

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE  
RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADO A TCA - IDTCA

MARCELA RODRIGUEZ CAMARGO

MARTHA CECILIA VALBUENA QUIÑONEZ

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C SEMESTRE I-2015

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE  
RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADO A TCA - IDTCA

MARCELA RODRIGUEZ CAMARGO  
MARTHA C. VALBUENA QUIÑONEZ

Proyecto de Investigación

Asesor: CARLOS ENRIQUE GARAVITO ARIZA

Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C SEMESTRE I-2015

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE  
RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADO A TCA - IDTCA

MARCELA RODRIGUEZ CAMARGO

MARTHA CECILIA VALBUENA QUIÑONEZ

Trabajo de grado para obtener el título de Psicóloga

Asesor: CARLOS ENRIQUE GARAVITO ARIZA

Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C SEMESTRE I-2015

## **Dedicatoria**

*A Dios mi fortaleza, por permitirme soñar, caminar y llegar a esta meta.  
A mi hermosa familia, mis padres que lucharon día a día conmigo,  
A mis Hermanos Jorge Enrique por su confianza y constancia,  
Natalia por tu ejemplo y apoyo incondicional,  
Diana por tu confianza invaluable.  
A mis colegas, amigos y maestros de vida  
Martha Valbuena y Carlos Garavito por su grandeza,  
amistad y lealtad.  
A todos aquellos que han hecho de este camino  
un aprendizaje.*

*A los colegas que vienen y vendrán,  
por el ejercicio ético de la profesión*

**Marcela Rodríguez Camargo**

*La vida va más allá de una figura linda, se requiere de atención y amor,  
para ganar la batalla contra los TCA.  
Dedico este logro a Dios por permitirme alcanzar una meta más,  
A mi mami por su esfuerzo y amor eterno,  
A mi esposo Axel por su comprensión y ayuda en todo este proceso,  
A mi hermanito mayor Rodolfo, quien con su conocimiento,  
perseverancia y disciplina ha sido mi ejemplo, mi orgullo...  
A mis hermanos Cesar y Katerin, quienes con su apoyo incondicional  
me han expresado su afecto y amor,  
A los amigos que se han convertido en hermanos,  
A los conocidos que se han convertido en amigos  
A todos gracias por acompañarme en todos los momentos de este  
viaje por la vida.*

**Martha Cecilia Valbuena Quiñonez**

## **Agradecimientos**

*El desarrollo del Instrumento de Detección Temprana de Riesgo Psicosocial Asociado a Trastornos de la Conducta Alimentaria - (IDTCA), es el resultado del esfuerzo, dedicación, trabajo en equipo y del valioso aporte que en esta ocasión queremos agradecer a todos los colaboradores que participaron en las fases del diseño y metodología de la prueba desarrollada en la Universidad Piloto de Colombia. Es por ello que queremos hacer un reconocimiento....*

*Al asesor de esta investigación, Ps. Carlos Enrique Garavito Ariza, quien con su conocimiento y paciencia nos guio acertadamente en la elaboración de esta obra, a él infinitas gracias por su paciencia y dedicación.*

*A los Psicólogos y jueces del plan de prueba, expertos y validadores de ítems quienes con profesionalismo, esfuerzo y pasión por la disciplina hicieron un aporte invaluable en la investigación y diseño de la prueba.*

*A las instituciones educativas de las Hijas de María Auxiliadora de la Provincia Nuestra Señora de Chiquinquirá, el Colegio Centro María Auxiliadora – Bogotá y María Auxiliadora – Chía, con cada una de las participantes de la sección de Secundaria.*

*Al Personal de Apoyo de la aplicación, jóvenes que participaron en cada una de las jornadas, la Dirección de Investigaciones de la Universidad Piloto de Colombia por la gestión y acompañamiento brindado por medio del módulo de Jóvenes Investigadores Piloto Nivel Senior II.*

*A la Dirección de Campos Programas y Proyectos del Colegio Colombiano de Psicólogos y Viajes Oxígeno, organizaciones, a ustedes, a nuestros seres queridos, nuestra familia, gracias porque confiaron en el desarrollo y finalización del proyecto de investigación que hicieron posible, que hicieron realidad.*

*A USTEDES MUCHAS GRACIAS...*

**Marcela Rodríguez Camargo  
Martha Cecilia Valbuena Quiñonez**

## Tabla de Contenido

Resumen .....	1
Introducción .....	3
Justificación .....	6
1 Planteamiento del Problema .....	10
2 Objetivos.....	13
2.1 General.....	13
2.2 Específicos .....	13
3 Marco Teórico.....	14
3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) .....	14
3.1.1 Anorexia Nerviosa.....	15
3.1.2 Bulimia Nerviosa .....	17
3.1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado TCANE.....	21
3.1.4 Evaluación de TCA.....	21
4 Riesgo Psicosocial .....	27
4.1 Dimensión: Auto percepción.....	28
4.2 Dimensión: Conductas .....	28
4.3 Dimensión: Entorno familiar y relaciones interpersonales .....	29
5 Factores Predisponentes (PD) .....	29
Individuales:.....	29
Familiares: .....	29
Socioculturales:.....	30
5.1 Dimensión: PD-AP: Factores Predisponentes -Auto percepción .....	30
Subdimensión edad: .....	30
Subdimensión género:.....	30
Subdimensión nivel de escolaridad: .....	30
Subdimensión obesidad o sobrepeso: .....	30
Subdimensión autoestima: .....	30
5.2 Dimensión: PD-C Factores Predisponentes -Conductas.....	31
Subdimensión pautas alimentarias: .....	31

	Subdimensión evitación en la ingesta de alimentos:.....	31
	Subdimensión medición de las partes del cuerpo: .....	31
5.3	Dimensión: PD-ER Factores Predisponentes -Entorno familiar y relaciones interpersonales .....	31
	Subdimensión déficit de empatía: .....	31
	Subdimensión antecedentes familiares:.....	31
	Subdimensión modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario: .....	31
6	Factores precipitantes: PC .....	31
6.1	Dimensión: PC-AP Factores Precipitantes - Autopercepción .....	32
	Subdimensión cambios corporales: .....	32
	Subdimensión dieta: .....	32
	Subdimensión aumento de peso: .....	32
	Subdimensión registro de peso: .....	32
6.2	Dimensión: PC-C Factores Precipitantes -Conductas .....	32
	Subdimensión verificación de contenido de la comida: .....	32
	Subdimensión cuidado alimenticio:.....	32
	Subdimensión actividad física:.....	32
	Subdimensión registro diario de peso-comida-calorías: .....	32
6.3	Dimensión: PC-ER Factores Precipitantes -Entorno familiar y relaciones interpersonales.....	33
	Subdimensión dificultades familiares: .....	33
	Subdimensión críticas acerca del cuerpo: .....	33
	Subdimensión grupo de pares e intereses alimentarios en común: .....	33
7	Factores mantenedores: M .....	33
7.1	Dimensión: M-AP Factores Mantenedores - Autopercepción .....	33
	Subdimensión consecuencias cognitivas: .....	33
	Subdimensión imagen: .....	33
	Subdimensión tolerancia a la frustración: .....	33
	Subdimensión peso ideal:.....	34
7.2	Dimensión: M-C Factores Mantenedores - Conductas .....	34
	Subdimensión actividad física en exceso .....	34
	Subdimensión manejo de emociones:.....	34
	Subdimensión estrategias de afrontamiento: .....	34
7.3	Dimensión: M-ER Factores Mantenedores - Entorno familiar y relaciones interpersonales .....	34
	Subdimensión interacción familiar: .....	34

Subdimensión aislamiento social:.....	34
8 Factores de Riesgo Psicosocial: RP .....	34
8.1 Dimensión: RP-AP Factores de Riesgo Psicosocial - Auto percepción.....	35
Subdimensión insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia): .....	35
8.2 Dimensión: RP-C Factores de Riesgo Psicosocial - Conductas.....	35
Subdimensión, presión social por parte del entorno escolarizado: .....	35
8.3 Dimensión: RP-ER Factores de Riesgo Psicosocial - Entorno familiar y relaciones interpersonales .....	35
Subdimensión funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias): .....	35
9 Marco Metodológico .....	36
9.1 Metodología .....	36
Diseño: .....	36
Muestreo Estratificado: .....	36
Instrumento: .....	36
Participantes: .....	36
Procedimiento: .....	36
Fase I de Revisión conceptual, Definición y descripción de variables: .....	37
Fase II Diseño y aplicación del instrumento:.....	37
Fase III Resultados y Análisis de resultados: .....	37
9.2 Diseño de reactivos .....	38
9.2.1 Ítems Dicotómicos .....	38
9.3 Análisis de Reactivos procedimiento .....	40
9.3.1 Tipificación y definición de Estándares.....	40
9.4 Recolección de Datos procedimiento .....	40
Estandarización poblacional: .....	40
9.5 Estimación: propiedades psicométricas de la prueba.....	40
Validez y Confiabilidad:.....	40
9.6 Herramientas de Evaluación: Instrumento .....	41
Resultados .....	42
9.7 Resultados de la Prueba Piloto.....	44
9.8 Resultados de la Prueba Final .....	45
9.8.1 Análisis Alfa de Cronbach de la prueba .....	45
Discusión.....	3
Conclusiones.....	7



Referencias .....	9
Artículos.....	9
Sistema Legislativo.....	12
Revista Electrónica.....	12
Cibergrafía .....	13
Libros .....	22

# DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADO A TCA - IDTCA

Rodríguez, M; Valbuena, M.

## **Resumen**

El fenómeno de la Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE, como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ha evolucionado a través de los cambios en los hábitos sociales y la aparición de factores socioculturales que favorecen la belleza del cuerpo como ideal social, con alteraciones conductuales tanto de ingesta como de imagen corporal. Una herramienta importante para los trastornos (TCA), es la prevención, pues contribuye al control de los factores de riesgo de esta enfermedad y teniendo en cuenta que no se dispone de una herramienta estandarizada en Colombia, se diseña el instrumento psicométrico IDTCA, para detectar nivel de riesgo Psicosocial asociado al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), sustentado en una metodología cuantitativa que se aplicó a una muestra poblacional femenina de 603 personas distribuidas entre la ciudad de Bogotá D.C. y Chía - Cundinamarca, con un rango de 11 a 18 años de edad, no diagnosticados. Posteriormente los resultados fueron analizados en SPSS, obteniendo un alfa de Cronbach de ,951 en prueba piloto, ratificando la validez y confiabilidad del instrumento, con el fin de otorgar un concepto probabilístico de nivel de riesgo con fines preventivos y de sensibilización a las adolescentes.

Palabras Clave: Riesgo Psicosocial, Anorexia, Bulimia, TCA, Detección, Adolescentes.

# INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADO A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - IDTCA

Rodríguez, M; Valbuena, M.

## **Abstract**

The phenomenon of the Anorexia, Bulimia and not specified TCANE, as disorders of the food conduct (TCA), has evolved across the changes in the social habits and the appearance of sociocultural factors that favor the beauty of the body as ideally socially, with behavioral alterations both of ingestion and of corporal image. An important tool for the disorders (TCA), is the prevention, since he contributes to the control of the factors of risk of this disease and bearing in mind that does not arrange of a tool standardized in Colombia, IDTCA designs the instrument psicométrico, to detect level of risk Psicosocial associated with the development of disorders of the food conduct (TCA), sustained in a quantitative methodology that Cundinamarca applied to himself to a population feminine sample of 603 persons distributed between the city of Bogota D.C. and Chía-, with a range from 11 to 18 years of age, not diagnosed. Later the results were analyzed in SPSS, obtaining Cronbach's alfa of, 951 in pilot test, ratifying the validity and reliability of the instrument, in order to grant a concept probabilístico of level of risk with preventive ends and of awareness to the teenagers.

Key words: Risk Psicosocial, Anorexia, Bulimia, TCA, Detection, Teenagers.

## Introducción

El fenómeno de la Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE, como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ha evolucionado a través de los cambios en los hábitos sociales y la aparición de factores socioculturales que determinan o generan patrones a la belleza del cuerpo como ideal social, con alteraciones conductuales tanto de ingesta como de imagen corporal (Raich, 2000). La anorexia es un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio requiere de un indudable valor formativo, que permita la promoción y predicción de factores de riesgo (Toro y Vilardell, 1989), citados por Echeburúa & Marañón, (2001, p. 513). Para fines de esta investigación, se pretende hacer un aporte sociocultural, a través del diseño y validación de un instrumento psicométrico, para la detección de riesgo psicosocial asociado a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Bogotá y Cundinamarca (Chía), con el fin de prevenir a tiempo desórdenes alimenticios, mejorando así la calidad de vida de quienes presentan síntomas que afectan directamente al cuerpo (Crispo, 1997).

Autores como García, (2001), definen la Anorexia como la fobia a la obesidad, a partir de un deseo irracional de estar delgada/o, incluyendo alteraciones del control de la ingesta, perturbación secundaria de la mente y alteraciones de la esfera familiar y social. Para (Tschirhart & Donovan, 1985), la base de la anorexia nerviosa se origina en la falta de autoestima. Según (Way, 1996), es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgado/a es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla. Es así como, se evidencia que el diagnóstico de los problemas como pérdida y límites respecto a si mismo/a, son las razones por las cuales se presenta el trastorno de la conducta alimentaria asociado a conductas que alteran el juicio sobre la imagen corporal (Bleichmar, 2000). La autoestima, la autoimagen, la autopercepción y el autoconcepto influyen de manera significativa en los y las adolescentes. La preocupación por el aspecto físico y un cuerpo delgado, dirigen las necesidades a responder en un contexto social, ya que esto facilita la adaptación a grupos, pero también responde a trastornos alimenticios como anorexia y bulimia (Grau, 1985).

En un estudio realizado por (Ballester, 2003), se evidencian conductas alimentarias de riesgo en niños españoles entre 11 y 14 años. Habitualmente, el 40% de los niños evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% intenta vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia de su figura física. Los indicadores antes mencionados, evidencian una problemática acerca de los trastornos de conducta alimentaria y la repercusión que tienen. Iniciando con tratamientos largos, complejos y que pueden ocasionar sufrimiento personal y familiar e incluso dando lugar a la muerte. En países como México, las estadísticas de la Secretaría de Salud, reportan, que un 40% de personas anoréxicas se curan totalmente, del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardiaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (Galvez, 2010). En un estudio realizado por Grant & Cash, (1995), con 23 mujeres estudiantes de peso normal y sin trastorno alimentario, con 11 sesiones de 90 minutos cada una. Se trabajaron factores como imaginación de áreas corporales que desagradan y situaciones de alteración relacionadas con la apariencia física. En relación con lo anterior, el estudio realizó una comparación grupal como individual, de las cuales el 52% de las 23 mujeres, mejoraron notablemente en medidas cognitivas y afectivas de la imagen corporal en autoestima, depresión y ansiedad social.

Para concluir, según el estudio realizado por La Organización Mundial de la Salud OMS, en el año 2003, denominado Encuesta mundial de la salud mental EMSM, en Colombia, se describe prevalencia de trastornos mentales. Dicho estudio se basó en población no institucionalizada con edades entre los 18 a 65 años, con residencia en áreas urbanas. La tasa ponderada de respuesta fue de 87.7%. Lo anterior, indica que los trastornos de la conducta alimentaria, no solo se presentan en población escolarizada, sino también en población no institucionalizada. Adicionalmente, se puede presentar en un rango amplio de edad (Posada, Aguilar, Magaña & Gómez, 2003).

Por otro lado, instituciones educativas como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), han generado estrategias de prevención a través del Centro Agroecológico y Empresarial de Fusagasugá, iniciando con una campaña denominada “Tú eres más que una imagen”. En Colombia las cifras sobre anorexia y bulimia no son contundentes, pero

según estudios de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, realizados con 474 jóvenes entre 14 y 19 años, el 0.78% cumple con los criterios para el diagnóstico de anorexia (SENA 2011, citado por Rubio Rodríguez, 2014). En el caso de la bulimia, el mismo estudio reportó que de las 474 jóvenes encuestadas, el 2.3% cumplían criterios diagnósticos de bulimia y otro estudio, realizado en la Universidad de Antioquia con 972 estudiantes de cinco colegios de la ciudad de Medellín, encontró que al 77% le aterra subir de peso, el 46% practica actividad física por estética, el 33% se siente culpable después de comer, el 16% siente que la comida controla su vida y el 8% se induce el vómito.

La prueba permitirá evaluar a las adolescentes Bogotanas y Cundinamarquesas-Chías), teniendo en cuenta los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, factores predisponentes como genética, edad (11 a 18), género femenino, obesidad o sobrepeso premórbido, déficit de empatía, perfeccionismo y antecedentes familiares (Trallero, 1987). También teniendo en cuenta los factores precipitantes como dieta, cambios corporales adolescentes, dificultades familiares, aumento de peso, críticas acerca del cuerpo, enfermedad adelgazante y actividad física elevada. Adicionalmente los factores mantenedores como consecuencias cognitivas, actividad física en exceso, interacción con las familias y aislamiento social. Finalmente, entre otros con factores de riesgo psicosocial como insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia), presión social por parte del entorno escolarizado y funcionamiento familiar inadecuado (roles, interacción, contingencias).

En conclusión el instrumento que se desarrollará tendrá como fin, la detección temprana de riesgo psicosocial asociado a los trastornos de la conducta alimentaria, con una serie de criterios y contenidos, que permitan establecer la relación de la medición en las adolescentes con Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE, identificando así, las causas y los factores.

## Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia y bulimia nerviosa, así como no especificado TCANE, son el resultado de un malestar mental. Adicionalmente, se clasifican como el producto de una cultura moderna que busca la aceptación, el logro y el éxito a partir de un cuerpo delgado. Jáuregui, (2006). La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimenticio, que tiene como criterios diagnósticos la negación a mantener el peso normal correspondiente a la edad y altura, amenorrea que hace referencia a la ausencia de la menstruación porque nunca comenzó o porque se interrumpió por tres períodos consecutivos, miedo a engordar, sentirse gordo/a, rechazo hacia el hecho de tener alguna enfermedad física que provoque su bajo peso, negación frente a los demás de estar muy delgado/a e ignorar su bajo peso (DSM-IV - TR).

Según Calvo, (2010), a causa del miedo a ganar peso los y las adolescentes omiten la ingesta de alimentos, practican mucho ejercicio y en ocasiones consumen purgantes, presentando síntomas como cabello delgado, osteoporosis, amenorrea, problemas para dormir como insomnio, demora en la sanación de las heridas, desmayos y mareos. Entre las complicaciones médicas y los riesgos se encuentran el contraer infecciones, un metabolismo lento, afectación del funcionamiento normal del cerebro, las alteraciones en el sistema cardiovascular, modificación en el funcionamiento normal en los sistemas gastrointestinal, neurológico, hematológico y endocrino, los dientes y los huesos sufren daños considerables debido a la descalcificación Baile, (2003). De otra parte, siguiendo a Perpiñá, (2005), quien afirma que los tipos de anorexia nerviosa son: anorexia restrictiva, que se presenta cuando la persona sólo deja de comer y anorexia purgativa, donde la persona, además de limitar el consumo de alimentos, se purga con diuréticos, laxantes o el vómito, evitando así que el organismo asimile de forma adecuada los alimentos ingeridos y eliminarlos rápidamente.

De otra parte, la bulimia es un trastorno del comportamiento alimentario en el que se presenta la restricción de alimentos, atracones y actos compensatorios. En los criterios diagnósticos encontramos: episodios recurrentes de atracones; episodios de compensación

después de los atracones para evitar subir peso; realizar el ciclo atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses; preocuparse en forma exagerada por la apariencia del cuerpo y su peso; y no tener anorexia nerviosa. Existen tres etapas en la bulimia: la restricción, la sobrealimentación o atracón y la compensación (DSM-IV - TR).

Según Ballé, (2014), el atracón es comer grandes cantidades de alimentos, (comer más de lo que una persona en condiciones normales comería en el mismo lapso de tiempo), donde no hay una sensación de placer asociada. Las circunstancias que pueden originar un atracón son: estados de ánimo negativo, estrés, hambre y sentimientos negativos con respecto a su cuerpo. Las personas con bulimia sienten muchos deseos de comer en un momento dado, posteriormente se arrepienten de la ingesta que omiten y deciden que tienen que comer, entonces rompen la dieta y empiezan a comer, sintiendo que no pueden parar de hacerlo (Bahamon, 2012).

Según artículo de Guadarrama, (2014), en el contexto Argentino, la Anorexia, es una enfermedad que se presenta en la clase media y alta de las áreas metropolitanas, convirtiéndose en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y compromete incluso a niños menores de doce años (Atkins D, 1993). En países como Argentina, siguiendo a la Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia que elaboró una estadística sobre 2.346 encuestas en distintas ciudades del país, arrojó un resultado de 5,3% de todo tipo de trastorno alimentario en los diversos niveles educativos: 58,4% en el secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. Las anteriores cifras son superiores a otros países (Bay, 1991). En unos estudios realizados en Perú, sobre historias clínicas de 58 pacientes con Anorexia, atendidos entre 1982 y 1998, se encontró una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9% de pacientes menores de 24 años (Muñoz DP, 2001). Según Quintero E, Pérez AC & Montie C, (2005), en Venezuela, se llevó a cabo un estudio con 1.363 estudiantes seleccionados al azar, con una prevalencia de Anorexia del 0% y 1,58% para bulimia nerviosa. Según Pérez M, Gual P & Estevez J, (2000), en España, se estudió una población femenina de 2.862 participantes de 12 a 21 años de edad, encontrándose una prevalencia de 3,1% de trastornos de la conducta alimentaria y de 0,3% de anorexia nerviosa. En otro estudio realizado en el mismo país, se contó con la participación de 108 pacientes con anorexia



nerviosa de los cuales el 90,7% eran mujeres con edad promedio, de 15 años (Lázaro, 1996).

De otra parte, en Chile se realizó un estudio con 284 estudiantes universitarios, con una prevalencia de 9,86% de trastornos de la conducta alimentaria con 12,6% para las mujeres y 3,49% para los hombres. En Brasil, se realizó un estudio con 1.807 estudiantes escolarizados entre 7 y 19 años, con una prevalencia de 13,3% de trastornos de la conducta alimentaria el 1,1% con bulimia nerviosa (Vilela, 2004). En cuanto al contexto colombiano en un estudio realizado por Vasquez, (1998), había una población de 10 pacientes que presentaban Anorexia, el 90% eran mujeres y el promedio de edad fue de 13,9 años. En relación con lo anterior, se evidencia la probabilidad de que la Anorexia y Bulimia Nerviosa inicie en la adolescencia y adultez temprana a causa de los cambios biológicos, sociales y psicológicos, asociados a la preocupación por la figura corporal (Strober M, 2000).

Asimismo, el control de los factores de riesgo psicosocial de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia, bulimia y TCANE, se originan en un modelo etiológico (multicausal) relacionado con el conjunto de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que actúan como elementos que predisponen, precipitan y mantienen el trastorno (Garner y Garfinkle, 1982). Dichos factores se han abordado en el contexto Colombiano a nivel de guías, trabajos descriptivos, campañas, adecuación de pruebas extranjeras a la cultura Colombiana. Sin embargo, en áreas como la psicometría y la psicología de la salud los planes de promoción y prevención en el sistema de salud o de seguridad social, en la ciudad de Bogotá y el Departamento de Cundinamarca, requieren de un significativo desarrollo de un test aplicable al contexto Colombiano. Esto con el fin, de realizar un aporte desde la academia (Universidad Piloto de Colombia), a la sociedad por medio de instrumentos confiables para adolescentes como la población directamente relacionada con el trastorno y el aumento proporcional o tendencia a sufrir el trastorno asociado.

En el contexto Bogotano y Cundinamarqués, es determinante la creación y aplicación de instrumentos que mejoren la calidad de vida y el bienestar de las adolescentes. Adicionalmente, los espacios familiares, sociales, académicos y

disciplinarios, tienen gran importancia en el apoyo, acompañamiento y orientación que ante la predisposición, sostenimiento, precipitación o mantenimiento de los síntomas, para que los profesionales, puedan responder de manera oportuna.

De otra parte, y teniendo en cuenta las variables que influyen en el desarrollo de la Anorexia, como los factores sociales, culturales, comportamentales, de orden colectivo e individual, así como las categorías, variables, dimensiones del trastorno y sus tendencias; es significativo realizar aportes que desde la disciplina de la Psicología en su quehacer científico, con un instrumento que permita identificar a tiempo, las alteraciones en la ingesta de alimentos con criterios empíricos, el contexto de las adolescentes Bogotanas y Cundinamarqueses - Chías.

Para concluir, los aportes a la Psicología a partir de esta investigación, permitirán la identificación a tiempo, de factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizadas, a través de un instrumento que tiene propiedades psicométricas consistentes a la población Bogotana y Cundinamarquesa. Lo anterior, con el fin de implementar programas de promoción y prevención, en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el contexto Colombiano, en diversos escenarios a nivel clínico, social y académico a través de la sensibilización ante la evolución de riesgo de factores psicosociales, con origen en la distorsión de la imagen corporal y hábitos alimenticios (Serrato, 2001).

## 1 Planteamiento del Problema

Según la American Psychiatric Association y la World Health Organization, en el DSM-IV-TR y en la CIE-10, la alteración de la imagen corporal es considerada dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), originando distorsión perceptiva en cuerpo y talla. Autores como Stice, (1994), han sugerido que el rol de género y particularmente la socialización relacionada con la identidad genérica femenina, ubica a las mujeres en el riesgo del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en periodo de adolescencia y adultez temprana, vinculado con la preocupación por la imagen corporal, popularidad, inteligencia, éxito y rechazo por la gordura. Siguiendo a Hernandez, (2004) p. 112, señala que la delgadez se ha convertido para algunas personas, cada vez más jóvenes, en una especie de preocupación, influyendo en el desarrollo de diferentes actividades que comprometen la calidad de vida e incluso la probabilidad de respuesta en las diferentes tareas. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante hacer énfasis en los factores psicológicos, así como en la percepción, respecto a la imagen corporal de las adolescentes escolarizadas bogotanas y cundinamarquesas. El análisis de los factores que intervienen en diversos problemas relacionados con la conducta alimentaria como sobrepeso, aumentan el riesgo de trastornos alimentarios en la adolescencia, (Chinchilla, 1994)

Según Portela, (2011), p. 391, en los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia, se encuentran: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la presión social por ser delgado, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima. De otra parte, Guadarrama, (2013), señala que después de la década de los 60 se han incrementado los casos de anorexia y bulimia nerviosa. El 20% de las personas que padecen anorexia en todo el mundo, mueren a consecuencia de la misma y que una de cada tres mujeres está a dieta de manera permanente (Lang, 2001). Según, Guadarrama, (2011), quien retoma reportes sobre desordenes de alimentación, considera que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen de bulimia. El 90% son mujeres y el 10% hombres. El Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima un aproximado de 5 millones. Lo anterior, hace referencia a la manera en que

los adolescentes, tanto mujeres como hombres, buscan una apariencia idealizada por medio de imaginarios que conducen incluso a conductas auto lesivas sin importar las consecuencias.

Siguiendo a Castro, (2013),p. 31, las tendencias obsesivas, comportamientos compulsivos, los trastornos depresivos, perturbaciones por ansiedad, abuso de sustancias por ejemplo esteroides anabólicos, alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, autoconcepto negativo, riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos bipolares, influyen de manera significativa en la adolescencia. Siguiendo al autor, con el paso del tiempo, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria se ha manifestado en coherencia con la aparición e influencia de factores de riesgo psicosocial.

Por tal motivo, se exploran los estudios empíricos sobre apoyo social y efectos psicosociales y clínicos en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario en los últimos veinte años, (Quiles, 2008). Siguiendo a Ortega & Requejo, (2006), los factores predisponentes están sujetos a la genética, estructuración de la personalidad, organización familiar, creencias y presión social, que conlleva a evitar la obesidad y adelgazar como búsqueda de seguridad. De otra parte, Fernandez & Probst, (2006), afirman que el trastorno de la imagen corporal, se puede observar desde dos expresiones distintas: la primera es perceptual y se refiere a la habitual inexactitud con la que los pacientes sobreestiman sus dimensiones corporales. La segunda hace referencia al componente afectivo emocional, donde intervienen los pensamientos y actitudes hacia el propio cuerpo, así como la insatisfacción por el mismo. De acuerdo con lo anterior, las jóvenes o adolescentes son cada vez, más vulnerables y pueden correr el riesgo de comprometer su salud tanto física como mental, por el hecho de querer lucir una figura delgada.

Es de gran importancia detectar a tiempo posibles trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes escolarizadas de Bogotá y Cundinamarca - Chias, pues dichos trastornos pueden afectar de manera significativa todos los ámbitos de sus vidas. Según, Baile & Gonzalez, (2012), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se configuran como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes, después de la obesidad y el asma. Por lo anterior, el interés de la presente investigación consiste en **identificar las variables de riesgo psicosocial que influyen en la conducta alimentaria de las adolescentes escolarizadas, teniendo en cuenta el riesgo psicosocial y estrategias de afrontamiento en el ser humano.** En el caso de la anorexia, la persona ejerce un control sobre su alimentación, iniciando por la

racionalización e identificación de calorías, Tinat, (2008). Rechazando las proteínas, siendo reemplazadas por agua en cantidades abundantes Buckroyd, (2002). Ilustrando lo señalado, se pretende desarrollar un instrumento psicométrico que permita la detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes Bogotanas y Cundinamarquesas, teniendo en cuenta la necesidad del contexto Colombiano. La pregunta que surge es **¿Cuáles son las características psicométricas de un instrumento, que permita la detección temprana de riesgo psicosocial de trastornos de la conducta alimentaria, en adolescentes Bogotanas y Chías?**.

## **2 Objetivos**

### **2.1 General**

Diseñar un instrumento psicométrico, que permita la detección temprana de factores de riesgo psicosocial, asociado a los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes por ausencia de instrumentos estandarizados para este fin.

### **2.2 Específicos**

Explorar los fundamentos conceptuales, empíricos, tipos y características específicas que permiten definir el riesgo psicosocial, los factores de riesgo, los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la adolescencia en las mujeres.

Seleccionar las variables de estudio y construir un banco de ítems y de su forma de evaluación que permitan la detección temprana de riesgo psicosocial asociado a trastornos de la conducta alimentaria.

Construir los criterios de evaluación para los ítems de detección de riesgo psicosocial en los TCA.

Validar las propiedades psicométricas de los ítems diseñados para generar un análisis de la información obtenida en la detección de TCA.

### 3 Marco Teórico

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están mediados por el comportamiento en la ingesta y por esta razón, se trata de un problema cuya solución no será exclusiva de las ciencias médicas, sino también de la Psicología, Sociología, Política Pública, entre otros. La aparición de un trastorno como Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE no depende de un único factor. Por ello esta investigación abarca factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y de riesgo psicosocial, para el diseño de un instrumento con el fin de detectar el nivel de riesgo asociado al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes Bogotanas y de Cundinamarquesas.

#### 3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En la clasificación de alteraciones relacionadas con la conducta alimentaria o de ingestión de alimentos se encuentran aspectos con una etiología multicausal entre ellos relacionados, los factores genéticos, familiares, socioculturales, psicológicos y ciertos patrones considerados como de alto riesgo (Saucedo & Santocini, 2009). De otro lado, Ballester, (2003), en su investigación de conducta alimentaria de riesgo, mencionan la normalidad que opera en los niños que se acercan a la adolescencia, que están inconformes con su cuerpo, ya que es una etapa del ciclo vital en donde se experimentan grandes cambios y suelen criticar con dureza todo lo que les rodea, sumado a la influencia de los estilos de alimentación, la actividad física, el autoconcepto y percepción de imagen corporal. Dicha investigación muestra la gravedad de determinados hábitos y actitudes en una población muy joven en la cual niños de 11 a 14 años hacen ejercicio para quemar calorías, un 4,2% toma laxantes, un 7,3% intenta vomitar después de haber comido mucho y un 17,3% tiene baja autoestima.

En la revisión conceptual en término de uso médico o clínico de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la descripción del Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente, (2010) allí se definen los trastornos de la conducta alimentaria como un conjunto de trastornos psiquiátricos cuyo común denominador es la aparición y desarrollo de irregularidades en la ingestión de alimentos que no son causadas por perturbaciones médicas. Esto conlleva a cambios nutricionales y metabólicos, que mantienen y/o potencian alteraciones cognitivas,

emocionales y conductuales, dando origen a irregularidad ingestiva y en última instancia al trastorno específico en sí.

Los trastornos de la conducta alimentaria según Pedreira, (1998), son un tipo de trastornos que pueden llegar a ser severos, hasta el momento son considerados la única causa de mortalidad relevante en la que se reconoce una causa psiquiátrica, donde la alarma social se manifiesta al no ser atendido por sistemas sanitarios. Entretanto, a continuación se hace una descripción de cada una de las categorías, sub tipos, y características diagnósticas que se asocian a cada trastorno.

### **3.1.1 Anorexia Nerviosa**

En la evolución de los trastornos de conducta alimentaria según (Aguinaga, 2000) existe acuerdo en definir la Anorexia como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo paciente, en cuestiones del por qué se produce la enfermedad, que factores la predisponen o la desencadenan aún no se ha alcanzado un consenso. Actualmente se establece que a la hora de diagnosticar los trastornos de la alimentación se debe realizar según los criterios recogidos en el DSM-IV y CIE10.

En la anorexia nerviosa se encuentran algunas características diagnósticas que consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, además las mujeres, sufren amenorrea. En estudios realizados en Madrid España los síntomas manifiestos observados está el ejercicio físico agotador, con vómitos continuos, dañado de dientes y esófago por vómito continuo, cólico e inflamación anal y dependencia a laxantes (Cabetas Hernández, 2004).

En el Manual Diagnóstico DSM IV- TR (2001), este trastorno se mantienen dos tipos de clasificación el subtipo, que puede usarse para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa; el *Tipo Restrictivo* este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta ayunando o realizando ejercicio intenso y finalmente el *Tipo Compulsivo o Purgativo* que se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas “o ambos”. La mayoría de los individuos que pasan



por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes de una manera excesiva.

En el Manual de psicopatología de Belloch, (1995), de la misma manera son abordados los factores precipitantes, es decir que inician el trastorno se definen por el fracaso del individuo al adaptarse a las demandas que se dan en un momento dado, se asocia generalmente el sobrepeso, la recepción de una crítica, percibir que algún acontecimiento vital implique un cambio brusco. Las características de los síntomas y trastornos asociados en acuerdo DSM-IV y el manual CIE10 (1992), en relación con los trastornos mentales se menciona que los individuos que sufren del trastorno tienen una pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Se han observado en estas personas con características propias del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de la personalidad.

En la fase de mantenimiento se explica la auto perpetuación con conducta física y psicológica derivada de la psicopatología específica del trastorno, Belloch & colaboradores, (2002). Entre otros cambios físicos, la amenorrea aumenta los niveles de cortisol, facilitando la osteoporosis, piel fría, dolor al sentarse, caída de cabello, hipotensión, bradicardia, derrame pericárdico, edema o anemia, a pesar de la ingesta insuficiente de hierro y proteínas; hay trastornos del sueño y abandono de las actividades normales (Cabetas, 2006).

En los hallazgos de laboratorio clínico revisados y mencionados por el Manual diagnóstico DSM IV-TR (2005) que menciona el manual la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas según estudios pueden ocasionar otro tipo de enfermedades como Leucopenia, Hipercolesterolemia, Hipomagnesemia, Hipocincemia, Hipofosfatemia, Hiperamilasemia, acidosis metabólica, Hipoadrenocortisolismo, bajos niveles de Estrógenos, Bradicardia sinusal, Arritmia Cardíaca, Cefalopatía Metabólica y aumento en el cociente ventrículo cerebral. El curso de la enfermedad según la revisión de estudios del DSM IV-TR (2005), esta tiene origen hacia la mitad o finales de la adolescencia 14 a 18 años. La aparición de la enfermedad se asocia a un acontecimiento estresante, con un curso y desenlace muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras

presentan un patrón muy fluctuante de ganancia de peso seguida de la recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

Los autores relacionados y la investigación realizada en la ciudad de Pereira – Colombia en el año 2012, señala Bahamon, (2012), que la diferencia entre la población en general y personas con TA radica en que las situaciones tienden ser percibidas como más amenazantes y peligrosas por los segundos; de hecho, las maneras de afrontar dichas situaciones suelen ser diferentes y reportan que, incluso, la presencia de trastornos alimentarios puede ser, en sí misma, una forma de afrontamiento. En relación al componente psicológico los pacientes experimentan sentimiento de humillación y molestia al comer en público, pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario según el manual, además se relacionan con la alteración el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno Dismorfóbico (DSM IV-TR, 2005).

Según Font y Martínez (2003) las áreas de trabajo para con estos pacientes se centran en incrementar la motivación hacia el tratamiento, reducir los niveles de ansiedad respecto al peso y la ingesta de comida, normalización de ingesta de alimentos y hábitos alimentarios, la modificación de creencias, fomentar mejora en el estado de ánimo, el incremento de la autoestima, prevenir recaídas, transformar conductas compensatorias, autolesivas, compulsivas o problemáticas asociadas; esto para que el paciente pueda mejorar las habilidades y relaciones sociales, adoptar hábitos saludables, suprimir miedos o sentimientos de culpa y conflictos familiares. A continuación, un acercamiento al trastorno de Bulimia Nerviosa.

### **3.1.2 Bulimia Nerviosa**

Siguiendo a Font y Martinez, (2003), quienes afirman que el trastorno de Bulimia nerviosa era considerado la variante de la Anorexia, y de acuerdo a Russell, (1979) quien acuña el término por primera vez, para ser posteriormente validado por el Manual Diagnóstico DSM, donde se establecieron los criterios que prevalecen en la actualidad con subtipos el Purgativo y No purgativo contemplando conductas compensatorias, con características principales que consisten en el descontrol de calidad y cantidad de alimentos ingeridos, la evitación al aumento de peso y autoconcepto asociado a la silueta corporal.

De otra parte, en el manual DSM-IV TR, (2001), se representan los atracones como una cantidad anormal de comida ingerida, que el individuo oculta los síntomas, generalmente avergonzado de su conducta, los realiza a escondidas y cada episodio puede o no haberse planeado con anterioridad. El estado de ánimo disfórico, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar simultáneamente este tipo de conducta en la cual los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria lo que suele provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. Se encuentran estudios en los que se ha estudiado el factor de pronóstico, pero a corto plazo el 40% de bulímicas permanece sintomática crónicamente, lo cual significa mayor incidencia en remisiones y recaídas; dichos síntomas acompañados de características de la personalidad impulsiva o el abuso de sustancias psicoactivantes intensifican el trastorno en la persona (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Muchos individuos según los criterios del DSM-IV TR (2001) y el CIE10 (1992) usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean del 80 al 90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso en ocasiones el enfermo realiza atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida, a la vez evitan alimentos que engorden o puedan desencadenar un atracón empleando una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos, con diversos instrumentos u otras conductas como la purga, el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

En contextos como el colombiano describe Bahamón, (2012), que el recorrido investigativo sobre el tema es limitado y los estudios de carácter epidemiológico aportan significativamente en la visibilización del fenómeno, aunque no se constituyen en productos suficientes para el abordaje de la problemática. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que las investigaciones encontradas sobre el tema en nuestro país se remiten a estudios realizados en población escolar de bachillerato y universidad, frecuentemente con muestras de género femenino y que exploran los TCA de manera generalizada.

Respecto a la consulta del manual diagnóstico DSM IV-TR (2005) y el CIE10 (1992) se evidencia que las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico

“Hipopotasemia e hipocloremia”. La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica “Bicarbonato sérico elevado”, y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

De otra parte, Belloch & colaboradores, (2002), señalan que el vómito recurrente puede dar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos, estos dientes y las cavidades de su superficie pueden resquebrajarse, parecer rotos o carcomidos. En algunos individuos las glándulas salivares sobre todo la glándula parótida aumenta en tamaño son algunos de las expresiones físicas. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo además pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano provocado por el roce con la dentadura. Menciona además que es un trastorno de difícil detección por el esfuerzo permanente del paciente por ocultar los síntomas.

En la aplicación del BITE Test de Bulimia de Edimburgo, en las jóvenes de la ciudad de Pereira permitió identificar que la mayoría de las participantes presenta ausencia de comportamiento compulsivos hacia la comida; no obstante un alto porcentaje presenta patrones alimentarios anormales. Estos datos permiten establecer que la prevalencia de bulimia para esta población es de 0,41%, puntuación que puede considerarse como alta. Se evalúa la posible correlación entre la presencia de síntomas y gravedad de la bulimia con características de orden sociodemográfico a partir de lo cual se encontró que existe una ligera correlación positiva entre la gravedad de los síntomas bulímicos y estrato socioeconómico que al aumentar, se presentaba con mayor gravedad se presentaban los síntomas bulímicos (Idini, 2012)

En el Manual Diagnóstico DSM IV- TR (2005) las mujeres hay regularmente se asocian irregularidades menstruales, amenorrea aunque no es tan claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional finalmente los individuos que toman en exceso laxantes pueden presentar dependencia a este tipo de fármacos, se genera en el sistema el desequilibrio electrolítico, se puede causar la muerte del individuo por desgarro esofágico, rotura gástrica, prolapso rectal y arritmias cardiacas.

Esta enfermedad inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años con un curso que puede ser crónico o intermitente. No obstante a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir. La bulimia nerviosa expresa una tendencia que afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En relación a la prevalencia de este trastorno en las culturas (DSM-IV TR, 2005). Es importante destacar de los estudios y revisiones realizadas que la estimación de la razón mujeres-hombres para la BN entre los adolescentes, es ocho veces inferior a la registrada en la población general, (Portela, 2011).

Sobre el tema, investigaciones recientes en Latinoamérica indica Bahamón (2012), que el riesgo de padecer de bulimia nerviosa es mayor que el riesgo de padecer otros trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. Así, Cano (2007) informan que mientras que el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa es del 2% al 5%, el riesgo de padecer anorexia nerviosa es del 0.5% al 1%; cifras similares a las reportadas por diferentes autores como Fandiño, (2007); (Quiles & Terol, (2008) y Vázquez, (2005). En el (Manual Diagnóstico CIE 10, 1992), la clasificación incluye criterios como, los recurrentes episodios de ingesta compulsiva atracones se caracterizan por, la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses, la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, por no poder parar de comer, o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo. Las conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso de la misma forma se reconoce el tipo purgativo y no purgativo.

En este trastorno Font y Martinez, (2003), mencionan la importancia del incremento de la motivación del paciente respecto al tratamiento, la disminución de la ansiedad frente el peso y la comida, normalizar los hábitos alimentarios, reducir la actividad física compulsiva, modificar las creencias erróneas, distorsiones cognitivas, disminuir alteraciones de la imagen corporal, mejorar el autoestima, el estado de ánimo, favorecer habilidades y relaciones sociales, establecer el manejo adecuado de los impulsos, resolución de problemas personales y la prevención en recaídas.

Según Jáuregui, (2006), tanto la anorexia como la bulimia, han sido consideradas nerviosas, como resultado de un malestar mental. También se califican como el resultado de una

cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez, son una norma a cumplir, convirtiéndose en sinónimos de éxito, aceptación y logro. A continuación, los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno.

### **3.1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado TCANE**

En el Trastorno de la conducta alimentaria no especificada y según Pedreira, (1999), en su revisión menciona que el trastorno se caracteriza porque el promedio de peso es adecuado, no hay episodios de voracidad o no tienen frecuencia periódica, pero existe temor a ganar peso y hasta se puede llegar a presentar amenorrea o bien síntomas de Bulimia, Es un cuadro que puede desembocar en un trastorno alimentario severo. Finalmente en esta categoría el manual diagnóstico DSM-IV TR, (2005), se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. En las mujeres se cumplen todos los criterios para Anorexia Nerviosa, pero los ciclos menstruales son regulares, puede existir una pérdida de peso significativa, dentro de los límites normales. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen una frecuencia de dos veces por semana durante tres meses como mínimo, se tiende a masticar expulsar pero no tragar la cantidad de comida.

Es un trastorno prescrito a casi el sesenta por ciento de los pacientes, resulta ser una categoría de diagnóstico problemática que incluye grupos heterogéneos en la que se considera que los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales determinan la etiología del trastorno haciendo más complejo el abordaje e interpretación de los síntomas (Sue & colaboradores, 2010).

### **3.1.4 Evaluación de TCA**

En la Psicología de la salud en Colombia se hace un análisis histórico acerca de la evolución de la psicología de la salud en Colombia, tomando como punto de partida algunas investigaciones realizadas en el campo de la medicina conductual en la década de los años 70 y finalizando con la descripción de 25 grupos de investigación que existen actualmente en las diversas universidades del país, los cuales realizan actividades de investigación en psicología y salud. Se

subraya que el desarrollo de este campo de investigación y práctica en psicología ha estado más ligado al mundo académico que al de la salud pública. Un criterio de análisis es el área de práctica en psicología de la salud, diferenciando entre psicología clínica de la salud y psicología social de la salud. En el primero se resalta el interés en temas relacionados principalmente con evaluación e intervención en situaciones de enfermedad crónica; en el segundo se resalta el interés en los temas de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud. Se hace específicamente una descripción de las temáticas particulares en las que hay interés actual de colaboración entre los diferentes grupos, y de las necesidades prioritarias que sus integrantes proponen para avanzar en esta línea de trabajo actualmente, (Flores & Alarcón citados por Vera-Villarro ,2009)

En los TCA una revisión y actualización, Aguinaga, Fernández, Varo (2000), la investigación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria se despliega en muy diferentes áreas: clínica y diagnóstico, epidemiología, comorbilidad, etiopatogénia, tratamiento y modalidades de asistencia. El trabajo pretende revisar este tipo de patología, procurando actualizar los datos más importantes en los diversos campos. Los estudios epidemiológicos parecen constatar, en las últimas décadas, un incremento considerable de las tasas de incidencia y prevalencia tanto, de la Anorexia Nerviosa como de la Bulimia Nerviosa. Por otro lado, cada vez se confirma más una tendencia a la aparición precoz de estos trastornos.

Así mismo el hallazgo de ciertos marcadores fisiopatológicos y/o reguladores del apetito abre una nueva vía para el conocimiento de este fenómeno; la investigación sobre estos problemas ha ido confluyendo en un cierto consenso en aspectos como: consideración multidimensional en la etiopatogenia, criterios diagnósticos cada vez más depurados, procedimientos asistenciales y terapéuticos y recursos a emplear en su tratamiento Aguinaga, (2000). Dentro de las herramientas utilizadas en la Psicología de la salud e investigación se han diseñado cuestionarios, inventarios, test para niños, jóvenes y adultos. Dichas herramientas emplean variables actitudinales y comportamentales capaces de dar un acercamiento a la detección de los trastornos de la conducta alimentaria, en algunos casos con versiones de adultos y adolescentes que a su vez son adaptadas a niños.

Los trastornos alimentarios han recibido en las últimas décadas atención por su gravedad y prevalencia. Más sin embargo, son escasos los trabajos que intentan detectar conductas

alimentarias problemáticas en la infancia temprana que pudieran constituir signos de alarma respecto al posible futuro desarrollo de trastornos más serios. Ballester, (2003), en su estudio en niños de 11 y 14 años que evidencian en los resultados conductas alimentarias de riesgo ya en estas edades. Entre algunas veces y habitualmente, el 40% de los niños evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% intenta vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia de su figura física. Consideramos necesario prevenir a edades más tempranas en las que se pueden estar gestando los trastornos alimentarios.

Pruebas, autoinformes y escalas que evalúan conductas de seguimiento de dietas o empleo de conductas purgativas con factores como preferencias alimentarias, información o preocupación por reducción en peso o creencias en dieta, ingesta de alimentos, predisposición ante situaciones sociales, emociones negativas, control ante sobre ingesta, hambre y restricciones voluntarias mencionadas por Saldaña, (1994), se encuentran DBS “Dash-Brown Survey” 1977, Rstraint Scale 1978, The three-Factor Eating Questionnaire 1985, ESES “Eating Self-Efficacy Scale” 1986, Eating-Related Characteristics Questionnaire 1987 y Dieter’s Inventory of Eating Temptations en 1988.

Respecto a los autoinformes empleados para evaluar las actitudes y preocupación por la silueta y el peso en los trastornos del comportamiento alimentario que consideran factores como la atracción física/sexual, el estado físico, la salud física, la autoconciencia negativa, preocupación por peso y silueta, sentimientos de soledad y desprecio, atractivo y grasa corporal; se encuentran BES “The Body Esteem Scale” 1984, BSRQ “The Body Self Realations Questionnaire” 1986, BSQ “The Body Shape Questionnaire” 1987 y BAQ “The Ben-Tovim Valquer Body Attitudes Questionnaire” 1991, (Saldaña, 1994).

En la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria que es reconocida desde la década de los años 60, mantiene impacto alrededor del año 2000 verificable en el incremento de los índices de investigación, publicación entre otros el diseño de instrumentos de detección de la conducta alimentaria en Italia, Estados Unidos y México se han diseñado instrumentos como DEBQ “Dutch Eating Behavior Questionnaire”, CEBI “Childrens Eating Behavior Inventory”, CHEAT “Childrens Eating Atitudes Test”, EAT “Eating Atitud Test”, KEDS “Kids Eating Disorders Survey”, FRATAP “Conductas alimentarias y aspectos socioculturales” H-M versión



hombre y mujer, EFRATA “Escala de Factores de Riesgo Asociados a trastornos alimentario”, CIMEC “Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal”, EDI “Eating Disorder Inventory *Garner*”, BULIT “Bulimia Test”, Binge Eating and Cognitive Factors Scale, BAT “Test Attitudes Test”.

En otros países como México, se cuenta con instrumentos psicométricos como: EFRATA, CIMEC y FRATAP “M/H” entre otras. Aunque algunos de estos instrumentos han sido validados, resulta evidente que no es recomendable emplearlos en adolescentes, ya que ellos tienen otro nivel de comprensión y habilidades cognoscitivas, además de la importancia o mayor preocupación por la apariencia y el peso corporal (Molina & Santocini, 2010)

Según Romana & Gómez citados por Platas & Acevedo, (2013), estudian las propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación EFRATA-II en adolescentes mexicanos donde el propósito del presente estudio fue establecer las propiedades psicométricas de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en preadolescentes, en sus versiones para hombres y mujeres. Se empleó una muestra no probabilística de 934 participantes, estudiantes de escuelas públicas de la Ciudad de México, con un rango de 9 a 12 años de edad. Se aplicó el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose cuatro factores en cada sexo. Se discute el contenido de cada factor y usos de este instrumento, el cual se recomienda debido a su utilidad en los programas de prevención.

Siguiendo a Quiles, (2008), en la publicación de evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con un estudio de revisión manifiestan que las dimensiones del apoyo social consideradas han sido: tipo de apoyo “emocional, instrumental e informativo”, fuentes de apoyo, percepción-recepción del apoyo y la calidad del mismo. Los resultados así mismo sugieren que estos pacientes cuentan con un menor número de proveedores de apoyo en relación con sujetos sanos, perciben un menor apoyo emocional, informacional e instrumental, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben

En consideración al objetivo principal del ejercicio académico es fundamental tener en cuenta la percepción y manejo adecuado de las herramientas de intervención, promoción y prevención a administrar, es un propósito mejorar la calidad de vida, generar bienestar y

fortalecer las áreas de trabajo individuales, pese a la complejidad del manejo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por ejemplo en términos de prevención un estudio realizado por Cabetas Hernández, (2004) se llega a la conclusión donde el ejercicio controlado, mejor nutrición y tratamiento hormonal son actualmente las terapias combinadas en la Anorexia Nerviosa (AN), pactando con la paciente una dieta personal, específica y poco voluminosa, procurando el mínimo necesario en grasas y carbohidratos. Con atención psicológica simultánea de forma integrada y multidisciplinar, para disminuir la alta prevalencia, por casos parcialmente atendidos que se acumulan a lo largo del tiempo. Estos instrumentos diseñados e implementados en las diferentes poblaciones, acompañados de estrategias como las mencionadas anteriormente especialmente en contextos con alto nivel de desarrollo social y económico del tercer mundo, incluyen variables, criterios de respuesta y características que se apropian al contexto sociocultural en específico dichos contenidos que en la actualidad no se validan o diseñan aún en Colombia.

En la construcción de instrumentos de evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran cuestionarios, autoinformes, que inciden en su gran mayoría en la década de los ochenta, con autores como Garner y Garfinkle, (1979); Olmsted & Polivy, (2004); Smith & Thelen, (1984); Gormally, (Black, 1982); en la evaluación de actitudes hacia la ingesta y comportamientos típicos de sujetos con el trastorno. En la evaluación de restricción voluntaria de alimentos, dietas y empleo de conducta purgativas desarrolladas por Dash y Brow 1977; Polivy, Pliner, Threlkeld, Munic, Stunkard y Messick 1985; Van Strein, Frijters, Bergers y Defares en 1986, Mehrabian 1987, Schludt y Zimering 1988. Mientras que los autoinformes de actitudes y preocupación por la silueta y el peso con Franzoi y Shields 1984; Cash, Winstead ya Janda 1986; Cooper, Taylor y Fairburn 1987; Ben Tovim y Walker 1991.

Finalmente en Mexico es diseñado en el año 2002, un cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo por Unikel-Santoncini, (2002), este contiene diez ítems de autoaplicación, este mide conductas definidas por el DSM IV con respuestas de tipo likert, cuando la puntuación es menor a once se califica sin riesgo, esta prueba es de carácter privado, es una publicación interna del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz ejemplo que se acerca a la estandarización requerida por las características culturales, de desarrollo social, económico y político de Colombia.

De acuerdo al contexto social, académico, disciplinar, epidemiológico sumado a la definición y caracterización de los trastornos de la conducta alimentaria que desarrollan a nivel científico con muestra en los Manuales Diagnósticos DSM-V , CIE10; la revisión en organismos internacionales como la OIT, la OMS. Dicho contexto entre otros aspectos relacionados se evidencia la presencia del riesgo psicosocial en las adolescentes que en la actualidad y en Colombia aún no cuentan con instrumentos que permiten la detección temprana del trastorno, herramienta que acompaña procesos de promoción y prevención en el sistema de salud del país.

Por lo anterior, surge la necesidad de contar con instrumentos válidos, a través de los cuales sea posible, tamizar adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, que permita diseñar intervenciones preventivas y eficaces de promoción de la salud Molina, (Santocini, 2010). De acuerdo al contexto histórico que se desarrolla respecto a los trastornos de la conducta alimentaria la anorexia y la bulimia nerviosa, la vigorexia, la ortorexia; las conductas como, compulsión, obsesión, ansiedad, depresión, la vigorexia, ortorexia, lipofobia y dismorfobia como indicadores de riesgo o asociación a diagnósticos superiores.

En Colombia a lo largo del territorio, se hace continua la presencia del trastorno de la conducta alimentaria, donde se generan estrategias de intervención acompañadas de evaluación psicométrica en la cual es pertinente el diseño y validación de un instrumento que integra las características socioculturales, las variables y propiedades de medición adecuadas a la necesidad de la población.

## 4 Riesgo Psicosocial

Según MacMahon, (1996), un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que es asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, entre otros, pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Dichos factores, hacen referencia al contexto del sujeto que puede tener circunstancias personales obteniendo como resultado un trastorno de la conducta alimentaria, (TCA), Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE.

De acuerdo a las estrategias de afrontamiento que cada persona posea, hay una amplia clasificación que permite un análisis detallado del comportamiento de cada individuo, se encuentran factores de riesgo en los aspectos individual, emocional, familiar, social y cultural. Siguiendo a Kazdin, (1993), cuando se habla del término "riesgo" se hace referencia a la presencia de una característica o factor, que aumenta la posibilidad de consecuencias desfavorables. En tal sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento, por lo general no deseado. De otra parte, desde el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), se define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Según Dattore, (1980), los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, son producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, que influye en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así como en la prevención de los mismos.

En relación con el objetivo del diseño y validación de un instrumento psicométrico, esta investigación se sustenta en una metodología cuantitativa que permite detectar los riesgos psicosociales asociados a trastornos de la conducta alimentaria, como Anorexia, Bulimia y no especificado TCANE y los factores incluidos en la prueba son factores predisponentes, factores precipitantes, factores mantenedores y factores de riesgo psicosocial. En los primeros factores, se incluyen las subdimensiones: edad, género, nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso,

autoestima, pautas alimentarias evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo, déficit de empatía, antecedentes familiares, modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario. En los segundos factores, se incluyen las subdimensiones: cambios corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso, verificación de contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías, dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo, grupo de pares e intereses alimentarios en común. En los terceros factores mantenedores o permanentes, se incluyen las subdimensiones: consecuencias cognitivas, imagen, tolerancia a la frustración, peso ideal, actividad física en exceso, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento, interacción familiar, aislamiento social, registro de peso. Y por último los Factores de Riesgo Psicosocial, se incluyen las subdimensiones: insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia, presión social por parte del entorno escolarizado, funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias). En cada factor intervienen tres dimensiones: La primera Autopercepción, la segunda Conductas y la tercera y última dimensión Entorno familiar y relaciones interpersonales:

#### **4.1 Dimensión: Autopercepción**

Esta dimensión hace referencia al concepto de imagen corporal. Según (Raich, 2000), es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Según la Association, (1994) – APA, la alteración de la imagen corporal ha sido recogida como uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en los trastornos de la conducta de la alimentación. Se entiende como alteración de la imagen corporal la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Bruch, 2006).

#### **4.2 Dimensión: Conductas**

Esta dimensión hace referencia al concepto de conductas que aparecen a partir del (TCA). Según Rubio & Sebastián, (2006), se presentan conductas a partir de rituales alimentarios, situaciones

que facilitan el miedo a engordar y consecuencias como sensación de alivio, culpa y negación de la enfermedad, dietas hipocalóricas sin grasas ni hidratos de carbono, alteraciones en las formas de comer, hiperactividad, aislamiento social, irritabilidad, aumento de las horas de estudio, conductas excesivas, ejercicio excesivo, se convierten en expertas en cuestiones dietéticas y se preocupan de que el resto de la familia esté bien alimentada.

#### **4.3 Dimensión: Entorno familiar y relaciones interpersonales**

Esta dimensión hace referencia al concepto de entorno familiar y relaciones interpersonales, teniendo en cuenta las actitudes sobre la alimentación y regularidad del peso se desarrollan en casa y en la comunidad. Según Bruss, (2008), los padres influyen sobre la ingesta de alimento en los niños.

### **5 Factores Predisponentes (PD)**

Se pueden describir como los síntomas y características que aumentan el riesgo de una persona de presentar una enfermedad que puede tener origen biológico, psicológico y socio-cultural. Los factores personales comunes a la mayoría de los trastornos alimenticios que predisponen al padecimiento de una psicopatología alimentaria son a nivel Individual, familiar y sociocultural. Speier, (1986). Una persona está vulnerable al desarrollo de un (TCA), a partir del conjunto de diversos factores como:

**Individuales:** Historia personal de Baja Autoestima o Depresión, Alto Nivel de exigencia en educación y perfeccionismo, Antecedentes de sobrepeso infantil, Experiencias infantiles adversos, Dificultades para la integración social, Excesiva importancia sobre el peso y medidas, Alta disconformidad con el propio cuerpo, Antecedentes de exposición a situaciones de abuso escolar y/o sexual, Efectos del hambre, Uso de vómito como modulador afectivo, Refuerzo al hecho de la pérdida de peso, Pérdida de relaciones sociales, Pérdida de interés en las obligaciones escolares (Pedreira, 1998).

**Familiares:** Dificultades en la vinculación en los primeros años de vida, Padres obesos o con algún trastorno de la conducta alimentaria, Pensamiento obsesivo en la comida, Familias que

hacen dieta constantemente, Vínculos familiares inadecuados, enunciados desvalorizantes entre sus miembros, preocupación por la delgadez y el cambio de roles de la mujer en la cultura actual (Soler, 1998)

**Socioculturales:** Preponderancia de ideales de belleza y juventud, Presión social sobre dietas, peso corporal y medidas del cuerpo. En general, es una combinación de variables más que un factor único que provoca el trastorno de la conducta alimentaria, esta combinación a su vez puede diferir en el caso del individuo en específico, es por esto que con anterioridad se mencionan algunos factores etiológicos implicados Sue (2010).

### **5.1 Dimensión: PD-AP: Factores Predisponentes -Autopercepción**

**Subdimensión edad:** En esta subdimensión, se define la población entre los 11 y 18 años de edad, etapa en la cual, pasan por el periodo de la adolescencia. Respecto a la edad de inicio de los (TCA), se encontró que la edad promedio es de 17 años, aunque hay algunos datos que proponen edades entre 14 y 18 años. La Facts of life, (2009), señala que las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años, pero se han detectado casos de trastorno alimentario en niños de apenas siete años y en personas de más de ochenta años.

**Subdimensión género:** Teniendo en cuenta la probabilidad de la enfermedad en mujeres adolescentes, se definió la aplicación de la prueba para el género femenino (Cantó, 2010)

**Subdimensión nivel de escolaridad:** En esta subdimensión se tienen en cuenta los compañeros de la misma edad, pues sirven de audiencia y ofrecen críticas y apoyo emocional a las ideas, innovaciones y comportamiento de sus amigos (Guadarrama, 2011).

**Subdimensión obesidad o sobrepeso:** Se tiene en cuenta que en diversos países se ha desarrollado esta enfermedad debido a la falta de actividad física y consumo de alimentos ricos en calorías (Garner, 1982).

**Subdimensión autoestima:** Hace referencia la percepción que se tiene de sí misma /o, Siguiendo a Aramburu & Guerra, (2009), la definen como "una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social",

por lo tanto, la autoestima se refiere a la forma en que las personas se perciben a sí mismas en términos generales, independientemente del aspecto analizado (Unikel-Santoncini, 2002).

## **5.2 Dimensión: PD-C Factores Predisponentes -Conductas**

**Subdimensión pautas alimentarias:** En esta subdimensión se tienen en cuenta aspectos como el contenido calórico alto, la preparación de alimentos solo al vapor, atracones de comida a escondidas, vómitos autoprovocados, conductas alimentarias extrañas como por ejemplo consumir alimentos de pie (Morandé, 1991).

**Subdimensión evitación en la ingesta de alimentos:** Hace referencia a la restricción voluntaria de la ingesta de alimentos, rechazo a las comidas sociales, restricción dietética en comidas normales (Cantó, 2010).

**Subdimensión medición de las partes del cuerpo:** En esta dimensión se tienen en cuenta conductas en relación con la constante medida de las partes del cuerpo (Rueda, 1991).

## **5.3 Dimensión: PD-ER Factores Predisponentes -Entorno familiar y relaciones interpersonales**

**Subdimensión déficit de empatía:** Esta dimensión hace referencia al desinterés por diversas actividades y a la indiscriminada vida social (Fernandez, 1996).

**Subdimensión antecedentes familiares:** Esta subdimensión tiene en cuenta los hechos históricos en relación con la familia (Gonzalez, 1997).

**Subdimensión modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario:** En esta subdimensión se tienen en cuenta aspectos como el seguimiento de un modelo por parte del entorno (Trallero, 1996).

## **6 Factores precipitantes: PC**

Según Firburn, (1998), los factores precipitantes o desencadenantes contribuyen a la producción de una enfermedad, actuando como hechos que dan inicio al proceso en sí mismo. No existe un



factor precipitante único, sin embargo por algún acontecimiento estresante, se perpetúa por diversos factores causales originales en compañía de los efectos del trastorno alimentario en sí mismo (Calvo R. citado por Behar, 2010).

## **6.1 Dimensión: PC-AP Factores Precipitantes - Autopercepción**

**Subdimensión cambios corporales:** Esta subdimensión hace referencia al temor a perder el control (Morandé, 1991)

**Subdimensión dieta:** Hace referencia a la preocupación por la disminución excesiva de agua o líquidos (Rodríguez, 1991).

**Subdimensión aumento de peso:** En esta subdimensión se hace énfasis en la preocupación obsesiva en cuanto al peso y deseo compulsivo de perderlo (Calvo, 2010),

**Subdimensión registro de peso:** Hace referencia al terror a subir de peso (Cantó, 2010).

## **6.2 Dimensión: PC-C Factores Precipitantes -Conductas**

**Subdimensión verificación de contenido de la comida:** Hace énfasis a la preocupación constante por el contenido calórico de los alimentos a consumir (Cantó, 2010).

**Subdimensión cuidado alimenticio:** Ingestión de grandes cantidades de agua, café, leche y bebidas light, consumo intensivo de chicles sin azúcar, consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados de la basura (Rodríguez, 1991).

**Subdimensión actividad física:** Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones ejercicio compulsivo (Morandé, 1991).

**Subdimensión registro diario de peso-comida-calorías:** Actividad frecuente de tomar el registro diario de peso, comida y calorías (Garner y Garfinkle, 1982).

### **6.3 Dimensión: PC-ER Factores Precipitantes -Entorno familiar y relaciones interpersonales**

**Subdimensión dificultades familiares:** Hace énfasis en los conflictos al interior de la familia (Cabetas, 2004).

**Subdimensión críticas acerca del cuerpo:** En esta subdimensión se tienen en cuenta aspectos relacionados con las críticas del entorno hacia la el cuerpo o figura (Chinchilla, 1994).

**Subdimensión grupo de pares e intereses alimentarios en común:** Hace referencia al entorno relacionado con los amigos, compañeros, vecinos que tienen intereses en común (Calvo, 2010).

## **7 Factores mantenedores: M**

El curso de los trastornos de la conducta alimentaria es muy variado, hay pacientes que se recuperan más prontamente que otros. Siguiendo a Conaghy & Cols, (2009), quienes tratan de explicar la aparición de los síntomas por medio de la teoría del mecanismo de ejecución conductual, según la cual, cuando una conducta se repite con frecuencia, se establece en el Sistema Nervioso Central (SNC) un mecanismo que posibilita tanto su puesta en marcha como su finalización. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de una recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

### **7.1 Dimensión: M-AP Factores Mantenedores - Autopercepción**

**Subdimensión consecuencias cognitivas:** Hace referencia a la fijación de metas por encima de su capacidad actual, mentira evitativa e innecesaria (Dattore, 1980).

**Subdimensión imagen:** En ésta subdimensión se evidencia el trastorno grave de la imagen corporal (Guadarrama R. G., 2014).

**Subdimensión tolerancia a la frustración:** Hace referencia a la negación total o parcial de la enfermedad (Olmsted & Polivy, 2004).

**Subdimensión peso ideal:** Esta subdimensión preocupación constante por alcanzar el peso deseado (Cantó, 2010).

## **7.2 Dimensión: M-C Factores Mantenedores - Conductas**

**Subdimensión actividad física en exceso:** Esta subdimensión hace énfasis a la frecuencia en el ejercicio (compulsivo) (Rodríguez, 1991).

**Subdimensión manejo de emociones:** Hace referencia al rechazo a compartir la vida familiar, oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo (Bruss, 2008).

**Subdimensión estrategias de afrontamiento:** En ésta subdimensión se presentan aspectos como sensación de ansiedad difusa y envolvente (Morandé, 1991).

## **7.3 Dimensión: M-ER Factores Mantenedores - Entorno familiar y relaciones interpersonales**

**Subdimensión interacción familiar:** Hace referencia a la dificultad para captar las claves de interacción personal (Quiles, 2008).

**Subdimensión aislamiento social:** Esta subdimensión hace énfasis en la intensa lucha entre aspectos positivos y negativos de la personalidad (Bay, 1991).

## **8 Factores de Riesgo Psicosocial: RP**

Siguiendo a Moreno & colaboradores, (2006), quienes describen como riesgo, la alta probabilidad de causar daños importantes en la salud. Los factores tienen una característica propia del área que deben ser abordadas a fin de controlarlos, prevenirlos y evitarlos. Según Guerra, (2013), los riesgos psicosociales, por su propia naturaleza, afectan de forma importante y global a los procesos de adaptación de la persona y su sistema de estabilidad y equilibrio mental. Los datos actuales indican que la ansiedad, la depresión además de otros indicadores de mala salud mental están asociados a la exposición a los riesgos psicosociales (Jiménez, 2010).

En las últimas décadas se ha registrado un incremento de pacientes con Anorexia y Bulimia, si bien no están claramente determinadas las causas de la enfermedad, se ha establecido que confluyen de predisposición individual, familiar, social y cultural (Garner, 1982). Por lo cual es importante abordar con modelos innovadores en poblaciones adolescentes quienes al encontrarse en esta etapa de desarrollo pueden estar en condición de riesgo la cual puede traspasar la línea sutil entre la normalidad y la enfermedad. De acuerdo a lo anterior y en relación a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, según Borel, (2002), se han trabajado numerosas teorías que dan cuenta del origen y las causas que provocan estos trastornos para la cual se puede considerar que el riesgo de padecer la enfermedad es de carácter multifactorial, es por esto que a continuación se realiza una descripción de los trastornos, conductas asociadas y aspectos relacionados con las variables, los factores y la evaluación de riesgo temprano.

### **8.1 Dimensión: RP-AP Factores de Riesgo Psicosocial - Autopercepción**

**Subdimensión insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia):** Esta subdimensión hace referencia a los sueños sobre atracones, persistente sensación de apetito voraz (ansiedad por la comida), razonamiento empobrecido, por su elección de todo o nada, negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga o sueño (Cantó, 2010).

### **8.2 Dimensión: RP-C Factores de Riesgo Psicosocial - Conductas**

**Subdimensión, presión social por parte del entorno escolarizado:** Hace énfasis en el aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio, negación total o parcial de la enfermedad, dificultad de concentración y aprendizaje (Morandé, 1991).

### **8.3 Dimensión: RP-ER Factores de Riesgo Psicosocial - Entorno familiar y relaciones interpersonales**

**Subdimensión funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias):** Hace referencia a la dificultad de reconocer emociones, desorden en su habitación ropa e higiene, irritabilidad y cambios bruscos de humor, robo de comidas, dinero y objetos inútiles (Rodríguez, 1991).

## 9 Marco Metodológico

### 9.1 Metodología

**Diseño:** Probabilístico. Este procedimiento desconociendo la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra a través de:

**Muestreo Estratificado:** “Consiste en dividir la población en subconjuntos cuyos elementos poseen características comunes aunque son homogéneos internamente” (Fidias, 1999).

**Instrumento:** Diseño y validación de un instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Bogotá.

<b>Diseño</b>	<b>Factores</b>	<b>Dimensiones</b>
<i>Prueba Psicológica de Detección de Riesgo Psicosocial Asociado a TCA. (IDTCA)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Predisponente</li><li>- Precipitante</li><li>- Mantenedor</li><li>- Riesgo Psicosocial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Autopercepción</li><li>- Conducta</li><li>- Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales</li></ul>

**Participantes:** Estudiantes escolarizadas de la ciudad de Bogotá mujeres de 11-18 años de edad. La muestra estimada para la aplicación piloto y la prueba final correspondiente a 603 personas. Estudiantes de 1<sup>ro</sup> a 11<sup>vo</sup> grado de secundaria, pertenecientes a instituciones educativas femeninas y de carácter educativo religioso.

**Procedimiento:** Plan de prueba se clasifica en tres Fases: I de Revisión conceptual, Definición y descripción de variables, II Diseño y aplicación del instrumento y III Resultados y Análisis de resultados.

**Fase I de Revisión conceptual, Definición y descripción de variables:** Esta fase se fundamenta en la revisión documental, consolidación del estado del Arte, ajustes en el Problema de investigación de acuerdo a las limitaciones y antecedentes de la investigación. Se revisa la construcción de diseños de prueba relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, diseños implementados a nivel nacional e internacional, validación de Plan de Prueba y finalmente selección de categorías y fundamentación conceptual de factores y dimensiones del diseño.

**Fase II Diseño y aplicación del instrumento:** El diseño de la prueba unifica los criterios de las bases teóricas, relaciones factor- dimensión; culmina posterior a la selección y validación de ítems realizada por profesionales expertos.

En la aplicación es de gran importancia la actividad previa- durante- después del procedimiento. Requiere de alistamiento de Material, Humano y Financiero. Se lleva a cabo por pérdida de la planeación y ejecución del cronograma, por esto es fundamental el trabajo en equipo con la institución educativa a través de la coordinación de convivencia y el área de psicología de las instituciones académicas.

**Fase III Resultados y Análisis de resultados:** De acuerdo al proceso de recolección de información a partir de la aplicación se organiza la información del personal de apoyo los *Aplicadores* de cada Jornada de Aplicación de la Prueba y se digitaliza las respuestas de cada uno de los participantes.

De acuerdo a los registros de respuestas se ingresan al software SPSS Statistics, (2010), se tratan los datos con la función de análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes que se asignan a los factores a las dimensiones, se asigna por medio del análisis de consistencia interna con el Alfa de Cronbach unidad que da cuenta de la validez y confiabilidad de la prueba, en este caso la mayoría de factores y dimensiones de la prueba superan 0.70 (Tablas Anexos). De igual manera como menciona Urzúa, (2009), en la revisión de las propiedades psicométricas del Test EDI Eating Disorder Inventory se cuenta con un análisis de ítems que permite mejorar sustantivamente los valores que pueden ser equilibrados.

Este diseño de investigación documental depende del manejo amplio de información y síntesis de la misma en todas las fases de actividad por ejemplo, en la construcción de ítems se parte de un nido base de 720 ítems para llegar a una versión de prueba final de 124 ítems.

## **9.2 Diseño de reactivos**

### **9.2.1 Ítems Dicotómicos**

De acuerdo al carácter de respuesta, el sujeto registra en el formato de registro, según el número y criterio de respuesta que le identifique entre 2 tipos de respuesta, F “*falso*” o V “*verdadero*”.

### 9.2.1.1 Plan de Prueba

Dimensión				
Factor	Autopercepción	Conductas	Entorno familiar y Relaciones interpersonales	TOTAL
<b>Factores predisponentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad, género, nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso</li> <li>Autoestima</li> </ul> <p>13%</p> <p><b>15 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pautas alimentarias</li> <li>Evitación en la ingesta de alimentos</li> <li>Medición de las partes del cuerpo.</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit de empatía</li> <li>Antecedentes familiares</li> <li>Modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<p>25%</p> <p><b>31 PREGUNTAS</b></p>
<b>Factores precipitantes o desencadenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios corporales               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta</li> </ul> </li> <li>Aumento de peso</li> <li>Registro de peso</li> </ul> <p>13%</p> <p><b>15 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificación de contenido de la comida</li> <li>Cuidado alimenticio</li> <li>Actividad física</li> <li>Registro diario de peso-comida-calorías</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades familiares</li> <li>Criticas acerca del cuerpo</li> <li>Grupo de pares e intereses alimentarios en común</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<p>25%</p> <p><b>31 PREGUNTAS</b></p>
<b>Factores mantenedores/ permanentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consecuencias cognitivas               <ul style="list-style-type: none"> <li>Imagen</li> </ul> </li> <li>Tolerancia a la frustración               <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso ideal</li> </ul> </li> </ul> <p>13%</p> <p><b>15 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividad física en exceso</li> <li>Manejo de emociones</li> <li>Estrategias de afrontamiento</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interacción familias</li> <li>Aislamiento social</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<p>25%</p> <p><b>31 PREGUNTAS</b></p>
<b>Factores de Riesgo Psicosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia,</li> </ul> <p>13%</p> <p><b>15 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presión social por parte del entorno escolarizado</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias)</li> <li>Presión social familiar</li> </ul> <p>6%</p> <p><b>8 PREGUNTAS</b></p>	<p>25%</p> <p><b>31 PREGUNTAS</b></p>
				<p>100%</p> <p><b>124 PREGUNTAS</b></p>



### **9.3 Análisis de Reactivos procedimiento**

#### **9.3.1 Tipificación y definición de Estándares**

##### 9.3.1.1 Diseño de Criterio

“El sujeto se compara contra un estándar”. De acuerdo a la cantidad total de ítems a asignar respuesta, de clasifica como:

Alto nivel de Riesgo Psicosocial a sufrir TCA: si la puntuación sobrepasa la media de ítems con puntuación 1,

Medio nivel de Riesgo Psicosocial a sufrir TCA: si la media de respuestas a los ítems corresponde a 0 y 1 en proporción equivalente.

Bajo nivel de Riesgo Psicosocial a sufrir TCA: si la media de respuestas a los ítems corresponde a 0.

### **9.4 Recolección de Datos procedimiento**

**Estandarización poblacional:** Estratificado 95%, probabilístico, Representativo - muestra n= total de 2200 personas y no probabilístico intencional 640 participantes número adolescentes.

Es registrado a través de la Prueba diseñada IDTCA, esta se constituye de una sección de información personal y específica de reconocimiento de peso y contextura corporal con elementos a contestar de acuerdo al nivel de acuerdo con dos únicos criterios de respuesta Falso “F” y Verdadero “V”.

### **9.5 Estimación: propiedades psicométricas de la prueba**

**Validez y Confiabilidad:** A partir del contexto desarrollado en el marco de la presente investigación y la salud mental para el panorama nacional en Colombia, se pretende diseñar un instrumento psicométrico de tipo deductivo, a través de la documentación, así como de tipo inductivo, a partir de la comprobación de la prueba. Según Anastasi y Urbina, (1998), los procedimientos más utilizados para que el instrumento tenga el nivel de confiabilidad apropiado son:

## **9.6 Herramientas de Evaluación: Instrumento**

El programa SPSS Statical Product and Service Soluction el instrumento de análisis cualitativo de datos, junto con el BMDP son los más utilizados en investigación aplicada a las Ciencias Sociales, se ha de señalar que aunque se destaca por su utilidad, facilidad de manejo y facilidad de comprensión, se usa en un periodo determinado.

En el desarrollo de la psicometría, para la evaluación de adolescentes este instrumento se tiene por ejemplo a Álvarez, 2013), con la validación de un cuestionario sobre fracaso escolar para, el análisis factorial, validar el constructo y el análisis de fiabilidad del cuestionario según la consistencia interna del instrumento.

## Resultados

Teniendo en cuenta el marco teórico y la metodología, se diseñó el plan de prueba conformada por las dimensiones autopercepción, conductas, entorno familiar y relaciones interpersonales. Catalogados en factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y de riesgo psicosocial, divididos en doce subdimensiones: En los factores predisponentes (PD): encontramos tres dimensiones, la primera: PDAP factor predisponente dimensión Autopercepción, con subdimensiones como edad, género, nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso y autoestima, La segunda, PDC factor predisponente dimensión Conductual, con subdimensiones como: pautas alimentarias evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo. La tercera y última PDER factor predisponente dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: déficit de empatía, antecedentes familiares, modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario,

En los factores precipitantes (PC): encontramos tres dimensiones, la primera: PCAP factor precipitantes dimensión Autopercepción, con subdimensiones como, cambios corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso. La segunda, PCC factor precipitante dimensión Conductual, con subdimensiones como verificación de contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías. La tercera y última PCER factor precipitante dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo, grupo de pares e intereses alimentarios en común.

En los terceros factores mantenedores (M): encontramos tres dimensiones, la primera: MAP factor mantenedores dimensión Autopercepción, con subdimensiones como, consecuencias cognitivas, imagen, tolerancia a la frustración, peso ideal. La segunda, MC factor mantenedor dimensión Conductual, con subdimensiones como, actividad física en exceso, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento. La tercera y última MER factor mantenedor dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: interacción familiar y aislamiento social y por último en los Factores de Riesgo Psicosocial (RP): encontramos tres dimensiones, la primera: RPAP factor riesgo psicosocial dimensión Autopercepción, con subdimensiones como, insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación,

independencia). La segunda, RPC factor riesgo psicosocial dimensión Conductual, con subdimensiones como, presión social por parte del entorno escolarizado. La tercera y última RPER factor riesgo psicosocial dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias).

Se diseñaron 720 ítems. Después de realizar la delimitación de los ítems se consignaron en el formato de validación de contenido conformado por cuatro criterios de evaluación: redacción, pertinencia, estructura y lenguaje. Los jueces expertos en Psicometría, Clínica y Psicología de la Salud, analizaron y calificaron en un rango de 1 a 4 para cada criterio, siendo 1 el valor mínimo y 4 el máximo asignado a cada uno de los reactivos. Los criterios de evaluación fueron cuatro 4, concedieron a cada ítem 4 y la máxima de 16. Adicionalmente efectuaron las observaciones generales de los reactivos.

Después de la validación de contenido se determinó la puntuación por número de frecuencia en relación a los jurados de evaluación, del puntaje asignado por cada experto que fue de 22 a 32, eliminando así los que estaban por debajo de este promedio que correspondieron a 420 ítems, dejando un total de 300 ítems para aplicación piloto, distribuidos así: PDAP 28, PDC 25, PDER 10, PCAP 22, PCC 30, PCER 27, MAP 27, MC 10, MER 17, RPAP 34, RPC 55, RPER 15, conformando el instrumento piloto que a su vez constaba de un cuadernillo, hoja de respuestas y un asentimiento informado diligenciados por cada participante, a la cual se aplicó el Instrumento – IDTCA. De otra parte, las características de la población fueron, femenina (homogénea), conformada por 603 participantes, de las cuales se eliminaron 55 hojas de respuestas por falta de respuestas (incompleto), con un nivel de escolaridad de 6° a 11°, con edades entre los 11 a 18 años, con nivel de escolaridad de secundaria o media vocacional, para una muestra poblacional total de 548 participantes.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto se realizó el análisis a los resultados obtenidos, por medio de ítem - prueba y Alfa, obtenidos a través del programa de estadística Statistical Package for the Social Science - SPSS Statistics, (2010), versión 21 desarrollados por Statistical Product and Service Solutions (SPSS). Después de realizar el análisis del comportamiento de los reactivos y con base en la consistencia interna, se delimitaron los 124 ítems finales, organizados

así: PDAP 15, PDC 8, PDER 8, PCAP 15, PCC 8, PCER 8, MAP 15, MC 8, MER 8, RPAP 15, RPC 8, RPER 8.

### 9.7 Resultados de la Prueba Piloto

Aplicado el instrumento con 300 ítems se sometieron a un análisis de fiabilidad por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) en el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado  $\alpha = .965$ , media ( $\bar{X}$ )=102,9, varianza  $\sigma^2=1410,8$  y desviación típica  $s=37.6$ .

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,965	300

#### Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
102,9	1410,8	37,6	300

Seguidamente los datos se sometieron a coeficiente de correlación de Pearson, también a través del programa SPSS Statistics, con motivo de que existe correlación entre ítem – ítem e ítem prueba, para aquellos reactivos que son superiores a  $\alpha$ = PDAP  $\alpha=.515$  PDC  $\alpha=.787$ , PDER  $\alpha=.240$ , PCAP  $\alpha=.765$ , PCC  $\alpha=.775$ , PCER  $\alpha=.701$ , MAP  $\alpha=.819$ , MC  $\alpha=.605$ , MER  $\alpha=.255$ , RPAP  $\alpha=.775$ , RPC  $\alpha=.934$ , RPER  $\alpha=.842$ . Por lo anterior, se eliminaron todos los ítems que eran superiores a estos valores. Sin embargo, aquellos ítems que cumplían al menos con alguna de las correlaciones fueron tenidos en cuenta para la aplicación final. Como resultado los ítems 1,4,8,10,15,19,29,30,37,38,44,55,58,62,63,70,76,80,81,82,83,87,,89,,91,92,93,94,95,96,97,98,99,

100,102,104,106,108,109,110,111,112,113,115,118,120,122,123,124,126,127,129,130,131,132,34,137,139,140,144,147,148,151,155,157,157,159,162,163,170,171,172,173,175,180,181,182,183,191,193,195,198,199,201,202,203,204,205,206,211,213,214,215,216,217,218,220,222,223,224,225,226,228,229,230,232,233,235,236,237,239,240,241,242,243,245,246,247,248,249,250,251,252,253,254,255,256,257,259,260,261,262,263,264,265,266,267,269,270,271,272,273,274,275,276,278,280,287,288,289,290,291,292,293,297,298,299 y 300, fueron eliminados.

## 9.8 Resultados de la Prueba Final

El instrumento con 124 ítems se sometieron a un análisis de fiabilidad por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) en el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado  $\alpha = .951$ , **media ( $\bar{X}$ )=102,9, varianza  $\sigma^2=1410,8$  y desviación típica  $s=37.6$ .**

### 9.8.1 Análisis Alfa de Cronbach de la prueba

Case Processing Summary			
		N	%
Case	Valid	548	100,0
s	Exclude	0	,0
	d <sup>a</sup>		
	Total	548	100,0

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,951	124

## Frecuencias Factor Predisponente

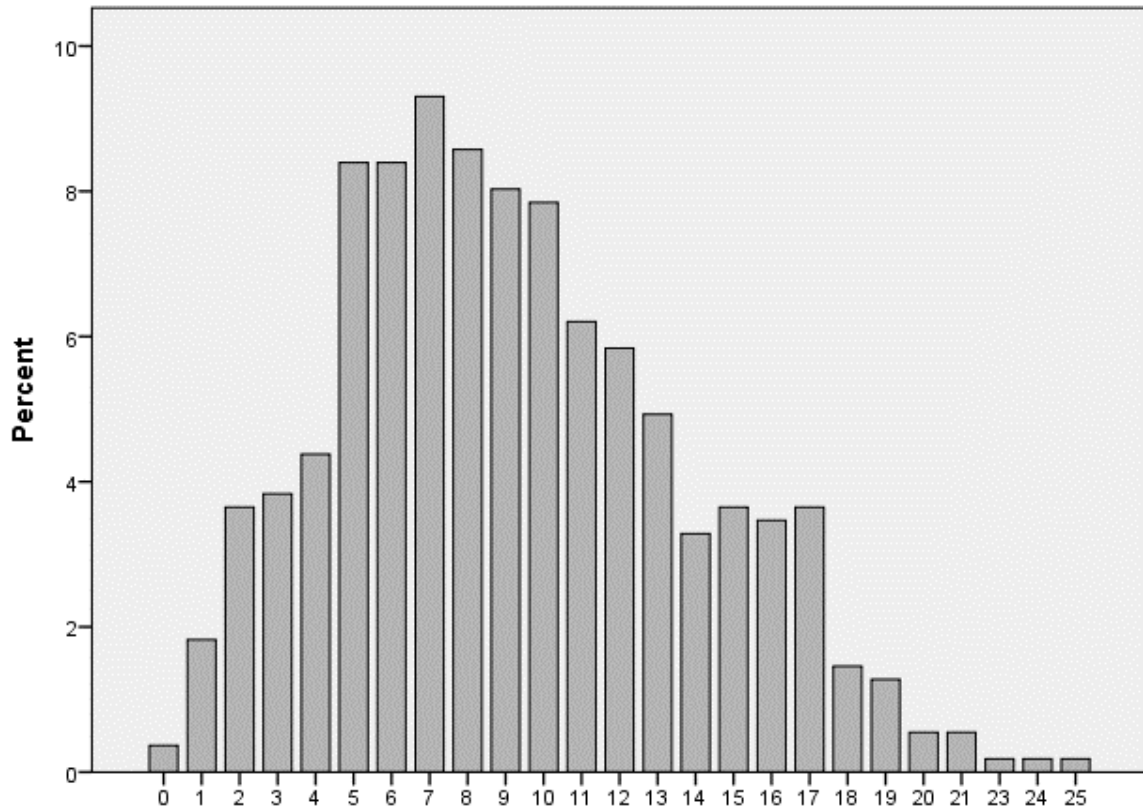
### Tabla Factor Predisponente

---

PREDISPONENTE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	,4	,4	,4
	1	10	1,8	1,8	2,2
	2	20	3,6	3,6	5,8
	3	21	3,8	3,8	9,7
	4	24	4,4	4,4	14,1
	5	46	8,4	8,4	22,4
	6	46	8,4	8,4	30,8
	7	51	9,3	9,3	40,1
	8	47	8,6	8,6	48,7
	9	44	8,0	8,0	56,8
	10	43	7,8	7,8	64,6
	11	34	6,2	6,2	70,8
	12	32	5,8	5,8	76,6
	13	27	4,9	4,9	81,6
	14	18	3,3	3,3	84,9
	15	20	3,6	3,6	88,5
	16	19	3,5	3,5	92,0
	17	20	3,6	3,6	95,6
	18	8	1,5	1,5	97,1
	19	7	1,3	1,3	98,4
	20	3	,5	,5	98,9
	21	3	,5	,5	99,5
	23	1	,2	,2	99,6
	24	1	,2	,2	99,8
	25	1	,2	,2	100,0
Total		548	100,0	100,0	

---

### Factor Predisponente



### Factor Predisponente

#### Grafico Factor Predisponente

Análisis: de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que en el Factor Predisponente el nivel más alto de incidencia coincide con el ítem 7, 8, 5 y 6.



## Frecuencias Factor Precipitante

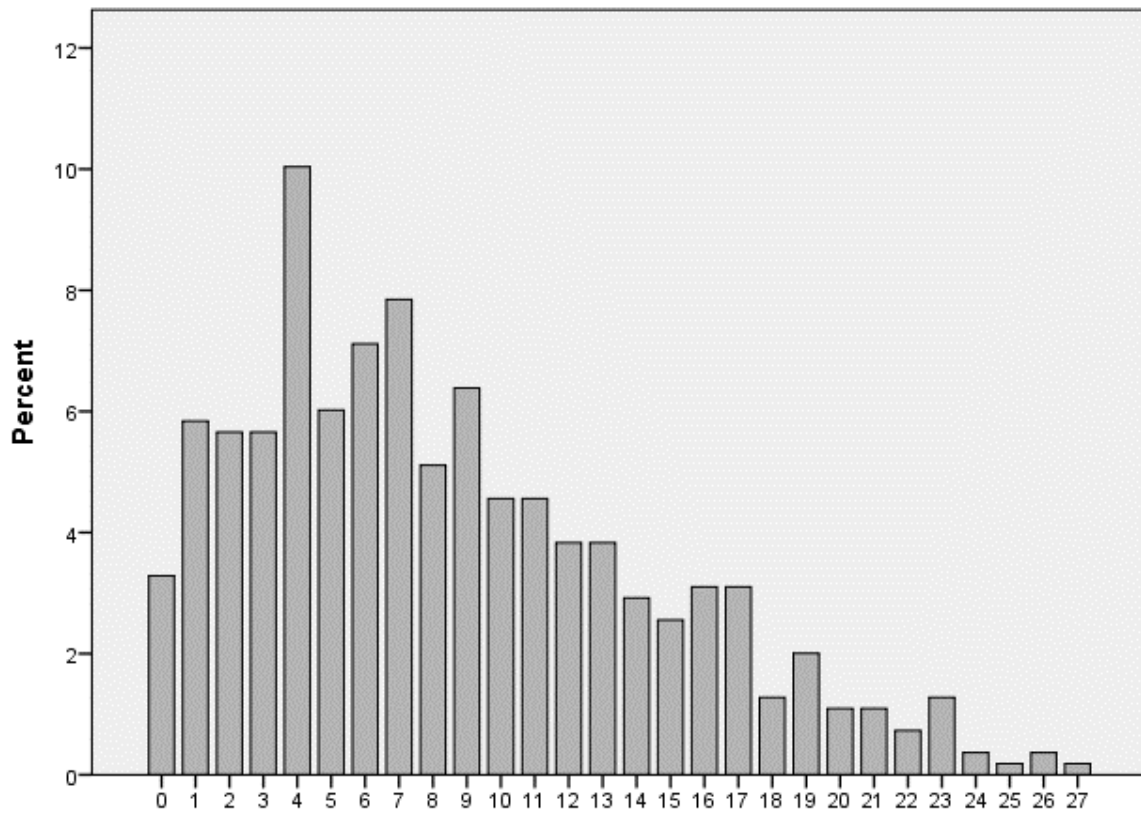
### Tabla Factor Precipitante

---

<b>PRECIPITANTE</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	3,3	3,3	3,3
	1	32	5,8	5,8	9,1
	2	31	5,7	5,7	14,8
	3	31	5,7	5,7	20,4
	4	55	10,0	10,0	30,5
	5	33	6,0	6,0	36,5
	6	39	7,1	7,1	43,6
	7	43	7,8	7,8	51,5
	8	28	5,1	5,1	56,6
	9	35	6,4	6,4	63,0
	10	25	4,6	4,6	67,5
	11	25	4,6	4,6	72,1
	12	21	3,8	3,8	75,9
	13	21	3,8	3,8	79,7
	14	16	2,9	2,9	82,7
	15	14	2,6	2,6	85,2
	16	17	3,1	3,1	88,3
	17	17	3,1	3,1	91,4
	18	7	1,3	1,3	92,7
	19	11	2,0	2,0	94,7
	20	6	1,1	1,1	95,8
	21	6	1,1	1,1	96,9
	22	4	,7	,7	97,6
	23	7	1,3	1,3	98,9
	24	2	,4	,4	99,3
	25	1	,2	,2	99,5
	26	2	,4	,4	99,8
	27	1	,2	,2	100,0
	Total	548	100,0	100,0	

---

## Factor Precipitante



## Factor Precipitante

Grafico Factor Precipitante

Análisis: de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que en el Factor Predisponente el nivel más alto de incidencia coincide con el ítem 4, 7, 6, 9 y 5.

## Frecuencias Factor Mantenedor

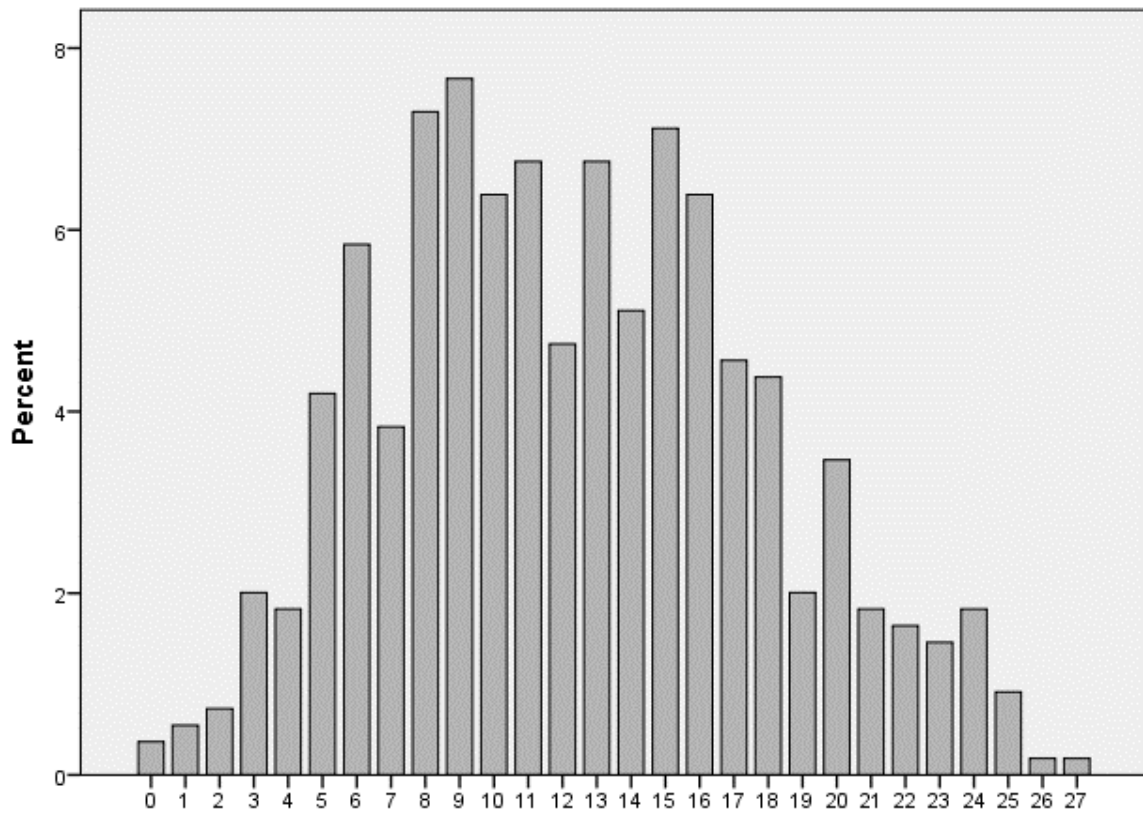
### Tabla Factor Mantenedor

---

		MANTENEDOR			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	,4	,4	,4
	1	3	,5	,5	,9
	2	4	,7	,7	1,6
	3	11	2,0	2,0	3,6
	4	10	1,8	1,8	5,5
	5	23	4,2	4,2	9,7
	6	32	5,8	5,8	15,5
	7	21	3,8	3,8	19,3
	8	40	7,3	7,3	26,6
	9	42	7,7	7,7	34,3
	10	35	6,4	6,4	40,7
	11	37	6,8	6,8	47,4
	12	26	4,7	4,7	52,2
	13	37	6,8	6,8	58,9
	14	28	5,1	5,1	64,1
	15	39	7,1	7,1	71,2
	16	35	6,4	6,4	77,6
	17	25	4,6	4,6	82,1
	18	24	4,4	4,4	86,5
	19	11	2,0	2,0	88,5
	20	19	3,5	3,5	92,0
	21	10	1,8	1,8	93,8
	22	9	1,6	1,6	95,4
	23	8	1,5	1,5	96,9
	24	10	1,8	1,8	98,7
	25	5	,9	,9	99,6
	26	1	,2	,2	99,8
	27	1	,2	,2	100,0
	Total	548	100,0	100,0	

---

### Factor Mantenedor



### Factor Mantenedor

#### Grafico Factor Mantenedor

Análisis: de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que en el Factor Predisponente el nivel más alto de incidencia coincide con el ítem 9, 8, 15, 11 y 13.

## Frecuencias Factor de Riesgo Psicosocial

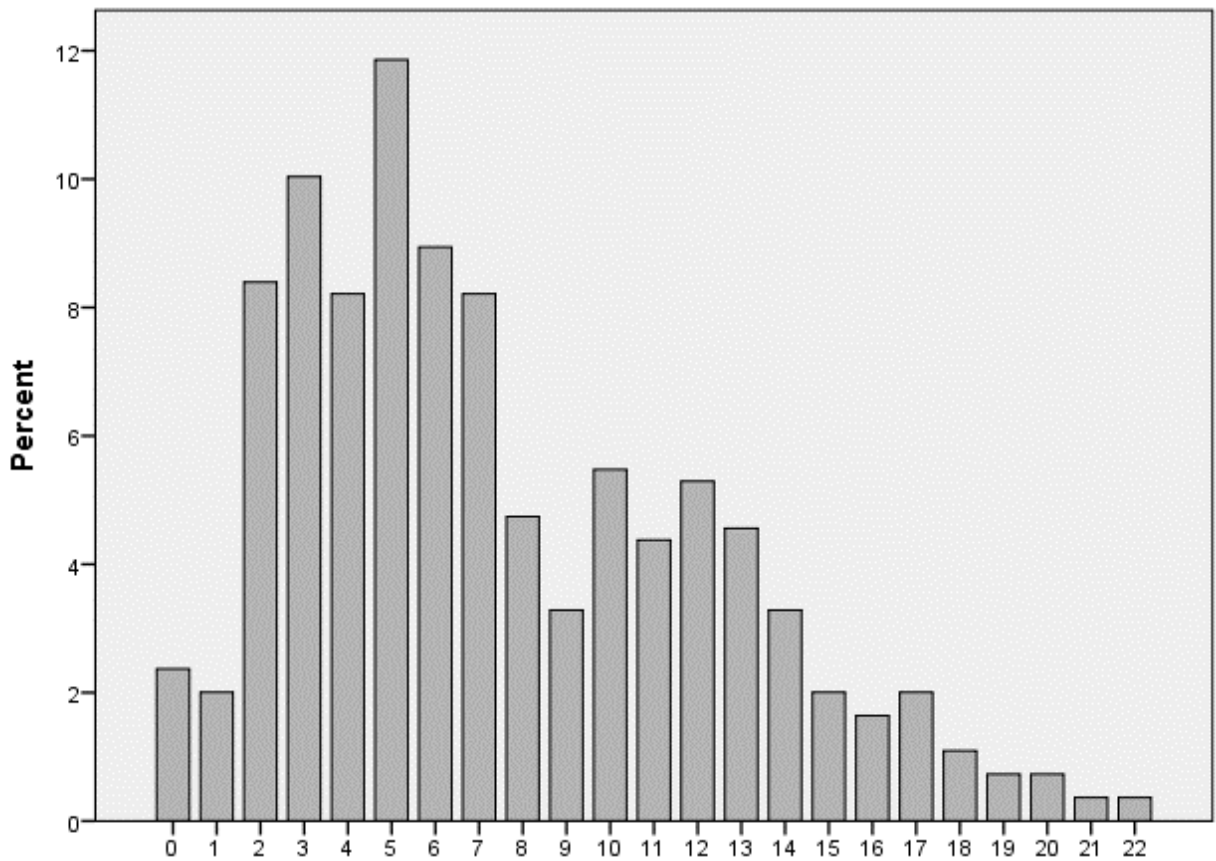
### Tabla de Factor de Riesgo Psicosocial

---

<b>RIESGO PSICOSOCIAL</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	2,4	2,4	2,4
	1	11	2,0	2,0	4,4
	2	46	8,4	8,4	12,8
	3	55	10,0	10,0	22,8
	4	45	8,2	8,2	31,0
	5	65	11,9	11,9	42,9
	6	49	8,9	8,9	51,8
	7	45	8,2	8,2	60,0
	8	26	4,7	4,7	64,8
	9	18	3,3	3,3	68,1
	10	30	5,5	5,5	73,5
	11	24	4,4	4,4	77,9
	12	29	5,3	5,3	83,2
	13	25	4,6	4,6	87,8
	14	18	3,3	3,3	91,1
	15	11	2,0	2,0	93,1
	16	9	1,6	1,6	94,7
	17	11	2,0	2,0	96,7
	18	6	1,1	1,1	97,8
	19	4	,7	,7	98,5
	20	4	,7	,7	99,3
	21	2	,4	,4	99,6
	22	2	,4	,4	100,0
	Total	548	100,0	100,0	

---

## Riesgo Psicosocial



## Riesgo Psicosocial

Grafico Factor Riesgo Psicosocial

Análisis: de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que en el Factor Predisponente el nivel más alto de incidencia coincide con el ítem 5, 3 y 6.

## Estadísticas Factores

### Frecuencias

---

		PREDISPONENTES	PRECIPITANTES	MANTENEDORES	RIESGO PSICOSOCIAL
N	Valid	548	548	548	548
	Missin g	0	0	0	0
Mean		9,22	8,53	12,37	7,46
Std. Deviation		4,608	5,872	5,441	4,737
Percentile	1	1,00	,00	1,49	,00
s	10	4,00	2,00	6,00	2,00
	20	5,00	3,00	8,00	3,00
	30	6,00	4,00	9,00	4,00
	40	7,00	6,00	10,00	5,00
	50	9,00	7,00	12,00	6,00
	60	10,00	9,00	14,00	7,40
	70	11,00	11,00	15,00	10,00
	80	13,00	14,00	17,00	12,00
	90	16,00	17,00	20,00	14,00
	99	21,00	24,00	25,00	20,00

---

## Discusión

Teniendo en cuenta que no se dispone de un instrumento psicométrico para detectar el nivel de riesgo Psicosocial asociado al desarrollo de Trastornos de la conducta alimentaria, (TCA), se crearon tres (3) dimensiones y doce (12) subdimensiones relacionadas teórica y estadísticamente con el desarrollo de la enfermedad, en el diseño del instrumento. De acuerdo a los registros que estadísticamente presentan los TCA, arrojan un resultado entre el 10% y el 12% a nivel Bogotá y del 17.7%, a nivel Antioquia, según estudio realizado por la Universidad de Antioquia y Nacional. Por lo anterior, este porcentaje se podrá disminuir si se implementa el Instrumento IDTCA de forma intensiva a la comunidad, con el fin de identificar a tiempo, factores que den paso a la evolución de la enfermedad e implementar campañas de prevención y promoción. En cada factor intervienen tres dimensiones: La primera Autopercepción, la segunda Conductas y la tercera y última dimensión Entorno familiar y relaciones interpersonales.

En los factores predisponentes (PD): encontramos tres dimensiones, la primera: PDAP factor predisponente dimensión Autopercepción, con subdimensiones como edad, género, nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso y autoestima, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .596, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, PDC factor predisponente dimensión Conductual, con subdimensiones como: pautas alimentarias evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .624, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última PDER factor predisponente dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: déficit de empatía, antecedentes familiares, modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .393, que evidencian una confiabilidad y validez alta para esta dimensión. En conclusión para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .777, que evidencian una confiabilidad y validez alta para este factor, para



lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 7, 8, 5 y 6.

En los factores precipitantes (PC): encontramos tres dimensiones, la primera: PCAP factor precipitantes dimensión Autopercepción, con subdimensiones como, cambios corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .819, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, PCC factor precipitante dimensión Conductual, con subdimensiones como verificación de contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .648, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última PCER factor precipitante dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo , grupo de pares e intereses alimentarios en común, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .616, que evidencian una confiabilidad y validez alta para esta dimensión. En conclusión para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .860, que evidencian una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 4, 7, 6, 9 y 5.

En los terceros factores mantenedores (M): encontramos tres dimensiones, la primera: MAP factor mantenedores dimensión Autopercepción, con subdimensiones como, consecuencias cognitivas, imagen, tolerancia a la frustración, peso ideal, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .716, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, MC factor mantenedor dimensión Conductual, con subdimensiones como, actividad física en exceso, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .689, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última MER factor mantenedor dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con

subdimensiones como: interacción familiar y aislamiento social, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .648, que evidencian una confiabilidad y validez alta para esta dimensión. En conclusión para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .812, que evidencian una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 9, 8, 15, 11 y 13.

Y por último el factor de Riesgo Psicosocial (RP): encontramos tres dimensiones, la primera: RPAP factor riesgo psicosocial dimensión Auto percepción, con subdimensiones como, insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia), obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .777, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, RPC factor riesgo psicosocial dimensión Conductual, con subdimensiones como, presión social por parte del entorno escolarizado, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach de .774, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última RPER factor riesgo psicosocial dimensión Entorno Familiar y Relaciones interpersonales, con subdimensiones como: funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias), se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .776, que evidencian una confiabilidad y validez alta para esta dimensión. En conclusión para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .896, que evidencian una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo al resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 5, 3 y 6.

Aunque se programaron 720 ítems, en el proceso de validación por jueces expertos, en diversos campos como psicometría, clínica y de la salud, después de la validación de contenido se determinó la puntuación por número de frecuencia en relación a los jurados de evaluación,

del puntaje asignado por cada experto que fue de 22 a 32, eliminando así los que estaban por debajo de este promedio que correspondieron a 420 ítems, dejando un total de 300 ítems para aplicación piloto. Se incide en que se realizó una reducción de los mismos para la prueba final, una vez realizado el análisis de frecuencia se realiza una selección de ítems con el fin de aumentar el nivel de confiabilidad y validez, a través del análisis de fiabilidad se llevó a cabo la selección de ítems definitivos.

En la generalidad de la prueba se obtuvo un comportamiento normal con relación a los resultados estadísticos de los 124 ítems de la prueba final, dando como resultado un Alfa de Cronbach de .951, que evidencian una confiabilidad y validez alta para el instrumento de detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria – IDTCA., para lo cual fue diseñado.

## Conclusiones

A partir del planteamiento problema, que pretende establecer las características de un instrumento psicométrico para la detección del nivel de riesgo asociado al desarrollo de TCA, al establecer la confiabilidad obtenida mediante los reactivos de la prueba y la validez de 0,951 resultante del Coeficiente de Alfa de Cronbach, consolidándolo así en un instrumento firme y constante.

Examinando las limitaciones metodológicas, empíricas y teóricas se lograron establecer los factores asociados al desarrollo de TCA, para la construcción de un instrumento psicométrico estandarizado que además de alcanzar los objetivos específicos propuestos, sea utilizada como una herramienta útil, en el campo clínico, relacionándola con el área psicológica.

Adicional al producto objetivo de esta investigación se creó un perfil cuantitativo, a través de los baremos, que permiten confrontar nuevos resultados con la muestra poblacional diferente a la aplicación piloto, con el fin de generar un concepto probabilístico de nivel de riesgo asociado a la evolución de TCA.

De otra parte se deriva un producto llamado Cartilla de Prevención de Riesgo Psicosocial en Trastornos de la Conducta Alimentaria, incluyendo en su contenido: ¿Qué es TCA?, ¿Qué es Riesgo Psicosocial?, Tipos de Trastornos, ¿Cómo saber si estoy en riesgo?, Posibles situaciones que provocan el riesgo de sufrir el trastorno, ¿Cómo prevenir el Trastorno?, (Jóvenes, Padres o Acudientes, Interesados en la Problemática), Cuidados a largo plazo y Créditos.

Posteriormente se diseña un Manual de prueba llamado Instrumento de Detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria. Lo anterior, con el fin de evaluar cuatro (4) factores relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y el riesgo psicosocial, con Baremos originales en percentiles.

Finalmente el diseño de este instrumento psicométrico permitió el avance en la prevención y evolución de trastornos de la conducta alimentaria como Anorexia, Bulimia y TCANE, a través del diseño y validación de un instrumento psicométrico, para la detección de riesgo psicosocial asociado a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Bogotá y Chía, Cundinamarca, con el fin de prevenir a tiempo desórdenes alimenticios, mejorando así la calidad de vida de quienes presentan síntomas que afectan directamente al cuerpo (Crispo, 1997).

Definitivamente, los aportes a la Psicología a partir de esta investigación, permitieron la identificación a tiempo, de factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizadas, a través de un instrumento que tiene propiedades psicométricas consistentes a la población Bogotana y Cundinamarquesa (Chías). Lo anterior, con el fin de implementar programas de promoción y prevención, en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el contexto Colombiano, en diversos escenarios a nivel clínico, social y académico a través de la sensibilización ante la evolución de riesgo de factores psicosociales, con origen en la distorsión de la imagen corporal y hábitos alimenticios (Serrato, 2001).

Posterior a la investigación presente, se mantiene la puerta abierta a la continuación de la misma lo cual permite ampliar el análisis a profundidad de comportamiento de los componentes de la prueba, el análisis comparativo entre instituciones y poblaciones participantes de las Jornadas de Aplicación.

## Referencias

### Artículos

- Álvarez, J (2012). *Desnutrición y enfermedad crónica Nutrición Hospitalaria*. vol. 5, núm.1.pp. 4-16. Nutrición Hospitalaria, Grupo Aula Médica, S. L. Madrid, España.
- Ballester, R., Guirado, M, (2003). *Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años*. Psicothema. Vol. 15, nº 4, pp. 556-562. Universidad Jaime I de Castellón.
- Bausela, E. (2005). *SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos*. Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales. Vol. 2 (4), pp. 62-69. Universidad de León. España.
- Behar, R., Arriagada, M., Casanova, D., (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo*. Artículos de Investigación. Departamento de Psiquiatría. pp. 1407-1414. Universidad de Valparaíso. Casilla. Chile.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., Medina, María., (2012). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes*. Salud Mental, vol. 35, núm. 6, pp. 483-490 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México.
- Cabetas, I (2004). *Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicossomático y tratamiento multidisciplinar*. Nutrición Hospitalaria. S.V.R. 318, p.p. 225-228. Madrid. España.
- Castañeda, I., Londoño, C., Pérez, K., Cabarcas, A., Arenas, A., Cortés, S., González, M.,Mayorga M (2013). *Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas*. Suma Psicológica, Vol. 20 No 2, p.p 251-261. Universidad Católica de Colombia, Colombia.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz, M (2014). *Aportaciones y limitaciones del DSM-V desde la psicología Clínica*. Terapia Psicológica, Vol. 32 No 1.65-74. Universidad del País Vasco, España.
- Flores, L., (2006). *La psicología de la Salud en Colombia*. Grupo de investigación estilo de vida y desarrollo humano. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Guadarrama, R., Mendoza, S., (2011). *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo*. Enseñanza e Investigación en Psicología. vol. 16, núm. 1, pp. 125-136. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. México.
- Herrero, M., Conrado V (2005). *Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de Secundaria*. International Journal of Clinical and Health Psychology , Vol. 5, Nº 1, pp. 67-83. Universidad de La Laguna, España.
- Moreno, B., Baéz, C., (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. pp.4-144. Ministerio de trabajo e inmigración, Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M., Echeburúa, E., (2011) *Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 11, No. 2, pp.229-247. Universidad del País Vasco. España.
- Platas, R., Gómez, G., (2013) *Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos*. Psicología y Salud, Vol. 23, Núm. 2. pp. 251-259. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Portela, M., Ribeiro, H., Mora, M., Raich, R., (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. Nutrición

Hospitalaria. S.V.R. 318. Escuela de Nutrición/Universidad Federal de Bahía. Brasil.

Quiceno, J., Vinaccia, S., (2010). *Percepción de enfermedad: una aproximación a Partir del illness*. Psicología desde el Caribe. pp.56-74. Universidad del Norte. Colombia.

Quiles, Y., Terol, M., Quiles, M., (2003). *Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 3, Nº 2, pp. 313-333. Universidad Miguel Hernández. España.

Toro y Villardell, (1987). *Análisis de la Incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los factores de personalidad de estudiantes de educación secundaria de Granada*. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2341/1/18032217.pdf>

Saldaña, C., (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. Psicothema. Vol. 13, nº 3, pp. 381-392. Universidad de Barcelona. España.

Sale, J., Lohfeld, L., Brazil, K., (2002). *Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research*. Quality & Quantity Kluwer Academic Publishers. Institute for Work & Health Toronto. Canadá.

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C., (2009). *Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test Edi-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años*. Revista Chilena de Nutrición, Vol. 36, Núm. 4, pp. 1063-1073. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología. Chile.

Vinaccia, S., (1988). *Historia de la medicina comportamental en colombia*. Revista Latinoamericana de psicología. Vol 20, núm 03. pp. 385-390. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá Colombia.



Vinaccia, S., (1989). *Psicología de la salud en Colombia*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 21, núm. 2, , pp. 255-260, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá. Colombia.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A., Montoya, L., (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve*. Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre, pp. 203-211, Universidad Santo Tomás Medellín. Colombia.

Zagalaz, M., Romero, S., Granados, Onofre, R (1996) *La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén*. Revista Iberoamericana de Educación, pp. 1-22. Contreras Jordán Universidad de Castilla. España.

### **Sistema Legislativo**

Decreto nacional, (1993). Ley 100. Sistema general de seguridad social. República de Colombia.

### **Revista Electrónica**

Páramo, Ma de los Ángeles (2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión..* Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art09.pdf>

Sancho, C., Vidal, R., (2013). *Diseño y validación de un cuestionario sobre fracaso escolar en alumnado de educación secundaria de un centro de formación de personas adultas*. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", vol. 13, núm. 1, pp. 1-24. Universidad de Costa Rica San Pedro de Montes de Oca. Costa Rica.

Torres, I., Beltrán, F., Saldívar, A., Lin, D., Barrientos, M., Pérez, H., Navarro, A., (2013). *La salud mental, una aproximación a su estudio en poblaciones vulnerables*. Revista electrónica "Medicina, salud y sociedad". Vol. 3, núm. 2. pp. 1-28. Facultad de Medicina Humana Alberto Romo Caballero. México.

## **Cibergrafía**

- Aguinaga, c. p.-O.-R. (2000). Consumo calórico proteico de pacientes en hemodiálisis en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el 2012. Rev.
- Alba, C. G. (2006). Autopercepción en anoréxicas restrictivas. *Psiquiatría. com*, 10(2).
- Álvarez, C. S. (2013). Diseño y validación de un cuestionario sobre fracaso escolar en alumnado de educación secundaria de un centro de formación de personas adultas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 13(1), 1.
- Anastasi y Urbina, c. p. (1998). ESTANDARIZACIÓN DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE (EMD) DE BRIÈRE NM, VALLERAND RJ, BLAIS MR Y PELLETIER LG EN DEPORTISTAS MEXICANOS. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 6.
- Aramburu & Guerra, (. c. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, DC: .
- Atkins D, S. T. (1993). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 253-260.
- Bahamon, c. p.-C. (2012). DE LA ACADEMIA. *Revista científica*, 35(1).
- Baile Ayensa, J. I. (2012). ¿ Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(2), 80-88.
- Baile, J. I. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala.
- Ballé, c. p. (201). Factores de riesgo en anorexia nerviosa.

- Ballester, R. G. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*. Vol. 15, nº 4, pp. 556-562. Universidad Jaime I de Castellón.
- Bay, L. (1991). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos argentinos de Pediatría*, 103(4), 305-316.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220. (s.f.).
- Belloch & colaboradores, c. p. (2002). (Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11(1), Pág-91.
- Belloch Sandin & Ramos, c. p. (s.f.). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA.
- Belloch, S. &. (1995). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, (7), 149-161.
- Black, D. &.-A.-D.-A.-P.-R.-G. (1982). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista mexicana de trastornos*.
- Bleichmar, c. p. (2000). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 1-9.
- Bleichmar, E. D. ( 2000). Anorexia/bulimia: un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (4), 3.
- Borel, c. p. (s.f.). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una mirada integral*.

- Bruch, c. p. (2006). Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas.
- Bruss, c. p.-C. (2008). Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria\*. Revista colombiana de psiquiatría, 37(2), 207-219.
- Buckroyd, c. p. (2002). ANEXO I TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y GÉNERO: UNA VISIÓN FEMINISTA. El rostro de la violencia: más allá del dolor de las mujeres, 14, 145.
- Cabetas Hernández, I. (2004). Anorexia nerviosa: la melancolía como sustrato psicopatológico de la enfermedad.
- Cabetas, c. p. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores.
- Calvo R. citado por Behar, R. (2010). . Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 1(2), 0-0.
- Cantó, c. p.-M.-S. (2010). VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO MULTIDIMENSIONAL PARA MEDIR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PÚBERES MEXICANOS. Revista chilena de nutrición, 37(1), 60-69.
- Castro López, R. C.-B. (2013). Dismorfia muscular y su relación con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 4(1), 31-36.
- Chincnilla, c. p. (1994). Anorexia y bulimia nerviosas.
- Conaghy & Cols, c. p. (2009). EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN PACIENTES JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS, ATENDIDOS EN EL “INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN” DE LA CIUDAD DE QUITO.

- Crispo, R. F. (1997). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Gedisa.
- Dattore, c. p. (1980). Anorexia, bulimia e internet. aproximación al fenómeno pro-ana y mía desde la teoría subcultural. Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, 7(1), 127-144.
- EzpeleKazdin, c. p. (1993). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICAR-R). In Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona (Vol. 22, pp. 0.
- Fandiño, G. J. (2007). Predictivos de las actitudes hacia la cirugía cosmética entre mujeres universitarias colombianas y estadounidenses: los roles de las conductas de alimentación y de las variables demográficas. A.
- Fernandez & Probst, c. p. (2006). Autopercepción en anoréxicas restrictivas. Psiquiatría.com, 10(2).
- Fernandez, c. p. (1996). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. Revista de psicopatología y psicología clínica, 11(1).
- Firburn, c. p. (1998). Algunos datos parecen mostrar que la anorexia y la bulimia afectan a muchas adolescentes y que la población de riesgo crece. An Esp Pediatr, 48, 229-232.
- Flores & Alarcón citados por Vera-Villaruel, P. C.-R.-A. (2009). optimismo versus autoestima. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18, 21-30.
- Font y Martinez, c. p. (2003). La composition corporelle des adolescentes. La mode et quelques répercussions cliniques. Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, (15 (1-2)), 123-130.
- Galvez, c. p. (2010). Alimentación saludable en la formación de estudiantes de carreras del área pedagógica. Revista chilena de nutrición, 40(1), 43-47.
- García, c. p.-S.-C.-G. (1998). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. salud pública de México, 46(6), 509-515.

- García, C. S. (2001). García, C. S. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Garner y Garfinkle, c. p. (1982). . Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes.
- Gonzalez, c. p. (1997). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Revista chilena de nutrición*, 34(3), 2.
- Grant & Cash, c. p. (1995). Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín.
- Grau, c. p. (1985). Transtornos alimentares em escolares (página 2).
- Guadarrama, R. G. (2013). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 18(1), 57-61.
- Guadarrama, R. G. (2014). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders.*
- Guadarrama, R. M. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. vol. 16, núm. 1, pp. 125-136. Consejo Nacional para la Enseñanza en Inves.
- Guerra, c. p. (2013). Impacto del modelo social de belleza en los trastornos alimentarios en adolescentes. *Arteterapia para jóvenes con anorexia y bulimia en un centro diurno. ARTETERAPIA EN EL ÉMBITO DE LA SALUD MENTAL*, 123.
- Hernandez, c. p. (2004). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 112-118.

- Idini, E. M.-M.-Á.-C. (2012). ¿ Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. *Revista de*.
- Jáuregui, c. p. (2006). La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad.
- Jiménez, B. M. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid.
- La Facts of life, 2. c. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Lang, c. p. (2001). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Lázaro, L. T. (1996). Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Medicina clínica*, 107(5), 169-174.
- M., R. R. (2003). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- MacMahon, c. p. (1996). Candida prosthetic valve endocarditis: prospective study of six cases and review of the literature. *Clinical infectious diseases*, 22(2), 262-267.
- Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente, c. p. (2010). Trastornos del comportamiento. Formación Alcalá.
- Manual Diagnóstico CIE 10, c. p. (1992). Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25(2), 196-202.
- Molina & Santocini, c. p.-M.-T.-C. (2010). Análisis de la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el acceso a servicios preventivos de salud y la formación disciplinar con el nivel de conocimientos nutricionales de un.
- Morandé, c. p. (1991). Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención primaria*, 28(7), 463-467.

- Moreno & colaboradores, c. p. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores.
- Muñoz DP, M. R. (2001). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Archivos argentinos de pediatría, 104(3), 253-260.
- Olmsted & Polivy, c. p. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en psicología Latinoamericana, 22(1), 15-27.
- Ortega y Requejo, c. p. (2006). M. L. PREMIO A LA INVESTIGACIÓN.
- Pedreira, c. p. (1998). 49: 434. An Esp Pediatr, 49, 434.
- Perpiñá, c. p. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. Cultura y Educación, 17(3), 225-238.
- Portela, D. S. (2011). [Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review]. Nutricion hospitalaria, 27(2), 391-401.
- Posada-Villa, J. A.-G. (s.f.). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría, 33(3).
- Quiles & Teron, c. p. (2008). The dissimilarity between patients' and relatives' perception of eating disorders and its relation to patient adjustment. Journal of health psychology, 14(2), 306-312.
- Quiles Marcos, Y. &. (2008). AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:: UN ESTUDIO DE REVISIÓN. Revista Latinoamericana de Psicología, 40(2), 259-280.
- Raich. (2000). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Rodriguez, c. p. (1991). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas.



- Romana & Gómez citados por Platas Acevedo, R. S.-P. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA-II). R.
- Rubio & Sebastián, c. p. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores.
- Rueda-Jaimes, G. E.-M. (1991). Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia\*.
- Saldaña, c. p. (1994). ELIMINACIÓN DE UN PATRÓN INADECUADO DE CONDUCTA ALIMENTARIA. ESTUDIO DE UN CASO Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol. 27, número 003 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. REVISTA LATINOAM.
- Santocini, c. p.-G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. salud pública de méxico, 52(2), 111-118.
- Saucedo & Santocini, c. p.-R.-P.-A.-D.-A. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Salud pública, 11(4), 568-578.
- SENA 2011. citado por Rubio Rodríguez, K. L. (2014). Plan de negocios para una empresa que fomenta la autoestima de la mujer.
- Serrato, c. p. (2001). Anorexia y bulimia: trastornos de la conducta alimentaria.
- Silva, J. C. (1996). Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del Eating Disorder Diagnostic Scale. Revista médica de Chile, 140(12), 1562-1570.
- Smith & Thelen, c. p. (1984). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. Psicología y Salud, 18(1), 57-61.
- Soler, c. p. (1998). UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA FACULTAD DE PSICOLOGÍA CÁTEDRA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS Y GERONTES PROGRAMA AÑO 2015.

- Speier, c. p. (1986). Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo" mi hija/o no ME come nada". Olalla.
- SPSS Statistics, c. p. (2010). Desarrollo y validación de un instrumento en Español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. Revista médica de Chile.
- Stice, c. p. (1994). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Revista chilena de nutrición, 29(2), 86-91.
- Strober M, c. p.-G. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario en España:¿ estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?. Gaceta Sanitaria, 17(5), 347-350.
- Sucedo & Santocini, c. p.-R.-P.-A.-D.-A. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Salud pública, 11(4), 568-578.
- Sue & colaboradores, L. A. (2010). INFLUENCIA SOCIOCULTURAL Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 18, 1.
- Tinat, K. (2008). ¿ Existen la" anorexia" y la" bulimia" en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán. Estudios sociológicos, 647-667.
- Toro & Villardell, citados por Echeburúa & Marañon. (1989 - 2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. Psicología conductual.
- TR, D. I. (2001).
- TR, M. D. (2001).
- Trallero, J. T. (1987). Anorexia nerviosa. Ediciones Martínez Roca.
- Trallero, J. T. (1996). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel.

- Tschirhart & Donovan, c. p. (1985 - 2002). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén.
- Unikel-Santoncini, C. B.-C.-V.-B. (2002). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias Revista de investigación clí.
- Urzúa, A. C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. Revista chilena de nutrición, 36(4), 1063-1073.
- Vasquez, A. &. (1998). Hábitos alimentarios de los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. Revista española de salud pública, 72(2), 147-150.
- Vázquez Arévalo, R. G. (2005). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. Revista mexicana de trastornos alimen.
- Vilela, J. E. (2004). Transtornos alimentares em escolares. J Pediatr, 80(1), 49-54.
- Way, c. p. (1996). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel.

## **Libros**

- Apfeldorfer, G., (1995). *Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Recuperado de:  
<http://books.google.com.co/books?id=bQfO-vBnWxcC&pg=PA109&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CC0Q6AEwBDgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Asociación Americana de psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM IV-TR*. Segunda Edición. Asociación Americana de psiquiatría. Arlington. EE.UU.

- Asociación Española del niño y del adolescente (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Trastornos de la conducta alimentaria. p.p. 181-193.
- Belloch, A., Sandin, B., Ramos, F., (1995). *Manual de Psicopatología*. McGraw-Hill. Volúmen I pp. 522-594. Aravaca. Madrid.
- Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010. p. 121-/ pagina 4
- Bruch, B. (2001). *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=4KDPmbaEKBsC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Caballo, V., (Comp.) (2006). *Manual de psicología Clínica infantil y del adolescente*. Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Ediciones Pirámide. Madrid. España. p.p. 261- 289.
- Caballo, V., (Comp.) (2009). *Manual para evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Evaluación de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia. Ediciones Pirámide. Madrid. España.
- Carbonell, L., (1993). *Me siento gorda: Una historia de bulimia y anorexia*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=OVy-ge1wHBcC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Craig, G., (1992). *Desarrollo psicológico*. Hispano Americana S.A. pp. 435-457. Universidad de Massachusettts. Cuarta edición traducida al español. Mexico.

- Doyen, C., Cook, S., (2004). *Anorexia, bulimia: Pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=rpJ-se4Ofx0C&pg=PA242&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CEUQ6AEwCA#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Espina, A (1996). *Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=2tVZYyf4Ob4C&oi=fnd&pg=PA153&dq=enfoque+sistemico+asociado+a+anorexia&ots=un05rZ4o9n&sig=uMX-444Ok7dY5sj-GDP9VzMXjP8#v=onepage&q=enfoque%20sistemico%20asociado%20a%20anorexia&f=false>
- Fernandez, R., (Comp.) (1994). *Evaluación conductual hoy*. Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. Ediciones Pirámide. Madrid. España. p.p. 537-570.
- Gómez, A., (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, bulimia y trastorno por atracón*. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=r76dAFe6\\_5YC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CD4Q6AEwBzgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false](http://books.google.com.co/books?id=r76dAFe6_5YC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CD4Q6AEwBzgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false)
- Gorab, A., (2005). *Como Ves? Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia*. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=Xj-acBx59PgC&pg=PA138&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=dwgeVM\\_cJszisASGi4LwAg&ved=0CEQQ6AEwCDgU#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false](http://books.google.com.co/books?id=Xj-acBx59PgC&pg=PA138&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=dwgeVM_cJszisASGi4LwAg&ved=0CEQQ6AEwCDgU#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false)
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria GPC (Comp.) (2008). *Guía práctica sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. Recuperado de: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Salut\\_mental/pdf/gpc\\_trastor\\_cond\\_alim\\_aatrm-09.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_mental/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09.pdf)

- Guermeur, C., (2007). Apago y Anorexia Nerviosa: manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de anorexia basada en la actividad. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=HDNLJMyHQXQC&pg=PA12&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=dwgeVM\\_cJszisASGi4LwAg&ved=0CC0Q6AEwBDgU#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false](http://books.google.com.co/books?id=HDNLJMyHQXQC&pg=PA12&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=dwgeVM_cJszisASGi4LwAg&ved=0CC0Q6AEwBDgU#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false)
- Hekier, M., Miller, C., (1992). *Anorexia- Bulimia: Deseo de nada*. Paidós. Primera edición. pp. 17-87. Buenos Aires. Argentina.
- Hogan, T., (2004). Pruebas Psicológicas, una introducción práctica. Manual Moderno. pp. 156-191. Cuautémoc. México, DF.
- Lazaro L, Toro J, Canalda G, et al. Clinical, psychological and biological variables in a group of 108 adolescent patients with anorexia nervosa. *Med Clin (Barc)* 1996; 107 (5):169-174.
- Levenkron, S., (2000). *Anatomía de la anorexia*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=1wl6p1JjA7wC&pg=PA333&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CCwQ6AEwAw#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- López, J., Salles, N., (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=egUN0Wrk1bkC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CDEQ6AEwBA#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Lorraine C., (2002). Miedo a comer: Cómo detectar, prevenir y tratar la anorexia y la bulimia. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=m0Suk1qVhZEC&printsec=frontcover&dq>

=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=dwgeVM\_cJszisASGi4LwAg&ved=0CDkQ6AEwBjgU#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false

- Masson, S.A (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV*. Cuarta Edición. Asociación Americana de psiquiatría. Barcelona.
- Nardone, G., (2009). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=cr4L5MQQE-4C&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CCgQ6AEwAzgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>
- Niaz, M (1997). *Can we integrate Qualitative an Quantitative Research in Science Education*. Kluwer academic publishers printed in the Netherlands. p.p. 291-300.
- Pedreira, J., (1998). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo. Laertes, S.A. Ediciones. Barcelona. p.p 203-245.
- Renor, E., Arranz, P., Villa, S., (Comp.) (2003). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Intervención Psicológica en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. Desclée de Brower, S.A. Bilbao. España. p.p. 209- 240.
- Reyes, A (2013). *Adolescentes entre muros: Escuela Secundaria y la Construcción de Identidades Juveniles*. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=tdb7AAAAQBAJ&pg=PT210&lpg=PT210&dq=Donas+Burak+\(2001\)&source=bl&ots=TK\\_vFYCNSK&sig=npGYFIYf-hEQ7dj3pmpboyEDuNE&hl=es&sa=X&ei=PRVQVLOrDoqpgwTryILYCA&ved=0CEIQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=tdb7AAAAQBAJ&pg=PT210&lpg=PT210&dq=Donas+Burak+(2001)&source=bl&ots=TK_vFYCNSK&sig=npGYFIYf-hEQ7dj3pmpboyEDuNE&hl=es&sa=X&ei=PRVQVLOrDoqpgwTryILYCA&ved=0CEIQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false)
- Sue, D., (Comp.) (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. Trastornos de la conducta alimentaria. Cengage learning. Mexico. p.p. 443- 473.
- Taborda, L., Taborda, C., Téllez, J., Vásquez, R., (1991). *Principios de Semiología Psiquiátrica*. Tercera Edición. pp. 10-159. Universidad Nacional de Colombia.

Uribe, F., (2007). *Anorexia: los factores socioculturales de riesgo*. Recuperado de:  
[http://books.google.com.co/books?id=8\\_Skej07AwC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CB4Q6AEwATgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false](http://books.google.com.co/books?id=8_Skej07AwC&printsec=frontcover&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=kQMeVPjiJLSQsQT5x4G4CQ&ved=0CB4Q6AEwATgK#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false)

Urtubey, M., (2002). *Prevención en salud mental*. Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria de la normalidad al síntoma, propuestas de intervención y tratamiento. Lugar Editorial, S.A. Buenos Aires. Argentina. p.p. 131- 143.

Wolfberg, E., (2002). *Prevención en salud mental*. Crisis vitales hoy, riesgos y prevención. Lugar Editorial, S.A. Buenos Aires. Argentina. p.p. 105- 112.

Zarate, A., (2007). *Sobreviví la anorexia*. Recuperado de:  
<http://books.google.com.co/books?id=sgLLL1GtNWkC&pg=PA220&dq=ANOREXIA+LIBRO&hl=es&sa=X&ei=rvYdVK2zGqfksAT-9IGADA&ved=0CDwQ6AEwBg#v=onepage&q=ANOREXIA%20LIBRO&f=false>