner, 1998). Por lo que se refiere a las tres subescalas añadidas por el EDI-2 (las tres últimas del cuestionario), el rango de los índices alfa se encuentra entre 0.44 y 0.80 en muestras no clínicas, y entre 0.70 y 0.80 para muestras clínicas (Garner, 1998).

En el Perú, Guerrero (2008) realizó una adaptación del EDI-2 en una muestra de 393 adolescentes de Lima que habían culminado la secundaria y tenían entre 16 a 20 años. En dicho estudio se observó que el grado de acuerdo de la totalidad de ítems por criterio de jueces era del 99%, quedando así demostrada la validez de contenido del instrumento. Además, la prueba cuenta con el apoyo de la validez de constructo; ya que, a partir de un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua se halló que los 3 factores planteados por Garner (1998) explicaban el 64.13 % y el 57.87 % de la varianza de la prueba para la muestra de mujeres y de varones respectivamente. En cuanto a la confiabilidad, se encontró que de las once escalas del inventario, diez mantienen una confiabilidad buena, mientras que la escala *ascetismo* era la única con un alfa bajo (0.31) pero presenta como escala una buena adecuación a la estructura factorial; en términos de la capacidad discriminativa de los ítems, tan solo el ítem 71 presenta problemas por tener una correlación ítem-test negativa; sin embargo, en tanto este ítem presenta un buen funcionamiento en población clínica Guerrero (2008) sugiere mantenerlo dentro de la prueba.

En esta investigación se realizó un análisis de la confiabilidad del EDI-2, en donde se encontró que la confiabilidad más alta la obtiene la escala obsesión por la delgadez, teniendo un nivel excelente, con un alfa de 0.88; mientras que la confiabilidad más baja se presenta en la escala Ascetismo con un alfa de 0.49, coeficiente cuestionable. Las escalas Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Impulsividad e Inseguridad social presentaron un coeficiente alfa bueno mayor a 0.7 y las escalas Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez obtuvieron un coeficiente aceptable mayor a 0.5, por lo que dichas escalas se consideran confiables. De esta manera, se puede observar que 10 de las 11 escalas presentan una confiabilidad aceptable o buena, mientras que solamente una es cuestionable pero cercana a lo aceptable. Estos coeficientes pueden ser entendidos si se toma en consideración el tamaño de la muestra

Para evaluar la función parental se utilizó la prueba de Función Parental Adolescente (*Adolescent Family Process*, AFP); éste es un instrumento que fue



diseñado por Vazsonyi, Hibbert, y Snider en el 2003. Esta prueba se encarga de brindar una comprensión de la función parental, la cual es entendida como la relación promotora y protectora de los padres hacia sus hijos. Esta prueba brinda información de cómo los hijos adolescentes perciben a sus padres y el rol que éstos están cumpliendo en sus vidas.

Es un instrumento de autoreporte que consta de 50 afirmaciones, de las cuales 25 están dirigidos para evaluar la relación con el padre y las 25 restantes la relación con la madre. Dichas afirmaciones se encuentran agrupadas en 6 dimensiones de la función parental: cercanía, soporte, monitoreo, comunicación, conflicto y aprobación de pares. La primera dimensión está conformada por seis ítems; la segunda y tercera por cuatro ítems; la cuarta por cinco y la quinta y sexta dimensión están conformadas por tres ítems. De los 25 ítems de cada parte, 21 son directos, mientras que solamente cuatro son inversos. Por otro lado, las alternativas de respuesta están dadas en formato likert de 5 opciones. Para las primeras 14 afirmaciones de cada parte, las opciones son: totalmente en desacuerdo, desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo; mientras que para las once restantes las opciones son: nunca, rara vez, a veces, con frecuencia y casi siempre.

El AFP fue validado en el 2003 en una investigación llevada a cabo por Vazsonyi y otros colaboradores en muestras de 5,810 adolescentes de distintos países como Estados Unidos, Suiza, Hungría y Países Bajos que se encontraban entre los 15 y 19 años de edad. Esta investigación mostró por medio de los análisis factoriales confirmatorios la existencia de las 6 dimensiones propuestas (Vazsonyi, Hibbert & Snider, 2003). La confiabilidad se obtuvo a través del índice de consistencia interna alfa de Cronbach tanto para los ítems paternos y maternos. Los primeros oscilaron entre 0.78 y 0.90 mientras que los segundos entre 0.77 y 0.87 (Molinero, 2006).

Asimismo, Molinero (2006) adaptó el AFP en una muestra de 276 adolescentes, tanto hombres como mujeres estudiantes, de 14 a 16 años de Lima teniendo resultados óptimos los cuales le permitieron validar la adaptación mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En cuanto a los índices de confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach de las áreas de los ítems maternos oscilo entre 0.63 y 0.79; y los paternos entre 0.73 y 0.87.

En la presente investigación se realizó el análisis de confiabilidad de las seis dimensiones del AFP, tanto para la función parental materna como para la función parental paterna, de manera independiente. La confiabilidad más alta la obtuvo la

dimensión monitoreo por parte del padre, obteniendo un nivel excelente, con un alfa de 0.89; mientras que la confiabilidad más baja de dichas dimensiones se presenta en la dimensión aprobación por parte de la madre con un alfa de 0.44, coeficiente cuestionable. Así mismo, la primera dimensión, cercanía percibida de la madre, presentó un alfa aceptable de 0.68 mientras que las demás dimensiones obtuvieron un alfa bueno, mayor a 0.7 por lo que se puede decir que se considera que dichas dimensiones son confiables. De esta manera, se puede observar que 11 de las 12 dimensiones mostradas presentan una confiabilidad aceptable (Muchinsky, 2002) mientras que solamente una es cuestionable pero cercana a lo aceptable. Estos resultados pueden explicarse teniendo en consideración el tamaño de la muestra.

### **Procedimiento**

Para que la presente investigación se pudiera realizar, se procedió a contactar con las autoridades de la institución educativa, comunicándoles a cerca de los objetivos y los resultados que podrían brindarse. Luego, se coordinó la aplicación con el psicólogo del colegio, quien asignó las aulas y el horario disponible para la investigación.

Luego de la respectiva aplicación y de armar debidamente la base de datos se procedió a desarrollar los procedimientos estadísticos necesarios para responder a la pregunta de investigación, así como para cubrir los objetivos planteados. En ese sentido los protocolos fueron validados y procesados por el programa SPSS procediendo a realizar los análisis estadísticos correspondientes.

Primero se realizó una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar si es que la muestra era paramétrica o no paramétrica, teniendo como resultado una muestra anormal, es decir que no seguía una distribución normal.

Luego de los respectivos análisis de confiabilidad se obtuvieron los resultados descriptivos tanto del EDI-2 así como del test AFP para la función parental materna y función parental paterna hallando así las medianas y desviaciones estándar respectivas.

A continuación, se compararon los resultados obtenidos según las variables sociodemográficas utilizando los estadísticos de contraste para pruebas no paramétricas. Se utilizó la prueba Mann-Whitney para la comparación entre grupos, afirmando dicha diferencia con significaciones a nivel estadístico menores a 0.05. Asimismo para la comparación de muestras relacionadas se utilizó el estadístico del test de Wilcoxon.

Finalmente, se procedió al análisis de correlaciones entre las variables de ambas pruebas mediante el coeficiente de correlación de Spearman a un nivel de confiabilidad del 95%.





## RESULTADOS

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos en los análisis estadísticos. Primero, se darán a conocer los resultados descriptivos tanto del test AFP para la función parental materna y función parental paterna, así como los resultados descriptivos del EDI-2. También se presentarán las diferencias y relaciones halladas en cada una de estas variables de acuerdo a las condiciones sociodemográficas controladas. Finalmente, se mostrarán los resultados correspondientes a las relaciones halladas entre ambas pruebas.

### Resultados descriptivos del EDI-2 y del test AFP

Tanto el análisis de las once escalas del EDI-2, como de las seis dimensiones del AFP, se realizó mediante el cálculo inicial de la media, la mediana, la desviación estándar y los percentiles.

En cuanto a las escalas del EDI-2, como se puede observar en la tabla 1, se halló que la escala miedo a la madurez presentaba la media más alta con un puntaje promedio de 7.37 y una desviación estándar de 4.06, mientras que la escala de bulimia presentaba la menor, con una media de 1.62 y una desviación estándar de 2.67.

Tabla 1  
*Descriptivos de las dimensiones del EDI-2*

	M	Mdn	DE	Percentiles	
				33	66
Obsesión por la delgadez	4.47	3.00	5.13	1.00	5.00
Bulimia	1.62	1.00	2.66	.00	2.00
Insatisfacción corporal	4.91	4.00	5.27	1.00	5.00
Ineficacia	2.66	2.00	4.08	.00	2.00
Perfeccionismo	5.38	5.00	3.57	3.96	6.00
Desconfianza interpersonal	2.80	2.00	2.58	1.00	4.00
Conciencia introceptiva	3.82	3.00	3.67	2.00	4.00
Miedo a la madurez	7.37	7.00	4.05	5.00	9.00
Ascetismo	3.47	3.00	2.90	2.00	4.00
Impulsividad	4.91	4.00	4.91	2.00	6.00
Inseguridad social	3.21	2.00	3.59	1.00	4.00

n= 111

Por otro lado, en la prueba AFP, a través de una comparación de medias en muestras relacionadas, se encontraron relaciones significativas en las dimensiones de soporte, monitoreo, comunicación y conflicto. Así, se encontró que los puntajes del soporte en la escala paterna ( $M=15.12$ ;  $DE=3.51$ ) son mayores a los de soporte en la escala materna ( $M=13.87$ ;  $DE=4.18$ ); los puntajes de monitoreo en la función parental materna ( $M=15.88$ ;  $DE=2.93$ ) son mayores que los del monitoreo de la escala paterna ( $M=13.95$ ;  $DE=3.89$ ); los puntajes de comunicación en la escala materna ( $M=16.08$ ;  $DE=3.91$ ) son mayores a los de comunicación en la escala paterna ( $M=15.00$ ;  $DE=4.44$ ) y los puntajes de conflicto en la función parental materna ( $M=9.07$ ;  $DE=2.45$ ) son mayores que los de conflicto en la escala paterna ( $M=7.59$ ;  $DE=2.60$ ) (Ver anexo C).

### Resultados comparativos del test EDI-2 y del AFP, según datos sociodemográficos

Se realizó un análisis comparativo para observar si se presentaban diferencias significativas según los datos sociodemográficos. Según la variable sexo, se puede observar que existen diferencias significativas en las escalas de obsesión por la delgadez, conciencia interoceptiva e impulsividad. A partir de estos resultados, se puede señalar que las mujeres presentan mayores niveles de obsesión por la delgadez y de conciencia interoceptiva que los hombres. Por otro lado, en la escala impulsividad son los hombres los que presentan mayores puntajes que las mujeres. Respecto al AFP, encontramos diferencias significativas para la dimensión monitoreo por parte de la madre, siendo las mujeres quienes presentan niveles mayores en relación a los hombres.

Tabla 2

*Diferencias en las escalas del EDI-2 según el sexo del participante*

	Masculino (n=60)		Femenino (n=51)		U de Man- Whitney	Sig. asinto't (bilateral)
	Mdn	DE	Mdn	DE		
Obsesión por la delgadez	1.00	3.18	5.00	5.92	814.00	.00
Conciencia interoceptiva	2.00	2.81	4.00	4.23	1072.50	.00
Impulsividad	5.00	4.58	2.00	5.25	1182.00	.04
<b>FUNCIÓN PARENTAL</b>						
<b>MATERNA</b>						
Monitoreo	15.00	2.52	16.00	3.25	1033.00	.00

Por otro lado, se buscó determinar si existían diferencias significativas en las escalas del EDI-2 según el grado del participante. En cuanto a la escala ineficacia, se puede observar que los alumnos de segundo de secundaria obtuvieron puntajes más elevados que los de tercero de secundaria (Tabla 3).

Del mismo modo se hallaron diferencias significativas en las dimensiones del AFP, de acuerdo al grado del adolescente. En cuanto a la dimensión soporte y aprobación de pares en la escala de función parental materna, se puede observar que los participantes de tercero de secundaria fueron quienes presentaron mayores niveles en relación a los de segundo de secundaria (Tabla 3).

Tabla 3

*Diferencias en las escalas del EDI-2 según el grado del participante*

	Segundo de		Tercero de		U de Man- Whitney	Sig. asinto 't (bilateral)
	media (n=46)		media (n=65)			
	Me	DE	Me	DE		
Ineficacia	2.00	4.55	1.00	3.66	1163.50	.04
<b>FUNCIÓN PARENTAL MATERNA</b>						
Soporte	13.00	4.06	15.00	3.98	978.00	.00
Aprobación de pares	11.50	2.28	13.00	2.00	1163.50	.04

### Resultados correlacionales del test del EDI-2 y del AFP con las variables sociodemográficas

Dentro de los objetivos de la presente investigación se buscó determinar si existían relaciones entre las dimensiones del AFP y las escalas del EDI-2 con las variables de la ficha sociodemográfica. Así pues, se hallaron relaciones con las variables edad y con el IMC reportado.

Se pudo observar una relación significativa entre la edad del adolescente y la dimensión aprobación de pares ( $r=.20$ ;  $p=.03$ ) en la escala de función parental materna. Se puede decir entonces que, a mayor edad del estudiante, mayor será la percepción de este de aprobación de pares por parte de su madre. Es importante mencionar que no se encontraron relaciones significativas entre las escalas del EDI-2 y la edad de los participantes.

También se buscó encontrar si existían relaciones tanto entre las escalas del EDI-2 y las dimensiones del AFP con el IMC reportado por los participantes. Es

importante resaltar que los análisis fueron realizados tanto para hombres como para mujeres de manera separada.

Respecto al IMC reportado, solamente 92 adolescentes llenaron la información sobre su peso y su talla. De acuerdo a lo respondido, se encontró que 20 adolescentes (21,7%) reportan bajo peso; 69 (62.2%) reportan peso normal; y 3 (3.3%) adolescentes sobrepeso. Además, se puede afirmar que de los 51 varones que reportaron su talla y su peso, existen 8 que se encuentran en bajo peso, mientras que de las 41 mujeres que reportaron su peso y talla, 12 también presentaron bajo peso. Es preocupante que dentro de los subtipos de bajo peso se presenten dos casos de hombres y dos de mujeres de desnutrición de tercer nivel ( $IMC < a 16$ ). Asimismo, se encontró que los 3 casos de sobrepeso eran de sexo masculino (Ver Anexo E).

En cuanto a las relaciones halladas entre esta variable y las pruebas en el grupo de varones, se encontró una relación directa significativa entre las escalas obsesión por la delgadez y cercanía con el IMC reportado (Tabla 4). En el caso de las mujeres, se hallaron también relaciones significativas, de este modo, el IMC reportado se relaciona de forma negativa con las dimensiones cercanía, soporte, y aprobación de pares; y de forma directa con conflicto para la función parental materna. Finalmente, se halló una relación directa significativa entre el IMC reportado y la escala de insatisfacción corporal.

Tabla 4  
*Correlaciones entre el IMC reportado y las dimensiones del AFP y las escalas del EDI-2*

		IMC
VARONES (N=51)	FUNCIÓN PARENTAL MATERNA	
	Cercanía (AFP materna)	.39***
	EDI-2	
	Obsesión por la delgadez	.36**
MUJERES (N=41)	FUNCIÓN PARENTAL MATERNA	
	Cercanía	-.32*
	Soporte	-.35*
	Conflicto	.45***
	Aprobación de pares	-.37**
	EDI-2	
	Insatisfacción corporal	.32*

\*\*\*  $p \leq 0.001$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*  $p \leq 0.05$

### Resultados correlacionales del test del EDI-2 y del AFP

Dentro de los objetivos de la presente investigación se buscó determinar si existía relación entre las distintas dimensiones del test Adolescent Family Process (AFP) con las diferentes escalas del EDI-2.

En la Tabla 7 se observan dichas relaciones para el caso de los hombres, donde la mayoría de las relaciones son pequeñas o moderadas. Existen relaciones significativas e inversas entre la dimensión soporte en la escala materna con la escala perfeccionismo (Perf.) ( $r=-.25$ ) e inseguridad social (IS) ( $r=-.29$ ). A partir de estos datos se puede decir que, hombres adolescentes que perciben mayor soporte por parte de la madre tendrán puntajes menores en perfeccionismo e inseguridad social. Asimismo se pudo encontrar relaciones inversas significativas entre la dimensión soporte en la escala de función parental paterna con las escalas de ineficacia (Inef.) ( $r=-.36$ ) y conciencia interoceptiva (CI) ( $r=-.28$ ). Es decir, que los adolescentes masculinos que perciben mayor soporte por parte del padre tendrán puntajes menores tanto en ineficacia como en conciencia interoceptiva.

En cuanto a la dimensión monitoreo en la escala paterna, se halló una relación directa significativa con la escala miedo a la madurez (MM) ( $r=.34$ ). También se encontró una relación inversa significativa entre la dimensión comunicación en la escala materna y la escala de ineficacia (Inef.) ( $r=-.26$ ); es decir, adolescentes hombres que perciban un nivel mayor de comunicación con su madre, obtendrán un puntaje menor en la escala de ineficacia. Asimismo, se pudo encontrar una relación directa entre la dimensión conflicto en la escala paterna y la escala insatisfacción corporal (IC) ( $r=.31$ ).

Por otra parte, se puede observar en la tabla 7, que existen relaciones significativas inversas entre la dimensión aprobación de pares en la escala de función parental materna con las escalas de ineficacia (Inef.) ( $r=-.28$ ), desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.37$ ) y conciencia interoceptiva (CI) ( $r=-.26$ ). Se puede decir que a mayor grado de percepción por parte de los hijos en cuanto a la aprobación de sus pares (por parte de su madre), menores serán los grados de ineficacia, desconfianza interpersonal y conciencia interoceptiva del hijo. Asimismo, se observan resultados significativos e inversos en cuanto a la dimensión aprobación de pares en la escala paterna con la escala desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.39$ ), en donde a mayor nivel de percepción del hijo sobre la aprobación de sus pares por parte de su padre, menor será el grado de desconfianza interpersonal.

Tabla 7  
Correlaciones entre las dimensiones del AFP y las escalas del EDI-2 en el grupo de hombres

	IC	Inef.	Perf.	DI	CI	MM	IS
FUNCIÓN PARENTAL MATERNA							
Soporte			-.25*				-.29*
Comunicación		-.26*					
Aprobación de pares		-.28*		-.37*	-.26		
FUNCIÓN PARENTAL PATERNA							
Soporte		-.36**			-.28*		
Monitoreo						.34**	
Conflicto	.31**						
Aprobación de pares				-.39**			

n=60

\*\*\*  $p \leq 0.001$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*  $p \leq 0.05$

Por su parte, en la tabla 8, se pueden observar los resultados de las relaciones entre las escalas del EDI-2 y las dimensiones del AFP en el grupo de las mujeres. Se puede apreciar que existen varias relaciones significativas, la mayoría de ellas de magnitud moderada de acuerdo al criterio de Cohen. Se encuentra una relación inversa entre la dimensión cercanía en la escala de función parental paterna con las escalas de bulimia (Bul.) ( $r=-.35$ ), ineficacia (Inef.) ( $r=-.37$ ), desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.29$ ) e inseguridad social (IS) ( $r=-.39$ ). A partir de estos resultados se puede decir que, mujeres adolescentes que perciben mayor cercanía con el padre, tendrán puntajes menores en las escalas de bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social.

Se encontraron relaciones inversas significativas entre la dimensión soporte en la escala materna y las escalas de bulimia (Bul.) ( $r=-.31$ ) y perfeccionismo (Perf.) ( $r=-.43$ ) donde las adolescentes que perciben mayor soporte por parte de la madre, tendrán puntajes menores tanto en bulimia como en la escala de perfeccionismo; y por su parte, relaciones directas entre las dimensiones de monitoreo en la escala de función parental materna con las escalas de obsesión por la delgadez (OD) ( $r=.29$ ), ineficacia (Inef.) ( $r=.30$ ), perfeccionismo (Perf.) ( $r=.32$ ) y miedo a la madurez (MM) ( $r=.31$ ).

En cuanto a la dimensión comunicación en la escala materna se hallaron diferencias significativos con las escalas desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.36$ ) e inseguridad social (IS) ( $r=-.32$ ), presentándose una relación inversa, donde a mayor



percepción sobre la comunicación con la madre por parte de la hija, menor serán los puntajes en las escalas de desconfianza interpersonal e inseguridad social. Asimismo se puede observar que también hay relaciones inversas y significativas entre la dimensión comunicación en la escala paterna con las escalas de ineficacia (Inef.) ( $r=-.34$ ), desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.49$ ), conciencia interoceptiva (CI) ( $r=-.38$ ), impulsividad (Imp.) ( $r=-.42$ ) e inseguridad social (IS) ( $r=-.46$ ). Se puede decir que a mayor comunicación percibida por la hija con el padre, menor serán los puntajes en las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Además, se puede observar en la tabla 8 que existen relaciones significativas entre la dimensión conflicto en la escala materna con las escalas de bulimia (Bul.) ( $r=-.39$ ), insatisfacción corporal (IC) ( $r=.29$ ), perfeccionismo (Perf.) ( $r=.36$ ) e impulsividad (Imp.) ( $r=.34$ ). Se puede decir que a mayor conflicto percibido por la hija con su madre, menores serán los puntajes en la escala de bulimia mientras que mayores serán los resultados en las escalas de, insatisfacción corporal, perfeccionismo e insatisfacción corporal.

Por otro lado, se observa que existen relaciones inversas significativas entre la dimensión aprobación de pares en la escala función parental materna con las escalas de bulimia (Bul.) ( $r=-.44$ ), insatisfacción corporal (IC) ( $r=-.30$ ), ineficacia (Inef.) ( $r=-.36$ ), desconfianza interpersonal (DI) ( $r=-.30$ ), conciencia interoceptiva (CI) ( $r=-.30$ ) e inseguridad social (IS) ( $r=-.37$ ). Es decir, a mayor aprobación de pares por parte de la madre percibido por su hija, menores serán los puntajes en las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva e inseguridad social.

Tabla 8  
Correlaciones entre las dimensiones del AFP y las escalas del EDI-2 en el grupo de mujeres.

	OD	Bul.	IC	Inef.	Perf.	DI	CI	MM	Imp.	IS
<b>FUNCIÓN PARENTAL MATERNA</b>										
Soporte		-.31*			-.43***					
Monitoreo	.29*			.30*	.32*			.31*		
Comunicación							-.36*			-.32*
Conflicto		-.39***	.29*		.36*				.34*	
Aprobación de pares		-.44***	-.30*	-.36*		-.30*	-.30*			-.37**
<b>FUNCIÓN PARENTAL PATERNA</b>										
Cercanía		-.35*		-.37***		-.29*				-.39***
Comunicación				-.34*		-.49***	-.38***		-.42**	-.46***

N=51

\*\*\*  $p \leq 0.001$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*  $p \leq 0.05$



## DISCUSIÓN

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes y se ha convertido en un serio problema de salud mental tanto por la perturbación psíquica que ocasiona en los individuos así como por el daño físico que puede causar. En lo que refiere al Perú, los trastornos de la alimentación en adolescentes son un tema de gran preocupación en términos de salud nacional, en cuanto el progreso y el aumento parecen ser inminentes (De las Casas 2008; Zusman, 2009).

Se sabe que la adaptación de los adolescentes a la vida adulta está directamente influida por el rol que cumplen los padres para con ellos y por la percepción que tengan los hijos de sus padres. Este rol va a traer consecuencias tanto en el desarrollo cognitivo, como en el desarrollo conductual y emocional de los hijos (Molinero, 2006). Es por eso que los padres pueden jugar un rol fundamental en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Aunque se tiene poca información sobre cómo influyen los padres en la vivencia de un trastorno alimenticio en los hijos adolescentes, aún se desconoce si el rol de la percepción de los padres, por parte de los hijos, también estaría asociado con aquellas características de riesgo que están presentes en las personas que sufren de algún trastorno alimenticio. Es por ello que el objetivo principal de la presente investigación es analizar las posibles relaciones entre ambas variables.

En general, se hallaron múltiples relaciones entre la percepción de la función parental y la presencia de características psicológicas y comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en nuestro grupo de adolescentes escolares. También se encontraron evidencias interesantes que asocian el EDI-2 y el AFP con las variables sociodemográficas. Cabe señalar que son múltiples las relaciones halladas por lo que se tomará en cuenta para la discusión aquellas que sean más significativas, teniendo en consideración el criterio de Cohen, considerando únicamente las correlaciones moderadas (mayores a 0.3) o fuertes (mayores a 0.5).

Tomando en cuenta lo anterior, se pudo hallar que el IMC reportado y el sexo del adolescente tienen relaciones con varias características de riesgo para sufrir un trastorno alimenticio. Con estos resultados podemos inferir que indicadores como el sexo y el IMC son variables que pueden tomarse en cuenta a la hora de evaluar la presencia de características de riesgo tanto psicológicas como comportamentales asociadas a desarrollar un trastorno alimenticio.

Asimismo se evidenció que a mayor IMC reportado en las mujeres mayor era el grado insatisfacción corporal, mientras que en el grupo de hombres, a mayor IMC reportado mayor era la obsesión por la delgadez. A partir de estos resultados se podría hipotetizar que tanto mujeres como hombres se encuentran pendientes de su peso y de su imagen corporal, y al no ver traducido su ideal de belleza en su apariencia física se encuentran insatisfechos con su figura, pretendiendo encontrarse más delgados. Raich (2002), habla de la autoestima física, que guarda relación directa con el grado de insatisfacción corporal de un individuo, en donde al verse a sí mismo con una imagen que no se acerca a la figura idealizada, experimentará sensaciones y pensamientos negativos conduciéndolo a un estado de autocrítica permanente y sintiéndose constantemente evaluado y rechazado. Este hecho puede dirigir al adolescente a evaluar las relaciones sociales como tensas, inseguras e incómodas presentando un desinterés por establecer relaciones afectivas. Además, Bernárdez, De la Montaña, González & González (2011) y Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo (2008) afirman que las mujeres más insatisfechas con su figura son las que presentan sobrepeso y los más obsesionados por adelgazar son los que se encuentran por encima del peso normal. Así con los resultados obtenidos y con la literatura actual se puede observar que en los adolescentes, tanto mujeres como hombres, existe una creciente preocupación por el cuidado del cuerpo y la apariencia física, un interés por mantener un cuerpo delgado e “ideal”, en comparación a años anteriores, en los que solamente a las mujeres parecía darle importancia a este tema (Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995).

Otro aspecto de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimenticios se evidencia en otras diferencias de género; se halló en el EDI-2 que son las mujeres las que obtienen puntajes más altos en las escalas de obsesión por la delgadez y conciencia interoceptiva. Esto podría explicarse desde el punto en que son las mujeres las que poseen con mayor fuerza el ideal de belleza entendido desde la delgadez. Asimismo, se puede decir que son las mujeres las que por lo general presentan una preocupación constante por la pérdida de peso, buscando estar más delgadas y con una mejor figura (Zusman, 2000). Estos resultados pueden ser contrastados con el estudio realizado en Venezuela (Quintero-Párraga et al., 2003), en donde se afirma que si bien la preocupación existente en cuanto a la delgadez del cuerpo se presenta tanto en mujeres como en hombres, es más evidente en el sexo femenino que en el masculino ya que para ellas la presión social por la delgadez es mayor.

Respecto a las relaciones entre las dos variables de estudio, a modo de resumen, se encontraron tres resultados centrales en la presente investigación. Primero, se observa relaciones importantes entre la función parental, tanto paterna como materna, con varias características asociadas al riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. Así, encontramos resultados muy interesantes que apoyan la noción de que la relación entre padres e hijos se vincula con el desarrollo de este tipo de problema. Sin embargo, un segundo aspecto hallado es que, se encuentra mayor evidencia de la importancia del rol de la madre que la del padre ya que se encuentran más asociaciones significativas entre la percepción de la función parental materna que con la función parental paterna. Finalmente, un tercer hallazgo resalta que la relación entre la percepción del rol materno y las características de riesgo son mayores en las adolescentes mujeres que en los adolescente varones, lo que podría apoyar la teoría de la importancia de la calidad de la relación madre – hija en el desarrollo de este tipo de trastornos.

Estos tres resultado son apoyados por los estudios de Oliva (2006), quien afirma que la interacción entre padres e hijos adolescentes tiende a atravesar momentos de inestabilidad, en donde la relación deberá acomodarse a las importantes transformaciones que experimentan los adolescentes para poco a poco llegar a un equilibrio. Además, la literatura actual confirma que la interacción con la madre durante este proceso es más tensa y conflictiva que con el padre (Cruzat, Ramírez, Melipillán, & Marzolo, 2008). Todo esto apoya la importancia de la relación entre la madre y el adolescente, por lo que a continuación se discutirán los resultados hallados en cuanto a la variable función parental, dándole más énfasis al peso del rol materno.

En esa línea, se encuentra en el presente estudio que los adolescentes, tanto hombres como mujeres, perciben que sus madres se encuentran más cercanas a ellos, que los supervisan más, que tienen mayor comunicación con ellas que con sus padres pero a la misma vez perciben mayor conflicto en la relación madre-hijo que padre-hijo. Esto podría deberse a que, al ser las madres las que se encuentran más atentas y preocupadas por las actividades de sus hijos adolescentes tienden a tener un intercambio de información mayor con este acerca de sus experiencias, emociones, proyectos, temores de manera más efectiva que con el padre (Megías, 2003).

Es importante mencionar que tanto la cercanía como el monitoreo de la madre pueden ser factores de protección, siempre y cuando no se lleguen a extremos como el aglutinamiento (Celada, 2003) y la sobreprotección (Rausch & Bay, 2000), factores que

pueden conducir al conflicto entre madre e hijo. Asimismo se ha encontrado que en algunos casos la madre se encuentra más cerca y es percibida como poderosa, entrometida y es envidiada y odiada a la vez por el hijo. Se crea una relación ambivalente, en donde es imposible identificarse con ella pero a la misma vez es imposible separarse de ella (Gallegos, 1999 citado en Celada, 2003).

Un resultado interesante se halló en lo que se refiere a la percepción de monitoreo, se observó que mayores niveles de percepción de monitoreo de la madre se encontraba asociado a mayores niveles de miedo a la madurez por parte del adolescente. Esta asociación podría explicarse a partir de la percepción del adolescente sobre el monitoreo, entendiéndolo como una excesiva sensación de control e intrusión, que además de generar malestar, puede reprimir la independencia del hijo, en cuanto éste es impedido de tomar sus propias responsabilidades, o asumir las consecuencias de sus acciones, al ser excesivamente controlado. De esta manera, la madre sobreprotectora e intrusiva, podría influenciar de manera negativa en la tarea adolescente de independencia, potenciando el miedo a la madurez y a la dicotomía de permanecer niño, frente a la adultez independiente. Estos resultados son corroborados por la literatura actual que afirma que la sobreprotección en este tipo de familias retarda el desarrollo de la autonomía (Rausch & Bay, 2000), y madres que no promueven la autonomía en el hijo y la expresión de sus opiniones, pueden terminar por encubrir la aparición de una patología como un trastorno alimentario (De las Casas, 2008).

Es importante recalcar que la relación madre-hija, se ha caracterizado por ser la más fuerte, aunque también ha sido descrita como el vínculo más complicado y conflictivo en las relaciones de familia (Monserrat, 2008). Tomando en cuenta este punto, se pudo hallar en la presente investigación que la función parental materna posee diversas relaciones con indicadores como el IMC reportado y el sexo del adolescente.

A manera más detallada, se halló relación entre la función parental materna con el IMC reportado por los adolescentes, a diferencia de la función parental paterna en donde no se halló ninguna relación significativa. Este resultado puede deberse a la poca relevancia que los padres otorgan al índice de masa corporal de sus hijos, a comparación de las madres, despreocupándose si es que sus hijos presentan una contextura gruesa o delgada. Además, en las adolescentes mujeres se halló que a mayor percepción de cercanía, soporte y aprobación de pares por parte de la madre, menor era el IMC reportado de la adolescente. Esto puede deberse a que la adolescente al encontrarse dentro de los parámetros de una figura adecuada y “socialmente aceptable”, sin llegar a

caer en el sobrepeso, perciba mayor proximidad emocional con su madre, mayor soporte para con ella y mayor aprobación de los pares sin llegar a tener conflictos con su madre. Asimismo se encontró que a mayor conflicto percibido, mayor es el IMC reportado. Esto podría explicarse a partir de que son las madres las que usualmente pueden de alguna u otra manera “exigir” que sus hijas se encuentren delgadas y con buena apariencia física, logrando con ello un conflicto con la hija cuando ésta presenta sobrepeso (Pérez & Beltrán, 2011).

También se encontraron diferencias en las dimensiones del AFP según el sexo del participante. Se pudo hallar en cuanto a la escala materna que son las hijas mujeres las que perciben mayor monitoreo por parte de sus madres. Esto podría deberse a que las hijas se sienten de alguna manera más vigiladas, percibiendo que las madres están al tanto de sus actividades y buscan saber de las personas con las que frecuentan en la mayor parte de las ocasiones. Esto se puede explicar en cuanto a la semejanza de sexo y a los propios factores de crianza; es decir, las madres de alguna u otra manera se identifican con sus hijas adolescentes y se preocupan por estas, llegando a un estado en el que saber de ellas es un significado de protección (Vásquez, 2007). Asimismo, parece entrar en juego un tema de género y de estereotipos muy marcado, en donde desde una perspectiva sociocultural tenemos la concepción, un sistema de creencias, pensamientos e ideas acerca de las características y comportamientos que se piensan son apropiados, esperados y adecuados para determinados grupos (Junco & Rosas, 2007). En el caso particular del género, dichas creencias caracterizan y distinguen a los hombres de las mujeres, haciendo prevalecer un rol por parte de la mujer que está asociado al cuidado, a la protección y a la vulnerabilidad, frente a un rol más tosco y fuerte por parte del sexo masculino.

Asimismo, se encontraron diversas relaciones entre las dimensiones de la función parental materna y las características de riesgo asociadas al desarrollo de trastornos alimenticios. Se hallaron diversas asociaciones en cuanto a las dimensiones soporte, cercanía, monitoreo, comunicación, aprobación de pares y conflicto con varias de las características, tanto psicológicas como comportamentales asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, por lo que se puede inferir que el rol que cumple la madre para con sus hijos es de vital importancia.

De forma más detallada, un hallazgo importante relacionado exclusivamente a la relación madre-hija, se refiere a la relación entre mayor percepción de soporte de la madre y menores niveles de bulimia y perfeccionismo. Esta relación podría implicar que



un adecuado apoyo emocional por parte de la madre hacia su hija puede prevenir síntomas de bulimia. Asimismo, es relevante mencionar que un adecuado apoyo emocional puede prevenir el deseo excesivo de la hija de sentirse aprobada por su madre, deseo ejecutado mediante el intento de sobresalir en todas las actividades (González et al., 2002).

Asimismo, se halló que a mayor cercanía percibida por parte de la hija con la madre, se presentan menores niveles de inseguridad social. Se podría presumir que la sensación de cercanía por parte de la hija para con su madre y el sentirse comprendida por ella, será un factor decisivo para evaluar con seguridad las relaciones interpersonales en su vida. En este sentido, la proximidad emocional permite el establecimiento de seguridad social para las futuras relaciones sociales (Wisotsky, Dancyger, Fornari, Katz, Wisotsky & Swencionis, 2003).

En esa línea, se observó una asociación entre mayor aprobación de los pares por parte de la madre, con menores niveles de bulimia, inseguridad social y perfeccionismo de la hija. Todo ello lleva a hipotetizar, que la relación de la madre con los pares de su hija es fundamental para prevenir algunas de las características relacionadas a los trastornos alimenticios. Esto podría ser explicado desde el punto de vista evolutivo del conflicto adolescente relacionado a la estructuración de la identidad (Erikson, 1979). En este conflicto, los adolescentes suelen estructurar su identidad a partir del grupo al que pertenecen (Cruzat, et al., 2008). De esta manera, una desaprobación por parte de la madre hacia el grupo de pares de la adolescente, podría implícitamente implicar una desaprobación de la propia hija, al ella sentirse estrechamente identificada con sus pares. En este sentido, la percepción de desaprobación de sus pares, se puede traslapar en una sensación de desaprobación por parte de la madre hacia sí misma, lo que se sabe puede potenciar los síntomas de bulimia, la inseguridad social, o el deseo de aprobación canalizado a través del perfeccionismo (Megía, 2003).

Asimismo, se halló que a mayor conflicto con la madre, se presentan mayores niveles de impulsividad y de perfeccionismo. Se puede presumir que en relaciones caracterizadas por ser conflictivas entre madres e hijas adolescentes pueden presentarse conductas impulsivas entre ambas. En la literatura actual se ha encontrado que el conflicto con la madre puede potenciar episodios impulsivos como reacción ante la madre (Ato, Galián & Huéscar, 2007), mientras que en el caso de perfeccionismo esta relación podría entenderse desde el punto de vista del conflicto competitivo entre madre e hija; en la medida en que al existir constantes comparaciones entre ambas, ya sea por

razones de belleza, inteligencia, lucha inconsciente por el padre, entre otras, puede provocar que se establezca una relación amor-odio en donde la envidia y los celos entre ambas tengan un efecto destructivo (Lombardi, 1990).

Finalmente se encontró que a mayor monitoreo percibido de la madre, mayores grados de perfeccionismo y miedo a la madurez se hallaron en la hija. Esta relación podría ser entendida a partir del aglutinamiento que existe en algunas familias, en donde los miembros se encuentran estrechamente vinculados, perdiéndose algunos límites, siendo en muchos casos familias invasivas (Celada, 2003). Se debe hallar un punto óptimo de monitoreo, en donde exista una supervisión por parte de los padres sobre las actividades que realizan sus hijos pero sin llegar a extremos. Se debe de mantener cierto equilibrio entre la necesidad que tiene el adolescente de individualidad y su necesidad de mantener los vínculos emocionales con su familia (Gavazzi, Anderson & Sabatelli, 1993, citado en Rice, 1995).

Así como se hallaron resultados muy importantes para la función parental materna, también se pudieron encontrar evidencias muy relevantes para la función parental paterna en el presente estudio.

Se encontró para el grupo de mujeres, que comprendía tanto la función parental paterna como la materna fue que, a mayor comunicación con la madre como con el padre, se presentan menores niveles de desconfianza interpersonal e inseguridad social. Según estos resultados y basándonos en investigaciones previas (Cruzat et al., 2008; Megías, 2003) podemos presumir que, una comunicación de calidad entre los padres y la hija puede promover relaciones sociales adecuadas, en la medida en que la comunicación con los cuidadores primarios desde la temprana infancia establece las bases para el desarrollo interpersonal saludable. De esta manera, la comunicación entre padres e hijas promueve el adecuado trato social, permitiendo el establecimiento de la seguridad social, entendida como la creencia de que las relaciones sociales son seguras y de calidad, así como de la confianza interpersonal, entendida como el interés en el establecimiento de relaciones sociales, y el sentido de pertenencia dentro de los grupos.

Siguiendo la línea de la importancia del rol del padre para con sus hijos adolescentes, en cuanto a la relación padre-hijo y padre-hija, se encontraron diversas asociaciones entre las dimensiones de la función parental paterna y las características asociadas al desarrollo de trastornos alimenticios. Se hallaron relaciones en cuanto a las dimensiones cercanía, soporte, comunicación, aprobación de pares y conflicto con diversas características, tanto psicológicas como comportamentales asociadas al

desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, por lo que se puede inferir que el rol que cumple el padre para con sus hijos adolescentes también es de real importancia como factor protector para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto al vínculo padre-hijo, se evidenció que a mayor aprobación por parte de los padres de los amigos de sus hijos, menor será el grado de desconfianza interpersonal en ellos. La aprobación de pares se entiende como la percepción que tienen los padres sobre los amigos que frecuentan sus hijos y del hecho mismo que los frecuenten (Vazsonyi et al., 2003). De esta manera se observó que al aprobar a los pares, los padres parecen brindar cierto grado de seguridad interpersonal, que permite el desarrollo de confianza social en sus hijos (Abate & Zunino, 2011).

Asimismo, en el caso de la función parental asociada al conflicto, entendida como el grado de tensión normal y promedio que existe entre padres e hijos (Vazsonyi et al., 2003), se evidenció que a mayor conflicto con el padre, mayor será la insatisfacción corporal del hijo. Esto se podría entender desde el punto de vista del malestar emocional y su relación con la insatisfacción corporal. Un alto grado de conflicto puede generar mayores grados de malestar emocional, que a su vez pueden potenciar la insatisfacción corporal (Alvarez, 2011; Bours, López, Pérez & Muro, 2009). Asimismo, otra relación encontrada fue que a mayor soporte del padre, menor será el sentimiento de ineficacia. Se entiende al soporte como la posibilidad de apoyo, aceptación y escucha por parte del padre para con su hijo (Vazsonyi et al., 2003). En ese sentido, resulta lógico proponer la hipótesis que una sensación positiva de soporte se encuentra relacionada a bajos sentimientos de ineficacia, en la medida en que el soporte percibido implica una sensación de autovalía reforzada por el padre.

En cuanto al vínculo, padre-hija, se observó que a mayor comunicación con el padre, menor es la impulsividad y la ineficacia percibida en las adolescentes. Esto también podría evidenciar la posibilidad de la comunicación como un factor protector frente al desarrollo de trastornos alimenticios. Se propone que la comunicación con la figura paterna en las adolescentes es crucial para el adecuado sentimiento de eficacia, así como para evitar la impulsividad. En el caso de los sentimientos de eficacia, se entiende que una buena comunicación con el padre podría promover altos niveles de autovalía en la adolescente. Asimismo, en el caso de la impulsividad, podría explicarse que una buena comunicación entre una hija adolescente y su padre puede disminuir los niveles de conflicto entre ambos, y promover una relación saludable de padre a hija. Esto a su vez podría funcionar como factor protector ante la impulsividad, rasgo que



suele ser potenciado en los adolescentes que presentan conflictos constantes con sus padres, especialmente por no llegar a tener buenos niveles de comunicación (Cruzat et al., 2008).

Siguiendo esta línea, se halló que a mayores niveles de cercanía con el padre, se observaron menores niveles de ineficacia percibida y de bulimia en las hijas adolescentes. En este caso, la proximidad emocional con el padre podría estar promocionando un sentimiento de autovalía, a la vez que protege de síntomas de bulimia en las hijas.

Es relevante resaltar los resultados hallados entre las dimensiones de la función parental y las características tanto psicológicas como comportamentales asociadas al riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio en una población no clínica, que es la estudiada en la presente investigación. En este sentido, los hallazgos antes expuestos, se podrían utilizar en futuros programas de prevención, dirigidos tanto a adolescentes como a los padres. Parece ser fundamental el rol que cumplen los padres para que los adolescentes tengan una transición exitosa a la vida adulta, por lo que se cree indispensable el trabajo con ellos para un programa de prevención.

Es fundamental el hecho de incorporar, no sólo a los padres, sino a la familia en programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, en donde se busque favorecer y fortalecer la comunicación efectiva entre los miembros. Asimismo, un programa que promocióne un ambiente familiar en donde exista un adecuado equilibrio entre el monitoreo, la cercanía entre los miembros y la necesidad de individualidad del adolescente. Un punto muy importante que también debe de ser tomado en cuenta en futuros proyectos de prevención, es el tema de la resolución de conflictos entre padres e hijos, con el fin de que exista un buen manejo con los problemas que se presentan día a día en el hogar.

Ahora bien, también resulta necesario dar a conocer las limitaciones del presente estudio. Dentro de ellas, se encuentra el hecho de que no se pudo ver reflejada la percepción de los padres sobre la función que ellos mismos desarrollan como tal para con sus hijos. Es decir, sería de utilidad profundizar en cómo los padres se perciben a ellos mismos en las mismas funciones parentales, para poder observar si existe o no concordancia entre los reportes padre-hijo e hijo-padre, aspecto que no se pudo desarrollar en el presente estudio.

Asimismo, otra limitación que se manifestó en el presente estudio fue que se obtuvieron diversos resultados y relaciones, tanto para la función parental así como para

las características asociadas al riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio pero no se pudo realizar un análisis más profundo, por ejemplo un análisis de regresiones, por el mismo análisis correlacional que se llevó a cabo. Es decir, se pudo describir a la muestra, se hallaron diferencias según las variables sociodemográficas así como se encontraron asociaciones entre las variables, mas no se pudo analizar cuál de estas tenían más peso entre las mismas. Se propone así pues, trabajar a futuro este tema con un tipo de análisis que permita comprender a mayor profundidad las relaciones halladas en la presente investigación.

Finalmente otra limitación que se puede encontrar en el presente estudio fue la poca diferencia en los grados en los que se encontraban los participantes de la investigación. En otras palabras, los grados escolares a los que pertenecían los evaluados (segundo y tercero de media), son dos grados en donde las edades son muy cercanas entre sí para poder realizar comparaciones tomando en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Se recomienda para futuras investigaciones que la aplicación de las pruebas abarque un mayor número de grados escolares con el objetivo de comparar el riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio tomando en cuenta la variable “edad” o “grado escolar”.

## REFERENCIAS

- Abate, J., & Zunino, N. (2011). *Defraudar a los padres es el mayor miedo de los adolescentes*. Tendencias: La Tercera, 4 y 5
- Adan, A. (2012). Functional and dysfunctional impulsivity in Young binge drinkers. *Adicciones*, 24, 17-22.
- Alvarez, S. (2011). *Estrategias de comunicación para padres con hijos adolescentes*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Ato, E., Galián, M., & Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: una revisión. *Anales de Psicología*, 23(1), 33-40.
- Baile, J., Guillén, F. & Garrido, G. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2, 439-450.
- Barker, E., & Galambos, N. (2009). Exploring Criterion Confounding in the Measurement of Binge Eating Symptoms and Negative Affect. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 31, 43-50. doi 10.1007/s10862-008-9092-2
- Beato-Fernandez, L., & Rodriguez-Cano, T. (2006). Gender differences regarding psychopathological, family and social characteristics in adolescents with abnormal eating behavior. *Eating Behaviors*, 6, 337-344. Doi 10.1186/1475-2891-11-24
- Bernárdez, M., De la Montaña, J., González, M., & González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479.
- Bours, C., López, R., Pérez, F., & Muro, F. (2009). Manual para padres de Familia. México, D.F: Editores Unidos Mexicanos.
- Brewerton, T. (2004). *Clinical handbook of eating disorders. An integrated approach*. New York: Marcel Dekker.
- Casillas, M., Montañó, N., Reyes, V., Bacardí, M. & Jiménez, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17(4), 243-249.

- Cassaretto, M., & Guerrero, D. (2009). Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de Lima metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 4(1), 37-94.
- Castelló, E. (1993). *La Obsesión por adelgazar*. Madrid: Edición Impresa.
- Castro, J. (2009). *Psiquiatría de niños y adolescentes*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Celada, J. (2003). *Rehabilitación en anorexia y bulimia nerviosas: pasos en la recuperación de pacientes y familias*. Lima: Impresos y Sistemas.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la Bulimia*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Clausen, L., Rosenvinge, J., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 33, 101-110. doi 10.1007/s10862-010-9207-4
- Coleman, J. (1980). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción, Chile. *Psyche*, 17, 81-90. doi: 10.4067/S0718-22282008000100008.
- De las Casas, P. (2008). *Un cuerpo sin sombras. Anorexia y bulimia, una relectura en Freud*. Lima: Fondo Editorial Universidad Mayor de San Marcos.
- Echeburúa., & E. Marañón, I. (2005). Prevalencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la alimentación. *Revista Europea*, 12, 217-222.
- Elliott, C., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L., Columbo, K., Wolkoff, L., Ranzenhofer, & L., Yanovski, J. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behaviour Research & Therapy*, 48, 424-428. doi 10.1016/j.brat.2009.12.012
- Erikson, E. (1979). *Sociedad y adolescencia*. Madrid: Siglo XXI
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Psyche*, 11, 91-115. doi: 10.5354/0719-0581.2002.17211.

- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental: Prevalencia de sentimientos anímicos en la población adolescente de Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 18, (1 y 2), 117-120.
- Flores, M. (2009). *Validez y Confiabilidad del Body Shape Questionnaire en Adolescentes Universitarias de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2 (EDI-2)*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2006). *Psicología y vida*. México D.F.: Pearson Educación de México S.A.
- Greenberg, S., & Schoen, E. (2008). Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery. *Professional Psychology, Research & Practice*, 39, 464-471. doi 10.1037/0735-7028.39.4.464.
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw – Hill Interamericana.
- Herrera, T. (2008). *Validez y confiabilidad del Inventario Sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y preuniversitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Hodges, E., Cochrane, C., & Brewerton, T. (1998). Family characteristics of binge-eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151. doi 10.1002/(SICI)1098.
- Hospers, H., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188-1201. doi 10.1521/jscp.2005.24.8.1188
- Junco, J., & Rosas, M. (2007). *Género*. Lima:
- Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Buenos Aires: Lumen.
- Kirsman, D., & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo del espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea Ediciones S.A.



- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 1-5. doi 10.1002/eat.20751
- Levenkron, S. (2004). *Anatomía de la anorexia*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Levisky, D. (1998). *Adolescencia: reflexiones psicoanalíticas*. Sao Paulo: Lumen.
- Lombardi, A. (1990). *Entre madres e hijas*. Lanús: Editorial Paidós
- López-Ibor, J., & Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto Revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson S.A.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la PUCP*, 10(2), 197-223.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*. 21(2), 233-270.
- McElroy, S., Frye, M., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G., Suppes, T., Keck, P., Nolen, W., Kupka, R., & Post, R. (2010). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128, 191-198. doi 10.1016/j.jad.2010.06.037
- McMillan, W., Stice, E., & Rohde, P. (2011). High- and Low-Level Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Programs With Young Women With Body Image Concerns: An Experimental Trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79, 129-134. doi 10.1037/a0028016
- Megías, I. (2003). *Comunicación y conflictos entre hijos y padres*. Madrid: Ediciones FAD.
- Moliner, C. (2006). *Adaptación de la escala "adolescent family process" (AFP) en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Montero, E. (en prensa). Percepción de la función parental en adolescentes escolares de nivel secundario de Lima Metropolitana. (Tesis inédita de Licenciatura), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Monserrat, A. (2008). *Perspectivas teóricas clínicas sobre la ligazón madre hija*. Madrid: Alianza Editorial.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología organizacional*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.



- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, 209-223.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B., & Hudson, J. (1995). Eating Disorders in College Men. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1279-1285.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, Velasco, F., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999). Validez Psicométrica de la Escala Alexitimia en Toronto (TAS-20): En Estudio Transcultural.
- Peck, L., & Lightsey, O. (2008). The Eating Disorders Continuum, Self-Esteem, and Perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86, 184-192. Doi 10.1080/10640260902991244
- Pérez, V. & Beltrán, S. (2011). Adherencia familiar y sus dificultades en los trastornos de alimentación. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Quintero-Párraga, E., Pérez-Montiel, A., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M., & Pineda, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo. Zulia: Venezuela.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Raich, R. (2002). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rausch, C., & Bay, L. (2000). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Lanús: Editorial Paidós.
- Rice, F. (1995). *Desarrollo Humano, Estudio del ciclo vital: Los adolescentes y sus familias*. México D.F.: Prentice-Hall Hispanoamérica S.A.
- Robles, D. (2011). The Thin Is In: Am I Thin Enough? Perfectionism and Self-Esteem in Anorexia. *International Journal of Research & Review*, 6, 65-73.
- Rojo Moreno, L., & Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel S.A.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R., & Côté, S. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research* 185, 185-192.
- Vásquez, M. (2007). *La sobreprotección materna y su incidencia en el bajo rendimiento escolar en niños y niñas comprendidos entre las edades de seis a doce años*.

- (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Vazsonyi, A., Hibbert, J., & Snider, J. (2003). Exotic enterprise no more? Adolescent reports of family and parenting processes from youth in four countries. *Journal of Research on Adolescence*, *13*, 129-160.
- Wade, T. & Lowes, J. (2002). Variables Associated with Disturbed Eating Habits and Overvalued Ideas about the Personal Implications of Body Shape and Weight in a Female Adolescent Population. *Wiley Periodicals*, *32*, 39-45. doi 10.1002/eat.10054.
- White, M., & Grilo, C. (2011). Diagnostic Efficiency of DSM-IV Indicators for Binge Eating Episodes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *79*, 75-83. doi 10.1037/a0022210
- Wiseman, C., Peltzman, B., Halmi, K., & Sunday, S. (2004). Risk Factors for Eating Disorders: Surprising Similarities between Middle School Boys and Girls. *Eating Disorders Winter*, *315*, 315-320. doi 10.1590/S1020-49892011001100001
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotzky, W.L., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *The Journal of Treatment and Prevention*, *11*(2), 89-99. doi 10.1080/10640260390199280.
- Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas*. (Tesis inédita de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Zusman, L. (2009). *Los desórdenes de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

## ANEXOS

### Anexo A

#### Hoja de Consentimiento Informado

##### Descripción

Estas siendo invitado a participar en una investigación sobre aspectos psicológicos y físicos de la salud, así como la relación que llevas con tus padres. Esta investigación es realizada por el estudiante de último año de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú Franco Ascenzo. Así mismo la investigación se encuentra supervisada por la Mag. Mónica Cassaretto, docente de la misma universidad, quien atenderá sus dudas en el 995512634 o en el 6262000  
anexo 4560



## ANEXO B

## Anexo B

**Ficha Sociodemográfica**

1. Sexo: Hombre
- Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Grado escolar: Primero de media
- Segundo de media
- Tercero de media
- Cuarto de media
- Quinto de media
4. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Si has nacido en provincia, pon el número de años que vives en Lima \_\_\_\_\_
5. Talla aproximada: \_\_\_\_\_
6. Peso aproximado: \_\_\_\_\_
7. Número de personas con las que vives en tu casa: \_\_\_\_\_
8. Personas con las que convives en tu hogar:
- (Puedes marcar más de una opción)
- Papá
- Mamá
- Hermanos(as)
- Abuelos

Nueva pareja de mamá

Nueva pareja de papá

Otros: \_\_\_\_\_

9. Del 1 al 5, siendo 1 muy mal, 2 mal, 3 regular, 4 bien y 5 muy bien contesta las siguientes preguntas:

- ¿Cuán contento te sientes contigo mismo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuán contento te sientes con tu cuerpo? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tal te llevas con tu mamá? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tal te llevas con tu papá? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo te llevas con tus amigos? \_\_\_\_\_

### Anexo C

#### *Descriptivos de las dimensiones del AFP*

	Media	Mediana	Desv. típ.	Percentiles	
				33	66
Cercanía Madre	23.40	24.00	3.781	22.00	25.00
Cercanía Padre	22.84	23.00	4.286	21.00	25.00
Soporte Madre	13.87	15.00	4.176	12.00	16.00
Soporte Padre	15.12	16.00	3.513	14.00	17.00
Monitoreo Madre	15.88	16.00	2.926	15.00	17.92
Monitoreo Padre	13.95	15.00	3.898	13.00	16.00
Comunicación Madre	16.08	16.00	3.906	14.96	18.00
Comunicación Padre	15.00	15.00	4.439	14.00	17.00
Conflicto Madre	9.07	9.00	2.448	8.00	10.00
Conflicto Padre	7.59	7.00	2.602	6.00	8.92
Aprobación de pares Madre	12.16	12.00	2.156	11.00	14.00
Aprobación de pares Padre	12.36	13.00	2.624	11.00	14.00

n = 111



**Anexo D**



*Prueba de muestras relacionadas*

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Cercanía Madre – Cercanía Padre	0.55	4.82	0.45	-0.34	1.46	1.22	110	0.22
Par 2	Soporte Madre – Soporte Padre	-1.24	4.17	0.39	-2.02	-0.45	-3.14	110	0.00
Par 3	Monitoreo Madre – Monitoreo Padre	1.93	3.83	0.36	1.21	2.65	5.32	110	0
Par 4	Comunica Madre – Comunica Padre	1.08	4.60	0.43	0.21	1.94	2.47	110	0.01
Par 5	Conflicto Madre – Conflicto Padre	1.47	3.25	0.30	0.86	2.08	4.78	110	0
Par 6	Aprobación Madre – Aprobación Padre	-0.2	2.09	0.19	-0.59	0.19	-1	110	0.32

n = 111

## Anexo E

IMCtipo						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Bajo peso	20	21.7	21.7	21.7	
	Peso normal	69	62.2	62.2	83.9	
	Sobrepeso	3	2.7	3.3	100.0	
	Total	92	82.9	100.0		
Perdidos	Sistema	19	17.1			
Total		111	100.0			

IMCsubtipo						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Desnutrición 3er nivel	4	3.6	4.3	4.3	
	Desnutrición 1er nivel	16	14.4	17.4	21.7	
	Peso normal	69	62.2	75.0	96.7	
	Sobrepeso	3	2.7	3.3	100.0	
	Total	92	82.9	100.0		
Perdidos	Sistema	19	17.1			
Total		111	100.0			

IMCsubtipo				
Sexo del participante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Masculino	Válidos	Desnutrición 3er nivel	2	3.3	3.9	3.9
		Desnutrición 1er nivel	6	10.0	11.8	15.7
		Peso normal	40	66.7	78.4	94.1
		Sobrepeso	3	5.0	5.9	100.0
		Total	51	85.0	100.0	
	Perdidos	Sistema	9	15.0		
	Total		60	100.0		
Femenino	Válidos	Desnutrición 3er nivel	2	3.9	4.9	4.9
		Desnutrición 1er nivel	10	19.6	24.4	29.3
		Peso normal	29	56.9	70.7	100.0
		Total	41	80.4	100.0	
		Perdidos	Sistema	10	19.6	
	Total		51	100.0		

### Anexo F

Satisfaccion					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mal	1	.9	.9	.9
	mal	3	2.7	2.7	3.6
	Regular	25	22.5	22.5	26.1
	Bien	65	58.6	58.6	84.7
	Muy bien	17	15.3	15.3	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Saticuerpo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mal	1	.9	.9	.9
	mal	12	10.8	10.9	11.8
	Regular	34	30.6	30.9	42.7
	Bien	54	48.6	49.1	91.8
	Muy bien	9	8.1	8.2	100.0
	Total	110	99.1	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.9		
Total		111	100.0		

<b>Satimadre</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mal	1	.9	.9	.9
	mal	8	7.2	7.2	8.1
	Regular	22	19.8	19.8	27.9
	Bien	41	36.9	36.9	64.9
	Muy bien	39	35.1	35.1	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

<b>Satipadre</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mal	1	.9	.9	.9
	mal	7	6.3	6.3	7.2
	Regular	18	16.2	16.2	23.4
	Bien	42	37.8	37.8	61.3
	Muy bien	43	38.7	38.7	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

<b>Satiamigos</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mal	1	.9	.9	.9
	Regular	5	4.5	4.5	5.4
	Bien	47	42.3	42.3	47.7
	Muy bien	58	52.3	52.3	100.0
	Total	111	100.0	100.0	



## Anexo G

*Relaciones entre las escalas del EDI-2 y preguntas de la encuesta personal*

	¿Cuán contento está consigo mismo?	¿Cuán contento está con su cuerpo?	¿Qué tal te llevas con tu mamá?	¿Qué tal te llevas con tus amigos?
Obsesión por la delgadez	-21*	-.36***		
Bulimia		-.23*		
Insatisfacción corporal	-.37***	-.59***	-.20*	
Ineficacia	-.52***	-.47***	-.22*	-.29**
Desconfianza interpersonal	-.31***			-.30**
Conciencia introceptiva	-.28**	-.24**		
Ascetismo	-.19*	-.26**		-.26**
Inseguridad social	-.40***	-.29**		-.37***

n = 111





## Anexo H

*Relaciones entre las dimensiones del AFP y preguntas de la encuesta personal*

	¿Cuán contento está consigo mismo?	¿Cuán contento está con su cuerpo?	¿Qué tal te llevas con tu mamá?	¿Qué tal te llevas con tu papá?	¿Qué tal te llevas con tus amigos?
<b>FUNCIÓN PARENTAL MATERNA</b>					
Cercanía			.58***	.23*	.21*
Soporte			.47***	.19*	.20*
Monitoreo			.19*		
Comunicación			.33***		
Conflicto		-.21*	-.59***		
Aprobación de pares	.26*		.40***		.20*
<b>FUNCIÓN PARENTAL PATERNA</b>					
Cercanía				.50***	
Soporte		.19*		.20*	
Monitoreo			.20*	.19*	
Comunicación				.40***	
Conflicto				-.46***	
Aprobación de pares				.20*	

n = 111

