



# INSTRUMENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGO PSICOSOCIAL, ASOCIADO A TCA

MARTHA CECILIA VALBUENA QUIÑÓNEZ  
marthacvq@misena.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 29-05-2017 FECHA DE ACEPTACIÓN: 21-08-2017

## RESUMEN

El fenómeno de la anorexia, la bulimia y los TCANE (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) ha evolucionado a través de los cambios en los hábitos sociales y de la aparición de factores socioculturales que favorecen la belleza del cuerpo como ideal social, con alteraciones conductuales tanto de ingesta como de imagen corporal. Una herramienta importante para evitar los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es la prevención, pues al controlar los factores de riesgo de esta enfermedad y teniendo en cuenta que no se dispone de una herramienta estandarizada en Colombia, se diseñó un instrumento psicométrico compuesto por 124 ítems para detectar el nivel de riesgo psicosocial asociado al desarrollo de TCA, sustentado en una metodología cuantitativa que se aplicó a una muestra poblacional femenina de 603 personas distribuidas entre la ciudad de Bogotá, D. C., y Chía (Cundinamarca), con un rango de 11 a 18 años de edad, no diagnosticadas. Posteriormente los resultados fueron analizados en SPSS, obteniendo un Alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.951$ , en prueba piloto, ratificando la validez y confiabilidad del instrumento, con el fin de otorgar un concepto probabilístico de nivel de riesgo con fines preventivos y de sensibilización en las adolescentes.

**Palabras clave:** Riesgo psicosocial, anorexia, bulimia, TCA, detección, adolescentes.

*Psicóloga – Licensed Master Practitioner of Neuro-Linguistic Programing avalada directamente por Richard Bandler, cocreador de La PNL y The Society of Neuro-Linguistic Programing. Magister en Formación en Educación Superior*

*Coautora del proyecto: Marcela Rodríguez Camargo*

*Asesoría: Ps. Mg. Carlos Garavito Ariza. Universidad Piloto de Colombia, 2015*

## ABSTRACT

The phenomenon of anorexia, bulimia and TCANE, non specified food conduct disease food conduct disorders, has evolved across the changes in social habits and the appearance of sociocultural factors that favor the beauty of the body as social ideal, with behavioral alterations both of ingestion and corporal image. An important tool for disorders (TCA) is prevention, since it contributes to control the factors of risk of this disease and bearing in mind that there is not a standard tool in Colombia, a psychometric tool of 124 items was desiged to detect the psychosocial risk level associated with the development of food conduct disorders supported by a quan methodology applied to a femenine undiagnosed population sample of 640 people distributed between the city of Bogotá D.C. and Chía - Cundinamarca, who were 11 - 18 years old. Later the results were analyzed in SPSS, obtaining Cronbach's Alfa  $\alpha = .951$ , a pilot test, ratifying the validity and reliability of the instrument, in order to grant a probabilistic concept of level of risk to teenagers with preventive and of awareness purposes.

**Key words:** *Risk psychosocial, anorexia, bulimia, TCA, detection, teenagers.*

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la anorexia, la bulimia y no especificado TCANE, como TCA, ha evolucionado a través de los cambios en los hábitos sociales y de la aparición de factores socioculturales que determinan o generan patrones a la belleza del cuerpo como ideal social con alteraciones conductuales tanto de ingesta como de imagen corporal (Raich, 2000). La anorexia es un trastorno sociopsicobiológico de creciente trascendencia sanitaria cuyo estudio requiere un indudable valor formativo que permita la promoción y predicción de factores de riesgo (Toro y Vilardell, 1989, citados por Echeburúa & Marañón, 2001, p. 513). Para fines de esta investigación, se pretende hacer un aporte sociocultural a través del diseño y validación de un instrumento psicométrico para la detección del riesgo psicosocial asociado a los TCA en adolescentes de Bogotá y Cundinamarca (Chía), con el fin de prevenir a tiempo

desórdenes alimenticios, mejorando así la calidad de vida de quienes presentan síntomas que afectan directamente el cuerpo (Crispo, 1997).

En un estudio realizado por Ballester (2003) se evidencian conductas alimentarias de riesgo en niños españoles entre 11 y 14 años. Habitualmente, el 40% de los niños evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% intenta vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia de su figura física. Los indicadores antes mencionados evidencian una problemática acerca de los TCA y la repercusión que tienen. Iniciando con tratamientos largos, complejos y que pueden ocasionar sufrimiento personal y familiar e incluso llevar a la muerte, en países como México, las estadísticas de la Secretaría de Salud reportan que

un 40% de personas anoréxicas se curan totalmente, del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (Gálvez, 2010). En un estudio realizado por Grant & Cash (1995) con 23 mujeres estudiantes de peso normal y sin trastorno alimentario, en 11 sesiones de 90 minutos cada una, se trabajaron factores como imaginación de áreas corporales que desagradan y situaciones de alteración relacionadas con la apariencia física. En relación con lo anterior, el estudio realizó una comparación tanto grupal como individual, de las cuales el 52% de las 23 mujeres mejoraron notablemente en medidas cognitivas y afectivas de la imagen corporal en autoestima, depresión y ansiedad social.

Para concluir, según el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, denominado Encuesta mundial de la salud mental (EMSM) en Colombia, se observó prevalencia de trastornos mentales. Dicho estudio se basó en población no institucionalizada con edades entre los 18 y 65 años con residencia en áreas urbanas. La tasa ponderada de respuesta fue de 87,7%. Lo anterior indica que los trastornos de la conducta alimentaria no solo se presentan en población escolarizada, sino también en población no institucionalizada. Adicionalmente, se puede presentar en un rango amplio de edad (Posada y colaboradores, 2003).

Por otro lado, instituciones educativas como el SENA han generado estrategias

de prevención a través del Centro Agroecológico y Empresarial de Fusagasugá, iniciando con una campaña denominada "Tú eres más que una imagen". En Colombia las cifras sobre anorexia y bulimia no son contundentes, pero según estudios de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, realizados con 474 jóvenes entre 14 y 19 años, el 0,78% reúne los criterios para el diagnóstico de anorexia (SENA, 2011, citado por Rubio Rodríguez, 2014). En el caso de la bulimia, el mismo estudio reportó que de las 474 jóvenes encuestadas, el 2,3% tenía criterios diagnósticos de bulimia; otro estudio, realizado en la Universidad de Antioquia con 972 estudiantes de cinco colegios de la ciudad de Medellín, encontró que al 77% le aterra subir de peso, el 46% practica actividad física por estética, el 33% se siente culpable después de comer, el 16% siente que la comida controla su vida y el 8% se induce el vómito.

La prueba permite evaluar a las adolescentes bogotanas y de Chía (Cundinamarca), teniendo en cuenta los factores predisponentes (PD), precipitantes (PC) y mantenedores (M). Factores PD como genética, edad (11 a 18 años), género femenino, obesidad o sobrepeso premórbido, déficit de empatía, perfeccionismo y antecedentes familiares (Trallero, 1987). Factores PC como dieta, cambios corporales adolescentes, dificultades familiares, aumento de peso, críticas acerca del cuerpo, enfermedad adelgazante y actividad física elevada.

Factores M como consecuencias cognitivas, actividad física en exceso,

interacción con las familias y aislamiento social. Finalmente, factores de riesgo psicosocial RP, como insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia), presión social por parte del entorno escolarizado y funcionamiento familiar inadecuado (roles, interacción, contingencias).

En conclusión, el instrumento diseñado tiene como objetivo la detección temprana de riesgo psicosocial asociado a los TCA con una serie de criterios y contenidos que permiten establecer la relación de la medición en las adolescentes con anorexia, bulimia y TCANE, identificando así las causas y los factores.

### **TCA**

En la clasificación de alteraciones relacionadas con la conducta alimentaria o de ingestión de alimentos se encuentran aspectos con una etiología multicausal relacionados entre ellos, los factores genéticos, familiares, socioculturales, psicológicos y ciertos patrones considerados como de alto riesgo (Saucedo & Santocini, 2009).

### **Anorexia nerviosa (AN)**

En la AN se encuentran algunas características diagnósticas que consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres sufren amenorrea. El diagnóstico de los trastornos de la alimentación se debe realizar según los criterios recopilados en el DSM-IV - V y CIE10.

### **Bulimia nerviosa (BN)**

Según el manual DSM-V TR (2013), se representan los atracones como una cantidad anormal de comida ingerida, de los que el individuo oculta los síntomas, generalmente avergonzado de su conducta, los realiza a escondidas y cada episodio puede o no haberse planeado con anterioridad. El estado de ánimo disfórico, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar simultáneamente este tipo de conducta, en la cual los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, lo que suele provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (Font y Martínez, 2003).

En contextos como el colombiano, describe Bahamón (2012) que el recorrido investigativo sobre el tema es limitado, y los estudios de carácter epidemiológico aportan significativamente en la visibilización del fenómeno, aunque no se constituyen en productos suficientes para el abordaje de la problemática. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que las investigaciones encontradas sobre el tema en nuestro país se remiten a estudios realizados en población escolar de bachillerato y universidad, frecuentemente con muestras de género femenino y que exploran los TCA de manera generalizada. Según Jáuregui (2006), tanto la anorexia como la bulimia han sido consideradas nerviosas como resultado de un malestar

mental. También se califican como el resultado de una cultura moderna en la cual los estándares de delgadez son una norma por cumplir, convirtiéndose en sinónimos de éxito, aceptación y logro. A continuación, los trastornos de la conducta alimentaria que no tienen los criterios para ningún trastorno.

### **TCANE**

En el TCANE según Pedreira (1999), en su revisión menciona que el trastorno se caracteriza porque el promedio de peso es adecuado, no hay episodios de voracidad o no son frecuentes, pero existe temor a ganar peso y hasta se pueden llegar a presentar amenorrea o síntomas de bulimia. Es un cuadro que puede desembocar en un trastorno alimentario severo. Finalmente, en esta categoría el manual diagnóstico DSM-TR (2013) se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cuentan con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

### **Evaluación de TCA**

Los trastornos alimentarios han recibido atención en las últimas décadas por su gravedad y prevalencia. Sin embargo, son escasos los trabajos que intentan detectar conductas alimentarias problemáticas en la infancia temprana que pudieran constituir signos de alarma respecto al posible futuro desarrollo de trastornos más serios. Según Ballester (2003), en su estudio con niños de 11 y 14 años ya se evidencian en los resultados conductas alimentarias de riesgo en estas edades. En la construcción de

instrumentos de evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran cuestionarios y autoinformes que inciden en su gran mayoría en la década de los ochenta. En México es diseñado en el año 2002 un cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo por Unikel-Santoncini (2002), contiene diez ítems de autoaplicación y mide conductas definidas por el DSM IV con respuestas de tipo Likert. Cuando la puntuación es menor de once, se califica sin riesgo. Esta prueba es de carácter privado, es una publicación interna del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ejemplo que se acerca a la estandarización requerida por las características culturales, de desarrollo social, económico y político de Colombia.

De acuerdo con el contexto social, académico, disciplinar, epidemiológico y caracterización de los trastornos de la conducta alimentaria que se desarrollan a nivel científico con base en los Manuales Diagnósticos DSM-V, CIE10; la revisión en organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros aspectos relacionados, se evidencia la presencia del riesgo psicosocial en las adolescentes que en la actualidad en Colombia aún no cuentan con instrumentos que permiten la detección temprana del trastorno, que acompañan procesos de promoción y prevención en el sistema de salud del país. Por lo anterior, surge la necesidad de contar con instrumentos válidos a través de los cuales sea posible tamizar adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno

alimentario, que permitan diseñar intervenciones preventivas y eficaces de promoción de la salud (Santocini, 2010). De acuerdo con el contexto histórico que se desarrolla respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia y la bulimia nerviosa, la vigorexia, la ortorexia, las conductas como obsesión, compulsión, ansiedad, depresión, lipofobia y dismorfobia como indicadores de riesgo o asociación a diagnósticos superiores. En Colombia, a lo largo del territorio, se hace continua la presencia de los TCA, por lo tanto es necesario generar estrategias de intervención acompañadas de evaluación psicométrica, en la cual es pertinente el diseño y validación de un instrumento que integra las características socioculturales, las variables y propiedades de medición adecuadas a la necesidad de la población. Por lo anterior, el interés de la presente investigación consiste en identificar las variables que influyen en la conducta alimentaria de las adolescentes escolarizadas, teniendo en cuenta el riesgo psicosocial y estrategias de afrontamiento en el ser humano.

### **Riesgo psicosocial**

Según MacMahon (1996), un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que es asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos, entre otros) pueden ir sumándose unos a otros,

aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos y producir un fenómeno de interacción. Dichos factores hacen referencia al contexto del sujeto que puede tener circunstancias personales, obteniendo como resultado un TCA, anorexia, bulimia y no especificado TCANE.

De acuerdo con las estrategias de afrontamiento que cada persona posea, hay una amplia clasificación que permite un análisis detallado del comportamiento de cada individuo, se encuentran factores de riesgo en los aspectos individual, emocional, familiar, social y cultural. Siguiendo a Kazdin (1993), cuando se habla del término "riesgo" se hace referencia a la presencia de una característica o factor que aumenta la posibilidad de consecuencias desfavorables. En tal sentido, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento, por lo general no deseado. En relación con el objetivo del diseño y validación de un instrumento psicométrico, esta investigación se sustenta en una metodología cuantitativa que permite detectar los riesgos psicosociales asociados a trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia, bulimia y no especificado TCA-NE. Los factores incluidos en la prueba son PD, PC, M y de RP. En los primeros se incluyen las subdimensiones edad, género, nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso, autoestima, pautas alimentarias, evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo, déficit de empatía, antecedentes familiares, modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario. En los segundos factores se incluyen las subdimensiones cambios

corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso, verificación de contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías, dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo, grupo de pares e intereses alimentarios en común. En los terceros factores, mantenedores o permanentes, se incluyen las subdimensiones consecuencias cognitivas, imagen, tolerancia a la frustración, peso ideal, actividad física en exceso, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento, interacción familiar, aislamiento social, registro de peso. En los últimos se incluyen las subdimensiones insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia), presión social por parte del entorno escolarizado, funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias). En cada factor intervienen tres dimensiones: autopercepción (AP), conductas (C) y entorno familiar y relaciones interpersonales (ER).

## METODOLOGÍA

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

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

**Instrumento:** Diseño y validación de un instrumento de detección temprana

de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Bogotá y Chía (Cundinamarca).

Tabla 1. Diseño IDTCA

| Diseño                                                                         | Factores            | Dimensiones   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
| Instrumento de Detección Temprana de Riesgo Psicosocial Asociado a TCA (IDTCA) | PD<br>PC<br>M<br>RP | AP<br>C<br>ER |

Fuente: Elaboración propia.

**Participantes:** Estudiantes escolarizadas de Bogotá y Chía (Cundinamarca), mujeres de 11-18 años de edad. Muestra estimada para la aplicación piloto y la prueba final, correspondiente a 603 personas. Estudiantes de primero a undécimo grado de secundaria pertenecientes a instituciones femeninas de carácter religioso.

**Procedimiento:** El plan de prueba se clasifica en tres fases: I) de revisión conceptual, definición y descripción de variables; II) diseño y aplicación del instrumento; y III) resultados y análisis de resultados.

**Fase I. De revisión conceptual, definición y descripción de variables:** Esta fase se fundamenta en la revisión documental, consolidación de la situación actual, ajustes en el planteamiento del problema de acuerdo con las limitaciones y antecedentes de la investigación. Se revisa la construcción de diseños de prueba relacionados con los TCA,

diseños implementados a nivel nacional e internacional, validación de plan de prueba y finalmente selección de categorías y fundamentación conceptual de factores y dimensiones del diseño.

**Fase II. Diseño y aplicación del instrumento:** El diseño de la prueba unifica los criterios de las bases teóricas, relaciones factor-dimensión; culmina posterior a la selección y validación de ítems realizada por profesionales expertos. En la aplicación es de gran importancia la actividad previa-durante-después del procedimiento. Requiere alistamiento de material, participación de recurso humano y financiero. Se lleva a cabo por medio de la planeación y ejecución del cronograma, por lo que es fundamental el trabajo en equipo con los colegios Maria Auxiliadora, a través de la coordinación de convivencia y el área de psicología de cada institución académica (Valbuena & Rodríguez, 2015).

**Fase III. Resultados y análisis de resultados:** De acuerdo con el proceso de recolección de información, a partir de la aplicación se organiza el material con la información del personal de apoyo, los aplicadores de cada jornada de aplicación de la prueba, y se digitalizan las respuestas de cada uno de los participantes. De acuerdo con los

registros de respuestas, se ingresan al *software* SPSS Statistics (2010), se tratan los datos por medio del análisis de consistencia interna con el Alfa de Cronbach, unidad que da cuenta de la validez y confiabilidad de la prueba. Los resultados del pilotaje evidenciaron un comportamiento psicométrico adecuado fundamentado en altos niveles de consistencia interna y una varianza explicada alta (Valbuena & Rodríguez, 2015).

De igual manera, como menciona Urzúa (2009), en la revisión de las propiedades psicométricas del Test EDI Eating Disorder Inventory se cuenta con un análisis de ítems que permite mejorar sustantivamente los valores que pueden ser equilibrados. Este diseño de investigación documental depende del manejo amplio de información y síntesis, en todas las fases de actividad. Por ejemplo, en la construcción de ítems se parte de un nido base de 720, para llegar a una versión de prueba final de 124 ítems.

**Diseño de reactivos. Ítems dicotómicos:** De acuerdo con el carácter de respuesta, el sujeto registra en el "formato de registro", según el número y criterio de respuesta que le identifique entre dos tipos de respuesta, F "*falso*" o V "*verdadero*".

Tabla 2. Plan de Prueba IDTCA

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

Fuente: Elaboración propia.

**Análisis de reactivos procedimiento  
tipificación y definición de estándares  
diseño de criterio**

"El sujeto se compara contra un estándar". De acuerdo con la cantidad total de ítems para asignar respuesta, se clasifica como

Alto nivel de RP para sufrir TCA: Si la puntuación sobrepasa la media de ítems con puntuación 1.

Medio nivel de RP para sufrir TCA: Si la media de respuestas a los ítems corresponde a 0 y 1 en proporción equivalente.

Bajo nivel de RP para sufrir TCA: Si la media de respuestas a los ítems corresponde a 0.

**Recolección de datos procedimiento**

**Estandarización poblacional:** Estratificado 95%, probabilístico, representativo. Muestra  $n =$  total de 640 personas, total de la muestra y no probabilístico: 603 participantes a las que se les aplicó la prueba.

Este es registrado a través de la prueba diseñada; esta consiste en una sección de información personal y específica de reconocimiento de peso y contextura corporal con elementos para contestar de acuerdo con el nivel con dos únicos criterios de respuesta: Falso "F" y Verdadero "V".

**Estimación: propiedades psicométricas  
de la prueba**

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

**Herramientas de evaluación:  
instrumento**

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

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

## RESULTADOS

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

Se diseñaron 720 ítems. Después de delimitarlos, se consignaron en el formato de validación de contenido, conformado por cuatro criterios de evaluación: redacción, pertinencia, estructura y lenguaje. Los jueces expertos en psicometría clínica y psicología de la salud analizaron y calificaron en un rango de 1 a 4 para cada criterio, siendo 1 el valor mínimo y 4 el máximo asignado a cada uno de los reactivos. Los criterios de evaluación fueron cuatro, concedieron a cada ítem 4 y la máxima

de 16. Adicionalmente, efectuaron las observaciones generales de los reactivos.

Después de la validación de contenido, se determinó la puntuación por número de frecuencia en relación con los jurados de evaluación. El puntaje asignado por cada experto fue de 22 a 32, se eliminaron los ítems que estaban por debajo de este promedio, los cuales correspondieron a 420 ítems, dejando 300 para aplicación piloto, distribuidos así: Predisponente - Autopercepción (PDAP) 28, Predisponente - Conducta (PDC) 25, Predisponente - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (PDER) 10, Precipitante - Autopercepción (PCAP) 22, Precipitante - Conductas (PCC) 30, Precipitante - Entorno Familiar y Relaciones Conductas (MC) 10, Mantenedores - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (MER) 17, Riesgo Psicosocial - Autopercepción (RPAP) 34, Riesgo Psicosocial-Conductas (RPC) 55, Riesgo Psicosocial - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (RPER) 15. El instrumento piloto constaba de un cuadernillo, hoja de respuestas y un asentimiento informado diligenciados por cada participante, que realizó la prueba.

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

consistencia interna, se delimitaron los 124 ítems finales, organizados así: Predisponente - Autopercepción (PDAP) 15, Predisponente - Conducta (PDC) 8, Predisponente - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (PDER) 8, Precipitante - Autopercepción (PCAP) 15, Precipitante - Conductas (PCC) 8, Precipitante - Entorno Familiar y Relaciones Conductas (MC) 8, Mantenedores - Entorno Familiar e Psicosocial - Autopercepción (RPAP) 15, Riesgo Psicosocial - Conductas (RPC) 8, Riesgo Psicosocial - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (RPER) 8. De otra parte y teniendo en cuenta las características de la población femenina (homogénea), conformada por 603 participantes con nivel de escolaridad de sexto a undécimo, con edades entre los 11 y 18 años, se eliminaron 55 hojas de respuestas por encontrar ausencia de respuestas (formato incompleto), para una muestra poblacional total de 548 participantes.

### Resultados de la prueba piloto

Aplicado el instrumento con 300 ítems, estos se sometieron a un análisis de fiabilidad por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) en el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado  $\alpha = 0,965$ , media ( $\bar{X}$ ) = 102,9, varianza  $\sigma^2 = 1410,8$  y desviación típica  $s = 37,6$ . Seguidamente, los datos se sometieron al coeficiente de correlación de Pearson, también a través del programa SPSS Statistics, con motivo de la existente correlación entre ítem-ítem e ítem-prueba, aquellos reactivos superiores a  $\alpha =$  Predisponente - Autopercepción (PDAP)

$\alpha = 0,515$ , Predisponente - Conducta (PDC)  $\alpha = 0,787$ , Predisponente - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (PDER)  $\alpha = 0,240$ , Precipitante - Autopercepción (PCAP)  $\alpha = 0,765$ , Precipitante - Conductas (PCC)  $\alpha = 0,775$ , Precipitante - Entorno Familiar y Relaciones Interpersonales (PCER)  $\alpha = 0,701$ , Mantenedores - Autopercepción (MAP)  $\alpha = 0,819$ , MC  $\alpha = 0,605$ , MER  $\alpha = 0,255$ , RPAP  $\alpha = 0,775$ , RPC  $\alpha = 0,934$ , RPER  $\alpha = 0,842$ . Por lo anterior, se eliminaron los ítems superiores a estos valores. Sin embargo, aquellos ítems que tenían al menos alguna de las correlaciones fueron tenidos en cuenta para la aplicación final. Como resultado, los ítems 1, 4, 8, 10, 15, 19, 29, 30, 37, 38, 44, 55, 58, 62, 63, 70, 76, 80, 81, 82, 83, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 118, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 134, 137, 139, 140, 144, 147, 148, 151, 155, 157, 159, 162, 163, 170, 171, 172, 173, 175, 180, 181, 182, 183, 191, 193, 195, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 297, 298, 299 y 300 fueron eliminados.

### Resultados de la prueba final

El instrumento con 124 ítems se sometió a un análisis de fiabilidad por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) en el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado  $\alpha = 0,951$ .

**Tabla 3. Resultados Prueba Final IDTCA**

| Reliability Statistics |            |
|------------------------|------------|
| Cronbach's Alpha       | N of Items |
| 0,951                  | 124        |

Fuente: SPSS.

**Tabla 4. Análisis Alfa de Cronbach de la prueba IDTCA**

| Case Processing Summary |          |     |       |
|-------------------------|----------|-----|-------|
|                         |          | N   | %     |
| Cases                   | Valid    | 548 | 100,0 |
|                         | Excluida | 0   | ,0    |
|                         | Total    | 548 | 100,0 |

Fuente: SPSS.

De acuerdo con los registros que estadísticamente presentan los TCA, arrojan un resultado entre el 10% y el 12% para Bogotá y del 17,7% para Antioquia, según estudio realizado por las universidades de Antioquia y Nacional. Por lo anterior, este porcentaje se podrá disminuir si se implementa el Instrumento de Detección Temprana de Riesgo Psicosocial Asociado a TCA, de forma intensiva a la comunidad, con el fin de identificar a tiempo factores que den paso a la evolución de la enfermedad e implementar campañas de prevención y promoción. En cada factor intervienen tres dimensiones: autopercepción, conductas y, por último, entorno familiar y relaciones interpersonales (Valbuena & Rodríguez, 2015).

En los factores PD encontramos tres dimensiones. La primera, PDAP, factor predisponente dimensión autopercepción, con subdimensiones como edad, género,

nivel de escolaridad, obesidad o sobrepeso y autoestima, para la cual se obtuvo como resultado un Alfa de Cronbach de 0,596, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, PDC, factor predisponente dimensión conductual, con subdimensiones como pautas alimentarias, evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo, para la que dio como resultado un Alfa de Cronbach de 0,624, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última, PDER, factor predisponente dimensión entorno familiar y relaciones interpersonales, con subdimensiones como déficit de empatía, antecedentes familiares, modelamiento de prácticas de dieta o control alimentario, dio como resultado un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos (Alfa de Cronbach de 0,393), que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión.

En conclusión, para el total del factor se obtuvo un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos (Alfa de Cronbach de 0,777), que evidencia confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo con el resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 7, 8, 5 y 6.

En los factores PC encontramos tres dimensiones: la primera (PCAP), factor precipitante dimensión autopercepción, con subdimensiones como cambios

corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso. Resultado: un Alfa de Cronbach de 0,819, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, PCC factor precipitante dimensión conductual, con subdimensiones como verificación de contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,648, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última (PCER), factor precipitante dimensión entorno familiar y relaciones interpersonales, con subdimensiones como dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo, grupo de pares e intereses alimentarios en común, obtuvo un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos (Alfa de Cronbach de 0,616), que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión.

En conclusión, para el total del factor se obtuvo un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos, dando como resultado un Alfa de Cronbach de 0,860, que evidencia una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo con el resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 4, 7, 6, 9 y 5.

En los terceros factores mantenedores (M) encontramos tres dimensiones: la primera, MAP, factor mantenedores dimensión autopercepción, con subdimensiones como consecuencias cognitivas, imagen,

tolerancia a la frustración, peso ideal, consiguió un Alfa de Cronbach de 0,716, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, MC, factor mantenedor dimensión conductual, con subdimensiones como actividad física en exceso, manejo de emociones, estrategias de afrontamiento, alcanzó un Alfa de Cronbach de 0,689, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última, MER, factor mantenedor dimensión entorno familiar y relaciones interpersonales, con subdimensiones como interacción familiar y aislamiento social, registró un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos, dio como resultado un Alfa de Cronbach de 0,648, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión.

En conclusión, para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos (un Alfa de Cronbach de 0,812), que evidencia una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo con el resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 9, 8, 15, 11 y 13.

Por último, el factor RP. Encontramos tres dimensiones: la primera, RPAP, factor riesgo psicosocial dimensión autopercepción, con subdimensiones como insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autoafirmación, independencia), obtuvo un Alfa de

Cronbach de 0,777, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La segunda, RPC, factor riesgo psicosocial dimensión conductual, con subdimensiones como presión social por parte del entorno escolarizado, presentó un Alfa de Cronbach de 0,774, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión, para la cual fue diseñada. La tercera y última, RPER, factor riesgo psicosocial dimensión entorno familiar y relaciones interpersonales, con subdimensiones como funcionamiento familiar inadecuado (comunicación, roles, interacción, contingencias), dio un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos, el Alfa de Cronbach fue 0,776, que evidencia una confiabilidad y validez alta para esta dimensión.

En conclusión, para el total del factor, se obtuvo un comportamiento normal en relación con los resultados estadísticos (un Alfa de Cronbach de 0,896, que evidencia una confiabilidad y validez alta para este factor, para lo cual fue diseñado. En el análisis de este factor y de acuerdo con el resultado obtenido, la población indica que el nivel más alto de incidencia coincide con los ítems 5, 3 y 6.

## CONCLUSIONES

A partir del planteamiento del problema, que pretende establecer las características de un instrumento psicométrico para la detección del nivel de riesgo psicosocial asociado al desarrollo de TCA, al establecer la confiabilidad

obtenida mediante los reactivos de la prueba y la validez de 0,951 resultante del Coeficiente de Alfa de Cronbach, se consolida como un instrumento firme y constante.

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

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

De otra parte, se deriva un producto llamado Cartilla de Prevención de Riesgo Psicosocial en Trastornos de la Conducta Alimentaria, que incluye en su contenido qué es TCA, qué es riesgo psicosocial y tipos de trastornos, cómo saber si estoy en riesgo, posibles situaciones que provocan el riesgo de sufrir el trastorno, cómo prevenir el trastorno (jóvenes, padres o acudientes, docentes, instituciones educativas interesados en la problemática), cuidados a largo plazo y créditos.

Posteriormente se diseña un manual de prueba llamado Instrumento de

Detección Temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria con el fin de evaluar cuatro factores relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y el riesgo psicosocial, con baremos originales en percentiles.

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

Definitivamente, los aportes a la Psicología a partir de esta investigación permitieron la identificación a tiempo

de factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizadas a través de un instrumento con propiedades psicométricas consistentes, para la aplicación a la población bogotana y cundinamarquesa (Chía). Lo anterior, con el fin de implementar programas de promoción y prevención en relación con los TCA en el contexto colombiano en diversos escenarios en los aspectos clínico, social y académico a través de la sensibilización ante la evolución de riesgo de factores psicosociales con origen en la distorsión de la imagen corporal y hábitos alimenticios (Serrato, 2001).

Posterior a la presente investigación, se mantiene la puerta abierta para su continuación, lo cual permite ampliar a profundidad tanto el análisis de comportamiento de los componentes de la prueba, como el análisis comparativo entre instituciones y poblaciones participantes en las jornadas de aplicación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C. S. (2013). Diseño y validación de un cuestionario sobre fracaso escolar en alumnado de educación secundaria de un centro de formación de personas adultas. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 13(1): 1.
- Anastasi y Urbina, C. P. (1998). Estandarización de la escala de motivación en el deporte (EMD) de Brière NM, Vallerand RJ, Blais Mr y Pelletier Lg en deportistas mexicanos. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 6.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D. C.
- Bahamon, C. (2012). De la academia. *Revista Científica*, 35(1).
- Baile Ayensa, J. I. (2012). ¿Anorexia nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 3(2): 80-88.
- Ballester, R. G. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema* vol. 15 (4): 556-562. Universidad Jaime I de Castellón.
- Cabetas Hernández, I. (2004). Anorexia nerviosa: la melancolía como sustrato psicopatológico de la enfermedad.
- Calvo R. citado por Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 1(2), 0-0.
- Cantó, M.S. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1): 60-69.
- Chinchilla, C. P. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*.
- Crispo, R. F. (1997). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Gedisa.
- Fernández & Probst, C. P. (2006). Autopercepción en anoréxicas restrictivas. *Psiquiatría.com*, 10(2).
- Firburn, C. P. (1998). Algunos datos parecen mostrar que la anorexia y la bulimia afectan a muchas adolescentes y que la población de riesgo crece. *An Esp Pediatr*, 48: 229-232.

- Flores & Alarcón citados por Vera-Villarroel, P. CRA (2009). Optimismo versus autoestima. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18: 21-30.
- Font y Martínez, C. P. (2003). La composition corporelle des adolescentes. La mode et quelques répercussions cliniques. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* 15 (1-2): 123-130.
- Garner y Garfinkle, C. P. (1982). *Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes*.
- Grant & Cash, C. P. (1995). *Indicadores de ortorexia en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín*.
- Guadarrama, R. G. (2013). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 18(1): 57-61.
- Hernández, C. P. (2004). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 1(2): 112-118.
- Jáuregui, C. P. (2006). *La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad*.
- MacMahon, C. P. (1996). Candida prosthetic valve endocarditis: prospective study of six cases and review of the literature. *Clinical Infectious Diseases*, 22(2): 262-267.
- Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, C. P. (2010). *Trastornos del comportamiento*. Formación Alcalá.
- Manual Diagnóstico CIE 10, C. P. (1992). Validación de la encuesta Scoff para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica*, 25(2): 196-202.
- Molina & Santocini, C. P.-M.-T.-C. (2010). Análisis de la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el acceso a servicios preventivos de salud y la formación disciplinar con el nivel de conocimientos nutricionales de un.
- Moreno & colaboradores (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores.

- Olmsted & Polivy (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana* 22(1): 15-27.
- Portela, D. S. (2011). [Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review]. *Nutrición Hospitalaria* 27(2): 391-401.
- Quiles & Teron (2008). The dissimilarity between patients 'and relatives' perception of eating disorders and its relation to patient adjustment. *Journal of Health Psychology* 14(2): 306-312.
- Raich (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Santocini, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México* 52(2): 111-118.
- Saucedo & Santocini - RPADA (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública* 11(4): 568-578.
- Serrato, C. P. (2001). Anorexia y bulimia: trastornos de la conducta alimentaria.
- Servicio Nacional de Aprendizaje (2011). Citado por Rubio Rodríguez, K. L. (2014). *Plan de negocios para una empresa que fomenta la autoestima de la mujer*.
- SPSS Statistics, (2010). Desarrollo y validación de un instrumento en español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. *Revista médica de Chile*.
- Sucedo & Santocini, - RPADA. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública* 11(4): 568-578.
- Sue & colaboradores, L. A. (2010). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 18, 1.
- Toro & Villardell, citados por Echeburúa & Marañón. (1989-2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*.
- Unikel-Santoncini, C. - BCVB (2002). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias. *Revista de Investigación Clínica*.
- Way, C. P. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ariel.