

Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**Trastornos de la conducta alimentaria, dimensiones de la personalidad y
percepción de la función parental en estudiantes de una institución
educativa de Lima Este**

Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología

AUTORA:

Ysla Durán, Claudia Steffanny

ASESOR:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

JURADO:

Inga Aranda, Julio

Henostroza Mota, Carmela

Mayorga Falcón, Elizabeth

Lima - Perú

2019

Pensamientos

“Es la condición social de la mujer, dicho sea sin ningún tipo de demagogia, la que se pone de manifiesto a través de la anorexia nerviosa y otros trastornos afines”.

Toro y Villardel

“En tres meses, perdió cinco kilos. Estaba encantada. Se había dado cuenta de un fenómeno extraordinario: al superar la barrera simbólica de los cuarenta kilos, no solo había perdido peso, también había perdido sentimiento”.

Nothom

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mis padres, hermano y a mi madrina Sendy, porque me brindan su apoyo en todo momento, me dan fuerzas para conseguir mis metas y ser mejor persona cada día. Así mismo al Lic. Edmundo Hervias por su asesoría y guiado durante la realización de este trabajo.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad, así mismo por darme buena salud, que me ha permitido poder continuar con las metas que me he trazado.

Gracias a mis padres y hermano, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, por las noches de desvelos y por motivarme siempre a seguir adelante y a dar lo mejor de mí, gracias a mi padre por ser mi cómplice e impulsador de nuevos proyectos y ayudarme en su realización.

De forma muy especial agradezco a mi madrina Sendy, por preocuparse siempre por mi bienestar y por motivarme a continuar con mis metas. A mi tía Lucy quién a pesar de la distancia siempre está pendiente de nosotros y nos brinda su apoyo. A mí enamorado Marco por ser un gran compañero durante todo este tiempo, por apoyarme siempre y brindarme su comprensión.

Gracias a mi universidad por formarme para convertirme en profesional en lo que tanto me apasiona, y por brindarme la oportunidad de conocer a grandes amigos a los cuales les agradezco todos los momentos compartidos, gracias a cada maestro que contribuyó con mi formación profesional, en especial mi más profundo agradecimiento al Lic. Edmundo Hervias por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de este trabajo.

Gracias a todas las personas que me apoyaron y contribuyeron en mi proceso de formación profesional, especialmente a la Lic. Sandra Taipe, por la confianza, conocimientos impartidos y amistad. A los licenciados del INCN que compartieron sus conocimientos durante mi proceso de internado el cual fue muy satisfactorio y del que guardo muy gratos recuerdos.

Trastornos de la conducta alimentaria, dimensiones de la personalidad y percepción de la
función parental en estudiantes de Lima Este

Ysla Durán, Claudia Steffanny

Facultad de Psicología - Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

Con el objetivo de establecer si las dimensiones de personalidad y la función parental de la madre y el padre son factores predictivos de la sintomatología de trastornos alimentarios, se realizó un estudio transversal multivariante. Se evaluó a 110 estudiantes de ambos sexos pertenecientes a 3ro, 4to y 5to de secundaria de una Institución Particular de Lima Este, con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2, Corral, González, Pergeña, y Seisdedos, 1998), la escala de personalidad de Eysenck (Varela, 2014) y la escala de percepción de la función parental AFP (Molinero, 2006). También se estudió si la función de cercanía, conflicto y comunicación de ambos padres, influyen en los puntajes de personalidad de la dimensión de neuroticismo. Los resultados evidenciaron que la dimensión de personalidad de neuroticismo ($\beta = ,591$ $p < ,001$), el monitoreo por parte del padre ($\beta = -,273$ $p > ,001$) y la dimensión de personalidad de extraversión ($\beta = ,258$ $p < ,05$) son predictores de la obsesión por la delgadez. Para el síntoma de bulimia solo la dimensión de personalidad de neuroticismo resulta ser significativa ($p < ,05$) ($\beta = ,111$). La dimensión de personalidad de neuroticismo ($\beta = ,442$) ($p < ,001$) y la cercanía con el padre ($\beta = ,304$) ($p > ,001$) son predictores de la insatisfacción corporal. La cercanía con la madre influye significativamente en la inestabilidad del adolescente reduciendo sus puntajes, mientras que el conflicto que el adolescente tiene con la madre o con el padre de forma independiente, influye significativamente en su inestabilidad emocional. Se concluye que el neuroticismo es la variable que predice con mayor significancia los síntomas de trastornos alimenticios y que el conflicto con los padres tiene implicancia en la dimensión de neuroticismo de sus hijos adolescentes.

Palabras claves: Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, neuroticismo, extraversión, cercanía, conflicto, comunicación.

Eating disorders, personality dimensions and perception of parental function in students from

Lima Este

Ysla Durán, Claudia Steffanny

Faculty of Psychology - Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

In order to establish whether the personality dimensions and the parental function of the mother and the father turn out to be predictive factors of the symptomatology of eating disorders, a multivariate cross-sectional study was carried out. 110 students of both sexes belonging to 3rd, 4th and 5th high school of a Private Institution of East Lima were evaluated, with the Inventory of Eating Behavior Disorders (EDI-2, Corral, González, Pergeña, y Seisdedos, 1998), the Eysenck personality scale (Varela, 2014) and the perception of the parental function AFP (Molinero, 2006). It was also studied whether the function of closeness, conflict and communication of both parents influence the personality scores of the neuroticism dimension. The results showed that the personality dimension of neuroticism ($\beta = .591$, $p < .001$), the monitoring by the father ($\beta = -.273$, $p > .001$) and the personality dimension of extraversion ($\beta = .258$, $p < .05$) are predictors of the obsession with thinness. For the symptom of bulimia only the personality dimension of neuroticism turns out to be significant ($p < .05$) ($\beta = .111$). The personality dimension of neuroticism ($\beta = .442$) ($p < .001$) and the closeness with the father ($\beta = .304$) ($p > .001$) are predictors of body dissatisfaction. The closeness with the mother significantly influences the instability of the adolescent by reducing his scores, while the conflict that the adolescent has with the mother or with the father independently, significantly influences his emotional instability. It is concluded that neuroticism is the variable that most predicts the symptoms of eating disorders and that conflict with parents has an implication in the neuroticism dimension of their adolescent children.

Keywords: Obsession for thinness, bulimia, body dissatisfaction, neuroticism, extraversion, closeness, conflict, communication.

Índice

I.	Introducción	11
1.1	Descripción y formulación del problema.....	15
1.2	Antecedentes.....	19
1.3	Objetivos	28
1.4	Justificación	29
1.5	Hipótesis	30
II.	Marco teórico	32
2.1	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	32
2.1.1	Trastornos de la conducta alimentaria.....	32
2.1.1.1	Concepto de trastornos de la conducta alimentaria.....	32
2.1.1.2	Epidemiología	33
2.1.1.3	Prevalencia	34
2.1.1.4	Factores predisponentes.	37
2.1.1.5	Clasificación de los trastornos alimenticios.	39
2.1.2	Teoría de la personalidad de Eysenck.....	45
2.1.2.1	Enfoque de estudio de la personalidad.....	45
2.1.2.2	Dimensiones de la Personalidad	48
2.1.2.3	Trastornos alimenticios y personalidad:.....	53
2.1.3	La Función Parental	54
2.1.3.1	Familia y adolescencia	55
III.	Método	56
3.1	Tipo de investigación	56
3.2	Ámbito temporal y espacial	56
3.3	Variables	57
3.4	Población y muestra.....	58
3.5	Instrumentos.....	60
3.6	Procedimientos.....	64
3.7	Análisis de datos	66
IV.	Resultados	67
V.	Discusión de resultados.....	90
VI.	Conclusiones	97
VII.	Recomendaciones	98
VIII.	Referencias.....	99
IX.	Anexos	110

Lista de tablas

Tabla 1	<i>Características de las dimensiones de la personalidad de Eysenck.</i>	47
Tabla 2	<i>Frecuencia de participantes según sexo</i>	59
Tabla 3	<i>Frecuencia de participantes según edad</i>	59
Tabla 4	<i>Índice de consistencia interna para la sintomatología de la conducta alimentaria</i>	67
Tabla 5	<i>Índice de consistencia interna para las dimensiones de la personalidad</i>	68
Tabla 6	<i>Análisis de ítems de la dimensión de personalidad de extraversión</i>	69
Tabla 7	<i>Índice de consistencia interna para la percepción de la función materna</i>	70
Tabla 8	<i>Índice de consistencia interna para la percepción de la función Paterna</i>	71
Tabla 9	<i>Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria.</i>	72
Tabla 10	<i>Análisis de varianza para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	72
Tabla 11	<i>Coeficientes de predicción para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	74
Tabla 12	<i>Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	75
Tabla 13	<i>Análisis de varianza para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	75
Tabla 14	<i>Coeficientes de predicción para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	76
Tabla 15	<i>Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	77
Tabla 16	<i>Análisis de varianza para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	77
Tabla 17	<i>Coeficientes de predicción para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria</i>	79
Tabla 18	<i>Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de cercanía como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	80
Tabla 19	<i>Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de cercanía como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	81

Tabla 20 <i>Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de cercanía con la madre</i>	81
Tabla 21 <i>Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de cercanía con la madre como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	82
Tabla 22 <i>Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de comunicación como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	83
Tabla 23 <i>Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de comunicación como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	84
Tabla 24 <i>Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de comunicación con la madre</i>	85
Tabla 25 <i>Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de comunicación con la madre como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	85
Tabla 26 <i>Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de conflicto como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	86
Tabla 27 <i>Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de conflicto como factores influyentes en la estabilidad- inestabilidad</i>	87
Tabla 28 <i>Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de conflicto con la madre</i>	87
Tabla 29 <i>Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de conflicto con la madre como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo</i>	88
Tabla 30 <i>Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de conflicto con el padre</i>	89
Tabla 31 <i>Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de conflicto con el padre como factores influyentes en la estabilidad- inestabilidad</i>	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Posibles consecuencias de la anorexia nerviosa	41
Figura 2. Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck	47
Figura 3. La Dimensión Extraversión: Rasgos del polo extravertido	50
Figura 4. La Dimensión Extraversión: rasgos del polo introvertido	50
Figura 5. Tipos de temperamentos propuestos por Eysenck	52

I. Introducción

Los trastornos alimentarios son una alteración en el comportamiento relacionado con la alimentación, el cual se caracteriza por una extrema preocupación por la imagen y el peso corporal, su evolución es crónica y su etiología multifactorial, traen consigo consecuencias físicas y afectan el funcionamiento psicosocial del individuo (Vilca, 2018). En la actualidad el estudio de los trastornos alimenticios ha tomado gran relevancia debido al desenlace fatal en el que culminan de no ser detectados a tiempo y su incidencia cada vez a edades más tempranas

Actualmente esta problemática se viene incrementando, probablemente debido a la influencia que tiene la sociedad y los medios de comunicación, quienes transmiten la delgadez como sinónimo de belleza para el género femenino y una imagen delgada y corpulenta para el género masculino, lo cual se puede ver reflejado en la difusión de los realities de competencia en donde se transmiten estos estereotipos, llegando con mayor facilidad y cada vez a edades más tempranas a niños y adolescentes, quienes crecen con la idea revalorizada del físico como sinónimo de atractivo. Cabañero y Escrivá (2016) señalan que los medios de comunicación transmiten estereotipos de género corporales que generan insatisfacción corporal, que se evidencian de forma distinta en ambos géneros, según las presiones que se implanten en cada uno de ellos, para las mujeres existe mayor presión en función de su peso y en los hombres la musculatura corporal.

Esta información puede tener un mayor impacto en los adolescentes, debido a que se encuentran en un proceso de cambios físicos y emocionales, estando muy susceptibles a los comentarios que se puedan dar sobre ellos. Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández (2015) agregan que si estos cambios se dan de forma brusca, rápida, repentina o demorada pueden generar en el adolescente ansiedad e inquietud. Polo (2009), agrega que en este periodo los adolescentes son más propensos en presentar conductas de

riesgo, debido a que son muy susceptibles a la influencia y presión de sus pares, y por la dificultad de considerar las consecuencias futuras. Por otra parte señala que muchos de sus conflictos se deben a que se encuentran en un conflicto entre lo que la sociedad quiere que sean y respecto a lo que son. Siendo importante el rol de los padres pues brindarán soporte emocional y serán modelos a nivel conductual, cognitivo y emocional.

Las investigaciones reflejan que ambientes familiares disfuncionales son un factor predisponente para el desencadenamiento de un trastorno alimentario; sin embargo, no se ha determinado de forma aislada la función que cumplen cada uno de los progenitores en dicha sintomatología. Por lo cual en el presente estudio se muestra en qué medida la percepción que los hijos tienen de la función que cumplen cada uno de sus padres predice el desencadenamiento de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que para este estudio serán obtenidos por los puntajes del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2), en sus dimensiones de obsesión por la delgadez que evaluará la idea sobrevalorada de la delgadez como sinónimo de belleza y sentimientos de culpa por no cumplir con ese esquema, insatisfacción corporal que evaluará el grado en el que el adolescente se siente a gusto con su aspecto físico y bulimia que estará dado por conductas que el adolescente presente como: comer en exceso a escondidas o ideas de eliminar lo ingerido, para cumplir con su esquema cognitivo.

La percepción que los adolescentes tienen sobre la función que cumplen cada uno de sus progenitores de manera independiente, será evaluada por el instrumento Adolescent Family Process (AFP) en seis dimensiones: Cercanía en donde evaluarán la proximidad emocional y la comprensión en su interacción, la comunicación relacionada con el intercambio de información de forma efectiva entorno a intereses, preocupaciones y

sentimientos. El soporte que evaluará la percepción de apoyo y aceptación que el adolescente siente de cada uno de sus padres. El monitoreo que será como el adolescente siente la supervisión entorno a las actividades que realiza. La aprobación de los pares relacionada con la aceptación que los padres tienen de los amigos de su hijo. Por último el conflicto, que medirá el grado de tensión normal y promedio que existe entre los hijos con cada uno de sus padres de forma independiente (Vazsonyi, Hibbert y Snider, 2003).

Se realizó la evaluación con dicho instrumento debido a que muestra cual es la percepción del adolescente en relación a la función de cada uno de sus progenitores de forma independiente en cada una de las seis dimensiones, puesto que cada uno de ellos comparten tiempos diferentes e interactúan de forma distinta con sus hijos adolescentes; los cuales se encuentran en proceso de formación.

Por otra parte en la revisión de la literatura, se encuentra que existen rasgos de personalidad que pueden generar mayor predisposición en una persona de padecer de alguna enfermedad, lo cual no es ajeno en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, no se encuentra información detallada de cuáles son los rasgos de personalidad asociados con la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria. Por lo cual en el presente estudio se muestra en qué medida las dimensiones de la personalidad de extraversión y neuroticismo son factores que predicen el desencadenamiento de la sintomatología de la conducta alimentaria en sus dimensiones de obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Las dimensiones de la personalidad serán medidas por el Inventario de personalidad de Eysenck para niños y evaluarán el aspecto social del individuo con su entorno y la estabilidad emocional.

En relación a los estudios sobre la personalidad se sabe que esta tiene bases hereditarias, pero también se va formando en relación a la interacción con su entorno, en este caso toma mayor relevancia su entorno más cercano, el núcleo familiar, principalmente la interacción con los padres, pues es el primer grupo que transmite creencias, actitudes y modela conductas que acompañarán al individuo a lo largo de su vida. Por lo que en la presente investigación se pretende determinar si la función de cada uno de los padres influye en la dimensión de personalidad de neuroticismo, pues es la que se encuentra asociada muchas veces a trastornos emocionales.

La complejidad de este trastorno requiere ser abordada desde una perspectiva multifactorial; es por ello que la presente investigación es interesante, ya que analiza si las dimensiones de la personalidad y percepción de la función parental por parte de los adolescentes son factores predictivos de los trastornos alimenticios.

El aporte de la investigación es contribuir a la prevención de trastornos alimenticios de conocerse que la función de los padres y la personalidad predicen la sintomatología de la conducta alimentaria, así mismo si se encontrara que la función materna y paterna de cercanía, comunicación y conflicto influyen en la formación de la dimensión de neuroticismo, se podría trabajar en dichas variables para mejorar la estabilidad emocional de los adolescentes.

1.1 Descripción y formulación del problema

Los trastornos alimentarios, son un problema de salud mental que vienen causando gran preocupación, debido a su incremento en los últimos años, su incidencia a edades más tempranas y la gravedad con la que evolucionan, pudiendo causar la muerte de no ser detectados a tiempo. La Organización Mundial de la Salud la considera como un grave problema de salud pública, debido a que es la tercera causa de muerte de adolescentes, teniendo estadísticas en aumento (Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral, 2014).

El diario Excelsior de México en el 2017 señala que en dicho país se presenta una situación alarmante debido a que anualmente reportan 20 mil casos nuevos de bulimia y anorexia entre adolescentes, lo que ha representado un aumento de 300 por ciento en los últimos 20 años. Por otra parte el diario La Vanguardia de España refiere en el 2015 que en ese país se estima que cerca de 400.000 mujeres presentan anorexia nerviosa; a pesar de que la prevalencia de la enfermedad se mantiene estable desde los años 90, lo destacable es el inicio de la enfermedad cada vez a edades más tempranas pudiendo presentarse desde los 13 o 14 años e incluso antes.

Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2014) señalan que Argentina es el segundo país después de Japón con más casos de bulimia y anorexia, estimando que uno de cada veinticinco adolescentes padece de alguno de estos trastornos.

De manera similar se encuentra la realidad Peruana; ya que estudios realizados encontraron que los adolescentes presentan un mayor índice de bulimia que de anorexia nerviosa, por otra parte se evidenció una cantidad significativa de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, citado en Acevedo, 2008), así

mismo el diario La República, en el 2015 menciona que los casos de anorexia y bulimia entre los hombres de nuestro país ha aumentado de 8% a 12%. A pesar de que cada vez hay más cifras en aumento en relación a esta problemática, las estadísticas de prevalencia de la enfermedad son muy antiguas y escasas; sin embargo, se puede presumir que las cifras señaladas estarían superadas en la actualidad de forma significativa.

Probablemente el incremento de las cifras y el inicio más temprano de los trastornos alimenticios se deba a que en las sociedades actuales los referentes de belleza son mujeres u hombres de tipología delgada o musculosa, tanto en el ámbito nacional como internacional, motivando a los adolescentes a identificarse con ellos, sumado a que se encuentran en una etapa de cambios físicos y búsqueda de su identidad. Ives (2014) señala que para Erikson, el conflicto de la identidad se vuelve una preocupación primordial para el adolescente, debido a que la percepción de quién es, puede estar amenazada por cambios físicos marcados, cambios cognitivos y modificaciones en las expectativas sociales.

De todo ello podemos apreciar que la etapa de la adolescencia es crítica por todos los conflictos que suelen surgir, por lo que el adolescente se encuentra vulnerable, necesitando comprensión por parte de su entorno, principalmente de su entorno familiar, para fortalecer su seguridad y brindar soporte emocional.

Pues como señala Gómez (2016) la familia es la principal vía de desarrollo y socialización del individuo, mediante la cual el niño aprende conocimientos, actitudes, valores, costumbres, sentimientos y patrones que caracterizan para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente y se incorporan como rasgos de su personalidad.

Con respecto a la importancia de los padres, Molinero en 2006, señala que la adaptación de los adolescentes a la vida adulta está influida por el rol que cumplen los padres con ellos, pues esta tiene consecuencias en el desarrollo cognitivo, desarrollo conductual y emocional de sus hijos. Lo cual es importante porque en los trastornos de la conducta alimentaria no solo intervienen factores físicos sino también emocionales y psicológicos que pueden generar mayor predisposición al desencadenamiento en algunos adolescentes sobre otros.

La adolescencia es una etapa trascendental que permitirá evidenciar en cierto grado tendencias conductuales determinadas, ya que el ambiente es un aspecto importante e indispensable para fortalecer la personalidad, y se considera como eje principal la familia y el papel que desempeñan los progenitores en el desarrollo de la personalidad. Considerándose importante conocer si es más significativa en esta etapa la función que cumple un progenitor sobre el otro, o si las funciones de cercanía, comunicación o conflicto influyen en la dimensión de personalidad de neuroticismo, seleccionándose esta dimensión porque evalúa la inestabilidad de los adolescentes y de encontrarse influencia en las funciones de los padres podría reforzarse para mejorar el estado emocional de los adolescentes.

En la revisión de la literatura se encuentra que ciertos tipos de personalidad pueden hacer a las personas más propensas a padecer problemas de diversas índoles, lo cual no es ajeno para el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que se han encontrado diversas asociaciones entre trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, es escasa la literatura que describa las dimensiones de personalidad en adolescentes que no poseen un trastornos de la conducta alimentaria, pero que podrían predecir su aparición.

En relación a eso Fassino, Amiato, Gramaglia, Facchini, Abbate (2004) refieren que no todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de alimentación; sin embargo, ciertos temperamentos asociados a determinados rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario.

Se considera relevante indagar en estas variables debido a que permitirá conocer el papel que juegan las dimensiones de la personalidad como factores de riesgo o protectores ante un TCA.

En las diversas investigaciones recopiladas se sugiere que un entorno familiar desfavorable podría representar un importante factor etiológico para el desarrollo de un trastorno alimenticio, sin embargo, no se han identificado los síntomas más relacionados con la percepción de la función parental en adolescentes que no presentan el trastorno pero que podrían tener algunos de sus síntomas, así como la influencia de la relación con cada uno de los progenitores y los rasgos de personalidad de los adolescentes que podrían hacerlos más propensos de padecer de un trastorno alimenticio o de alguno de sus síntomas. Por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿La personalidad y la percepción de la función parental son predictores de la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este?

1.2 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

En la búsqueda de antecedentes internacionales no se encontraron estudios que emplearan la variable de personalidad y percepción de la función parental como predictores de la sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, colocándose estudios que indagan la relación entre algunas de estas variables o variables que se encuentren relacionadas.

En búsqueda de antecedentes que trabajen con la variables trastornos alimenticios y percepción de la función parental, se encontró el estudio de Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo en el 2008, que buscó la relación de trastornos alimenticios y el funcionamiento familiar en adolescentes, en donde emplearon el inventario de trastornos alimenticios EDI-2 también utilizado en este estudio. La investigación de Melo y Vázquez en el 2015 que buscó establecer la relación entre estilo de socialización parental en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. El estudio de Moreno y Londoño en el 2017 que tenía similitud a este estudio por ser multivariante y buscar si la insatisfacción corporal, índice de masa corporal, funcionamiento familiar y críticas sobre el peso o forma corporal predicen el riesgo de tener un TCA, en una muestra de adolescentes, sin embargo, los instrumentos que empleó no fueron los mismos que los de este estudio.

En la búsqueda de trabajos que hayan empleado las variables de personalidad y trastornos alimenticios, se encontró la investigación de Galarsi, Ledezma, De Bortoli, y Correche en el 2009, que buscó establecer la relación entre los rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, en donde emplearon los mismos instrumentos trabajados para este estudio, pero en sus versiones para adultos. Un estudio similar al realizado fue el de Sánchez en el 2013, por ser

multivariante y determinar si la personalidad y autoconcepto son predictores de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, el estudio fue realizado en una muestra de adultos con TCA. Otro estudio citado en los antecedentes es el de Caldera-Montes, Reynoso-González, Nuño-Camarena, Caldera-Zamora, Pérez-Púlido, Gómez-Álvarez en el 2019, el cual tiene por objetivo determinar el nivel predictivo de las dimensiones de personalidad en la imagen corporal, en adolescentes.

En relación a la influencia de la función de los padres en la dimensión de personalidad de neuroticismo, solo se encontró el estudio de Castro en el 2016 que incluyó ambas variables y que trabajaba en una muestra adolescente, sin embargo, las pruebas empleadas no fueron las mismas que en este estudio. Otro estudio no tan cercano al realizado, pero importante, es el de Garaigordobil y Fontaneda en el 2009, que realizaron un análisis multivariante para determinar si la personalidad, y el autoconcepto son variables que predicen el bienestar psicológico en una muestra de adultos. A continuación se detallará cada uno de los estudios recopilados a nivel internacional:

Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo en el 2008 realizaron una investigación de tipo correlacional, con el fin de determinar la relación de los trastornos alimentarios y la calidad del funcionamiento familiar. Aplicaron el inventario de trastornos alimentarios EDI-2 así como el TUSU que evaluó la funcionalidad y estructura familiar en 296 los adolescentes con edades entre 14 y 19 años. Obtuvieron para la obsesión por la Delgadez dos relaciones significativas en la comunicación con el Padre ($r=-,23$ $p<.001$) y Manejo Inadecuado de Conflictos ($r= ,12$ $p<.05$). Para el caso de Bulimia obtuvieron relaciones significativas con Comunicación con la Madre ($r= -,18$ $p<.001$), Comunicación con el Padre ($r= -,28$ $p<.001$), Cohesión ($r=$

-,16 $p<.01$) y Manejo Inadecuado de Conflictos ($r= ,21$ $p<.001$). Finalmente en el caso de Insatisfacción Corporal, las correlaciones significativas correspondieron a Comunicación con la Madre ($r= -,24$ $p<.001$), Comunicación con el Padre ($r= -,29$ $p<.001$), Cohesión ($r= -,16$ $p<.01$) y Manejo Inadecuado de Conflictos ($r= ,19$ $p<.001$).

Galarsi, Ledezma, De Bortoli, y Correche (2009), realizaron un estudio correlacional en Argentina con la finalidad de encontrar la relación entre los rasgos de personalidad Extroversión y Neuroticismo con comportamientos relacionados a los Trastornos de Conducta Alimentaria en 93 mujeres cuyas edades oscilaron entre los 17 y 25 años. Para la evaluación emplearon el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Encontraron en las estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas una alta correlación negativa entre Extraversión y Obsesión por la Delgadez, también encontraron una correlación positiva entre Ineficacia y Neuroticismo. En el estudio no encontraron correlaciones entre las variables estudiadas para la facultad de Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia.

Garaigordobil y Fontaneda (2009) efectuaron una investigación transversal multivariante en España con la finalidad de analizar si existen diferencias en el bienestar psicológico y material y en las dimensiones de la personalidad según sexo, por otra parte buscaron explorar la relación entre bienestar psicológico y material con dimensiones de la personalidad e identificar variables que predigan el bienestar psicológico. Para lo cual evaluaron a 394 sujetos de entre 20 y 40 años, siendo 183 varones y 211 mujeres, con la “Escala de bienestar psicológico”, “Escala de autoestima”, “Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos” y “Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck”.

Encontraron que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en la dimensión de neuroticismo, mientras que los varones en la dimensión de psicoticismo. Encontraron correlaciones significativas negativas entre el bienestar psicológico y el neuroticismo ($r = -.38$) y psicoticismo ($r = -.14$). En el análisis de regresión múltiple encontraron como variables predictoras significativas de alto bienestar psicológico el autoconcepto ($\beta = 0,249$), bienestar material ($\beta = 0,335$), autoestima ($\beta = 0,268$), extraversión ($\beta = ,164$) y bajo neuroticismo ($\beta = -,123$).

Sánchez (2013) realizó un estudio transversal multivariante en España con la finalidad de determinar si los rasgos de personalidad y autoconcepto son factores que predicen los trastornos de la conducta alimentaria. Empleó una muestra de 106 pacientes diagnosticados de TCA siendo mayoritariamente mujeres, con una edad promedio de 23 años, los cuales presentaron comorbilidad con trastorno depresivo, trastorno ansioso, abuso de sustancias, trastornos de personalidad. A la par agrupó a 141 universitarios, que serían el grupo control del estudio. Para evaluar a ambos grupos empleó el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2 (EDI-2), el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) y el inventario de Autoconcepto Forma 5 (AF-5). Los resultados que obtuvo muestran que las dimensiones de personalidad de neuroticismo ($t = 8,225$ $p < ,001$) y amabilidad ($t = 2,350$ $p < ,05$), son factores predictores de riesgo para pertenecer al grupo de TCA, mientras que las dimensiones de personalidad de apertura ($t = -2,058$ $p < ,05$) y responsabilidad ($t = -4,708$ $p < ,001$), son factores protectores que reducen el riesgo de pertenecer al grupo de TCA. Por otro lado las variables de autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico, actuaron como variables protectoras, reduciendo el riesgo de pertenecer al grupo de TCA. En el análisis multivariante encontraron que la interacción de la conciencia

interoceptiva, alto autoconcepto académico y el orden actúan como factores de riesgo, mientras que la interacción de responsabilidad, autoconcepto físico positivo y autoconcepto familiar positivo, actúan como variables protectoras.

Melo y Vázquez (2015), realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de identificar el tipo de Estilo de Socialización Parental (autoritario, autorizativo, indulgente y negligente) que perciben las adolescentes diagnosticadas con TCA, en una muestra de 47 mujeres adolescentes mexicanas, que presentan el diagnóstico de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria con edades entre los 12 y 18 años. Los resultados que obtuvieron señalan, que los estilos parentales más comunes, son: el autoritario de parte de ambos padres, seguido por negligente, por parte de la madre, y el indulgente, por parte del padre. Resaltan que las madres de adolescentes con TCA no presentan un estilo preferente, a diferencia de los padres, quienes muestran un estilo de parentalidad predominante, y son percibidos por sus hijas en mayor grado como autoritarios.

Castro (2016), realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo en Ecuador con la finalidad de determinar la influencia de la Función Parental en la formación de la dimensión de Personalidad “Neuroticismo” en 120 adolescentes de 16 a 17 años, evaluados con el instrumento Indicador de Evaluación Familiar de Mc Master (FAd) y el Inventario de Personalidad NEO-PI-R. Encontrando que más del 50% de los adolescentes percibían un nivel de disfuncionalidad en las Funciones Parentales, el 49 % presentaban un nivel alto de “Neuroticismo” y el 31% evidenciaba un nivel promedio de Neuroticismo, manifestando rasgos de hostilidad colérica, vulnerabilidad y depresión entre los más sobresalientes. Concluyó que las habilidades sociales y la resolución de problemas pertenecientes al Neuroticismo se ven afectadas significativamente por un inadecuado Funcionamiento Parental.

Moreno y Londoño (2017) realizaron un estudio multivariante en Colombia con la finalidad de comprobar si la insatisfacción corporal, índice de masa corporal, funcionamiento familiar y las críticas sobre el peso y forma del cuerpo son variables predictivas del riesgo de padecer trastorno de la conducta alimentaria. Para lo cual evaluaron a 104 adolescentes con edades entre los 11 y 18 años y 104 familiares significativos para ellos. Aplicándoles el EAT-26, ECA, APGAR Familiar, FEICS y el IMC. Encontraron que las mujeres que presentan mayor insatisfacción corporal e índice de masa corporal presentan un elevado riesgo de padecer TCA, por otra parte una comunicación con críticas constantes, bajo apoyo percibido de los padres, corta edad en los padres y el riesgo que estos presenten de tener un TCA, son factores predictores de riesgo de padecer TCA en los adolescentes de la muestra. Concluyeron que los padres pueden ser un factor protector pero a su vez de riesgo en el desencadenamiento de TCA en su hijos.

Caldera-Montes, Reynoso-González, Nuño-Camarena, Caldera-Zamora, Pérez-Púlido, Gómez-Álvarez, C. (2019), realizaron un estudio transversal predictivo en México en una muestra de 567 alumnos con edades comprendidas entre los 14 y 20 años, con la finalidad de identificar el nivel predictivo que tienen las dimensiones de personalidad en la imagen corporal, así mismo compararon dichas variables en función del sexo de los participantes. Para lo cual emplearon el Cuestionario de Insatisfacción con la Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire) y la versión reducida del Inventario de Personalidad NEO PI-R. Obtuvieron como variables predictoras de la insatisfacción corporal la dimensión de personalidad de neuroticismo ($\beta=0,362$) y el sexo femenino ($\beta=0,250$).

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional tampoco se encontraron estudios que relacionaran las variables de trastornos alimenticios, personalidad y percepción de la función parental. Dentro de los estudios que relacionan al menos una de las dos variables trabajadas se encontró el estudio de Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez en el 2007, que analizó los factores psicosociales dentro del cual incluyeron la disfunción familiar, asociados a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Otro estudio encontrado fue el de Ascenso que buscó establecer la relación entre percepción de la función parental y trastornos alimenticios en adolescentes, empleando los mismos instrumentos que los utilizados en esta investigación para medir dichas variables.

En relación a la personalidad y trastornos alimenticios solo se encontró el estudio de Cortez en el 2014, que fue realizado en estudiantes universitarios.

Por otra parte solo se encontró un estudio que relacionara personalidad y familia, el cual fue el de Chuquimajo en el 2014 que realizó una investigación comparativa para determinar las diferencias en la personalidad y el clima social familiar según la composición familiar en adolescentes, sin embargo, no se emplearon los mismos instrumentos que para este estudio. A continuación se muestran cada uno de los estudios recopilados:

Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007), evaluaron los factores psicosociales (ansiedad, depresión, autoconcepto y disfunción familiar) que están asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio de Lima. Evaluaron a 180 estudiantes de 4to y 5to año de secundaria, de ambos sexos, con edades entre los 14 y 18 años con la escala de ansiedad y depresión de Golberg, el EAT- 26, el inventario de autoconcepto AF5 y el cuestionario de disfunción familiar. Obtuvieron como resultado que la ansiedad ($B=,166$ $p<,05$) y la disfunción familiar ($B=,360$

$p=,000$) son factores de riesgo, mientras que el autoconcepto ($B= -.027$ $p=,05$) resulta ser un factor protector. Por último el proceso de regresión múltiple les permitió mostrar que la disfunción familiar es un factor predictor de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación, seguido del autoconcepto. En los hombres la disfunción familiar resultó ser el único factor predictor, mientras que en las mujeres el autoconcepto y la depresión también fueron significativos.

Ascenso (2012) realizó un estudio correlacional con el objetivo de establecer la relación entre la percepción de la función parental y la presencia de características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimenticios. Para lo cual empleó una muestra de 111 participantes, de entre 13 y 15 años de edad. Los cuales fueron evaluados mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 y el Adolescent Family Process (AFP). Obtuvo como resultado relaciones negativas y significativas entre la cercanía paterna con la bulimia ($r=-,35$), ineficacia ($r=-,37$), desconfianza interpersonal ($r=-,29$) e inseguridad social ($r=-,39$), en la función materna de soporte obtuvo relaciones negativas con las escalas de bulimia ($r=-,31$) y perfeccionismo ($r=-,43$). En relación a la comunicación con la madre encontró diferencias significativas con desconfianza interpersonal ($r=-,36$) e inseguridad social ($r=-,32$), mientras que en la comunicación con el padre encontró relaciones negativas con ineficacia ($r=-,34$), desconfianza interpersonal ($r=-,49$), conciencia interoceptiva ($r=-,38$), impulsividad ($r=-,42$) e inseguridad social ($r=-,46$).

Chuquimajo (2014) realizó una investigación comparativa en Lima con la finalidad de determinar las diferencias en la Personalidad y el Clima Social Familiar según la composición familiar, para lo cual evaluó a 254 adolescentes de entre 13 y 19 años de edad, con el Inventario de Personalidad para Adolescentes (MAPI),

Escala de Clima Social en la Familia (FES). Obtuvo como resultado que no hay diferencias en los Estilos Básicos de Personalidad según el tipo de familia Nuclear o Monoparental; sin embargo, si hay diferencia en los estilos Básicos de Personalidad según el sexo, en donde los varones tienden a ser menos cooperativos ($F = 7.78$ $p < .05$) y respetuosos ($F = 4.03$ $p < .05$) y más violentos ($F = 15.6$ $p < .01$); por otro lado los varones de familia monoparental perciben mayor Clima Familiar Inadecuado.

Cortéz 2014, realizó una investigación correlacional en Trujillo para identificar si existe relación entre dimensiones de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria, evaluó a 200 estudiantes de la carrera de Enfermería, con edades entre 16 a 25 años, mediante el cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck, EPQ – R y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, EDI 2. Obtuvo como resultado que la dimensión de extraversión tiene una correlación significativa inversa débil con las escalas de trastornos alimenticios. . En cuanto a emotividad solo encontró correlaciones significativas directas y muy bajas con las escalas de ineficacia ($r = .17$ $p < .05$), inseguridad social ($r = .17$ $p < .05$), desconfianza interpersonal ($r = .18$ $p < .05$), conciencia interoceptiva ($r = .21$ $p < .01$) y miedo a la madurez ($r = .18$ $p < .05$). En la dimensión de la personalidad de dureza encontró correlaciones significativas directas y muy bajas con las escalas de obsesión por la delgadez ($r = .18$ $p < .05$), bulimia ($r = .19$ $p < .01$), insatisfacción corporal ($r = .25$ $p < .01$) e ineficacia ($r = .19$ $p < .01$).

1.3 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar si la personalidad y la percepción de la función parental predicen la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.

Objetivos específicos:

- Identificar si las variables de personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son predictores de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- Identificar si las variables de personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son predictores de la bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- Identificar si las variables de personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son predictores de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- Determinar si la función parental de cercanía con la madre y con el padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- Determinar si la función parental de comunicación con la madre y con el padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión

de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.

- Determinar si la función parental de conflicto con la madre y con el padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.

1.4 Justificación

A nivel teórico contribuirá a que se pueda sustentar, debatir o corroborar la escasa literatura que refleja las dimensiones de la personalidad y percepción de la función parental como factores predictivos en los trastornos alimenticios. Puesto que la mayoría de estudios solo son de corte correlacional. En relación con la percepción de la función parental, ayudará a corroborar las teorías que sustentan como uno de los factores etiológicos el ambiente familiar, pero específicamente la función de la madre o el padre con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

A nivel práctico contribuirá a que los especialistas realicen programas preventivos, para disminuir las cifras de los trastornos alimenticios que en los últimos años se ha incrementado y se presenta cada vez a edades más tempranas. De comprobarse que las dimensiones de la personalidad y la función parental de la madre y el padre son factores que predicen la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, se podría realizar el trabajo preventivo tanto en las funciones específicas de los padres que se encuentran asociadas y las dimensiones de la personalidad de los adolescentes que los hagan más vulnerables de padecer sintomatología de la conducta alimentaria.

Por otra parte en la revisión de la literatura se aprecia que altos puntajes en la dimensión de neuroticismo se encuentra asociada con trastornos mentales; sin

embargo, no se sabe en qué medida esta dimensión puede estar influida por las funciones que cumplen cada uno de los progenitores de forma independiente o en relación, de comprobarse que existe influencia entre las variables propuestas se podría trabajar no solo con los adolescentes sino también con sus padres con la finalidad de concientizarlos sobre como la función que cumplen influye en la personalidad de neuroticismo asociada con la inestabilidad emocional del adolescente.

Este estudio contribuirá a que se realicen investigaciones más precisas con las variables abordadas, por otra parte los resultados podrán ser comparados con nuevas investigaciones y podrá incentivar a la realización de estudios con dichas variables.

1.5 Hipótesis

Hipótesis General:

- La personalidad y la percepción de la función parental son factores que predicen la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución particular de Lima Este.

Hipótesis Específicas:

- Las dimensiones de la personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son factores predictivos de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria en los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- Las dimensiones de la personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son factores predictivos de la bulimia como síntoma de un trastorno de la

conducta alimentaria en los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.

- Las dimensiones de la personalidad, percepción de la función parental materna y paterna son factores predictivos de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria en los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- La función parental de cercanía con la madre y con el padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- La función parental de comunicación con la madre y con el padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.
- La función parental de conflicto de la madre y del padre son factores que afectan de manera independiente o en interacción la dimensión de personalidad de neuroticismo de los estudiantes de una institución educativa particular de Lima Este.

II. Marco teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

2.1.1.1 Concepto de trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan tanto a la población femenina como a la masculina (American Psychiatric Association APA, 2002 citado en Herrera, 2008). Dichos trastornos se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado así como por una alteración de la percepción de la forma corporal y el peso.

El DSM-IV considera a los TCA como alteraciones mentales relacionadas a la ingesta de alimentos, que tienen como características preocupación marcada por el peso, imagen corporal y alimentos. Mientras que el DSM-V cambió el nombre de “trastornos de conducta alimentaria” por “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” al considerar que abarca aspectos más amplios que no solo involucran la conducta (Miranda, 2016). De tal manera que la define como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, que genera alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos, generando efectos significativos en el funcionamiento psicosocial y en la salud del individuo que lo padece (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla – Díaz, 2015).

Estas alteraciones se encuentran relacionadas con un control excesivo en la ingesta de alimentos, como consecuencia de esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Entre los tipos más comunes de trastorno de alimentación,

se encuentran la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa las cuales aparecen tanto en adolescentes como en adultos (Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, 2009). Sin embargo, para Chonlón, Grosso, Paredes, Reyes, Siadén, Vásquez, Barboza y Shang (2013) son especialmente frecuentes en poblaciones jóvenes, entre ellos estudiantes universitarios; y se relacionan con múltiples complicaciones médicas, la mayoría de ellas ocasionadas por la restricción calórica y la pérdida de peso.

Martínez, Zusman, Hartley, Morote y Calderón (2003) señalan que debido a que dichas entidades comparten el mismo núcleo psicopatológico, pueden oscilar o alternarse en una misma persona. Agregando que es principalmente en los países occidentales industrializados donde su frecuencia ha aumentado en las últimas tres décadas, reportándose edades de inicio cada vez más tempranas.

2.1.1.2 Epidemiología

Entre el 90 y el 95 % de los enfermos con Anorexia Nerviosa son mujeres. En cuanto a la mortalidad, entre el 5 y el 20 % de las personas que padecen Anorexia Nerviosa mueren a causa de la misma o de sus secuelas, aumentando la probabilidad a medida que aumenta la duración de la enfermedad (Raish, 2001 y Ladish, 2002, citados en Tello, 2012).

Los familiares de primer grado así como los hermanos de pacientes con TCA tienen mayor riesgo de padecer el trastorno, aumentando el riesgo en los gemelos (Hock y van Hocken, 2003, citados en Redondo, Galdó y García, 2008).

Sánchez (2010), señala que en la mayoría de los casos la anorexia inicia en la adolescencia entre 13-15 años. Siendo más frecuente en mujeres con disciplinas como ballet, nado sincronizado y gimnastas y en hombres homosexuales o con historia de deportes en donde el peso es algo importante, en países desarrollados y en familias con padres obesos. Se presenta de igual manera en todos los grupos étnicos y raciales. La mitad de las pacientes con anorexia hacen transición a bulimia y los índices de mortalidad oscilan entre el 10-20% debido a las complicaciones.

Tres cuartas partes de los pacientes con anorexia nerviosa (AN) logran una recuperación completa, en un tiempo promedio de 80 meses, un 10 % lo hacen solo de forma parcial. Para el caso de la Bulimia nerviosa (BN), aproximadamente la mitad se recupera completamente y un 23 % mantiene un curso crónico (Steinhausen, 2002, citado en Pérez, 2018).

Los TCA tienen la tasa de letalidad mayor en relación a todas las enfermedades mentales, estando en primer lugar la AN (Harris y Barraclough, 1998, citados en Pérez, 2018).

2.1.1.3 Prevalencia

La prevalencia internacional de TCA se encuentra entre el 0.5% y 3.5% de la población general, llegando hasta un 14% en el caso de TANE ((Martínez-González et al., 2014; Preti et al., 2009, citados en Castejón 2017)

La anorexia nerviosa se presenta en un 0.5% de la población adolescente y adulta, la bulimia nerviosa se presenta en un 0.9 – 4.1 %; mientras que 5-13

% de los jóvenes presenta un trastornos de la conducta alimentaria no especificado (OMS, 2014, citado en Gómez, 2019)

Dentro de la prevalencia de la Anorexia Nerviosa, se puede mencionar que una persona de cada 100 ó 250 (entre el 1 y 2% de mujeres) padecen de Anorexia Nerviosa (Raish, 2001 y Ladish, 2002, citados en Tello, 2012).

En lo que se refiere a bulimia nerviosa, la prevalencia varía entre 1% y el 4.2% (Hock y van Hocken, 2003, citados en Redondo, Galdó y García, 2008).

Las estimaciones internacionales señalan que la prevalencia de anorexia nerviosa para mujeres entre 15 y 30 años de edad, se encuentra entre el 0.5% y 1.0%, la bulimia nerviosa entre 1% y 3% y los Trastornos Alimentarios no especificados tienen una prevalencia del 15% (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997; APA, 1994, citados en Martínez, et al., 2003). Asimismo, Hoek (1995) refiere que los trastornos alimentarios son especialmente comunes en mujeres jóvenes afectando del 2% al 4% de la población. Considerando que entre el 5% y el 18% de los casos culminan en muerte.

Sánchez (2010) señala que la prevalencia de la anorexia se ha calculado en 0.5 - 1% de la población femenina. Sin embargo, considera que ha aumentado la incidencia en las últimas dos décadas. Es más frecuente en mujeres (90%), la relación mujer/hombre es de 10:1.

En nuestro medio, Hartley (1999) encontró en una muestra de 361 adolescentes de colegios públicos y privados de Lima, que entre el 10.5% y el 15.2% se encontraban en riesgo de desarrollar un trastorno

alimentario. Por otra parte Zusman (2000) encontró que de 695 adolescentes escolares de colegios públicos y privados, el 18.6% presentaron indicadores de trastornos alimentarios.

En contextos universitarios la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) en un estudio realizado en población universitaria femenina de universidades privadas en el 2000, encontró que el 11.3% de la muestra presentaba anorexia o bulimia y el 43.7% podría considerarse en riesgo (Agurto, 2000, citado en Martínez, et al., 2003).

Guerrero (2008), señala que en un estudio epidemiológico realizado en el 2002 en nuestro país, el 16.1% de la población adolescente se encontraba insatisfecha con su aspecto físico, un 43.4% tenía una satisfacción regular y un 40.5% estaba muy satisfecho. Lo cual es importante, debido a que uno de los factores que pueden desencadenar un TCA es la insatisfacción corporal.

Martínez, et al. (2003), señala que en Lima Metropolitana la mayor incidencia de trastornos alimenticios se encuentran en adolescentes, de los cuales 351 casos (16.4%) presentan uno o más trastornos alimenticios, 62 casos (2.9%) tenían más de un diagnóstico.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (MINSA) en el 2002 señala que entre el 7,3% y 11,4 % de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de Perú, sufren problemas alimentarios. Por otra parte agregaron que el 8.3% de adolescentes se encuentran en riesgo de desarrollar cualquier trastorno alimenticio.

Ascenzo (2012) afirma que con el paso del tiempo muchos estudios han demostrado que se está dando un fenómeno de aumento progresivo de los trastornos de la conducta alimentaria tanto a nivel nacional como mundial. Agrega que en una investigación epidemiológica realizada por Martínez et al., en el 2003 en Lima Metropolitana, en 2141 adolescentes mujeres escolares, un 15.1% presentaba riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio y un 16.4% de los casos presentaban uno o más trastornos alimentarios.

A pesar de no encontrarse datos de prevalencia actuales se puede apreciar un incremento de casos, lo cual puede deberse a los factores culturales, como los son los modelos de belleza. Los medios de comunicación son importantes porque mediante ellos se difunden los estándares de belleza e influyen en aspectos como la alimentación y la autopercepción del atractivo físico (Manrique, Manrique, Vallejo, Manrique, Santamaría y Pincay, 2018).

2.1.1.4 Factores predisponentes.

El que un individuo desarrolle o no un trastorno de la conducta alimentaria dependerá de varios factores, entre ellos se encuentran:

- Factores individuales: se refiere a aquellas características propias de la persona que contribuyen al desencadenamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Gorab y Del Carmen (2005) dividen a los factores individuales en biológicos y psicológicos. Los biológicos, como el sexo, edad, herencia genética y en algunos casos la obesidad. Los psicológicos, como el tipo de personalidad, baja

autoestima, sentimientos de insuficiencia, depresión, ansiedad y los valores enfocados primordialmente hacia el cuerpo y la figura. Redondo, Galdó y García (2008) consideran que en la anorexia existe una alta frecuencia de conductas perfeccionistas y obsesivo-compulsivas que parecen permanecer estables a lo largo del tiempo. En cuanto a la influencia genética menciona que en gemelos existe la presencia de un fuerte componente en el desarrollo de la anorexia y bulimia.

- Factores familiares: son aquellos que se producen dentro del seno familiar, que pueden conllevar a una persona a caer en un trastorno alimenticio. Redondo, Galdó y García (2008) refieren que algunos estudios señalan la influencia de los comentarios despectivos acerca del aspecto físico o la sobrevaloración de este entre los miembros de la familia. Además Gonzales, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas (2005) mencionan que la dependencia parental, sensibilidad a las apariencias, valores estéticos dominantes, sobreprotección, familiares con trastornos afectivos, trastornos adictivos, desvinculación, entre otras son principales desencadenantes de la anorexia y la bulimia.
- Factores socioculturales: vienen a ser aquellos que la sociedad impone como modelo estereotipado, es decir el énfasis cultural del cuerpo perfecto. Para Redondo, Galdó y García (2008) la presión ejercida por los medios así como los grupos de relación provocaría

la internalización de la preocupación por un cuerpo delgado así como la insatisfacción induciendo conductas de dieta.

2.1.1.5 Clasificación de los trastornos alimenticios.

Existen diversos tipos de trastornos alimenticios, pero para efectos de esta investigación se considerará a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, debido a que son los que presentan mayor incidencia.

Anorexia nerviosa

El término anorexia nerviosa es introducido por William Gull en 1874, quien al no encontrar una alteración gastrointestinal en el padecimiento que implicaba autodestrucción, concluyó que su origen era central y no periférico, por lo que otorgó el papel etiológico al cerebro (Méndez, Vázquez-Velázquez, García-García, 2008).

Anorexia, viene del Griego “orexia” que significa falta de apetito” y del latín “nervus“, que quiere decir nervioso, de acuerdo a esto se trata de un trastorno de inapetencia de origen nervioso, lo cual no es exacto puesto que el enfermo de anorexia, sí tiene hambre en las primeras fases; sin embargo, esta es reprimida por el individuo por medio de su fuerza de voluntad, con tal de lograr el peso deseado (Fernández y Turón, 2001, citado en López y Sallés, 2005), pese esto tiene una percepción errónea de su cuerpo que le hace verse más obeso, lo que le produce pánico por la comida y ocasiona que no se alimente.

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, no obstante en los últimos años, se está desencadenando a edades más tempranas. Debido a esto es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado y en la actualidad es considerada un grave problema de salud mental caracterizada por la incapacidad de mantener un cuerpo saludable normal en relación con el peso, debido a la obsesión por la delgadez. Presentando alteraciones en otras conductas para así perpetuar e incrementar la pérdida de peso como: purgas, dietas, ejercicio excesivo o ayuno. Observándose que lo más importante para ellos es perder cada vez más y más peso, por lo que las personas niegan su baja de peso, careciéndose de conciencia de la enfermedad (Toro, 2008).

Todas estas conductas producen alteraciones endocrinas, hidroelectrolíticas, cardiovasculares, digestivas, hepáticas y neurológicas (López y Treasure, 2011). Ogden (2003) referente a lo último menciona que las personas que la padecen presentan problemas que derivan de esta enfermedad, relacionados con complicaciones físicas y psicológicas. A continuación nos muestra a las más representativas:



Figura 1. Posibles consecuencias de la anorexia nerviosa

Toro (2008), menciona que es la malnutrición lo que produce alteraciones de todo tipo en especial en el hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que provoca la amenorrea en la mujer y pérdida del deseo sexual en varones, así mismo ocasiona diversos síntomas y trastornos como: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, trastornos gastrointestinales, etc.

- Tipos de anorexia nerviosa

El DSM-5 señala dos tipos de anorexia nerviosa el tipo restrictivo y el de tipo compulsivo purgativo, los cuales serán descritos a continuación por Sánchez (2013):

Anorexia de tipo restrictivo: Durante el periodo de la anorexia nerviosa el sujeto que lo padece no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas como vómito provocado o utilización de laxantes, diuréticos o enemas, en donde la pérdida de peso es originada en mayor medida por la dieta, el ejercicio excesivo y/o el ayuno.

Anorexia de tipo atracones o purgas: Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo de forma regular realiza atracones o purgas como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes o enema para lograr la pérdida de peso.

- **Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa**

A través del tiempo han existido diversos cambios en los manuales diagnósticos, a continuación se mencionarán algunos de los más significativos para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.

En el anexo 1 se aprecia que en el DSM-5 el criterio A estará dado en función de restricción de la ingesta de calorías, así mismo la concepción de bajo peso estará definida por un peso inferior al mínimo normal. En relación a ello Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz (2015) señalan que este cambio podría incrementar los niveles de epidemiología debido a una reubicación de pacientes con diagnóstico de TCA no especificado que no eran incluidos en este grupo por no alcanzar el criterio de peso pudiendo inclusive incrementar la epidemiología en un 50%. El criterio B y C se mantienen de igual manera que el

DSM-IV, mientras que el criterio D que hacía alusión a la presencia de amenorrea en mujeres ya no es considerado en el DSM-5. En el DSM-5 al igual que en su versión anterior es necesario especificar los tipos de *anorexia nerviosa*, apreciándose que el de tipo restrictivo continúa con su mismo nombre y el compulsivo/purgativo se modifica al de tipo atracones/purgas, además se añade un criterio de tiempo (que el individuo haya presentado 3 meses este tipo de conductas).

Bulimia

La bulimia o bulimia nerviosa es un trastorno alimentario en donde el individuo presenta conductas que se alejan de las formas de alimentación saludables, consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados “atracones”, para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. Las personas con este problema, presentan temor a engordar lo que afecta sus sentimientos y emociones, influyendo en su estado anímico, lo que provocará problemas depresivos (Sandoz, 2011). De acuerdo con el DSM-IV, la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad, sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en exceso. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a surgir episodios de ingestas compulsivas, como un atracón que consiste en ingerir en un tiempo

inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían (Chinchilla, 2003).

López y Sallés (2005) agregan que la mayoría de mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal y también puede haber algunas que sean obesas; por otra parte su relación con la anorexia se encuentra en la preocupación exagerada por el peso corporal.

- **Criterios diagnósticos de la Bulimia nerviosa:**

A través del tiempo han existido diversos cambios en los manuales diagnósticos, a continuación se mencionarán algunos de los más significativos para el diagnóstico de la bulimia nerviosa.

En el anexo 2 se aprecia que en el DSM-5 se mantienen igual los criterios A y B, sin embargo, el criterio C relacionado con la frecuencia con que se presenta el atracón y las conductas compensatorias, se reduce a una vez a la semana. Con respecto a ello Ocampo y Mancilla-Díaz (2015) señalan que investigaciones refieren que no existen diferencias entre los pacientes que tienen uno o dos atracones, así mismo que la disminución en el criterio de frecuencia del atracón y comportamientos compensatorios podría aumentar un 30% a 40 % su prevalencia. Otro cambio apreciado en el DSM-5 es que desaparecen los subtipos de bulimia nerviosa, con respecto a ello Ocampo y Mancilla-Díaz (2015) señalan que el subtipo no purgativo era poco usual y tendía a

confundirse con el diagnóstico del trastorno de atracones por lo que sugiere que es adecuado este cambio. Otro cambio que presenta el DSM-5, es que se debe agregar especificaciones de remisión y de gravedad, que está en función de las frecuencias de las conductas compensatorias.

2.1.2 Teoría de la personalidad de Eysenck

2.1.2.1 Enfoque de estudio de la personalidad

Eysenck se adhiere al método hipotético-deductivo de la investigación y al enfoque nomotético en el estudio de la personalidad, pues busca descubrir leyes generales de la conducta aplicables a todo individuo, válidas para la explicación de los comportamientos considerados normales o deseables, como los anormales o indeseables (Guzmán, 2012, p. 39).

Eysenck define la personalidad como: “una organización más o menos estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, lo cual determina su adaptación al ambiente” (Eysenck, 1970, citado por Engler, 1996, p. 303).

A pesar de que en sus investigaciones Eysenck diera importancia al aspecto biológico de la personalidad, no dejó de creer en las experiencias particulares de cada sujeto, concluyendo que el comportamiento estará afectado tanto por lo biológico como por el ambiente (Anicama, 2010). De ello la importancia para la psicología de que un mismo sujeto no reaccionará de la misma manera ante un

mismo evento, siendo algunos más propensos a desencadenar patologías o dificultades en sus interacciones.

La teoría de Eysenck, además de centrarse en el rasgo, es dimensional o factorialista, señalando la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales, en este sentido, la dimensión es para Eysenck un factor de segundo orden que supone la correlación entre factores de primer orden o rasgos (Schmidt et al., 2010, citado en Galdós-Tanguis, 2014).

Bohórquez (2011), señala que Eysenck en 1970 desarrolló su teoría basada en los cuatro humores de Hipócrates y las concepciones de las dimensiones de Introversión-extraversión planteada por Jung relacionándolos con los tipos de neurosis. Además adicionó la hipótesis de McDougall sobre la naturaleza química de la Introversión-extraversión, los hallazgos experimentales de Pavlov sobre vinculación de la actividad nerviosa con los humores de Hipócrates y los tipos químico de Jung.

Mazariegos (2014) señala que los primeros estudios de Eysenck, en un grupo de sujetos definidos como neuróticos, mostraron dos grandes factores, denominándolos neuroticismo y extraversión. Con el tiempo Eysenck identifica una tercera dimensión a la que llamó psicoticismo. Agrega que las investigaciones han demostrado que los rasgos y las dimensiones que propuso Eysenck tienden a durar a lo largo del tiempo estando presentes desde la niñez hasta la edad adulta, a pesar de las experiencias e influencia social.

Tabla 1

Características de las dimensiones de la personalidad de Eysenck

Extroversión introversión	/ Neuroticismo estabilidad emocional	/ Psicoticismo o dureza/ Control de impulsos
Sociable	Ansioso	Agresivo
Vivaz	Depresivo	Frio
Activo	Con sentimientos de culpa	Egocéntrico
Asertivo	Baja autoestima	Impersonal
Buscador de sensaciones	Tenso	Impulsivo
Despreocupado	Irracional	Antisocial
Dominante	Tímido	Creativo
Arriesgado	Malhumorado	Inflexible

Fuente: Schultz y Schultz (2009).

Guzmán (2012) señala que Eysenck propone un modelo jerárquico de la personalidad que partiendo de las reacciones específicas del individuo, progresa en su carácter descriptivo y generalizable a través de las reacciones habituales, el nivel de rasgo y el nivel de tipo.

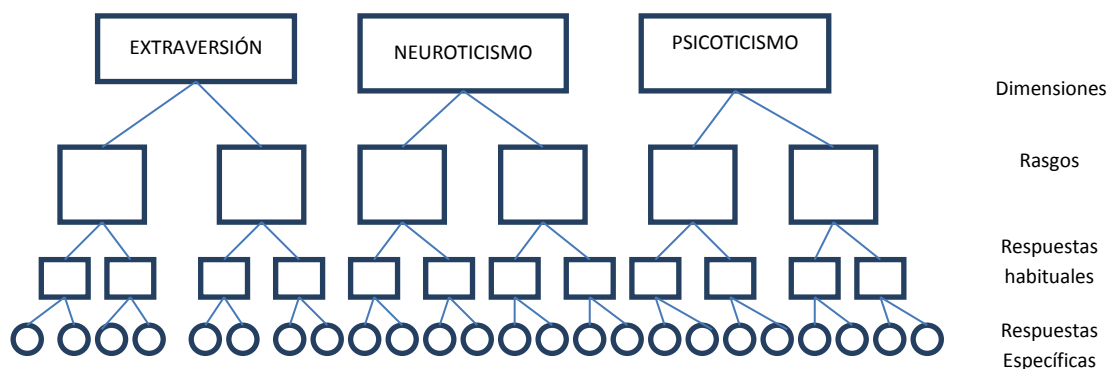


Figura 2. Modelo Jerárquico de la Personalidad de Eysenck (Schmidt, Firpo, Vion, De Costa, Casella, Cuenya, Blum, y Pedrón, 2010).

Mazariegos (2014) explica cada uno de ellos de manera breve:

- Respuestas específicas: Son conductas que se presentan una sola vez o en ocasiones mínimas en la interacción del individuo con el medio. Poseen una mínima generalidad y una máxima especificidad.
- Respuestas habituales: Si las respuestas específicas aparecen de forma repetida, pasan a ser conductas habituales, que con frecuencia se asocian a situaciones semejantes, relacionándose con las costumbres.
- Rasgos: Son la agrupación de los hábitos, que influyen persistentemente en nuestra conducta en varias circunstancias, y constituyen una generalidad más amplia y una especificidad media; poseen estabilidad y consistencia.
- Tipos generales de la personalidad: Este sería el cuarto nivel, se construye por la agrupación de rasgos interrelacionados, siendo de mayor generalidad, se distingue tres áreas y cada dimensión puede considerarse como un continuo al que cada individuo puede acercarse en menor o mayor grado. De ahí que este último nivel de organización de rasgos, correspondería a las dimensiones básicas de personalidad propuestas por Eysenck.

2.1.2.2 Dimensiones de la Personalidad

Varela (2014), refiere que Eysenck, consideró el nivel de Tipo como el más amplio y generalizado en la descripción de la personalidad de un

individuo, señalando la existencia de sólo tres Tipos o factores que son independientes entre sí:

- La Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión) (E)
- La Dimensión Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad) (N)
- La Dimensión de Dureza (Psicoticismo) (P)

De estas tres, sólo las dos primeras han sido más ampliamente estudiadas y su existencia como “superfactores” verificada, incluso en trabajos de otros autores (Amelang & Bartussek, 1981, citados en Guzmán 2012).

A continuación se describirá cada una de estas dimensiones:

- La Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión):

La Dimensión Extraversión discurre entre dos polos, la Introversión y la Extraversión propiamente dicha. Es la dimensión relacionada con la sociabilidad del individuo.

El extrvertido: Es sociable, le gustan las reuniones, tiene muchos amigos, no se siente a gusto solo. Actúa a menudo espontáneamente, se arriesga mucho y es en general impulsivo, encuentra siempre la respuesta rápida y le gustan los cambios; despreocupado, ligero, optimista, se ríe mucho y suele estar alegre. Tiende a moverse y a hacer cosas, a perder la paciencia y no siempre domina sus sentimientos (Paredes, 2018).

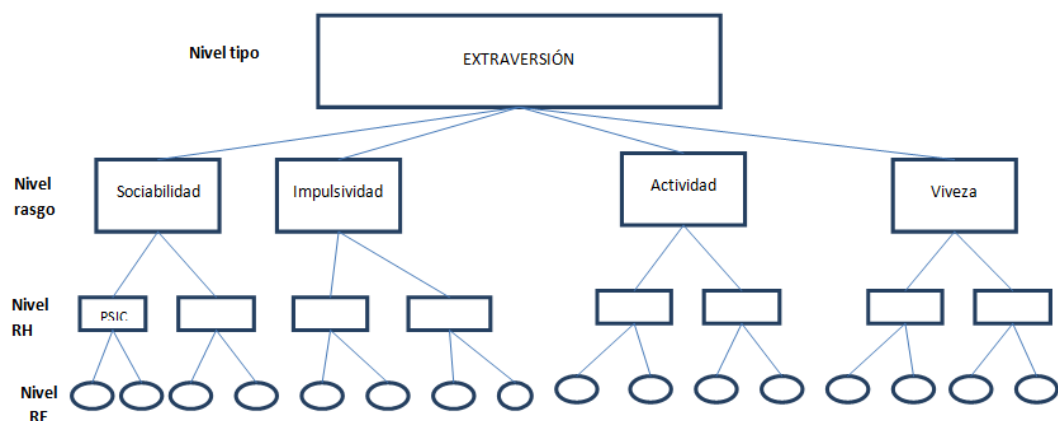


Figura 3. La Dimensión Extraversión: Rasgos del polo extravertido (Amelang & Bartussek, 1981, citado en Guzmán 2012)

El introvertido: Es tranquilo, reservado, amante de los libros más que de los hombres; es retraído y distante, salvo entre amigos íntimos. Tiende a planificar las cosas, es cauteloso y desconfía de los impulsos del momento. No le gusta la animación, toma las cosas diarias con cierta seriedad y le gusta la vida ordenada. Controla estrictamente sus sentimientos, es más bien pesimista y da importancia a las normas éticas (Paredes, 2018).

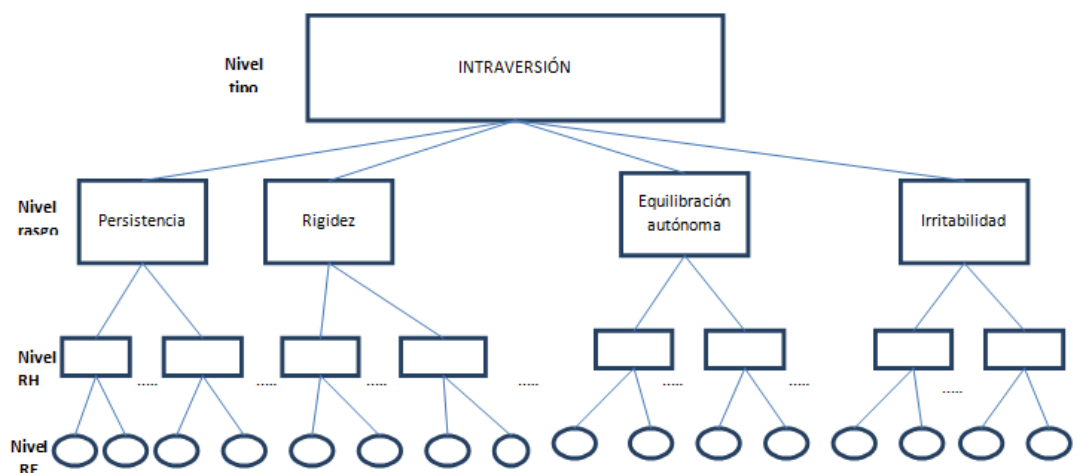


Figura 4. La Dimensión Extraversión: rasgos del polo introvertido (Amelang & Bartussek, 1981, citado en Guzmán 2012)

- Dimensión Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad) (N)

Es un índice de la estabilidad emocional de la persona, y se extiende desde el polo de la estabilidad extrema hasta el de la inestabilidad abrumadora. Las personas con valores altos en esta dimensión presentan labilidad y tendencia a las reacciones exageradas, a la hipersensibilidad emocional, costándoles volver a la normalidad y el equilibrio tras dichas experiencias (Eysenck & Eysenck, 1968, citado en Galdós-Tanguis, 2014).

- La Dimensión de Dureza (Psicoticismo) (P)

Las personas con puntuaciones altas en dicho factor son agresivas, antisociales, egocéntricas y frías. Así mismo, se ha comprobado que son crueles e insensibles a las necesidades y sentimientos de los otros. Además, presentan mayores problemas de alcoholismo y delincuencia que aquellas personas que obtienen puntajes bajos (Schultz & Schultz, 2002, citado en Galdós-Tanguis, 2014).

Es importante destacar que el neuroticismo y el psicoticismo no se encuentran sólo en los individuos con patologías, aunque las personas con trastornos psicológicos suelen obtener puntuaciones más altas en las escalas que miden dichos factores. Para Eysenck (1997, citado en Feist & Feist, 2007), la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo son parte de la estructura normal de la personalidad.

Guevara (2018) refiere que la relación entre las dimensiones de neuroticismo y extraversión propuestas por Eysenck y el antiguo esquema Hipócrates-Galeno-Kant-Wundt de los cuatro temperamentos,

dan origen a cuatro cuadrantes, que cruzan ambas dimensiones, y que permiten reconocer a los cuatro caracteres básicos: Sanguíneo, Flemático, Colérico y Melancólico.

- Extrovertido - Estable (Sanguíneo): Caracterizado por la amabilidad, ser despreocupado, abierto y accesible.
- Extrovertido - Inestable (Colérico): Caracterizado por la impulsividad, susceptibilidad, inquietud y agresividad.
- Introvertido - Inestable (Melancólico): Los sujetos ubicados en este cuadrante son ansiosos, pesimistas, tranquilos, reservados, poco sociables.
- Introvertido - Estable (Flemático): Cuidadoso, pasivo, controlado, sereno, pensativo.

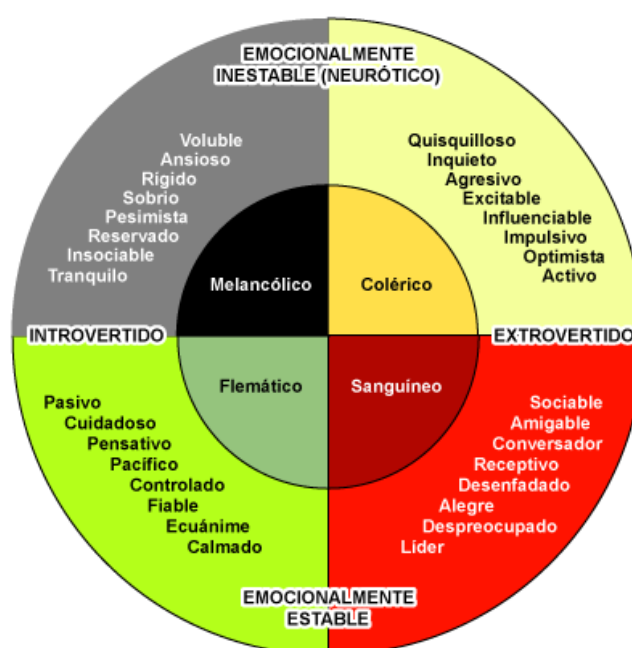


Figura 5. Tipos de temperamentos propuestos por Eysenck

(Schmidt, et al., 2010)

2.1.2.3 Trastornos alimenticios y personalidad:

Camarillo en el 2015 señala que no todas las personas tienen la misma predisposición de padecer un trastorno alimenticio, refiriendo que algunos rasgos de personalidad pueden hacer a las personas más propensas de desencadenar un trastorno alimenticio, por lo que es necesario comparar los síntomas de los trastornos alimenticios con algunos rasgos de personalidad. Strober (1980, citado en Camarillo, 2015) refiere que la personalidad premórbida de la anorexia es socialmente inhibida, rígida, meticulosa, perfeccionista y dependiente. Mientras que en el caso de la Bulimia nerviosa se presenta con frecuencia actitudes obsesivas y perfeccionistas, con mayor impulsividad que las personas con anorexia nerviosa, emocionalmente más inestables, señalando que una característica muy importante de la bulimia nerviosa es la tendencia al descontrol de sensaciones que pueden llevar consigo a tener conductas antisociales. Por otra parte en el modelo de personalidad de Eysenck se encuentran diferencias entre las pacientes anoréxicas frente a las bulímicas, refiriendo que Tanto en las anoréxicas restrictivas como en las vomitadoras se dan altos niveles de neuroticismo constituyendo una característica común (De Silva and Eysenck 1987, citados en Camarillo, 2015). Sin embargo, las pacientes bulímicas puntúan mayoritariamente en extroversión en comparación con las anoréxicas que puntuarían en introversión (Casper, Hedeker et al. 1992, citados en Camarillo, 2015), agregando que se debe tener en cuenta que este modelo de personalidad cuenta con un importante

fundamento biológico por lo que se podría considerar que sus factores son predisponentes para la anorexia nerviosa.

2.1.3 La Función Parental

Andonaires y Maldonado (2018), señalan que la función parental es la manera en que los padres y madres cumplen el rol que tienen con sus hijos, las características de esta relación muestra como son satisfechas las necesidades de sus hijos.

La función parental empezó a estudiarse en la década de los sesenta, con las investigaciones de Baumrind, Maccoby y Martin acerca de los estilos parentales o de crianza, de donde se proponen 4 estilos parentales: negligente, autoritario, permisivo y recíproco (Capano y Ubach, 2013). Sin embargo, autores como Roberts y Steinberg (1999); Metzler, Biglan, Ary y Li (1998), plantearon una forma distinta de concepción de la función parental, la cual busca comprender de forma más precisa el papel de los padres, evitando clasificar el rol en función de una tipología; buscando indagar en funciones específicas, con la finalidad de profundizar en la forma en que se satisfacen ciertas necesidades que son referidas por los hijos (Vazsonyi, Hibbert y Snider, 2003).

De esta concepción parte la teoría de Vazsonyi y cols., en el 2003, quienes recogen los estudios previos de Metzler y cols. (1998), y Roberts y Steinberg (1999), reformulando el contenido de cada dimensión, para quedar constituida por las dimensiones de cercanía, comunicación, soporte, monitoreo, aprobación de pares y conflicto (Molinero, 2006).

2.1.3.1 Familia y adolescencia

La adolescencia es una transición en el desarrollo, es el paso de la niñez a la edad adulta, la cual implica una serie de cambios importantes a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial, abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años (Papalia, Wendkos y Duskin, 2011). Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández (2015) agregan que si estos cambios se dan de forma brusca, rápida, repentina o demorada pueden generar en el adolescente ansiedad e inquietud.

La familia es el principal agente socializador, en donde se educa y forma en valores, se establecen los límites y desarrolla su autonomía, siendo el contexto en el que el adolescente crece y madura. Dentro de ella el adolescente aprende a dar solución a los conflictos, lo que contribuye en su formación (Capano y Ubach, 2013). Iglesias (2016) agrega que los adolescentes que pasen de una niñez en la que se han establecido vínculos afectivos positivos tendrán menos posibilidades de tener conflictos graves con sus padres, así mismo agrega que todo dependerá de las estrategias que se empleen para la solución de conflictos dentro del ámbito familiar.

Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández (2015) refieren que en esta etapa el adolescente se ve expuesto a cometer conductas de riesgo, debido a las características propias de su edad, como la inmadurez, susceptibilidad frente a las opiniones de sus pares, la identificación con ideas opuestas a la de sus padres y necesidad de transgresión de reglas por la búsqueda de su autonomía y reafirmación de la identidad. Polo (2009) agrega que los problemas de los adolescentes surgen por una tensión entre lo que son y lo

que la sociedad les exige que sean, incluyéndose en este aspecto las expectativas que los padres tienen de ellos.

Por lo que la función parental en esta etapa posee un rol importante en dos aspectos, el primero ser promotor del desarrollo psicológico de los hijos facilitando el logro de las distintas tareas y por otro lado, ser agente protector de conductas de riesgo que puedan atentar contra el bienestar de los hijos (Molinero, 2006). Por lo que los padres deben favorecer la autonomía, toma de decisiones y responsabilidad desde la niñez, con la finalidad de permitir que sus hijos aprendan a enfrentarse a diversas situaciones de forma responsable, siempre bajo la supervisión de sus padres.

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Investigación de diseño no experimental de tipo transversal. Hernández, Fernández y Baptista (2010), sostienen que el diseño no experimental de tipo transversal tiene como característica la recolección de datos en un único momento. Según el análisis estadístico aplicado es un diseño multivariante, Crespín (2016) refiere es aquel en el que se da el análisis simultáneo de más de dos variables.

3.2 Ámbito temporal y espacial

Se llevó a cabo en una institución educativa particular ubicada en el distrito de Lurigancho Chosica, perteneciente al Cono Este de Lima, durante el año 2018.

3.3 Variables

Variables independientes.

- Dimensiones de la personalidad, medido por el Inventario de Personalidad de Eysenck).
- Percepción de la función parental, medido por el Adolescent Family Process (APF)

Variable dependiente.

- Trastornos de la conducta alimentaria, medido por el Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI - 2).

Variables de control.

- Edad: 14 a 16 años.
- Grado de instrucción: 3ro, 4to y 5to de secundaria.

Definición constitutiva.

- Los trastornos de la conducta alimentaria: Son problemas de salud mental en los que existe una alteración grave de la conducta alimentaria, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que los pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo (Marco-Salvador, 2004 citado en Tornero, Rosario y del Arco; 2014).
- Personalidad: Eysenck define la personalidad como: “Una organización más o menos estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, lo cual determina su adaptación al ambiente” (Eysenck, 1970, citado en Engler, 1996, pág 303).

- Percepción de la función parental: “La función parental es la forma en que los padres cumplen su rol con sus hijos. Las características en esta relación definen como se satisfacen las necesidades de los hijos a través de las distintas etapas del desarrollo” (Vazsonyi, Hibbert, Snider, 2003).

Definición operacional.

- La sintomatología de los trastornos alimentarios estarán dadas por los puntajes obtenidos en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2).
- La personalidad será medida por medio de los puntajes obtenidos en el Inventario de personalidad de Eysenck para niños.
- La función parental será medida mediante el Adolescent Family Process (AFP).

3.4 Población y muestra

La población estuvo constituida por 157 estudiantes de una institución particular de Lima Este, matriculados durante el año lectivo 2018, en las diferentes secciones de 3ero, 4to y 5to de secundaria.

La muestra de estudio la conformaron 110 adolescentes de 3ro, 4to y 5to año de secundaria del turno mañana, cuyas edades oscilaron entre los 14 y 16 años, de ambos sexos, que cumplieran con los criterios de inclusión de vivir con sus padres, o mantener comunicación con ambos padres, siendo excluidos los sujetos que no mantuvieran comunicación con su madre o con su padre por motivos de fallecimiento o abandono, aquellos que tuvieran menos de 14 años y más de 16 años, los que dejaran más de dos preguntas sin responder y los sujetos que

obtuvieran puntajes superiores a lo permitido según edades en los índices de veracidad de la escala de personalidad de Eysenck, así como aquellos que no desearon participar voluntariamente del estudio.

La elección de la institución y participantes se realizó mediante un proceso de muestreo no probabilístico.

En la tabla 2 se aprecia que 62 sujetos de la muestra pertenecen al sexo masculino que representa al 56,4 %, mientras que 48 pertenecen a al sexo femenino representando el 43.6%.

Tabla 2

Frecuencia de participantes según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	62	56,4
FEMENINO	48	43,6
Total	110	100,0

En la tabla 3 se aprecia que 43 participantes tiene 14 años de edad representando el 39,1% 41 sujetos tiene 15 años de edad representando el 37,3 % y 26 sujetos tienen 16 años representando el 23,6 % de la muestra.

Tabla 3

Frecuencia de participantes según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	43	39,1
15	41	37,3
16	26	23,6

3.5 Instrumentos

EDI-2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

El inventario de desórdenes alimenticios (EDI -2), fue creado por Garner en 1998, en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar los síntomas y ciertos rasgos psicológicos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La adaptación Española la realizaron Corral, Gonzales, Pergeña y Seisdedos, siendo publicada en la editorial TEA. Puede ser aplicada a partir de los 11 años, su aplicación es colectiva o individual, con una duración de 15 a 20 minutos. Está compuesta por 91 ítems, y dividida en once subescalas: 3 de sintomatología, 4 que evalúan rasgos psicológicos y 4 subescalas adicionales que abarcan las subescalas provisionales (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008). En la presente investigación, se emplearon las tres subescalas del EDI-2, que miden presencia de sintomatología asociada a trastornos de la alimentación.

Estudios psicométricos del EDI-2 muestran una alta confiabilidad y validez. Garner & Olmsted realizaron la validez inicial del instrumento en tres muestras de mujeres: pacientes de Anorexia – R ($N=48$), pacientes de Anorexia – B ($N=65$) y estudiantes universitarias ($N=577$). Debido a que se evaluaron de igual forma las muestras de pacientes y los grupos de control, se agruparon los elementos en escalas, obteniendo un coeficiente de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach superior a ,80. La correlación media entre los elementos y sus escalas fue de ,63; lo que indica un alto grado de varianza común entre los elementos de cada escala. Garner, Garfinkel y Polivy realizaron la validez de contenido utilizando un conjunto de 146 ítems dispersos en 8 subescalas en dos muestras: para 889 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, todos los elementos presentaron coeficientes de correlación con

su escala comprendidos entre ,30 y ,78. Mientras que para la otra muestra de 155 pacientes las correlaciones resultaron ligeramente más elevadas oscilando entre ,38 y ,79.

A nivel nacional Domínguez, Villegas, Sotelo, y Sotelo (2007), determinaron las propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima. Obtuvieron una confiabilidad aceptable a través del método de consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de ,90, así como validez factorial (cinco factores que explican el 36.8% de varianza). Guerrero (2011) realizó la Adaptación en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana. Concluyendo que la adaptación peruana del inventario EDI-2 es una buena réplica y una buena adaptación del mismo. Ascenso (2012), realizó una investigación de la confiabilidad del EDI-2, en donde encontró que la escala de obsesión por la delgadez obtiene el nivel de confiabilidad más alto, con un alfa de ,88; mientras que la confiabilidad más baja se presenta en la escala Ascetismo con un alfa de ,49, coeficiente cuestionable. Las escalas de Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Impulsividad e Inseguridad social presentaron un coeficiente alfa bueno mayor a ,70 y las escalas perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez obtuvieron un coeficiente aceptable mayor a ,50 por lo que dichas escalas se consideran confiables. De esta manera, se puede observar que 10 de las 11 escalas presentan una confiabilidad aceptable o buena, mientras que solamente una es cuestionable pero cercana a lo aceptable.

Inventario de personalidad de Eysenck

El inventario de personalidad de Eysenck fue creado en 1968 en la Universidad de Londres por Hans Jurgen Eysenck, su traducción al español se dio en 1992 por Sywl,

Eysenck y Lara-Cantú. El inventario busca evaluar las dimensiones de la personalidad, en cuanto conforman estructuras diferenciales en sus aproximaciones a toda situación de aprendizaje y en sus adaptaciones al medio social, pudiendo ser aplicada a sujetos de entre 7 y 16 años de forma individual o colectiva, con una duración entre 15 a 20 minutos. Consta de 2 escalas principales y posee una tercera escala de mentira, para evaluar las dimensiones básicas de la personalidad: neuroticismo – estabilidad emocional, extraversión – introversión, la tercera escala se emplea por un procedimiento de control, a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas. Está conformado por 60 Ítems, de los cuales 24 pertenecen a la dimensión Introversión – extraversión, 24 a neuroticismo – estabilidad emocional y 12 a la escala de mentiras. Emplea la técnica de elección forzada *SI-NO*. Los ítems están intercalados indistintamente, sin ningún orden especial en el cuestionario. Se asignan normas por sexo y también para la edad de los examinados.

En Perú Varela (2014) realizó una investigación con el objetivo de obtener las propiedades psicométricas del inventario de personalidad de Eysenk para niños y adolescentes de 6 a 16 años de edad en Lima Sur, para lo cual realizó la validez por criterio de jueces obteniendo una puntuación en la V de Aiken desde ,80; al realizar el análisis factorial encontró que los componentes de la prueba eran muy dispersos por ello no se culminó con este, dentro de la confiabilidad realizó el alfa de Cronbach para la consistencia interna para la dimensión Extraversión – Introversión: obtuvo un puntaje de $r = ,63$, Neuroticismo $r = ,78$ y Escala L $r = ,71$; por el método de test re-test se obtuvo una confiabilidad de ,90. Por otro lado, encontró diferencias significativas $p < .001$ entre sexo, edad y tipo de colegio, por lo que realizó baremos percentilares para cada uno de ellos

Escala de Adolescent Family Process (AFP)

La prueba de Función Parental Adolescente (Adolescent Family Process, AFP), fue diseñada por Vazsonyi, Hibbert, y Snider en el 2003, con el objetivo de recabar información de cómo los hijos adolescentes perciben a sus padres y el rol que éstos están cumpliendo en sus vidas. Es un instrumento de autoreporte que consta de 50 afirmaciones, de las cuales 25 están dirigidos para evaluar la relación con el padre y las 25 restantes la relación con la madre. Los ítems se encuentran agrupados en 6 dimensiones de la función parental: cercanía, soporte, monitoreo, comunicación, conflicto y aprobación de pares. La primera dimensión está conformada por seis ítems; la segunda y tercera por cuatro ítems; la cuarta por cinco y la quinta y sexta dimensión están conformadas por tres ítems. De los 25 ítems de cada parte, 21 son directos, mientras que solamente cuatro son inversos. Por otro lado, las alternativas de respuesta están dadas en formato likert de 5 opciones. Para las primeras 14 afirmaciones de cada parte, las opciones son: *totalmente en desacuerdo, desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo*; mientras que para las once restantes las opciones son: *nunca, rara vez, a veces, con frecuencia y casi siempre*.

El AFP fue validado en el 2003 en una investigación llevada a cabo por Vazsonyi y colaboradores en muestras de 5,810 adolescentes de distintos países como Estados Unidos, Suiza, Hungría y Países Bajos que se encontraban entre los 15 y 19 años de edad. Esta investigación mostró por medio de los análisis factoriales confirmatorios la existencia de las 6 dimensiones propuestas, obtuvo un índice de consistencia interna alfa de Cronbach para los ítems paternos oscilan entre ,78 y ,90 y para los maternos entre ,77 y ,87. Molinero (2006) adaptó el AFP en nuestro país en una muestra de 276 adolescentes, tanto hombres como mujeres estudiantes, de 14 a 16 años de Lima

teniendo resultados óptimos los cuales le permitieron validar la adaptación mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En cuanto a los índices de confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach de las áreas de los ítems maternos osciló entre ,63 y ,79; y los paternos entre ,73 y ,87.

Ascenzo (2012) realizó el análisis de confiabilidad de las 6 dimensiones de la prueba tanto para la función parental materna como para la función parental paterna, de manera independiente. La confiabilidad más alta la obtuvo la dimensión monitoreo por parte del padre, obteniendo un nivel excelente, con un alfa de ,89; mientras que la confiabilidad más baja de dichas dimensiones se presenta en la dimensión aprobación por parte de la madre con un alfa de ,44, coeficiente cuestionable. Así mismo, la primera dimensión, cercanía percibida de la madre, presentó un alfa aceptable de ,68 mientras que las demás dimensiones obtuvieron un alfa bueno, mayor a ,70 por lo que se puede decir que se considera que dichas dimensiones son confiables.

3.6 Procedimientos

Primera etapa

- Se revisaron los instrumentos.
- Se procedió a seleccionar la muestra.

Segunda etapa

- Se solicitó el permiso respectivo a las Instituciones donde se llevaría a cabo la investigación.
- Se procedió a aplicar el instrumento, para lo cual se acudió de forma independiente a cada uno de los salones, con la cantidad de pruebas ya distribuidas para cada aula. Antes de entregar la prueba a los participantes se procedió a presentarse ante ellos y a pedirles su colaboración para participar del

estudio, aclarándoles que su participación era voluntaria y que los que se encontraban de acuerdo debían firmar una ficha de consentimiento informado, así mismo se les informó que los resultados del estudio eran confidenciales y que tenían fines de investigación.

Se les informó que luego debían rellenar una hoja que titulaba ficha sociodemográfica en donde debían registrar algunos datos como edad, sexo, grado de instrucción, con quienes viven, y que solo debían responder la segunda parte aquellos que solo vivieran con uno de sus padres. Se les pidió que si tuvieran alguna duda la informaran para poder acercarse a explicarles, una vez que terminaran esa ficha debían esperar para dar las indicaciones de las fichas que rellenarían posteriormente.

Se les explicó que se les había entregado un grupo de pruebas, la primera tenía 20 preguntas las cuales debían marcar en función de nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre, se les aclaró que dichas preguntas estaban referidas a conductas o pensamientos sobre su alimentación y a la percepción sobre su cuerpo y que debían responder en función de cómo se ajustaba el enunciado de las preguntas a cada uno de ellos.

En la segunda parte encontrarían 60 preguntas relacionadas a como se desenvuelven ellos en su entorno, sensaciones físicas o emociones, a las cuales debían marcar colocando con una X debajo de SI o NO de forma sincera según el enunciado, en la última parte encontrarían 25 preguntas referidas a la relación que mantienen con su madre, de las cuales de la 1 a la 14 responderían en función de totalmente de acuerdo, desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo. Y a partir de la pregunta 15 a la 25 debían responder en función de nunca rara vez, a veces, con frecuencia y casi siempre. En la siguiente

hoja encontrarían las mismas preguntas pero esta vez referidas a la relación que mantienen con su padre. Se les aclaró que las preguntas debían ser respondidas con la mayor sinceridad posible y que no debían dejar de responder ninguna pregunta. En caso de que tuvieran alguna duda que levantasen la mano, para poder acercarse a ayudarlos. Mientras los estudiantes respondían las preguntas se fue caminando observando que estuvieran haciéndolo de forma correcta y al ver que pasaban a otra prueba se les iba recalcando algunas instrucciones.

Al momento de recibir las pruebas se revisó de forma rápida que todas las preguntas hayan sido respondidas. Una vez que todos culminaron se les agradeció por su colaboración y se procedió a ingresar a otra aula, siguiendo el mismo procedimiento.

- Se verificó el control de calidad y la calificación respectiva.
- Se construyó la base de datos para realizar el análisis estadístico pertinente con el programa SPSS.
- Se discutieron los resultados obtenidos comparándolos con otros estudios realizados en el país y en el extranjero.
- Se elaboró el informe final.

3.7 Análisis de datos

Para determinar si la personalidad y la percepción de la función parental predicen la sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, se empleó el Análisis de regresión múltiple, prueba efectuada mediante el paquete estadístico SPSS 19.

Para determinar si la función parental de cercanía, conflicto y comunicación con la madre y con el padre son factores que afectan en la dimensión de personalidad de neuroticismo, se empleó el análisis de varianza de dos vías.

IV.Resultados

Análisis de Confiabilidad de los instrumentos utilizados

En la tabla 4 se valoró el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, el síntoma de obsesión por la delgadez obtuvo una confiabilidad de ,822 y el de insatisfacción corporal una confiabilidad de ,720 en concordancia con los estándares de confiabilidad. Para el síntoma de bulimia, si bien el índice fue de ,349 la media de correlación es de ,203 lo cual indica una adecuada confiabilidad. Según Briggs y Cheeck (1986), para escalas cortas con menos de diez elementos es común encontrar valores de Cronbach bajos, siendo más apropiado realizar el análisis de la correlación media entre elementos, la cual debe estar entre ,2 y ,4.

Tabla 4

Índice de consistencia interna para la sintomatología de la conducta alimentaria

	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizada	N de elementos	Media de correlación entre elementos
Obsesión por la delgadez	,822		7	
Bulimia	,349	,331	7	,203
Insatisfacción corporal	,720		9	

En la tabla 5 se valoró el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para las dimensiones personalidad, apreciándose que la dimensión de neuroticismo obtuvo una confiabilidad de ,860 mientras que la dimensión de extraversión obtuvo una baja confiabilidad con un valor de ,593. El índice de consistencia interna para la dimensión de extraversión compuesta por 19 elementos

mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, evidencia una confiabilidad de ,745 indicando un nivel de confiabilidad aceptable.

Tabla 5

Índice de consistencia interna para las dimensiones de la personalidad

Dimensión	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizada	N de elementos
Extraversión	,593	,624	24
Neuroticismo	,860		24
Extraversión	,745	,754	19

En la tabla 6 se aprecia el análisis de ítems realizado para los 24 reactivos de la dimensión de personalidad de extraversión, reflejando que los ítems 6, 33, 51 y 55 contribuyen de manera negativa y el ítem 59 es el que menos contribuye. Optándose por eliminar estos 5 elementos a fin de incrementar el nivel de confiabilidad de la dimensión de personalidad de extraversión.

Tabla 6

Análisis de ítems de la dimensión de personalidad de extraversión

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem_1_Ey	,245	,576
Ítem_3_Ey	,347	,561
Ítem_6_Ey	-,019	,612
Ítem_9_Ey	,291	,568
Ítem_11_Ey	,187	,583
Ítem_14_Ey	,248	,574
Ítem_17_Ey	,256	,576
Ítem_19_Ey	,385	,553
Ítem_22_Ey	,333	,568
Ítem_25_Ey	,220	,579
Ítem_27_Ey	,323	,570
Ítem_30_Ey	,359	,561
Ítem_33_Ey	-,123	,625
Ítem_35_Ey	,151	,587
Ítem_38_Ey	,308	,576
Ítem_41_Ey	,274	,570
Ítem_43_Ey	,315	,564
Ítem_46_Ey	,229	,576
Ítem_49_Ey	,279	,572
Ítem_51_Ey	-,098	,620
Ítem_53_Ey	,083	,595
Ítem_55_Ey	-,098	,622
Ítem_57_Ey	,211	,579
Ítem_59_Ey	,015	,604

En la tabla 7 se valoró el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para la percepción de la función parental materna, apreciándose que las subescalas de cercanía, soporte, comunicación y conflicto obtienen valores aceptables de confiabilidad, mientras que las subescalas de monitoreo y aprobación de pares obtienen valores bajos; sin embargo, la media de correlación es de ,306 y ,308 respectivamente lo cual indica adecuada confiabilidad.

Tabla 7

Índice de consistencia interna para la percepción de la función materna

	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizada	N de elementos	Media de correlación entre elementos
Cercanía	,770		6	
Soporte	,791		4	
Monitoreo	,637	,638	4	,306
Comunicación	,862		5	
Conflicto	,760		3	
Aprobación de pares	,551	,572	3	,308

En la tabla 8 se valoró el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para la percepción de la función parental materna, apreciándose que las subescalas de cercanía, soporte, monitoreo, comunicación y conflicto obtienen valores aceptables de confiabilidad, mientras que la subescala de aprobación de pares obtiene un valor bajo; sin embargo, la media de correlación es de ,4 lo que indica adecuada confiabilidad.

Tabla 8

Índice de consistencia interna para la percepción de la función Paterna

	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizada	N de elementos	Media de correlación entre elementos
Cercanía	,759		6	
Soporte	,749		4	
Monitoreo	,781		4	
Comunicación	,896		5	
Conflicto	,721		3	
Aprobación de pares	,684	,701	3	,400

Personalidad y percepción de la función parental como predictores de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

La tabla 9 se aprecia que los predictores presentan de manera general un 43.5% de explicación de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 9

Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria.

<i>R</i>	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,712	,508	,435	3,874

La tabla 10 de análisis de varianza muestra que la ecuación del modelo de regresión lineal múltiple ($F= 6,993$) es significativo ($p<,05$).

Tabla 10

Análisis de varianza para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig.
Regresión	1469,064	14	104,933	6,993	,000 ^a
Residual	1425,491	95	15,005		
Total	2894,555	109			

La tabla 11 muestra que la dimensión de personalidad de neuroticismo que discurre entre el polo de la estabilidad y la inestabilidad emocional (ver página 51) es la variable con mayor predicción de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de alimentación, siendo esta predicción positiva ($\beta = ,574$) y presentando un mayor grado de significancia ($p < ,001$), con lo que se observa que a medida que el nivel de inestabilidad emocional se incrementa, la probabilidad de presentar obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria será mayor. El monitoreo del padre es la segunda variable que mejor predice de manera negativa ($\beta = -,274$), es decir, a menor monitoreo por parte del padre mayor probabilidad de presentar obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno alimenticio, la dimensión de personalidad de extraversión es significativa ($p < ,05$) prediciendo la obsesión por la delgadez de forma directa, es decir, a mayor extraversión mayor probabilidad de padecer el síntoma de obsesión por la delgadez. En cuanto a las demás variables no resultan significativas en el efecto predictivo de la obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la alimentación.

Tabla 11

Coefficientes de predicción para la variable dependiente obsesión por la delgadez como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	β	Error típ.	Beta		
(Constante)	-7,229	3,013		-2,399	,018
EXTRAVERSIÓN	,258	,127	,164	2,038	,044
NEUROTICISMO	,591	,073	,672	8,155	,000
CERCANIA CON LA MADRE	,032	,125	,029	,258	,797
SOPORTE DE LA MADRE	,048	,139	,041	,343	,732
MONITOREO DE LA MADRE	,261	,149	,158	1,745	,084
COMUNICACIÓN CON LA MADRE	-,195	,139	-,179	-1,404	,164
CONFLICTO CON LA MADRE	-,099	,175	-,049	-,567	,572
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DE LA MADRE	,136	,185	,069	,736	,464
CERCANIA CON EL PADRE	-,042	,128	-,039	-,329	,743
SOPORTE DEL PADRE	,179	,134	,139	1,341	,183
MONITOREO DEL PADRE	-,273	,109	-,230	-2,510	,014
COMUNICACIÓN CON EL PADRE	-,041	,120	-,040	-,343	,732
CONFLICTO CON EL PADRE	-,098	,175	-,049	-,561	,576
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DEL PADRE	-,044	,160	-,026	-,273	,785

Personalidad y percepción de la función parental como predictores de la bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

La tabla 12 muestra que los predictores presentan de manera general un 9.6% de explicación de la bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 12

Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

<i>R</i>	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,461 ^a	,212	,096	1,758

La tabla 13 de análisis de varianza muestra que la ecuación del modelo de regresión lineal múltiple ($F= 1,829$) es significativa ($p<,05$).

Tabla 13

Análisis de varianza para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Suma de cuadrados	<i>gl</i>	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig.
Regresión	79,137	14	5,653	1,829	,045^a
Residual	293,627	95	3,091		
Total	372,764	109			

La tabla 14 muestra que la dimensión de personalidad neuroticismo (estabilidad-inestabilidad) es la única variable que predice la Bulimia como síntoma de un trastorno de alimentación, siendo esta predicción directa ($\beta = ,111$) y presentando significancia ($p<,05$), observándose que a medida que el nivel inestabilidad se incrementa, la probabilidad de presentar bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria será mayor. En cuanto a las demás variables no resultan

significativas en el efecto predictivo de la Bulimia como síntoma de un trastorno de la alimentación.

Tabla 14

Coefficientes de predicción para la variable dependiente bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	β	Error típ.	Beta		
(Constante)	,723	1,367		,529	,598
EXTRAVERSIÓN	,029	,057	,052	,509	,612
NEUROTICISMO	,111	,033	,352	3,381	,001
CERCANIA CON LA MADRE	-,052	,057	-,130	-,926	,357
SOPORTE DE LA MADRE	,042	,063	,101	,670	,505
MONITOREO DE LA MADRE	,068	,068	,115	1,000	,320
COMUNICACIÓN CON LA MADRE	-,024	,063	-,060	-,372	,710
CONFLICTO CON LA MADRE	-,016	,079	-,022	-,201	,841
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DE LA MADRE	-,001	,084	-,001	-,007	,994
CERCANIA CON EL PADRE	-,012	,058	-,032	-,212	,833
SOPORTE DEL PADRE	-,035	,061	-,075	-,574	,567
MONITOREO DEL PADRE	-,044	,049	-,103	-,892	,375
COMUNICACIÓN CON EL PADRE	-,056	,054	-,151	-1,021	,310
CONFLICTO CON EL PADRE	-,044	,080	-,062	-,557	,579
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DEL PADRE	,057	,072	,094	,780	,437

Personalidad y percepción de la función parental como predictores de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

La tabla 15 muestra que los predictores presentan de manera general un 38.1% de explicación de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 15

Análisis de Regresión múltiple para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,679 ^a	,461	,381	3,792

En la tabla 16 se aprecia que la ecuación del modelo de regresión lineal múltiple ($F= 5,800$) es significativa ($p<,001$).

Tabla 16

Análisis de varianza para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1167,709	14	83,408	5,800	,000 ^a
Residual	1366,254	95	14,382		
Total	2533,964	109			

La tabla 17 refleja que la dimensión de personalidad de neuroticismo (estabilidad - inestabilidad) es la variable con mayor predicción de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de alimentación, siendo esta predicción positiva ($\beta = ,442$) y presentando alta significancia ($p < ,001$), apreciándose que a medida que el nivel de inestabilidad emocional se incrementa, la probabilidad de presentar insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria será mayor. Otra variable que predice la insatisfacción corporal es la cercanía con el padre, siendo esta predicción directa ($\beta = ,304$) y significativa ($p > ,001$) apreciándose que a medida que el nivel de cercanía con el padre se incrementa, la probabilidad de presentar insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria será mayor. En cuanto a las demás variables no resultan significativas en el efecto predictivo de la insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno alimentario.

Tabla 17

Coeficientes de predicción para la variable dependiente insatisfacción corporal como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	1,895	2,950		,642	,522
EXTRAVERSIÓN	-,197	,124	-,134	-1,589	,115
NEUROTICISMO	,442	,071	,537	6,233	,000
CERCANIA CON LA MADRE	-,209	,122	-,200	-1,715	,090
SOPORTE DE LA MADRE	-,125	,136	-,115	-,919	,360
MONITOREO DE LA MADRE	,131	,146	,085	,897	,372
COMUNICACIÓN CON LA MADRE	-,145	,136	-,142	-1,062	,291
CONFLICTO CON LA MADRE	-,023	,171	-,012	-,134	,894
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DE LA MADRE	,263	,181	,143	1,453	,149
CERCANIA CON EL PADRE	,304	,125	,304	2,435	,017
SOPORTE DEL PADRE	,115	,131	,095	,879	,382
MONITOREO DEL PADRE	-,144	,106	-,130	-1,354	,179
COMUNICACIÓN CON EL PADRE	-,017	,117	-,018	-,146	,884
CONFLICTO CON EL PADRE	-,050	,172	-,027	-,291	,771
APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DEL PADRE	-,097	,156	-,062	-,621	,536

Análisis de multivarianza para estimar la influencia de la percepción de la función parental materna y paterna de cercanía en la dimensión de personalidad de neuroticismo.

En la tabla 18 se aprecia que la prueba de contraste de Levene arroja una Sig > ,05 reflejando datos homogéneos en los puntajes evaluados.

Tabla 18

Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de cercanía como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo

<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
1,527	8	101	,157

La tabla 19 muestra que existe diferencia significativa ($p < ,05$) en la estabilidad – inestabilidad (neuroticismo) en función al nivel de cercanía con la madre. Mientras que en la cercanía con el padre y la interacción de ambas variables no resultan ser factores influyentes en la dimensión de neuroticismo. Como la cercanía con la madre parece tener efectos significativos sobre la estabilidad – inestabilidad, se procede a un análisis de varianza post hoc para dicha variable.

Tabla 19

Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de cercanía como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^b
Modelo corregido	518,509 ^a	8	64,814	2,035	,050	,139	16,279	,802
Intersección	17882,809	1	17882,809	561,447	,000	,848	561,447	1,000
NIVELES_CER_MA	428,856	2	214,428	6,732	,002	,118	13,464	,910
NIVELES_CERCANÍA_PA	56,629	2	28,314	,889	,414	,017	1,778	,200
NIVELES_CER_MA *	17,518	4	4,379	,137	,968	,005	,550	,078
NIVELES_CERCANÍA_PA								
Error	3216,982	101	31,851					
Total	26834,000	110						
Total corregida	3735,491	109						

En la tabla 20 se aprecia que los adolescentes con un nivel bajo de cercanía con la madre tienen una puntuación media de 17,431 en los puntajes de neuroticismo, mientras que los que presentan un nivel alto de cercanía con la madre presentan menores puntajes de neuroticismo con una media de 11, 448.

Tabla 20

Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de cercanía con la madre

NIVEL DE CERCANIA CON LA MADRE	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
BAJA	17,431	1,112	15,226	19,637
MODERADA	14,266	,794	12,691	15,841
ALTA	11,448	1,204	9,059	13,836

La tabla 21 muestra que existe diferencia significativa ($p<,001$) en los niveles de baja cercanía y alta cercanía con la madre en relación a los puntajes obtenidos por los adolescentes en la dimensión neuroticismo apreciándose que menor cercanía con la madre mayor inestabilidad emocional.

Tabla 21

Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de cercanía con la madre como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo

(I)NIVEL DE CERCANIA CON LA MADRE	(J)NIVEL DE CERCANIA CON LA MADRE	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^a				
		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^a	Límite inferior	Límite superior
BAJA	MODERADA	3,166*	1,366	,023	,456	5,875
	ALTA	5,984*	1,639	,000	2,733	9,234
MODERADA	BAJA	-3,166*	1,366	,023	-5,875	-,456
	ALTA	2,818	1,442	,053	-,043	5,679
ALTA	BAJA	-5,984*	1,639	,000	-9,234	-2,733
	MODERADA	-2,818	1,442	,053	-5,679	,043

Análisis de multivarianza para estimar la influencia de la percepción de la función parental materna y paterna de comunicación en la dimensión de personalidad de neuroticismo.

En la tabla 22 se aprecia que la prueba de contraste de Levene arroja una Sig > ,05 reflejando datos homogéneos para los puntajes evaluados.

Tabla 22

Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de comunicación como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo

<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
1,009	8	101	,434

En la tabla 23 se aprecia que existe diferencia significativa ($p < ,05$) en la estabilidad - inestabilidad (neuroticismo) en función al nivel de comunicación con la madre. Mientras que en la comunicación con el padre y la interacción de la comunicación con la madre y el padre no resultan ser factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo. Como la comunicación con la madre parece tener efectos significativos sobre la estabilidad – inestabilidad, se procede a un análisis de varianza post hoc para dicha variable.

Tabla 23

Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de comunicación como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^b
Modelo corregido	508,593 ^a	8	63,574	1,990	,055	,136	15,919	,792
Intersección	17672,802	1	17672,802	553,148	,000	,846	553,148	1,000
NIVELES_COMUN ICACIÓN_MA	220,349	2	110,175	3,448	,036	,064	6,897	,635
NIVELES_COMUN ICACIÓN_PA	30,937	2	15,469	,484	,618	,009	,968	,127
NIVELES_COMUN ICACIÓN_MA * NIVELES_COMUN ICACIÓN_PA	305,360	4	76,340	2,389	,056	,086	9,558	,670
Error	3226,898	101	31,949					
Total	26834,000	110						
Total corregida	3735,491	109						

En la tabla 24 se aprecia que los adolescentes con un nivel bajo de comunicación con la madre tienen una media de 15,821 en los puntajes de neuroticismo, mientras que los que tienen un nivel alto de comunicación con la madre presentan una media de 12,022 en los puntajes de neuroticismo.

Tabla 24

Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de comunicación con la madre

NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LA MADRE	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
BAJA	15,821	1,134	13,571	18,071
MODERADA	15,272	,890	13,506	17,038
ALTA	12,022	1,132	9,776	14,268

En la tabla 25 se aprecia que a pesar de que el análisis de varianza evidencia diferencias significativas en los niveles de cercanía con la madre, esta no es significativa en la prueba posterior ya que no se identifican diferencias significativas entre los puntajes de neuroticismo entre el nivel bajo y alto de comunicación con la madre ($p>,05$).

Tabla 25

Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de comunicación con la madre como factor influyente en la dimensión de personalidad de neuroticismo

(I)NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LA MADRE	(J)NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LA MADRE	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
BAJA	MODERADA	,77	1,326	,832	-2,39	3,92
	ALTA	3,30	1,416	,056	-,06	6,67
MODERADA	BAJA	-,77	1,326	,832	-3,92	2,39
	ALTA	2,54	1,278	,121	-,51	5,58
ALTA	BAJA	-3,30	1,416	,056	-6,67	,06
	MODERADA	-2,54	1,278	,121	-5,58	,51

Análisis de multivarianza para estimar la influencia de la percepción de la función parental materna y paterna de conflicto en la dimensión de personalidad de neuroticismo.

En la tabla 26 se aprecia que la prueba de contraste de Levene arroja una Sig >,05 reflejando que los puntajes en los grupos tienen una varianza homogénea.

Tabla 26

Contraste de Levene para la percepción de la función parental materna y paterna de conflicto como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo

<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
,952	8	101	,478

En la tabla 27 se aprecia que existe diferencia significativa ($p < ,05$) en la dimensión de personalidad de neuroticismo en función al nivel de conflicto con la madre y con el padre de forma independiente. Mientras que la interacción de ambas variables no resulta ser un factor influyente en la estabilidad – inestabilidad (neuroticismo). Como el conflicto con la madre y con el padre parecen tener efectos significativos sobre la estabilidad – inestabilidad (neuroticismo), se procede a un análisis de varianza post hoc para ambas variables.

Tabla 27

Análisis de varianza para la percepción de la función parental materna y paterna de conflicto como factores influyentes en la estabilidad- inestabilidad

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado o parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^b
Modelo corregido	940,509 ^a	8	117,564	4,248	,000	,252	33,986	,992
Intersección	20258,135	1	20258,135	732,052	,000	,879	732,052	1,000
NIVELES_CONFLICTO_MA	289,143	2	144,572	5,224	,007	,094	10,449	,821
NIVELES_CONFLICTO_PA	212,296	2	106,148	3,836	,025	,071	7,672	,684
NIVELES_CONFLICTO_MA *	177,485	4	44,371	1,603	,179	,060	6,414	,479
NIVELES_CONFLICTO_PA								
Error	2794,982	101	27,673					
Total	26834,000	110						
Total corregida	3735,491	109						

En la tabla 28 se aprecia que los adolescentes con un nivel bajo de conflicto con la madre tienen una media de 13,463 en los puntajes de neuroticismo, mientras que los que tienen un nivel moderado de conflicto presentan una media de 14, 205 en los puntajes de neuroticismo y los que tienen un nivel alto de conflicto con su madre presentan una media de 17,867 en los puntajes de neuroticismo.

Tabla 28

Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de conflicto con la madre

NIVEL DE CONFLICTO CON LA MADRE	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
BAJA	13,463	1,041	11,399	15,528
MODERADA	14,205	,784	12,649	15,761
ALTA	17,867	1,065	15,755	19,979

La tabla 29 muestra que existe diferencia significativa ($p<,05$) entre el nivel bajo y alto de conflicto con la madre y entre el nivel moderado y alto de conflicto con la madre en relación a los puntajes de neuroticismo obtenidos por los adolescentes, apreciándose que un alto conflicto con la madre genera mayor inestabilidad emocional.

Tabla 29

Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de conflicto con la madre como factores influyentes en la dimensión de personalidad de neuroticismo

(I)NIVEL DE CONFLICTO CON LA MADRE	(J)NIVEL DE CONFLICTO CON LA MADRE	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
BAJA	MODERADA	,17	1,207	,989	-2,70	3,05
	ALTA	-4,63*	1,421	,004	-8,01	-1,25
MODERADA	BAJA	-,17	1,207	,989	-3,05	2,70
	ALTA	-4,81*	1,252	,001	-7,78	-1,83
ALTA	BAJA	4,63*	1,421	,004	1,25	8,01
	MODERADA	4,81*	1,252	,001	1,83	7,78

En la tabla 30 se aprecia que los adolescentes con un nivel bajo de conflicto con el padre tienen una media de 13,640 en los puntajes de neuroticismo, mientras que los que tienen un nivel moderado de conflicto presentan una media de 14,478 en los puntajes de neuroticismo y los que tienen un nivel alto de conflicto con su padre presentan una media de 17,417 en los puntajes de neuroticismo.

Tabla 30

Medias de los puntajes de neuroticismo para los niveles de conflicto con el padre

NIVEL DE CONFLICTO CON EL PADRE	Intervalo de confianza 95%			
	Media	Error típ.	Límite inferior	Límite superior
BAJA	13,640	1,110	11,439	15,841
MODERADA	14,478	,764	12,962	15,993
ALTA	17,417	1,009	15,416	19,418

La tabla 31 muestra que existe diferencia significativa ($p < ,05$) entre el nivel bajo y alto de conflicto con el padre y entre el nivel moderado y alto de conflicto con el padre en relación a los puntajes de neuroticismo obtenidos por los adolescentes, apreciándose que un alto conflicto con el padre genera mayor inestabilidad emocional.

Tabla 31

Comparaciones múltiples posteriores al análisis de varianza para los niveles de conflicto con el padre como factores influyentes en la estabilidad- inestabilidad

(I)NIVEL DE CONFLICTO CON EL PADRE	(J)NIVEL DE CONFLICTO CON EL PADRE	Diferencia		Sig.	Intervalo de confianza	
		de medias (I- J)	Error típ.		95% Límite inferior	Límite superior
BAJA	MODERADA	,14	1,280	,993	-2,90	3,19
	ALTA	-4,20*	1,452	,013	-7,65	-,74
MODERADA	BAJA	-,14	1,280	,993	-3,19	2,90
	ALTA	-4,34*	1,200	,001	-7,19	-1,49
ALTA	BAJA	4,20*	1,452	,013	,74	7,65
	MODERADA	4,34*	1,200	,001	1,49	7,19

V. Discusión de resultados

Para el primer objetivo la hipótesis se valida de forma parcial, ya que el modelo inicial compuesto por catorce factores explica el 43, 5% de la obsesión por la delgadez; sin embargo, no todos los factores son significativos en la regresión lineal, perfilándose como factores de mayor peso la dimensión de personalidad de neuroticismo ($\beta = ,591$ $p < ,001$), el monitoreo por parte del padre ($\beta = -,273$ $p > ,001$) y la dimensión de personalidad de extraversión ($\beta = ,258$ $p < ,05$), mientras que las demás variables no resultan ser significativas.

Un estudio realizado por Sánchez (2013) sostiene que en una muestra de mujeres con TCA las dimensiones de neuroticismo y amabilidad son factores predictores de riesgo para pertenecer al grupo de TCA. Por otra parte un estudio realizado por Garaigordobil y Fontaneda en el 2009, encontraron mediante la regresión múltiple que en una muestra normal la dimensión neuroticismo predecía un bajo bienestar psicológico. El resultado obtenido concuerda con lo encontrado por Sánchez, Garaigordobil y Fontaneda, en donde la variable neuroticismo se encuentra asociada a la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en este caso al síntoma de obsesión por la delgadez, por lo cual podría ser un factor predictivo de dicha variable y se le podría considerar en la realización de trabajos preventivos.

Bajo el modelo anterior también se encontró que el monitoreo por parte del padre es una variable protectora del síntoma de obsesión por la delgadez ($\beta = -,273$ $p > ,001$), el monitoreo por parte del padre es cómo el adolescente percibe la supervisión de su padre en las actividades que realiza fuera del hogar. Con respecto a ello las investigaciones refieren que en los casos clínicos el padre es una persona significativa pero distante del hogar, por lo que termina dando la responsabilidad para el cuidado de los hijos a la madre (De las Casas, 2008, Citado en Battilana, 2016). Por otra parte

un estudio realizado por Battilana en el 2016 en una muestra de pacientes con TCA revela que las jóvenes percibían al padre como una figura ausente. Los datos apoyan la idea de que la función paterna de monitoreo resulta ser un factor protector del síntoma de obsesión por la delgadez, por lo que se debe concientizar a los padres sobre la importancia de estar enterados de las actividades que realizan sus hijos fuera del hogar, recalcando que esta función debe tener como objetivo monitorizar a sus hijos más no criticarlos, pretender tener un control excesivo sobre ellos o sobreprotegerlos para ser considerado un factor protector.

En relación a la dimensión de extraversión un estudio realizado por Galarsi, Ledezma, De Bortolo y Correche (2009) en Argentina en estudiantes universitarios, evidenció que la dimensión de personalidad de extraversión obtuvo una correlación negativa con la obsesión por la delgadez en una parte de la muestra empleada, mientras que otra parte no obtuvo correlación significativa. En Perú un estudio realizado por Cortéz (2014) en estudiantes de enfermería encontró que la dimensión de extraversión obtenía una correlación negativa débil con la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados obtenidos no se corroboran con otras investigaciones, sugiriéndose indagar más dichas variables en futuros trabajos.

Otro objetivo fue precisar si las dimensiones de personalidad y percepción de la función parental de la madre y el padre son factores que predicen la bulimia, para lo cual se propuso un modelo compuesto por catorce variables, validándose la hipótesis de forma parcial, ya que el modelo inicial explica el 9,6 % del síntoma de bulimia; sin embargo, la dimensión de personalidad de neuroticismo es la única que predice la Bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria, siendo esta predicción positiva y significativa ($\beta = ,111$ $p < ,05$), es decir a medida que el nivel de inestabilidad se incrementa, la probabilidad de presentar bulimia como síntoma de un

trastorno de la conducta alimentaria será mayor. Los hallazgos de Strober, 1980, citado en Camarillo, 2015 señalan que la personalidad de los pacientes con Bulimia nerviosa es más inestable emocionalmente. Se debe tener en consideración que la subescala de Bulimia no implica un trastorno bulímico, sino esta hace alusión a un síntoma de TCA asociado a pensamientos recurrentes sobre la ingesta de alimentos de forma excesiva.

En relación a la influencia de la personalidad y percepción de la función parental materna y paterna como factores predictivos de la insatisfacción corporal, la hipótesis se valida de forma parcial, ya que el modelo inicial compuesto por catorce factores explica el 38,1 % de la insatisfacción corporal como síntoma de un TCA; sin embargo, todas las variables no son significativas en la regresión lineal, presentándose como factores de mayor peso la dimensión de personalidad de neuroticismo ($\beta = ,442$ $p < ,001$), seguido de la cercanía con el padre ($\beta = ,304$ $p > ,001$), mientras que las demás variables no resultan significativas.

En relación a ello, un estudio realizado por Caldera-Montes, et al. (2019) en México bajo un modelo predictivo del 21,9 % señaló que el neuroticismo predice la insatisfacción corporal en el sexo femenino, agregando que el hecho de que esta dimensión de personalidad este asociada con mayor susceptibilidad psicológica puede hacer que el individuo tenga mayor insatisfacción corporal. De lo cual podemos tomar en consideración la influencia social y de los medios de comunicación sobre el aspecto físico, sumado a los cambios corporales por los que se encuentran pasando los adolescentes, siendo más sensibles a las críticas aquellos adolescentes que presenten mayores puntajes de neuroticismo, por lo que probablemente dicha variable resulta ser un factor de riesgo mayor.

Por otra parte la cercanía, que evalúa la proximidad emocional y la comprensión en la interacción del padre con su hijo (a) adolescente, resulta ser una variable que predice la insatisfacción corporal de forma positiva. Mellor, Mc Cabe, Ricciardelli y Merino (2008, citados en Marmo, 2014) señalan que la influencia de los padres en relación a las actitudes que ellos tengan sobre el peso corporal y hábitos alimenticios es uno de los factores de riesgo más importante en la insatisfacción corporal y la pérdida de peso. Los padres son modelos a nivel conductual, emocional y cognitivo, y por medio de ellos también se transmiten conductas y creencias en relación a temas alimenticios. Múltiples estudios señalan que el factor afectivo por parte de los padres (madre y padre) es un factor protector de los TCA, no encontrándose de forma independiente la función afectiva solo del padre en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal; sin embargo, para dar explicación a este resultado puede ocurrir que en la muestra de estudio los adolescentes perciban una adecuada cercanía con su padre; no obstante, que estos sean modelos inadecuados de prácticas alimenticias o que den mucha importancia al aspecto físico y esto resulte ser un factor que se encuentre afectando la insatisfacción corporal en los adolescentes, habiendo que considerar que no es solo la cercanía con el padre lo que resulta ser un factor protector o de riesgo sino que durante esta interacción no hayan mensajes negativos entorno al aspecto físico o a los hábitos alimenticios. Siendo importante y sugiriendo para futuras investigaciones indagar más en cuanto a los mensajes que puedan transmitir los padres o madres sobre el estado físico o la forma de alimentación de sus hijos, y la cercanía que tienen con ellos, para poder determinar la verdadera influencia de dichas variables de forma independiente.

En este estudio se ha encontrado que la dimensión de personalidad de neuroticismo se encuentra asociada con diferentes pesos a los tres síntomas de trastornos de la

conducta alimentaria propuestos, por lo que conocer su valor predictivo podría servir, para considerarla en trabajos preventivos en adolescentes que obtengan altos puntajes pese a que no haya indicadores de TCA, por otra parte, se le podría considerar en la evaluación de pacientes con sospecha de TCA sumada a la evaluación de otros aspectos que pueden ser un factor de riesgo, pues no se debe olvidar que los TCA son un problema muy complejo que tiene múltiples causas o factores de riesgo que actúan entre sí para desencadenar su sintomatología.

En la revisión de la literatura se encuentra que la dimensión de personalidad de neuroticismo suele encontrarse asociada a diversas patologías psicológicas, sin embargo, no explica qué factores pueden influir en tener mayores puntajes en dicha dimensión. Como se sabe el desarrollo de la personalidad está influido por varios factores, entre ellos el rol que cumplen los padres, por lo cual el presente estudio se pretende determinar la influencia de la función de cercanía, comunicación y conflicto por parte de la madre y el padre en el desarrollo de la dimensión de personalidad de neuroticismo asociada con la inestabilidad emocional. En la revisión de la literatura no se encuentran estudios que evalúen la función de cada uno de los progenitores y su influencia en la inestabilidad emocional de sus hijos; sin embargo, se encuentran escasos estudios en relación a la dinámica familiar en general y su influencia en el neuroticismo.

En relación a la función de cercanía en el desarrollo de la inestabilidad emocional, la hipótesis se valida de forma parcial ya que solo la cercanía con la madre influye significativamente ($p > .001$) en la inestabilidad del adolescente, apreciándose que a mayor cercanía disminuye la inestabilidad emocional del adolescente. En relación a ello Rodríguez en el 2017, señala que el cariño, amor y apoyo son más importantes y significativos para el desarrollo emocional de los hijos, que el tiempo que puedan

pasar cuidándolos. De lo cual se aprecia que no se trata de cantidad de tiempo sino de la calidad de la interacción con los hijos, para poder contribuir de forma positiva a su ajuste emocional. Por otra parte Contreras (2010), señala que la carencia afectiva es un factor que repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los niños. En relación a ello Sroufe, Carlson, & Levy, 1999, citados en Castañeda, 2012, señalan que experiencias positivas durante la infancia y la adolescencia, como calidez y afecto parental, pueden promover el desarrollo de rasgos adaptativos como confianza y optimismo. Un estudio realizado por Castro (2016) encontró que la disfuncionalidad en las funciones parentales se encontraban asociadas a altos puntajes de neuroticismo en sus hijos. En la revisión de la literatura no se encuentra el grado de influencia que tiene cada uno de los progenitores en la estabilidad emocional del adolescente, por lo que el resultado de este estudio contribuye a nivel teórico y también impulsa a que futuros investigadores indaguen en dicha área. Como hipótesis se planteó que la función del padre también sería un factor influyente en la estabilidad emocional de los adolescentes; sin embargo, para el estudio solo se encontró que la madre resulta tener influencia en esta variable, esto puede ser debido a que en nuestra sociedad mayormente es la madre quién se encarga del cuidado de los hijos o se encuentra más pendiente de ellos, mientras que el padre es el que cumple la función de trabajar y muchas veces pasa poco tiempo de calidad con sus hijos, por lo que sería importante continuar indagando su influencia en la estabilidad emocional del adolescente.

El objetivo específico número cinco planteó que la comunicación con la madre y con el padre serían factores que influyan en la dimensión de personalidad de neuroticismo; sin embargo, la hipótesis no se valida, pues se encontró que la comunicación con la madre o con el padre no influyen en la inestabilidad emocional de los adolescentes. Estos resultados no apoyan lo encontrado por Schmidt, et al.

(2010), quienes señalan que las interacciones entre los padres y sus hijos son importantes en la adolescencia pues permiten un adecuado ajuste psicológico y social. Otro elemento que influye en el estado emocional del adolescente, es la calidad de las relaciones familiares, siendo la comunicación entre padres e hijos un aspecto relacionado con el bienestar emocional (Ossa y Navarrete, 2014, citados en Ruvalcaba-Romeroa, Orozco-Solisa, Gallegos-Guajardob y Nava-Fuerte, 2018). Viendo que el resultado no contrasta con la literatura encontrada se sugiere indagar este aspecto en futuras investigaciones.

El último objetivo de esta investigación fue indagar si el conflicto que los adolescentes mantienen con su madre, con su padre o en la interacción con ambos, es un factor que influye en generar altos puntajes de neuroticismo generando mayor inestabilidad emocional en los adolescentes. En relación a ello la hipótesis se valida parcialmente ya que el conflicto que el adolescente tiene con la madre o con el padre de forma independiente influye significativamente en su inestabilidad emocional. En relación a ello Schmidt, et al. (2010), señalan que las relaciones conflictivas entre hijos y padres pueden actuar como factor de riesgo de diversos problemas. Lo cual es reafirmado por Luna (2011) quién refiere que múltiples investigaciones señalan efectos negativos del conflicto entre los adolescentes y sus padres, sobre el bienestar y la salud del adolescente, pudiendo ser un factor de riesgo psicosocial, que pueda generar mayor predisposición al consumo de drogas, desarrollo de trastornos alimenticios, síntomas depresivos, etc. No se ha encontrado literatura que explique cómo influyen las funciones específicas de cada uno de los padres en la dimensión de personalidad de neuroticismo, por lo cual el resultado obtenido contribuye a nivel teórico y fomenta la investigación con dichas variables.

VI.Conclusiones

1. La dimensión de personalidad de neuroticismo es la variable que predice con mayor significancia los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria de obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Mientras que en relación a las funciones parentales no todas predicen de forma significativa la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, siendo significativas para la obsesión por la delgadez el monitoreo por parte del padre, para la insatisfacción corporal la cercanía con el padre, mientras que para el síntoma de bulimia ninguna función resulta ser significativa.
2. Del modelo inicial compuesto por catorce factores para predecir la obsesión por la delgadez, solo son significativos en la regresión lineal la dimensión de personalidad de neuroticismo ($B=.591$ $p<.001$), el monitoreo por parte del padre ($B=-.273$ $p>.001$) y la dimensión de personalidad de extraversión ($B=.258$ $p<.05$), mientras que las demás variables no resultan ser significativas.
3. Del modelo inicial compuesto por catorce factores para predecir el síntoma de bulimia, la única variable significativa es la dimensión de personalidad de neuroticismo ($B=.111$ $p<.05$) siendo esta predicción positiva y significativa, es decir a medida que el nivel de inestabilidad se incrementa, la probabilidad de presentar bulimia como síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria será mayor. Las demás variables no son significativas.
4. Del modelo inicial compuesto por catorce factores para predecir la insatisfacción corporal, solo son significativos la dimensión de personalidad de neuroticismo ($B=.442$ $p<.001$), seguido de la cercanía con el padre ($B=.304$ $p>.001$), mientras que las demás variables no son significativas.

5. Los adolescentes con mayor cercanía con la madre obtuvieron menores medias en los puntajes de neuroticismo, es decir presentaron mayor estabilidad emocional. Mientras que la cercanía con el padre o la cercanía con ambos progenitores no influyeron en la dimensión de neuroticismo.
6. La comunicación con la madre, con el padre o la interacción de ambas variables no influyen en la dimensión de personalidad de neuroticismo.
7. Los adolescentes con mayor conflicto con la madre y con el padre de manera independiente obtuvieron mayores medias en los puntajes de neuroticismo.

VII.Recomendaciones

- Para estudios futuros se sugiere emplear una muestra más amplia.
- Se sugiere para siguientes investigaciones recopilar la información tanto de los hijos como de los padres o de algún familiar que pueda dar una opinión neutra en cuanto a dicha interacción.

VIII.Referencias

- Acevedo, J. (2008). *La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/396>
- Andonaires, A. y Maldonado, C. (2018). *Competencias parentales y actitudes hacia la violencia de género en adolescentes de instituciones educativas de San Juan de Lurigancho 2018* (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3mK>
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal y Asamblea Nacional de Rectores.
- Ascenso. F. (2012). *Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4432>
- Aumentan casos de anorexia y bulimia entre hombres. (25 de Enero del 2015). *La Republica*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/851140-aumentan-casos-de-anorexia-y-bulimia-entre-hombres>
- Battilana, A. (2016). *Percepción del vínculo materno y paterno en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa* (Tesis de pregrado). Universidad peruana de ciencias aplicadas, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3mU>

- Bohórquez, J. (2011). *Personalidad y percepción en el alumno del estilo educativo del docente en el aula* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3ml>
- Briggs, S. & Cheeck, J. (1986) The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales *Journal of Personality*, 54, 106-148. Recuperado de <http://cort.as/-P4Y4>
- Cabañero, B. y Escrivá, V. (2016). *Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid, España: Síntesis, S. A.
- Caldera-Montes, J., Reynoso-González, O., Nuño-Camarena, D., Caldera-Zamora, I., Pérez-Púlido, I., Gómez-Álvarez, C. (2019). Insatisfacción con la imagen corporal y personalidad en estudiantes de bachillerato de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Duazary*, 16 (1), 93 – 103. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2534/19361>
- Camarillo, L. (2015). *Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/33297/1/T36423.pdf>
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7 (1), 83-95. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n1/v7n1a08.pdf>
- Casos de anorexia y bulimia aumentan 300 por ciento en 20 años. (29 de Noviembre del 2017). *Excelsior*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/11/29/1204415#view-1>

- Castañeda, D. (2012). Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: una revisión funcional – contextual. *Suma Psicológica*, 19 (2), 131-149. Recuperado de <http://cort.as/-PI-H>
- Castejón, A. (2017). *Aspectos psicopatológicos y variables de personalidad como factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <http://cort.as/-P3m9>
- Castro, A. (2016). *La función parental y su influencia en la formación de la dimensión de personalidad neuroticismo de los estudiantes de 16 a 17 años de edad de la unidad educativa fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja - periodo 2016* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Recuperado de <http://cort.as/-P3mw>
- Chinchilla, M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. México, D.F, México: Masson.
- Chonlón, K., Grosso, A., Paredes, G., Reyes, B., Siadén, D., Vásquez, N., Barboza, I. y Chang, D. (2013). Frecuencia de trastornos alimentarios en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque, durante el año 2012. *Revista cuerpo médico*, 6 (2), 13 - 15. Recuperado de <http://cort.as/-P3n0>
- Contreras, G. (2010). *La carencia afectiva intrafamiliar en niños y niñas de cinco a diez años* (Tesina de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2338/1/tps637.pdf>
- Cortéz, M. (2014). Dimensiones de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Revista Ciencia y tecnología*, 11, (2), 125-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id>

- Crespín, E. (2016). *Análisis multivariante: Aplicaciones con SPSS*. San Salvador, República de El Salvador: UFG Editores.
- Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, L. y Sotelo, N. (2007) Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5 (1), 30 - 40. Recuperado de <http://cort.as/-P4fR>
- Engler, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. México, D.F, México: McGraw-Hill.
- Fassino, S., Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81–90. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03325050>
- Feist, J. & Feist, G. (2007). *Teorías de la Personalidad*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Galarsi, M.; Ledezma, C.; De Bortoli, M. y Correche, M. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, 10 (19), 157-165. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965009>
- Galdós-Tanguis, A. (2014). *Relación entre el rendimiento, estrés académico y dimensiones de personalidad en universitarios* (Tesis de Pregrado). Universidad Peruana de Ciencias aplicadas, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3qc>
- Garaigordobil, J y Fontaneda, J. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*, 17 (3), 543-559. Recuperado de <http://cort.as/-P3nA>

- Gayou-Esteva, U. y Ribeiro-Toral, R. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5 (2), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741622006>
- Gómez, D. (2016). *Características de Personalidad, Psicopatológicas y de Interacción Familiar, Relacionadas con los Trastornos del Comportamiento Alimentario* (Tesis de doctorado). Universidad de Murcia, España. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/397693>
- Gómez, M. (2019). *Factores asociados al desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de 3.º y 4.º de secundaria de la institución educativa privada Corazón de María San Juan de Lurigancho 2017* (Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3nY>
- Gonzales, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C y Venegas, M. (2005). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para Desórdenes Alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 91-115. Recuperado de <http://cort.as/-P3o3>
- Gorab y Del Carmen, I. (2005). *Trastorno de la conducta Alimentario. Anorexia y bulimia*. Mexico, D.F., Mexico: Ed. Masson.
- Guerrero, D. (2011). *Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71404163.pdf>
- Guerrero, V. (2011). Relaciones peligrosas con la comida. *Revista de divulgación de la UNAM*, 18 (48). 10-15. Recuperado de <http://cort.as/-P4c8>

- Guzmán, P. (2012). *Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3oD>
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Herrera, T. (2008). *Validez y confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3oS>
- Iglesias, J. (2016). Adolescencia y familia. *Adolescere*, 4 (3), 45- 52. Recuperado de <http://cort.as/-P3oV>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2002). Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General. *Anales de Salud Mental*, 18 (1), 1-199.
- Ivez, L. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *Adolescere*, 2 (2), 14-18. Recuperado de <http://cort.as/-PI3h>
- Las nuevas caras de la anorexia: chicas más jóvenes y chicos más visibles. (30 de Noviembre del 2015). *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/20151130/30490216338/las-nuevas-caras-de-la-anorexia-chicas-mas-jovenes-y-chicos-mas-visibles.html>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Condes*, 20 (1), 85-97. Recuperado de <http://cort.as/-AzPG>
- López, M. y Sallés, N. (2005). *Prevención de la anorexia y bulimia*. Madrid, España: Culturals Valencianes.

- Luna, A. (2011). Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (1), 77-85. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71891784.pdf>
- Manrique, R., Manrique, R., Vallejo, K., Manrique, C., Santamaría, A. y Pincay, A. (2018). Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédica*, 37 (4). Recuperado de <http://cort.as/-P3pJ>
- Marmo, J (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22 (2), 165 - 178. Recuperado de <http://cort.as/-P3pR>
- Martinez, P, Zusman, L. Hartley, J., Morote, R. y Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21 (2), 1-36. Recuperado de <http://cort.as/-P3pg>
- Mazariegos, I. (2014). *Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Mazariegos-Ingrid.pdf>
- Méndez, J., Vázquez-Velázquez y García-García. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Medigraphic*, 3 (65), 579-592. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>
- Miranda, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de san marcos, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3po>

- Molinero, C. (2006). *Adaptación de la escala “Adolescent Family Process” (AFP) en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3q->
- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P. y Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Rev. electrónica de estudiantes de psicología*, 4 (1), 31-40. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/download/1588/1589/>
- Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación*. Madrid, España: Morata.
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2011). *Desarrollo humano*. México, D.F., México: Educación.
- Paredes, B. (2018). *Trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo* (Tesis de pregrado), Trujillo, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3rc>
- Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>
- Polo, C. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años* (Tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de <http://cort.as/-EOiy>
- Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Recuperado de <http://cort.as/-P3rr>
- Rodríguez, M. (2017). *Análisis de la implicación del padre en el ajuste psicológico: mediación de la aceptación-rechazo parental percibida* (Tesis doctoral).

- Universidad Nacional de educación a distancia, Madrid, España. Recuperado de <http://cort.as/-P3rz>
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229. Recuperado de <http://cort.as/-HoQb>
- Ruvalcaba-Romeroa, N., Orozco-Solisa, M., Gallegos-Guajardob, J., Nava-Fuerte, J. (2018). Relaciones escolares, comunicación con padres y prosocialidad como predictores de emociones positivas. *Liberabit*, 24 (2), 183-193. Recuperado de <http://cort.as/-P3sE>
- Sánchez, A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba, España. Recuperado de <http://cort.as/-P3sN>
- Sánchez, A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba, España. Recuperado de <http://cort.as/-P3sN>
- Sánchez, M. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria “comer o no comer”. Universidad autónoma de México. Seminario de sociología general y jurídica. Recuperado de <http://cort.as/-P4gu>
- Sandoz, E. (2011). *Prevención de la anorexia y bulimia*. Valencia, España: Nau Llibres.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G., y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11 (2),

<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63>

Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. y González, A. (2010). La Comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y Validación de Una Escala desde un Enfoque Mixto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (2), 299-311. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420641011.pdf>

Schultz, D. y Schultz, S. (2009). *Teorías de la personalidad*. México, D.F., México: Cengage.

Tello, S. (2012). *Incidencia en la tendencia a parecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de la carrera de Nutrición* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Tello-Silvia.pdf>

Tornero, M., Rosario, R. y del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (1), 7-16. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_01.pdf

Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Madrid, España: Ariel.

Varela, S. (2014). *Estandarización del inventario de personalidad – Eysenck para niños y adolescentes de 6 a 16 años de Lima sur* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3sq>

- Vázquez., R., López, X., Ocampo., M. y Mancilla – Díaz., J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentario*, 6 (2), 108-120. Recuperado de <http://cort.as/-P3su>
- Vazsonyi, A., Hibbert, J., Snider, J. (2003). Exotic enterprise no more? Adolescent reports of family and parenting processes from youth in four countries. *Journal of Research on Adolescence*, 13 (2), 129 – 160. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1532-7795.1302001>
- Vilca, D. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro pre universitario universidad nacional del altiplano puno, 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Perú. Recuperado de <http://cort.as/-P3t->
- Zusman, L. (2000). *Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

IX. Anexos

Anexo 1. Diferencia en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el

DSM- IV y DSM-5

DSM-IV (2000) Anorexia nerviosa	DSM-5 (2014) Anorexia nerviosa
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable) B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos) Especificar el tipo: Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)	A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación) Especificar si: (F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{-}16.99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{-}15.99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Fuente: Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz (2015).

Anexo 2. Diferencia en los criterios diagnósticos de la Bulimia nerviosa según el DSM-IV y DSM-5.

DSM-IV Bulimia nerviosa	DSM-5 Bulimia nerviosa
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa Especificar tipo: Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso	A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere) B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa Especificar si: En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado <i>En remisión total</i>: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado. Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. <i>Leve</i>: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Moderado</i>: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Grave</i>: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <i>Extremo</i>: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Fuente: Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz (2015).

Anexo 3. Baremos de los niveles de la percepción de la función parental materna

CATEGORÍA	CERCANIA CON LA MADRE	SOPORTE DE LA MADRE	MONITOREO DE LA MADRE	COMUNICACIÓN CON LA MADRE	CONFLICTO CON LA MADRE	APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DE LA MADRE
Bajo	1 - 15	1 - 6	1 - 9	1 - 8	1 - 3	1 - 4
Moderado	16 - 20	7 - 11	10 - 13	9 - 13	4 - 6	5 - 8
Alto	21 - 24	12 - 16	14 - 16	14 - 20	6 - 12	9 - 12

Anexo 4. Baremos de los Niveles de la percepción de la función parental paterna.

CATEGORÍA	CERCANIA CON EL PADRE	SOPORTE DEL PADRE	MONITOREO DEL PADRE	COMUNICACIÓN CON EL PADRE	CONFLICTO CON EL PADRE	APROBACIÓN DE LOS PARES POR PARTE DEL PADRE
Bajo	1 - 13	1 - 8	1 - 6	1 - 5	1 - 2	1 - 4
Moderado	14 - 17	9 - 12	7 - 11	6 - 10	3 - 5	5 - 7
Alto	18 - 24	13 - 16	12 - 16	11 - 20	6 - 11	8 - 12

Anexo 5. Ficha sociodemográfica

Edad: () Sexo: M () F () Grado de instrucción: 3ero () 4to () 5to ()	
¿Con quienes vives? Madre () Padre () Hermanos () Nueva pareja de mamá () Nueva pareja de papá () Otros () _____	Fallecimiento de algún familiar Madre () Padre () Hermanos ()
Contestar estas preguntas solo en caso de que vivas con uno de tus padres o con algún otro familiar. ¿Mantienes comunicación con el progenitor con el que no vives? _____ SI () NO () ¿Cómo te comunicas con el progenitor con el que no vives? Teléfono () Personalmente () Otros () _____ ¿Con que frecuencia te comunicas de manera personal con el progenitor con el que no vives? Diariamente () Semanalmente () Mensualmente () ¿Con que frecuencia te comunicas de por teléfono con el progenitor con el que no vives? Diariamente () Semanalmente () Mensualmente ()	

Anexo 6. Protocolo del Inventario de de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2)

Garner (1998), adaptación Española Corral, González, Pergeña, y Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.).

Inventario de de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2)

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

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

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

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

Contesta a todas las frases con sinceridad

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo comer cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
5	Suelo hartarme de comida.	0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	1	2	3	4	5
7	Pienso en ponerme en dieta.	0	1	2	3	4	5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiados gruesos.	0	1	2	3	4	5
10	Me considero una persona poca eficaz.	0	1	2	3	4	5
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
12	Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida.	0	1	2	3	4	5
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
16	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
17	Confío en los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Me siento solo en el mundo.	0	1	2	3	4	5
19	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.	0	1	2	3	4	5
22	Preferiría ser adulto a ser niño.	0	1	2	3	4	5

23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.	0	1	2	3	4	5
24	Me gustaría ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.	0	1	2	3	4	5
27	Me siento incapaz.	0	1	2	3	4	5
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer.	0	1	2	3	4	5
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
30	Tengo amigos íntimos.	0	1	2	3	4	5
31	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	0	1	2	3	4	5
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	0	1	2	3	4	5
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	0	1	2	3	4	5
36	Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
37	Me siento seguro de mí mismo.	0	1	2	3	4	5
38	Suelo pensar en darme un atracón.	0	1	2	3	4	5
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.	0	1	2	3	4	5
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	0	1	2	3	4	5
41	Tengo mala opinión de mí.	0	1	2	3	4	5
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos.	0	1	2	3	4	5
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	0	1	2	3	4	5
47	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.	0	1	2	3	4	5
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
50	Me considero una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	0	1	2	3	4	5
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
53	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	0	1	2	3	4	5
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	0	1	2	3	4	5
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	0	1	2	3	4	5
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	0	1	2	3	4	5
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	0	1	2	3	4	5
61	Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3	4	5
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5

64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	0	1	2	3	4	5
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	0	1	2	3	4	5
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	0	1	2	3	4	5
68	Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.	0	1	2	3	4	5
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	0	1	2	3	4	5
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	0	1	2	3	4	5
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73	Soy comunicativo con la mayor parte de la gente.	0	1	2	3	4	5
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.	0	1	2	3	4	5
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
76	La gente comprende mis verdaderos problemas.	0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
78	Comer por placer es signo de debilidad moral.	0	1	2	3	4	5
79	Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira.	0	1	2	3	4	5
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	0	1	2	3	4	5
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	0	1	2	3	4	5
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	0	1	2	3	4	5
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.	0	1	2	3	4	5
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal.	0	1	2	3	4	5
85	Tengo cambios de humor bruscos.	0	1	2	3	4	5
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	0	1	2	3	4	5
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor	0	1	2	3	4	5
89	Sé que la gente me aprecia.	0	1	2	3	4	5
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	0	1	2	3	4	5
91	Creo que realmente sé quién soy.	0	1	2	3	4	5

Anexo 7. Protocolo del Inventario de de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2),
formato para ser aplicado en la investigación.

Inventario de de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI -2)

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

En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas, de las cuáles deberás elegir una, la que mejor te describa.

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

Contesta a todas las frases con sinceridad

		Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Suelo comer cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo hartarme de comida.	0	1	2	3	4	5
5	Pienso en ponerme en dieta.	0	1	2	3	4	5
6	Pienso que mis muslos son demasiados gruesos.	0	1	2	3	4	5
7	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
8	Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
9	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
10	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
11	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
12	He ido a comelonas en las que sentí que no podía dejar de comer.	0	1	2	3	4	5
13	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
14	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
15	Suelo pensar en darme un atracón.	0	1	2	3	4	5
16	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
17	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	0	1	2	3	4	5
18	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
19	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
21	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
22	Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3	4	5
23	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5

Anexo 8. Protocolo del Inventario de Personalidad de Eysenck - Forma A.

Hans Jurgen Eysenk (1968), Varela (2014)

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa después de cada pregunta coloque una "X" debajo de "si" o "no", según sea su respuesta Trate de decidir lo más rápido que pueda y responder con la mayor sinceridad. No hay contestaciones correctas ni incorrectas

Nº		Si	No
1	¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?		
2	¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den ánimo o valor?		
3	¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?		
4	¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?		
5	¿Eres triste?		
6	¿Prefieres estar solo, en vez de de estar acompañado de otros niños?		
7	¿Pasan ideas por tu cabeza que no te dejen dormir?		
8	¿Siempre haces inmediatamente conforma lo que te dicen o mandan?		
9	¿Te gustan las bromas pesadas?		
10	¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?		
11	¿Eres vivaz y alegre?		
12	¿Alguna vez has desobedecido cierta regla de la escuela?		
13	¿Te aburren o fastidian muchas cosas?		
14	¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?		
15	¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran sucederte?		
16	¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?		
17	¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o juego sean alegres?		
18	¿Sientes golpes en tu corazón?		
19	¿Cuándo conoces nuevos amigos, generalmente tu empiezas la conversación?		
20	¿Has dicho alguna vez alguna mentira?		
21	¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una		
22	¿Te gusta "cochinear" (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?		
23	¿A menudo te sientes cansado sin razón?		
24	¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?		
25	¿Estás generalmente alegre o contento?		
26	¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?		
27	¿Te gusta juntarte con otros chicos?		
28	¿Dices tus oraciones todas las noches?		

29	¿Tienes mareos?		
30	¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?		
31	¿Te sientes a menudo harto, hastiado?		
32	¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o “tiras pana” un poco?		
33	¿Estás generalmente tranquilo y callado cuando estas con otros niños?		
34	¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?		
35	¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?		
36	¿Estás siempre callado en la clase, aun cuando el profesor(a) está fuera del salón?		
37	¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?		
38	¿Puedes generalmente participar y disfrutar de un paseo alegre?		
39	¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?		
40	¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de una persona o compañero?		
41	¿Considerarías que eres feliz, suertudo y lechero?		
42	¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridículo, te quedas preocupado?		
43	¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?		
44	¿Siempre comes todo lo que te dan en la comida?		
45	¿Te es muy difícil de aceptar que te digan (NO), te nieguen algo o no te dejen hacer algo?		
46	¿Te gusta salir a la calle bastante?		
47	¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?		
48	¿Has sido alguna vez insolente con tus padres?		
49	¿Las personas piensan que tú eres alegre y “vivo”?		
50	¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estás haciendo trabajo o tarea?		
51	¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?		
52	¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?		
53	¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?		
54	¿A menudo te sientes solo?		
55	¿T e sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?		
56	¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?		
57	¿Cuándo los chicos(as) te gritan, tú les gritas también?		
58	¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos tristes sin alguna razón especial?		
59	¿Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo juego alegre?		
60	¿A menudo te metes en problemas o líos por hacer las cosas sin pensar primero?		

Anexo 9. Protocolo del Adolescent family process - Adaptación Peruana (AFP-P)

Vazsonyi, et al. (2003), Adaptación Peruana Molinero (2006).

Adolescent family process - Adaptación Peruana (AFP-P)

INSTRUCCIONES:

El objetivo de esta prueba es conocer cómo ves la relación con tus padres. Para ello, **sólo tienes que leer las oraciones que se te presentan a continuación y escoger la alternativa de respuesta que creas que describe mejor cómo son las cosas entre tus padres y tú.** En la primera parte contestarás pensando en la relación con tu madre, en la segunda, en la relación con tu padre. Como verás en las 14 primeras oraciones deberás responder indicando qué tan de acuerdo estás con la afirmación que se te presenta. En ese sentido las posibilidades de respuesta son:

Por ejemplo:	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Mi mamá me pregunta cómo estoy si me ve triste.					X

En este caso, la persona opina que es completamente cierto lo que esa afirmación indica y por eso marca Totalmente de Acuerdo.

NOTA: A partir de la pregunta 15 deberás indicar con qué frecuencia ocurre lo que las oraciones indican. Por lo tanto, para responder deberás escoger entre las siguientes alternativas Nunca, Rara vez, A veces, Con Frecuencia, o Casi siempre, según te parezca.

Por ejemplo:	Nunca	Rara vez	A veces	Con Frecuencia	Casi siempre
Salgo a pasear con mi mamá.					X

Como ves, no se trata de un cuestionario donde hay respuestas correctas o incorrectas, sino que sólo busca saber cómo consideras que es la relación con tus padres. **Te pedimos, por lo tanto, que respondas con toda sinceridad y no dejes respuestas en blanco.**

FORMATO EN RELACIÓN A LA MADRE

	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1 Mi mamá frecuentemente me pregunta sobre lo que hago en el colegio.					
2 Mi mamá me da la cantidad adecuada de cariño.					
3 Una de las peores cosas que me podría pasar es darme cuenta que decepcioné a mi mamá.					
4 Mi mamá está normalmente orgulloso de mí cuando termino algo en lo que trabajé duro.					
5 Mi mamá confía en mí.					
6 Estoy más cercano a mi mamá que muchos chicos de mi edad.					
7 Mi mamá a veces me hace sentir mal delante de otras personas.					
8 A veces mi mamá no me escucha a mí o mis opiniones.					
9 Mi mamá a veces me hace sentir que no alcanzo sus expectativas.					
10 Me parece que mi mamá desearía que yo fuera una persona diferente.					
11 Mi mamá quiere saber con quién estoy cuando salgo con amigos o tengo una cita.					
12 En mi tiempo libre fuera de casa mi mamá sabe con quién estoy y dónde estoy.					
13 Mi mamá quiere saber dónde estoy si no voy a casa directamente del colegio.					
14 Cuando no estoy en casa, mi mamá sabe por dónde ando.					
	Nunca	Rara Vez	A veces	Con Frecuencia	Casi siempre
15 ¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá sobre cosas que son importantes para ti?					
16 ¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá sobre tus decisiones personales importantes?					
17 ¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá sobre problemas que tienes en el colegio?					
18 ¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá sobre tus planes de estudio o trabajo futuros?					
19 ¿Con qué frecuencia hablas con tu mamá sobre qué tan bien te llevas con tus profesores?					
20 ¿Con qué frecuencia tienes desacuerdos o discusiones con tu mamá?					
21 ¿Con qué frecuencia no hablas con tu mamá, a propósito, porque estás molesto con él?					
22 ¿Con qué frecuencia te molestan con tu mamá?					
23 ¿Con qué frecuencia tu mamá aprueba a tus amigos?					
24 ¿Con qué frecuencia tu mamá aprueba a tu enamorado(a)?					
25 ¿Con qué frecuencia a tu mamá le gusta que salgas con tus amigos?					

FORMATO EN RELACIÓN AL PADRE

	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1 Mi papá frecuentemente me pregunta sobre lo que hago en el colegio.					
2 Mi papá me da la cantidad adecuada de cariño.					
3 Una de las peores cosas que me podría pasar es darme cuenta que decepcioné a mi papá.					
4 Mi papá está normalmente orgulloso de mí cuando termino algo en lo que trabajé duro.					
5 Mi papá confía en mí.					
6 Estoy más cercano a mi papá que muchos chicos de mi edad.					
7 Mi papá a veces me hace sentir mal delante de otras personas.					
8 A veces mi papá no me escucha a mí o mis opiniones.					
9 Mi papá a veces me hace sentir que no alcanzo sus expectativas.					
10 Me parece que mi papá desearía que yo fuera una persona diferente.					
11 Mi papá quiere saber con quién estoy cuando salgo con amigos o tengo una cita.					
12 En mi tiempo libre fuera de casa mi papá sabe con quién estoy y dónde estoy.					
13 Mi papá quiere saber dónde estoy si no voy a casa directamente del colegio.					
14 Cuando no estoy en casa, mi papá sabe por dónde ando.					
	Nunca	Rara Vez	A veces	Con Frecuencia	Casi siempre
15 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá sobre cosas que son importantes para ti?					
16 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá sobre tus decisiones personales importantes?					
17 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá sobre problemas que tienes en el colegio?					
18 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá sobre tus planes de estudio o trabajo futuros?					
19 ¿Con qué frecuencia hablas con tu papá sobre qué tan bien te llevas con tus profesores?					
20 ¿Con qué frecuencia tienes desacuerdos o discusiones con tu papá?					
21 ¿Con qué frecuencia no hablas con tu papá, a propósito, porque estás molesto con él?					
22 ¿Con qué frecuencia te molestan con tu papá?					
23 ¿Con qué frecuencia tu papá aprueba a tus amigos?					
24 ¿Con qué frecuencia tu papá aprueba a tu enamorado(a)?					
25 ¿Con qué frecuencia a tu papá le gusta que salgas con tus amigos?					