



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

“Apoyo Social Percibido y Factores de Riesgo Asociados al posible desarrollo de trastornos alimentarios en estudiantes universitarios”

Alumna:

Dailly, Lara Denisse

L.U.: 1026689

Tutor:

Fernández, Lía Marcela

Fecha de presentación: Julio, 2015

*A mis padres por su apoyo incondicional. A mi
hermana por su colaboración imprescindible. A
mi novio por su compañía en este proyecto.*

Índice

Presentación	1
Resumen	4
Desarrollo	5
Introducción	5
Objetivos.....	7
Estado del Arte	7
Apoyo Social Percibido	7
Conductas Alimentarias de Riesgo	9
Marco Teórico	11
Apoyo Social Percibido	11
Conductas Alimentarias de Riesgo Asociadas a Trastornos Alimentarios	13
Apoyo Social Percibido y Conductas Alimentarias de Riesgo	16
Metodología	17
Diseño.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	17
Resultados	19
Caracterización de la muestra	19
Apoyo Social Percibido	19
Conductas Alimentarias de Riesgo Asociadas a Trastornos Alimentarios.....	22
Apoyo Social Percibido y Conductas Alimentarias de Riesgo.....	27
Discusión	31
Conclusiones	34
Referencias Bibliográficas	35
Anexos	39
Presentación y Cuestionario Socio-demográfico	40
Escala de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley 1988).....	41
Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (L’Esperance y Gómez-Peresmitré 2004).....	42

Resumen

El presente estudio realiza un análisis y descripción del apoyo social percibido en relación a las conductas de riesgo asociadas al posible desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en sujetos de entre 18 y 26 años que se encuentren realizando una carrera universitaria y residan en Buenos Aires, Argentina. La muestra total se conformó por $n = 339$ de personas, de los cuales 76,8% fueron mujeres y 23,2% hombres, con una media de 20,6 años ($DE = 2,24$). Los instrumentos de medición utilizados son la escala de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (L'Esperance y Gómez-Peresmitré, 2004) y el Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004). La interpretación de los resultados permitió observar la correlación negativa que existe entre las variables, apoyo social percibido y conductas de riesgo asociadas al posible desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, encontrando una diferencia significativa entre géneros, siendo mayor para el sexo femenino ($r = -.148$) que para el masculino ($r = -.052$). Si bien las correlaciones resultaron bajas, son significativas a nivel $p = .01$.

Palabras Clave: Apoyo social percibido, Conductas alimentarias de riesgo, Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria.

Abstract

This study analyzes and describes the social support perceived in relation to risk behaviors associated with possible development of eating disorder in individuals between 18 and 26 years that are performing a university degree and residing in Buenos Aires, Argentina. The total sample was formed by 339 people, of which 76,8% were women and 23,2% men with an average age of 20,6 years ($DE = 2,24$). The measuring instruments used were the scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), the scale of Risk Factors Associated with Eating Disorders (L'Esperance y Gómez-Peresmitré, 2004) and the Questionnaire for risk eating behaviors (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004). The interpretation of results showed a relation between Perceived Social Support and Risk Behaviors associated with the possible development of eating disorder, finding a significant difference between genders, being higher for females ($r = -.148$) than for males ($r = -.052$). Although the correlations were low, they are significant at $p = .01$ level.

Key words: Perceived social support, Risky eating behaviors, Risk factors related to disordered eating behavior.

Desarrollo

Introducción

Las conductas alimentarias de riesgo, refieren a todas aquellas manifestaciones similares en su forma a las conductas alimentarias anormales, aunque en menor frecuencia e intensidad que en el trastorno de la conducta alimentaria (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004).

Los factores considerados hasta entonces por los investigadores son: las conductas de alimentación compulsiva, dietas restrictivas y crónicas, atribución de control alimentario externo e interno, conductas alimentarias de sentimiento de culpa, conducta de atracón y por último, sobreingesta (Unikel-Santoncini y otros, 2004).

Estos comportamientos actúan de modo influenciado por diversos factores fisiológicos, psicológicos y sociales (López Espinoza, 2007). En este sentido, el apoyo social es un elemento fundamental para el bienestar tanto del individuo como de la familia, respondiendo a las necesidades y momentos de transición de cada sujeto (Orcasita-Pineda y Uribe-Rodríguez, 2010).

Se entiende por “apoyo social” al conjunto de provisiones expresivas o instrumentales - percibidas o recibidas - proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (Lin, 1986).

Consecuentemente, el apoyo de la red social que perciba la persona en riesgo, será una fuente de influencia de gran importancia para protegerla del desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, o bien potenciar el mismo.

Por otro lado, el momento de comenzar una carrera universitaria puede generar picos de estrés y ansiedad. En este periodo, los estudiantes pueden desarrollar diversos problemas como: estrés, trastornos alimentarios, fatiga y dificultad para concentrarse (Burriss, 2009)

Según el DSM V (2014), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En esta tipología de trastorno se incluyen dos trastornos específicos: anorexia nerviosa (de tipo restrictivo y/o compulsivo-purgativo) y bulimia nerviosa (de tipo purgativo o no purgativo); y uno para aquellos que no cumplen los criterios específicos: el trastorno alimentario no especificado.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración en la percepción de la forma y/o tamaño del cuerpo. En la bulimia nerviosa, las conductas características consisten en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso.

Los trastornos alimentarios conllevan sus riesgos y consecuencias que afectan al individuo tanto en el aspecto psicológico como en el biológico.

Respecto a la psicopatología, en el caso de la anorexia nerviosa, se pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, problemas con el control de los impulsos, pérdida de interés por el sexo y pueden cumplir criterios para el trastorno depresivo mayor y el obsesivo-compulsivo. En la bulimia, son frecuentes los síntomas depresivos o trastornos del estado del ánimo (trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor), síntomas o trastornos de ansiedad, dependencia o abuso de sustancias, trastornos de personalidad (mayormente el trastorno límite).

Por otro lado, tanto la anorexia como la bulimia afectan a la biología del sujeto. En el primer caso, pueden producirse alteraciones en la mayoría de los órganos, anemia, deshidratación, niveles bajos de estrógeno o testosterona, amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, hipertrofia de las glándulas salivales, erosiones dentales, alteraciones de la función renal y trastornos cardiovasculares, entre otros síntomas.

El pronóstico de fallecimiento para este trastorno en personas hospitalizadas a largo plazo es del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Es por ello que el presente estudio pretende analizar la relación que existe entre el Apoyo Social percibido y las Conductas de Riesgo asociadas al posible desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en una muestra de estudiantes universitarios de entre 18 y 26 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o Gran Buenos Aires, en el contexto actual de la misma.

Esta investigación se considera de suma importancia, a fin de identificar los factores de riesgo presentes y determinar si hay o no relación con el apoyo social percibido, ya que permitirá avanzar en diversas líneas de investigación que permitan desarrollar planes de prevención en personas en riesgo y propensas a desarrollar este tipo de trastornos.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar si existe relación entre el Apoyo Social Percibido y las Conductas de Riesgo asociadas a la posibilidad del desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Los objetivos específicos establecidos son:

Describir el Apoyo Social Percibido y analizar sus variables;

Explorar las Conductas de Riesgo asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria que se presenten en los estudiantes universitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y analizar aquellas que se presentan en mayor porcentaje;

Determinar si existe relación entre las variables de Apoyo Social Percibido y Conductas Alimentarias de Riesgo.

Hipótesis de trabajo: existe una relación inversamente proporcional entre el apoyo social percibido y el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo

Estado del Arte

Apoyo Social Percibido

El apoyo social percibido es un concepto que ha sido estudiado por diferentes autores entre los que se destacan:

Cárdenas Castro, M.; Barrientos Delgado, J.; y Ricci Alvarado, E. (2015), realizaron un estudio a fin de validar y adaptar la Escala de Apoyo Social Subjetivo (EASS, de Vaux et al., 1986) en una muestra de universitarios chilenos. Para ello se aplicó la escala antes mencionada y un cuestionario socio-demográfico, en una muestra de 681 participantes, el 37,6% fueron hombres y el 62,4% mujeres, cuya edad media fue de 20,76 ($DE= 2,47$). A partir del estudio hallaron un alfa de Cronbach de .86, y el análisis factorial confirmatorio dio como resultado un modelo de dos factores. A su vez, les permitió dar cuenta de diferencias entre hombres y mujeres en la

escala total y en la dimensión amigos, siendo las puntuaciones de las mujeres más altas que las de los hombres.

Por otro lado, San Martín y Barra (2013), realizaron una investigación sobre la variable autoestima y apoyo social respecto a la satisfacción vital en una muestra de 512 adolescentes (57.2% hombres y 42.8% mujeres), con edades entre 15 y 19 años con una media de 16.4 años. Para ello, administraron una batería de test conformada por la Escala Multidimensional de Satisfacción Vital para Estudiantes; Escala de Autoestima de Rosemberg; y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Los resultados obtenidos tanto para la variable, apoyo social como la de autoestima predicen significativamente el nivel de satisfacción vital. Sin embargo, la influencia relativa del apoyo social resulta mayor en comparación.

Barra Almagia (2012), realizó un estudio sobre la influencia de la autoestima y el apoyo social percibido en el bienestar psicológico en una muestra de 450 estudiantes chilenos, de los cuales 213 fueron hombres y 237, mujeres. La media de edad fue de 20.9 años. Se aplicaron las escalas de autoestima de Rosenberg, de bienestar psicológico de Ryff y el cuestionario de Apoyo Social Percibido. Como resultado, encontraron que la autoestima tiene mayor influencia en el bienestar que el apoyo social percibido. A su vez, hallaron una diferencia a favor de las mujeres en relación a la puntuación en el apoyo social percibido.

La baja autoestima, la autovaloración, y no aceptación del propio cuerpo, suelen deteriorar las relaciones, aspiraciones, actitudes; y hasta provocar el aislamiento social de personas con conductas alimentarias anormales. Esto suele reflejarse en dificultades para expresar emociones y falta de habilidades de afrontamiento en circunstancias estresantes (Quiles Marcos, Terol Cantero & Quiles Sebastián, 2003). Estos hallazgos se obtuvieron en un estudio de revisión (Quiles Marcos y otros, 2003), donde se estudió la relación existente entre cuatro dimensiones de apoyo social: tipo (emocional, instrumental e informativo), fuentes, percepción-recepción y calidad; y los trastornos de la alimentación. Para ello se han revisado 53 estudios empíricos sobre apoyo social y efectos psicosociales y clínicos en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario de los últimos veinte años. Realizaron la búsqueda en las siguientes bases de datos, Psyclit, Medline, Psycodoc, IME e ISOC. De ellos se seleccionaron trece trabajos de los cuales, cuatro son artículos de revisión sobre el papel que los distintos factores psicosociales tienen en los trastornos de la alimentación y los demás, estudios empíricos que evalúan el apoyo social en trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados sugieren que los pacientes con trastornos alimentarios cuentan un menor número de proveedores de apoyo en relación con sujetos sanos, perciben un menor apoyo emocional,

informativa e instrumental, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben. A su vez, la percepción del apoyo y la satisfacción en estas personas es afectada por los niveles de autoestima, percibiendo entonces, menos apoyo social, a pesar de las conductas de apoyo de los proveedores.

Finalmente, Arechabala-Mantuliz y Castillo (2002), realizaron un estudio a fin de validar la escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores. La misma consta de 12 ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1= casi nunca y 4= siempre o casi siempre. Los autores aplicaron la escala en una muestra de 76 adultos mayores, con una media de 71.3 años, de los cuales el 73.7% fueron mujeres y 26.3% hombres. Como resultado obtuvieron un alfa de Cronbach de .86 y un desvío estándar de 7.96. El análisis factorial dio como resultado un modelo de dos factores que explican el 59.2% de la varianza.

Conductas de Riesgo Asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Respecto a las investigaciones sobre la variable conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, se hallaron los siguientes estudios:

Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García (2004), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue validar un cuestionario para identificar aquellas conductas alimentarias de riesgo. El mismo se construyó en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Aplicaron el cuestionario a una muestra de mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario y realizaron un análisis de consistencia interna y factorial. Como resultado obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.83 y una distribución en tres factores que explican el 64.7% de la varianza total. Dentro del factor uno agruparon los ítems: práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido y práctica de ayunos. El factor dos incluyó: uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso. Y por último, el factor tres: “me preocupa engordar”, práctica de dietas y ejercicio para bajar de peso. Esto permitió calificar como válido y confiable al cuestionario administrado para la evaluación de conductas alimentarias de riesgo.

Por otro lado, Vázquez-Arévalo y otros (2005), desarrollaron un estudio a fin de detectar los factores de riesgo presentes en el trastorno de la conducta alimentaria. Para ello, evaluaron variables referidas a las actitudes alimentarias, la insatisfacción corporal, actitudes hacia los modelos estéticos corporales, aspectos conductuales y cognitivos, y comportamientos bulímicos, a través de cinco cuestionarios: Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test,

EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979), Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ, Cooper, Taylor y Fairburn, 1987), Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994), Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory, EDI, Garner, Olmstead y Polivy, 1983) y Test de Bulimia (Bulimia Test, BULIT, Smith y Thelen, 1984). Fueron administrados a una muestra de 525 jóvenes (288 mujeres y 237 hombres). En base a las variables investigadas los autores mencionados anteriormente, sustentan que la insatisfacción corporal es el predictor más relevante del trastorno en las mujeres, obteniendo en el análisis de regresión múltiple, un coeficiente b alto ($b= 0,70$ $p< 0.01$). La insatisfacción, resultó presente en el 25% del total de la muestra correspondiente. Conjuntamente, encuentran como factor predictor, el uso de dietas restrictivas o ayunos para controlar su peso e insatisfacción con el propio cuerpo, presente en el 17,8% de la muestra femenina. En el caso de los hombres, el ejercicio excesivo, como medio para regular su peso y el sentimiento de ineficacia, son tomados como factores de riesgo. La regresión múltiple realizada ($b= 0.32$ $p<0.01$), demostró que la inefectividad es la variable predictora de mayor relevancia para los hombres.

Resultados similares, también han sido obtenidos en el estudio realizado por Behar, Alviña, González y Rivera (2007), quienes coinciden en ubicar en primera instancia, la variable “insatisfacción corporal”. Su evidencia empírica deriva de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios: Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979), Test de Imagen Corporal (TIC) y el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Dichas pruebas fueron administradas a 296 alumnos (149 hombres y 147 mujeres). Obtuvieron como resultado un porcentaje en la variable insatisfacción corporal (65%), del cual, el 72% corresponde a las mujeres y un 58% a los hombres. Asimismo, sustentan que los hombres con puntajes en el rango patológico del EAT-40, se encontraban insatisfechos con su cuerpo y deseaban ser más delgados. Por otro lado, plantean que el 70% de las mujeres deseaban ser más delgadas. Este porcentaje está compuesto por el 91% de las mujeres en riesgo y el 64% sin él. En relación a la variable “distorsión de la autoimagen corporal”, orientada a percibirse más gordo de lo real, se presentó en el 64% de la población total. Behar y otros (2007), reconocieron una diferencia significativa entre los sexos femenino y masculino, ya que obtuvieron un 59,1% y 4,7% respectivamente ($p<0,001$).

Otra investigación reciente, llevada a cabo por Saucedo Molina (2010), a fin de identificar los factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes universitarios, permitió apreciar que las conductas de riesgo

“preocupación por el peso y la comida” y “dieta crónica y restrictiva” se presentan mayormente en las mujeres. Este resultado se halló por medio de un estudio transversal descriptivo correlacional en una muestra de 347 estudiantes universitarios (67% mujeres y 33% hombres) a quienes se les aplicó un cuestionario multidimensional integrado por el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) y un cuestionario socio-demográfico por el cual se obtiene el IMC.

Marco Teórico

Apoyo Social Percibido

El término “apoyo social” puede definirse según Lin (1986), a través de los elementos que lo integran. Por un lado, el componente “apoyo” remite a las actividades instrumentales y expresivas. Por el otro, el aspecto “social” refiere a las relaciones sociales que establece el individuo con su entorno. Estas últimas, pueden distinguirse en tres factores: la comunidad (otros significativos), las relaciones sociales (parentesco, amistades) y las relaciones íntimas (parejas).

A modo de síntesis, se puede decir que el apoyo social “es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (Lin, 1986).

Por otro lado, la escala de apoyo social percibido (Arechabala-Mantuliz, y Castillo, 2002), propone tres dimensiones que componen al complejo constructo del “apoyo social” a saber: estructura, función y percepción de calidad. Asimismo, propone buscar el apoyo social en los procesos perceptivos de los individuos, es decir, la percepción o creencia sobre la disponibilidad del apoyo.

Concerniente a la perspectiva de las funciones, Gracia Fuster (1997) expresa, la existencia de un consenso por el cual se podrían mencionar: la función emocional, la instrumental o material, y la informacional o de consejo.

Las funciones mencionadas, según Lin (1986), pueden agruparse a su vez, en dos dimensiones: las funciones instrumentales y las expresivas. La primera refiere a la medida en que las relaciones establecidas funcionan como medio para alcanzar una meta u objetivo. La

función expresiva, considera las relaciones sociales como un fin en sí mismas, lo cual permite al sujeto satisfacer emociones y necesidades de afiliación (sentirse amado, valorado, poder compartir emociones o problemas).

En relación a la estructura, el apoyo social puede diferenciarse entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. Según Barra Almagiá (2004), el primero remite a los aspectos funcionales y estructurales de la red social, y el segundo, a la apreciación subjetiva del sujeto en relación al apoyo brindado por la red.

El apoyo social recibido representa entonces, el aspecto objetivo, es decir, la cantidad de ayuda que ha recibido el sujeto en un periodo determinado de tiempo, considerando las creencias del sujeto en relación a las fuentes de apoyo; los recursos, provisiones o transacciones reales disponibles para satisfacer sus necesidades (Rosa-Rodríguez y otros, 2015).

Respecto a la dimensión subjetiva, el apoyo social percibido, comprende la cognición y la evaluación que realiza el individuo sobre su red de apoyo (Orcasita-Pineda & Uribe-Rodríguez, 2010). Esta última se confecciona a través de las relaciones interpersonales que posee el sujeto, comprendiendo a su familia, amigos y otros significativos (Gracia Fuster, 1997).

Cohen y Wills (1985), distinguen dentro del apoyo social percibido, dos fuentes estables. Por un lado, la familia, la cual puede contribuir en diversos niveles con el bienestar de los individuos a través de sus vínculos armoniosos o conflictivos. Por otro lado, se encuentran las relaciones de amistad que constituyen una fuente permanente de refuerzo a la identidad del individuo, sobre todo en determinados periodos del desarrollo como la adolescencia.

De acuerdo a la literatura, el apoyo social es un elemento indispensable para el desarrollo del bienestar individual y familiar, dando respuesta a las necesidades y momentos de transición del proceso de desarrollo de cada sujeto (Orcasita-Pineda y Uribe-Rodríguez 2010) y permitiendo alcanzar un mayor grado de estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos. También contribuye al refuerzo de la autoestima, la construcción de una percepción más positiva del ambiente, el desarrollo del autocuidado y un mejor empleo de los recursos personales y sociales. En los casos donde el apoyo social se ausente, el individuo puede quedar expuesto a mayor estrés, pudiendo producir algunos efectos fisiológicos de modo directo o a través de procesos psicológicos o conductuales (Barra Almagiá, 2004). A su vez, el apoyo social percibido tiene mayor impacto en la salud de las personas, que el apoyo social recibido (Matud, 2002). En adición, Barra Almagiá (2012), concluye a partir de su investigación

que las personas que se sienten apoyadas por sus amigos y familia poseen un mayor nivel de bienestar personal. Afirma que esto permite que las personas afronten mejor las problemáticas diarias, dejando al apoyo social como recurso importante con el que se superan las adversidades que conllevan los acontecimientos estresantes.

Por otro lado, según Seligman (2011), es esperable que los hombres reporten niveles significativamente menores de apoyo social subjetivo que las mujeres. La existencia de esta diferencia entre hombres y mujeres en relación al apoyo social percibido puede explicarse, en parte, por la facilidad que tiene el género femenino para profundizar en las relaciones de intimidad y por el mayor número de redes de apoyo que reporta (Seligman, 2011). En adición, Matud (2002), afirma que puede por sus modos participar en las relaciones sociales y los recursos que buscan en las mismas.

Esta diferencia de género también se da en relación a la fuente de apoyo, siendo las mujeres quienes obtienen los valores más altos de las escalas para el factor “amigos”, mientras que los hombres los alcanzan en el factor “familia”. Según la literatura, los grupos de amistad suelen ser menos estables que la familia, y las amistades de los hombres se basan en las actividades compartidas, las cuales disminuyen con el correr de los años (Cárdenas Castro y otros, 2015).

A su vez, Scott y Wenberg (1996, citado en Cárdenas Castro y otros, 2015), expresan que la intimidad de los hombres suele acotarse a la pareja y la familia, cuando las mujeres establecen redes de apoyo emocional de mayor amplitud que los hombres.

Conductas de Riesgo Asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las conductas alimentarias de riesgo, refieren a todas aquellas manifestaciones similares en su forma, a las conductas alimentarias anormales, aunque en menor frecuencia e intensidad que en el trastorno de la conducta alimentaria. Estas manifestaciones pueden volverse más preocupantes que el trastorno en sí, ya que no son detectados por los profesionales ni familiares como meritorios de un tratamiento (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela & Carreño García, 2004).

Esta misma conceptualización es utilizada en el cuestionario de conductas alimentarias, estableciendo como tales la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio

físico y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

La Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios, propuesta por Gómez Peresmitré (2001), comprende a los factores de riesgo según diversos indicadores como: tendencia al perfeccionismo, dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria de compensación psicológica, atribución de control alimentario externo, atribución de control alimentario Interno, conducta alimentaria de atracón, la conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal, conducta alimentaria de sobreingesta y conducta alimentaria de sentimiento de culpa.

En relación a la tendencia al perfeccionismo, la Asociación Americana de Psicología (2007), expresa que forma parte de ella, la existencia de una imagen corporal ideal. Esta última se define como “(...) *la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual; la alteración de dicha imagen supone un desequilibrio o perturbación en estos componentes*” (Thompson, 1990).

Para alcanzar ese ideal corporal, la dieta crónica y restrictiva, es uno de los medios más utilizados en la actualidad. Las conductas más frecuentes son, el ayuno prolongado, restricciones dietéticas y las dietas sin indicación médica. También se incluyen comidas menos frecuentes, ingesta de menor cantidad de calorías y nutrientes (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora Giral & Raich, 2012).

La preocupación por el peso y la comida, surge a partir de la internalización de un ideal de belleza y la percepción de dificultad para lograrlo (Portela de Santana y otros, 2012). Según Cooper y Goodyer (1997, citados en Galarsi y otros, 2010) esto favorece el desarrollo de conductas de control de peso como la adhesión a dietas restrictivas mencionadas. Asimismo, consideran que si bien la preocupación por el peso comienza en la adolescencia, los comportamientos alimentarios alterados se ven reflejados años más tarde.

Otro de los factores de riesgo contemplados es la conducta alimentaria de compensación psicológica. Esta se representa “(...) *la relación entre la conducta alimentaria y el estado de ánimo, es decir, estado de ánimo y la emoción juegan un rol importante en el consumo de alimentos*” (Gómez-Peresmitré, Acosta García, Gorischnik, Cuevas Renaud, Pineda García, Platas Acevedo, Guzmán Saldaña & Hernández, 2013). Emociones negativas como el estrés, depresión y ansiedad, pueden provocar esta conducta. Además, según Guertin

y Conger (1999, citados por Gómez-Peresmitré y otros, 2013), el estado de ánimo incrementa la pérdida de control.

La sensación de ausencia de autocontrol, se transforma en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria. Respecto a ello, el control alimentario puede ser atribuido a lo “externo” o bien, a lo “interno”. El primer caso, según Rotter (1975, citado por Oro, B, 2005) es la percepción que un sujeto tiene de una consecuencia como ajena a la acción propia, atribuyéndole la misma a control de otras fuerzas que lo rodean. Caso contrario, el control interno, es definido por el autor, como la percepción del evento como producto de la propia conducta, comprendiendo entonces, que es el propio sujeto quien tiene la facultad su conducta.

Otra de las conductas evaluadas es la conducta alimentaria de atracón, es caracterizada por episodios de ingesta anormalmente excesiva en cantidad y voracidad, dentro de un periodo de dos horas, superiores a lo que un sujeto comería en el mismo periodo de tiempo. Además, se combina con una sensación de falta de control (Durand y Barlow, 2007). Si se dan sucesivos episodios de atracón de comida sin la presencia de conductas compensatorias, se estará hablando de “sobreingesta” (Berrocal y Ruiz, 2002)

A diferencia del atracón, la alimentación compulsiva, consiste en la ingesta anormalmente excesiva en relación a la cantidad, sin estar acompañada de conductas compensatorias.

La última conducta contemplada es la de conducta alimentaria de sentimiento de culpa, incluida en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, como factor de riesgo. La misma consiste en acciones emitidas luego del atracón para evitar el aumento de peso. El ejercicio excesivo (durante una hora o más), el ayuno (mínimo de 24 hs.), el vómito autoinducido y el uso de diuréticos y/o laxantes, son conductas consideradas en este factor. (Hernández Escalante y Laviada Molina, 2014)

Las conductas desarrolladas anteriormente se presentan frecuentemente en estudiantes universitarios junto a otros factores como estrés, ansiedad, conflictos familiares, fracasos académicos y estados de angustia (Monterrosa-Castro, Ruiz-Martínez y Cuesta-Fernández, 2012). Según Saucedo Molina y otros (2010), la conducta alimentaria y la dieta crónica y restrictiva son las conductas a las que acuden mayormente los estudiantes luego de un episodio de comida compulsiva debido al supuesto de que hacer dieta es el modo más fácil y rápido de bajar de peso y lograr la figura deseada. A su vez, el sexo femenino presenta índices

de riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria más elevados que los hombres de su misma edad.

Por otro lado, las mujeres son quienes se muestran más preocupadas por el peso, la comida y el cumplimiento de dietas restrictiva (Acosta García, V.; Marín, J.M.; Gómez-Peresmitre, G. y Pineda-García, G., 2005) y los hombres, quienes practican ejercicio para consumir calorías y aumentar su masa muscular respondiendo a una imagen corporal ideal (Vázquez Arévalo y otros, 2005).

En otras investigaciones se halló que la insatisfacción corporal, también es considerada uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de los TCA, encontrando causas diversas según el género. En las mujeres, la insatisfacción se debe a que quieren ser más delgadas, mientras que en los hombres se debe al deseo de aumentar de peso o su masa muscular (Pope, Phillips & Olivardia, 2000; Ricciardelli & McCabe, 2004; Tylka & Subich, 2002).

Apoyo Social Percibido y Conductas de Riesgo Asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Según Musitu y otros (2001), el apoyo social que perciba la persona en riesgo, será una fuente de influencia de gran importancia para proteger al sujeto de contraer conductas alimentarias de riesgo, o bien, potenciar su desarrollo.

En concordancia, otras investigaciones hallaron que “el deseo de cambiar, el tratamiento profesional, la atención no profesional y las personas significativas son identificados como importantes factores de mejoría, en la aceptación de sí misma, las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y la satisfacción corporal” (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Apoyando esta teoría, Quiles Marcos y otros (2003), hallaron que la percepción del apoyo y la satisfacción de los pacientes con trastornos alimentarios, se ve afectada por los niveles de autoestima, percibiendo entonces, menor apoyo emocional, informacional e instrumental, menor número de proveedores de apoyo en comparación con sujetos sanos, y están menos satisfechos con la calidad del apoyo que reciben a pesar de las conductas de apoyo de los proveedores. Es por ello, que la autovaloración y baja autoestima de los sujetos, vinculadas a la insatisfacción del propio cuerpo, puede derivar al deterioro de sus relaciones sociales e incluso desembocar en un aislamiento social.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio transversal con finalidad aplicada y un grado de control no experimental por encuestas. Es de orientación teórico-metodológica cuantitativa, en el que se buscó correlacionar dos variables, a saber: apoyo social percibido y conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria. Para su abordaje se utilizaron fuentes primarias.

Participantes

La muestra seleccionada consistió en sujetos que se encuentren cursando o hayan concluido una carrera universitaria, de entre 18 y 26 años, y residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran Buenos Aires. Se estableció un solo criterio de exclusión, el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria.

Resultó en un total de 339 de casos, de los cuáles 81 fueron hombres y 258 mujeres, representando el 23,9% y el 76,1% respectivamente. La media de edad fue de 20,6 años (DE= 2,2). Se administraron los cuestionarios de modo online a través de la publicación en diversas redes sociales, dando a conocer los requisitos e informando sobre la confidencialidad de sus respuestas. La muestra fue no probabilística y de elección al azar por bola de nieve o disponibilidad.

Instrumentos

1. Cuestionario Socio-Demográfico diseñado particularmente para este trabajo, en el que se solicitan los siguientes datos de filiación: sexo, edad, altura, peso, estado civil, estudios realizados, grupo de convivencia y presencia o no de diagnóstico y/o tratamiento en relación a algún trastorno de la conducta alimentaria (ver anexo, página 41)

2. La escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), es el instrumento elegido para evaluar la variable “Apoyo Social Percibido”. El objetivo de la escala es evaluar el apoyo social percibido por los individuos en tres áreas diferentes: familia, amigos y otros significativos. Está compuesta por 12 ítems, con opciones de respuesta correspondientes a una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 corresponde a “casi nunca”; 2 a “a veces”; 3 a “con frecuencia”; 4 a “siempre o casi siempre” (ver anexo, página 42).

Propiedades psicométricas: el análisis factorial denotó la existencia de una estructura de tres factores relacionados: 1) Familia 2) otros significativos, y 3) Amigos. Se demostró alta consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.86 para la escala total.

3. Para medir la variable conductas alimentarias de riesgo se utilizará la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, L'Esperance y Gómez-Peresmitré, 2004) (ver anexo, página 43).

Tiene por objeto medir las conductas de riesgo asociadas a trastornos alimentarios, así como las conductas alimentarias normales. Está integrado por 56 reactivos para hombres y 54 para mujeres. El criterio de respuesta corresponde a: A= (nunca); B= (a veces); C= (frecuentemente); D= (muy frecuentemente); E= (siempre).

Propiedades psicométricas: la escala tiene un coeficiente alto de consistencia interna general (alpha de Cronbach de .9017).

La versión del sexo masculino está formada por once factores que explican el 48.5% de la varianza; esta escala tiene un alpha de Cronbach de .8660. Mientras que la versión de mujeres está formada por siete factores que explican el 42.8% de la varianza con un alpha de Cronbach de .8876.

Para la escala masculina, los factores son: 1) Conducta alimentaria compulsiva, 2) Preocupación por el peso y la comida, 3) Conducta alimentaria normal, 4) Dieta crónica y restrictiva, 5) Atribución de Control alimentario Externo, 6) Conducta alimentaria de Compensación psicológica, 7) Atribución de Control alimentario Interno, 8) Conducta alimentaria de sentimiento de culpa, 9) Conducta alimentaria de atracón, 10) Conducta alimentaria de sobreingesta, y 11) Tendencia al perfeccionismo.

Para la versión correspondiente al sexo femenino, los factores son: 1) Conducta alimentaria compulsiva, 2) Preocupación por el peso y la comida, 3) Conducta alimentaria normal, 4) Atribución de Control alimentario Externo, 5) Conducta alimentaria de Compensación psicológica, 6) Dieta crónica y restrictiva, y 7) Atribución de Control alimentario Interno.

Resultados

Caracterización de la muestra

La muestra total resultó de 339 de casos, con una media de edad de 20,6 años ($DE=2,2$). El 76,1% de los participantes de la investigación fueron mujeres, y el 23,9% hombres. Se distribuyó la muestra según tres rangos etarios, 18-19 ($n= 141$; 41,6%); 20-21 ($n= 95$; 28%); y 22-26 ($n= 103$; 30,4%). La totalidad de los participantes cuenta con estudios universitarios en curso o finalizados. El 86,4% vive con su familia, el 4,1% con su pareja, el 5,6% solo, mientras que el 3,5% conviven con amigos y el 0,3% se aloja en una residencia de estudiantes respectivamente. Con respecto al diagnóstico y tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, el 4,1% obtuvo un diagnóstico de Anorexia, el 3,9% de Bulimia, el 8,2 de Obesidad y el 4,1 de TANE. Sin embargo, solo el 3,1% recibió el tratamiento correspondiente para el trastorno alimentario Anorexia y el 2,2% en los casos de Bulimia. En cambio, se observa que la totalidad de los diagnosticados con Obesidad y TANE recibieron tratamiento bajo supervisión profesional. Los casos diagnosticados y que hayan recibido tratamiento fueron descartados para el desarrollo del presente trabajo.

Apoyo Social Percibido

Los participantes del estudio presentan una media de 25,29 ($DE= 9,14$) como puntaje total de la escala, de un máximo de 48. En la Tabla 1, se exponen los resultados de media y desvío, los valores máximos y mínimos del puntaje total para la escala y cada uno de los factores que lo componen.

Tabla 1. Medias y desvíos en Apoyo Social Percibido y sus factores

	Puntaje Total APS	APS Familia	APS Amigos	APS Otros Significativos
Media	25,29	8,15	8,51	8,63
Desvío típico	9,136	3,456	3,530	3,277
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	36	12	12	12
APS: Apoyo Social Percibido				

Se compararon los tres factores de la escala teniendo en cuenta las variables del cuestionario socio-demográfico, a través del Análisis de Varianza (ANOVA).

En principio, considerando el **rango etario** se observó que en el puntaje total de la escala, las puntuaciones más altas corresponden al grupo de 22 a 26 años (M= 26,32; DE= 9,032) y las más bajas al de 20-21 años (M= 24,74; DE= 8,864). En la tabla 2 y el gráfico 1, se exponen las diferencias encontradas.

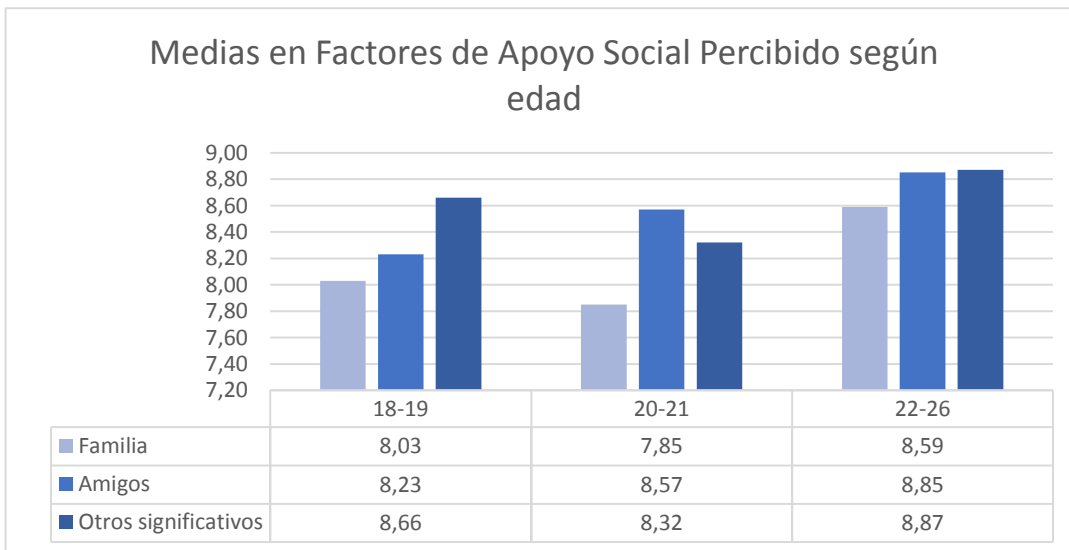
Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de los factores, Familia, Amigos y Otros significativos. El grupo de sujetos de entre 22 y 26 años, puntuaron alto en dichos factores en relación a los grupos de 18-19 y 20-21 años.

Tabla 2. Medias y desvíos en Apoyo Social Percibido según rango etario

		Media	Desviación típica
Puntaje Total APS	18-19	24,91	9,391
	20-21	24,74	8,864
	22-26	26,32	9,032
	Total	25,29	9,136

APS: Apoyo Social Percibido

Gráfico 1. Medias y desvíos en Familia, Amigos y Otros significativos según rango etario



En segundo lugar, se obtuvo una diferencia significativa según el **género** de los participantes, donde las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas en todos los casos exceptuando el factor familia, cuya media fue mayor para el sexo masculino (ver tabla 3 y gráfico 2)

Tabla 3. Medias y desvíos en Apoyo Social Percibido según sexo

		Media	Desviación típica
Puntaje Total APS	Femenino	25,4	8,889
	Masculino	24,96	9,934
	Total	25,29	9,136

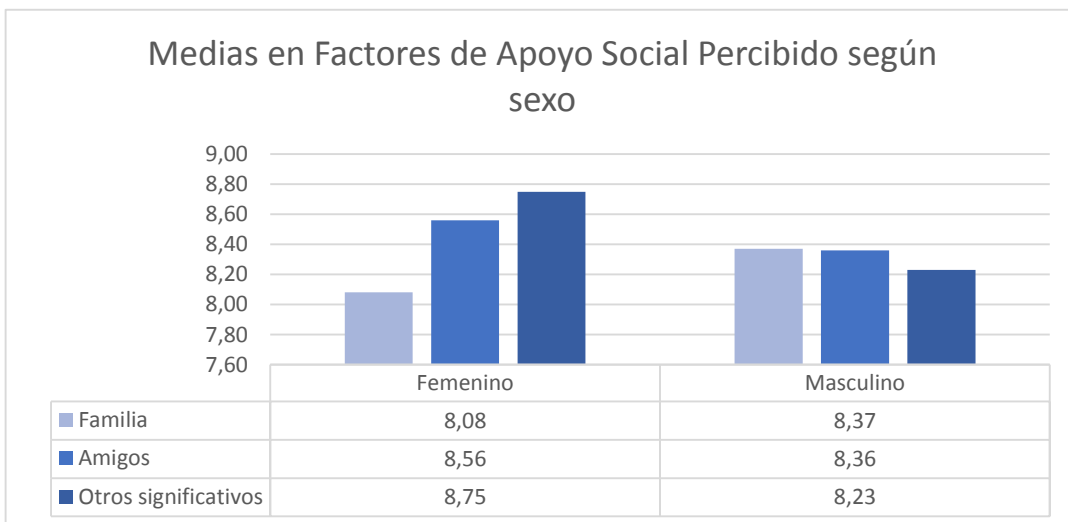
APS: Apoyo Social Percibido

Tabla 4. Tabla de contingencia factores Apoyo Social Percibido y género. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,115 ^a	33	,248

a. 45 casillas (66,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

Gráfico 2. Medias en Familia, Amigos y Otros significativos según sexo



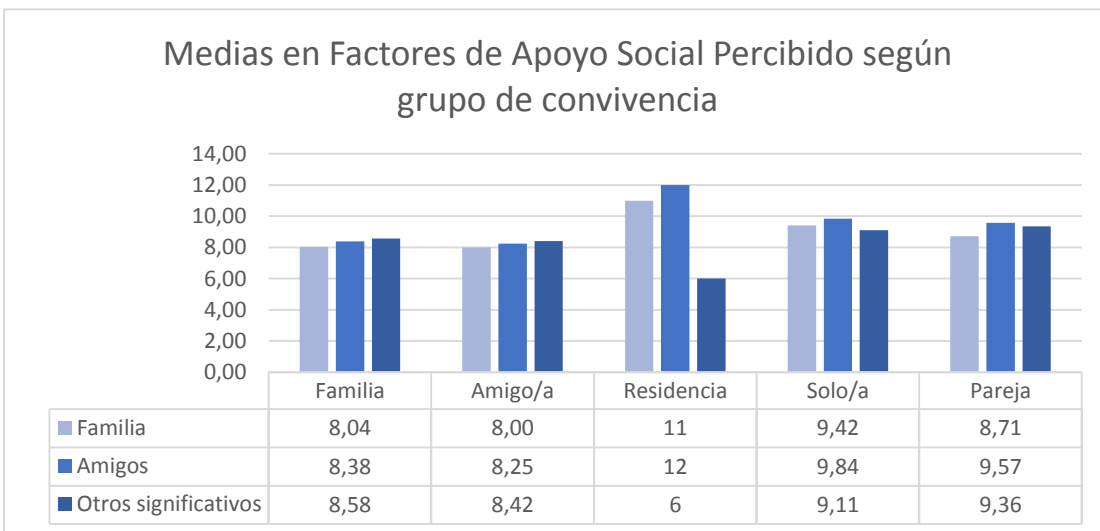
Luego, se encontró una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo al grupo de convivencia de los participantes.

Tabla 5. Medias y desvíos en Apoyo Social Percibido según grupo de convivencia

		Media	Desviación típica
Puntaje Total APS	Familia	24,99	9,122
	Amigo/a	24,67	11,089
	Residencia	29	0
	Solo/a	28,37	9,093
	Pareja	27,64	7,962
	Total	25,29	9,136

APS: Apoyo Social Percibido

Gráfico 3. Medias de los factores de la escala Apoyo Social Percibido según grupo de convivencia



Conductas de Riesgo Asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los colaboradores del estudio obtuvieron como puntaje total de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios, una media de 4,60 (DE= 2,41) y de 6,86 (DE= 3,49) para hombres (XY) y mujeres (XX) respectivamente. En la Tabla 6 y 7, se exponen los resultados de media y desvío, los valores máximos y mínimos del puntaje total para la escala y cada uno de los factores que lo componen.

Tabla 6. Medias y desvíos en Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX

	Puntaje Total EFRATA XX	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Conducta alimentaria normal	Atribución de control alimentario externo	Conducta alimentaria por Compensación psicológica	Dieta crónica y restrictiva	Atribución de control alimentario interno
Media	6,8583	9,95	7,17	10,64	3,89	5,46	5,06	5,85
Desvío	3,48900	8,414	7,343	5,732	3,082	4,138	5,343	4,117
Mínimo	1,00	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	21,14	46	36	27	13	20	26	20

EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios

Tabla 7. Medias y desvíos en Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY

	Media	Desviación típica	Máximo	Mínimo
Puntaje Total EFRATA XY	4,6049	2,41004	12	0
Conducta alimentaria compulsiva	10,83	7,033	29	0
Preocupación por el peso y la comida	4,06	3,995	20	0
Conducta alimentaria normal	6,10	5,029	24	0
Dieta crónica y restrictiva	2,81	2,975	11	0
Atribución de control alimentario externo	3,65	3,828	16	0
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	3,74	3,545	16	0
Atribución de control alimentario interno	6,62	5,886	23	0
Conducta alimentaria de sentimiento de culpa	1,77	1,832	8	0
Conducta alimentaria de atracón	3,05	3,209	12	0
Conducta alimentaria de sobreingesta	3,74	3,496	16	0
Tendencia al perfeccionismo	4,25	3,611	12	0

EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociado a Trastornos Alimentarios

Luego se realizó el Análisis entre la EFRATA, sus factores y algunas de las variables del cuestionario socio-demográfico.

En primer lugar, se consideró la variable **edad** de los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de edades conformados. Las participantes de 18-19 años obtuvieron la mayor puntuación con una media de 7,206 ($DE= 3,889$) sobre los de 20-21 y 22-26 (ver tabla 8).

Tabla 8. Medias y desvíos en Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX según el rango etario

		Media	Desviación típica
Puntaje Total EFRATA XX	18-19	7,2065	3,88941
	20-21	6,6610	3,11188
	22-26	6,4420	3,08194
	Total	6,8583	3,48900

EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios

Para las mujeres, el rango correspondiente a los 18-19 años, obtiene las puntuaciones más altas en 4 de los 7 factores propuestos por la EFRATA (ver tabla 9).

Tabla 9. Medias y desvíos de los Factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX según el rango etario

Rango etario		Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Conducta alimentaria normal	Atribución de control alimentario externo	Conducta alimentaria por Compensación psicológica	Dieta crónica y restrictiva	Atribución de control alimentario interno
18-19	Media	10,50	7,16	10,63	4,01	6,27	5,44	6,44
	Desv. típ.	9,067	7,862	5,727	3,131	4,608	5,795	4,399
20-21	Media	9,33	7,41	10,79	4,01	4,79	5,15	5,15
	Desv. típ.	6,868	7,069	5,551	3,228	3,508	5,369	3,435
22-26	Media	9,63	6,89	10,47	3,53	4,73	4,27	5,58
	Desv. típ.	8,847	6,731	6,029	2,823	3,648	4,332	4,212
Total	Media	9,95	7,17	10,64	3,89	5,46	5,06	5,85
	Desv. típ.	8,414	7,343	5,732	3,082	4,138	5,343	4,117

Por otro lado, el género masculino 18-19 años obtuvo la media más elevada sobre los demás grupos (ver tabla 10). Al contemplar los 11 factores correspondientes a la versión masculina de la EFRATA, se hallaron diferencias significativas en relación al rango etario, siendo el grupo de 18-19 años quienes puntuaron más elevado en 7 de los 11 factores y el grupo de 20-21 en los 4 restantes.

Tabla 10. Medias y desvíos en Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY según el rango etario

		Media	Desviación típica
Puntaje Total EFRATA XY	18-19	5,3802	2,45007
	20-21	4,9864	2,34929
	22-26	3,9720	2,30552
	Total	4,6049	2,41004

EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios

Tabla 11. Medias y desvíos de los Factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY según el rango etario

		Media	Desviación típica
Conducta alimentaria compulsiva	18-19	13,23	7,746
	20-21	10,80	6,354
	22-26	9,56	6,770
	Total	10,86	7,033
Preocupación por el peso y la comida	18-19	5,27	5,505
	20-21	4,40	2,664
	22-26	3,21	3,412
	Total	4,06	3,995
Conducta alimentaria normal	18-19	5,05	3,565
	20-21	7,05	4,419
	22-26	6,21	5,944
	Total	6,10	5,029
Dieta crónica y restrictiva	18-19	3,82	4,224
	20-21	2,90	3,210
	22-26	2,21	2,567
	Total	2,81	2,975
Atribución de control alimentario externo	18-19	3,68	4,224
	20-21	5,40	3,251
	22-26	2,74	3,640
	Total	3,65	3,828
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	18-19	4,59	4,350
	20-21	4,50	2,982
	22-26	2,87	3,172
	Total	3,74	3,545
Atribución de control alimentario interno	18-19	8,45	5,396
	20-21	5,50	6,117
	22-26	6,15	5,941
	Total	6,62	5,886
Conducta alimentaria de sentimiento de culpa	18-19	1,86	1,781
	20-21	2,25	1,832
	22-26	1,46	1,847
	Total	1,77	1,832
Conducta alimentaria de atracón	18-19	3,14	3,821
	20-21	4,05	2,911
	22-26	2,49	2,919
	Total	3,05	3,209
Conducta alimentaria de sobreingesta	18-19	4,59	4,350
	20-21	4,50	2,982
	22-26	2,87	3,054
	Total	3,74	3,496
Tendencia al perfeccionismo	18-19	5,50	3,596
	20-21	3,50	3,873
	22-26	3,92	3,390
	Total	4,25	3,611

Además, se observó que los colaboradores masculinos que conviven con sus familias, presentaron medias más altas en la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (ver tabla 12). En cambio, las mujeres presentan medias más altas en dicha escala, cuando residen solas (ver tabla 13).

Tabla 12. Medias y desvíos de los Factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY según el grupo de convivencia

		Media	Desviación típica
Puntaje Total EFRATA XX	Familia	6,8502	3,54870
	Amigo/a	6,9841	1,87416
	Residencia de estudiantes	8,2857	
	Solo/a	8,3377	3,53540
	Pareja	5,3117	2,98897
	Total	6,8583	3,48900

Tabla 13. Medias y desvíos de los Factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX según el grupo de convivencia

		Media	Desviación típica
Puntaje Total EFRATA XY	Familia	4,7612	2,26941
	Amigo/a	3,9394	5,24864
	Solo/a	3,9205	2,77680
	Pareja	3,6061	1,72807
	Total	4,6049	2,41004

Apoyo Social Percibido y Conductas de Riesgo Asociadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Se realizaron correlaciones entre los dos instrumentos utilizados y sus respectivos factores, a saber: la Escala de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), a la cuál corresponden los factores Familia, Amigos y Otros significativos y la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, L'Esperance y Gómez-Peresmitré, 2004), cuyos factores son once para versión masculina (Conducta alimentaria compulsiva, Preocupación por el peso y la comida, Conducta alimentaria normal, Dieta crónica y restrictiva, Atribución de Control alimentario Externo, Conducta alimentaria de Compensación psicológica, Atribución de Control

alimentario Interno, Conducta alimentaria de sentimiento de culpa, Conducta alimentaria de atracón, Conducta alimentaria de sobreingesta y Tendencia al perfeccionismo) y siete para la femenina (Conducta alimentaria compulsiva, Preocupación por el peso y la comida, Conducta alimentaria normal, Atribución de Control alimentario Externo, Conducta alimentaria de Compensación psicológica, Dieta crónica y restrictiva y Atribución de Control alimentario Interno).

Se observó que los tres componentes de la Escala de Apoyo Social Percibido establecen correlaciones positivas y negativas dependiendo los factores de las Escalas de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (ver tabla 14, 15, 16 y 17)

A fin de responder al objetivo general del presente trabajo, se observó una correlación negativa significativa ($r = -.148$; $p = .01$) entre el puntaje total de la escala de Apoyo Social Percibido y la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios versión femenina. Los resultados también indicaron dicha correlación para el género masculino ($r = -.052$; $p = .01$).

Para la Escala de Apoyo Social Percibido, se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación total de la escala y sus factores, como ser: Amigos ($r = .891$; $p = .01$), Familia ($r = .875$; $p = .01$) y Otros significativos ($r = .906$; $p = .01$).

Para los Factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos alimentarios, los resultados indican una correlatividad significativa entre su puntuación total y sus factores tanto en la versión femenina, como en la masculina. Para la primera los valores fueron, conducta alimentaria compulsiva ($r = .733$; $p = .01$), Preocupación por el peso y la comida ($r = .761$; $p = .01$), Conducta alimentaria normal ($r = .362$; $p = .01$), Atribución de control alimentario externo ($r = .596$; $p = .01$), Conducta alimentaria por compensación psicológica ($r = .596$; $p = .01$), Dieta crónica y restrictiva ($r = .703$; $p = .01$) y Atribución de control alimentario interno ($r = .615$; $p = .01$). En el caso de la versión masculina, se obtuvieron estos resultados: Conducta alimentaria compulsiva ($r = .330$; $p = .01$), Preocupación por el peso y la comida ($r = .561$; $p = .01$), Conducta alimentaria normal ($r = .573$; $p = .01$), Dieta crónica y restrictiva ($r = .658$; $p = .01$), Atribución de Control alimentario Externo ($r = .736$; $p = .01$), Conducta alimentaria de Compensación psicológica ($r = .633$; $p = .01$), Atribución de Control alimentario Interno ($r = .702$; $p = .01$), Conducta alimentaria de sentimiento de culpa ($r = .569$; $p = .01$), Conducta alimentaria de atracón ($r = .680$; $p = .01$), Conducta alimentaria de sobreingesta ($r = .632$; $p = .01$) y Tendencia al perfeccionismo ($r = .687$; $p = .01$).

Tabla 14. Correlaciones Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX y Apoyo Social Percibido y sus factores

	Total APS	Amigos	Familia	Otros significativos
Total APS	1	,883**	,877**	,897**
APS Amigos	,883**	1	,630**	,712**
APS Familia	,877**	,630**	1	,690**
APS Otros significativos	,897**	,712**	,690**	1
Total EFRATA	-,148*	-,111	-,118	-,168**
Conducta alimentaria compulsiva	-,186**	-,155*	-,142*	-,201**
Preocupación por el peso y la comida	-,148*	-,095	-,117	-,187**
Conducta alimentaria normal	,213**	,179**	,190**	,199**
Atribución de control alimentario externo	-,014	-,002	-,015	-,023
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	-,019	-,009	-,006	-,038
Dieta crónica y restrictiva	-,359**	-,281**	-,323**	-,352**
Atribución de control alimentario interno	-,037	-,048	-,033	-,016

APS: Apoyo Social Percibido; EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios
 ** p = .01
 * p = .05

Tabla 15. Correlaciones Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XX y Apoyo Social Percibido y sus factores

	Total EFRATA	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Conducta alimentaria normal	Atribución de control alimentario externo	Conducta alimentaria por Compensación psicológica	Dieta crónica y restrictiva	Atribución de control alimentario interno
Total APS	-,148*	-,186**	-,148*	,213**	-,014	-,019	-,359**	-,037
APS Amigos	-,111	-,155*	-,095	,179**	-,002	-,009	-,281**	-,048
APS Familia	-,118	-,142*	-,117	,190**	-,015	-,006	-,323**	-,033
APS Otros significativos	-,168**	-,201**	-,187**	,199**	-,023	-,038	-,352**	-,016
Total EFRATA	1	,733**	,761**	,362**	,596**	,596**	,703**	,615**
Conducta alimentaria compulsiva	,733**	1	,339**	-,105	,439**	,622**	,422**	,343**
Preocupación por el peso y la comida	,761**	,339**	1	,379**	,245**	,201**	,612**	,332**
Conducta alimentaria normal	,362**	-,105	,379**	1	,077	-,016	,044	,196**
Atribución de control alimentario externo	,596**	,439**	,245**	,077	1	,462**	,341**	,440**
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	,596**	,622**	,201**	-,016	,462**	1	,232**	,276**
Dieta crónica y restrictiva	,703**	,422**	,612**	,044	,341**	,232**	1	,367**
Atribución de control alimentario interno	,615**	,343**	,332**	,196**	,440**	,276**	,367**	1

APS: Apoyo Social Percibido; EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios
 ** p = .01
 * p = .05

Tabla 16. Correlaciones Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY y Apoyo Social Percibido y sus factores

	Total APS	Amigos	Familia	Otros significativos
Total APS	1	,909**	,878**	,931**
APS Amigos	,909**	1	,668**	,787**
APS Familia	,878**	,668**	1	,743**
APS Otros significativos	,931**	,787**	,743**	1
Total EFRATA	,052	,097	-,062	,096
Conducta alimentaria compulsiva	,161	,163	,207	,071
Preocupación por el peso y la comida	-,073	-,092	-,117	,008
Conducta alimentaria normal	,079	,167	-,094	,124
Dieta crónica y restrictiva	-,065	-,072	-,114	,006
Atribución de control alimentario externo	-,016	,063	-,136	,018
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	-,077	-,068	-,142	-,006
Atribución de control alimentario interno	,117	,124	,035	,154
Conducta alimentaria de sentimiento de culpa	-,222	-,160	-,328**	-,129
Conducta alimentaria de atracón	,037	,111	-,080	,057
Conducta alimentaria de sobreingesta	-,079	-,066	-,144	-,011
Tendencia al perfeccionismo	,151	,166	,100	,141

APS: Apoyo Social Percibido; EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios
 ** p = .01
 * p = .05

Tabla 17. Correlaciones Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios XY y Apoyo Social Percibido y sus factores

	Total EFRATA	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Conducta alimentaria normal	Dieta crónica y restrictiva	Atribución de control alimentario externo	Conducta alimentaria por Compensación psicológica	Atribución de control alimentario interno	Conducta alimentaria de sentimiento de culpa	Conducta alimentaria de atracón	Conducta alimentaria de sobreingesta	Tendencia al perfeccionismo
Total APS	,052	,161	-,073	,079	-,065	-,016	-,077	,117	-,222	,037	-,079	,151
APS Amigos	,097	,163	-,092	,167	-,072	,063	-,068	,124	-,160	,111	-,066	,166
APS Familia	-,062	,207	-,117	-,094	-,114	-,136	-,142	,035	-,328**	-,080	-,144	,100
APS Otros significativos	,096	,071	,008	,124	,006	,018	-,006	,154	-,129	,057	-,011	,141
Total EFRATA	1	,330**	,561**	,573**	,658**	,736**	,633**	,702**	,569**	,680**	,632**	,687**
Conducta alimentaria compulsiva	,330**	1	-,114	-,069	,110	,195	-,057	,120	,049	,180	-,060	,137
Preocupación por el peso y la comida	,561**	-,114	1	,415**	,386**	,350**	,441**	,265	,438**	,239	,445**	,240
Conducta alimentaria normal	,573**	-,069	,415**	1	,380**	,284	,141	,441**	,362**	,278	,158	,437**
Dieta crónica y restrictiva	,658**	,110	,386**	,380**	1	,343**	,341**	,488**	,590**	,297**	,352**	,437**
Atribución de control alimentario externo	,736**	,195	,350**	,284	,343**	1	,576**	,271	,452**	,926**	,572**	,285**
Conducta alimentaria por Compensación psicológica	,633**	-,057	,441**	,141	,341**	,576**	1	,223	,331**	,538**	,981**	,242
Atribución de control alimentario interno	,702**	,120	,265	,441**	,488**	,271	,223	1	,322**	,260	,208	,877**
Conducta alimentaria de sentimiento de culpa	,569**	,049	,438**	,362**	,590**	,452**	,331**	,322**	1	,238	,318**	,251
Conducta alimentaria de atracón	,680**	,180	,239	,278	,297**	,926**	,538**	,260	,238	1	,556**	,263
Conducta alimentaria de sobreingesta	,632**	-,060	,445**	,158	,352**	,572**	,981**	,208	,318**	,556**	1	,219
Tendencia al perfeccionismo	,687**	,137	,240	,437**	,437**	,285**	,242	,877**	,251	,263	,219	1

APS: Apoyo Social Percibido; EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios
 ** p = .01
 * p = .05

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer en qué medida el apoyo social percibido correlaciona con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo. Los resultados indicaron que el 2,2 % de la variabilidad de la variable “conductas alimentarias de riesgo” presente en el sexo femenino, se explica por la variable, apoyo social percibido. Para el caso masculino el porcentaje es del 0,3%. Si bien las correlaciones entre las variables son bajas, el nivel es significativo.

Esto permite indicar la presencia de una correlación negativa entre los tres factores del Apoyo Social Percibido (Amigos, Familia y Otros significativos) y los factores correspondientes a la versión femenina de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios pero no así, en la masculina.

En congruencia con los resultados obtenidos para el género femenino, Musitu y otros (2001), entienden al apoyo social percibido como fuente significativa de protección o exposición para el sujeto en riesgo a desarrollar un trastorno alimentario. A su vez, puede resultar como factor importante de mejoría en la aceptación de uno mismo, y la satisfacción corporal (Pettersen & Rosenvinge, 2002, citado por Cruzar Mandich, Díaz Castrillón, Kirszman, Aspillaga Hesse, Behar Astudillo, 2013, p. 104).

En respuesta a los objetivos específicos del presente trabajo, a saber: el análisis de las variables apoyo social percibido y factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en relación a los datos socio-demográficos planteados, se hallaron los siguientes datos:

En primer lugar, se observa una percepción de apoyo social de grado medio en la muestra total de los participantes, sin hallar diferencias relevantes en relación al sexo o rango etario de los mismos.

Por otro lado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores Familia, Amigos y Otros significativos de la escala de apoyo social percibido según el sexo de los participantes, siendo mayor la percepción del apoyo social de la familia para los hombres y de otros significativos y amigos para el sexo femenino.

Apoyando estos resultados, Cárdenas Castro y otros (2015), afirman que en la dimensión “amigos”, las puntuaciones de las mujeres son más altas que las de los hombres.

Según la literatura (Matud, 2002), esta diferencia puede deberse a los modos de interactuar y participar en las relaciones sociales de cada género; y la facilidad que tiene el género femenino para profundizar en las relaciones de intimidad y por el mayor número de redes de apoyo que reporta (Seligman, 2011). La intimidad de los hombres suele acotarse a la pareja y la familia, ya que su relación con los amigos se basa en actividades compartidas que disminuyen con el tiempo dándole carácter de inestable; mientras que las mujeres establecen redes de apoyo emocional más amplias que los hombres (Cárdenas Castro y otros, 2015).

Respecto a los Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios, teniendo en cuenta los puntos de cortes establecidos para tres de los factores de la EFRATA, a saber: conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restrictiva, y preocupación por el peso y la comida, se halló que las mujeres presentan una situación alimentaria de riesgo en relación a los tres factores mencionados, mientras que los hombres lo presentan por la preocupación por el peso y la comida.

Luego, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el *género* de los participantes, en los factores Preocupación por el peso y la comida, Conducta Alimentaria Normal, Dieta crónica y restrictiva, Conducta alimentaria por compensación psicológica y en el puntaje total de la escala, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntuaciones en todos de los casos. Esto coincide con resultados previos, en los cuales se halló que el índice de riesgo a desarrollar un trastorno alimentario es mayor para el sexo femenino e indica que este género presenta mayores preocupaciones sobre el peso, la comida y el cumplimiento de dietas restrictivas a fin de reducir o controlar su peso corporal (Acosta García y otros, 2005).

El sexo masculino, en cambio, obtuvo puntajes elevados en los factores: tendencia al perfeccionismo, atribución de control alimentario interno y externo. Apoyando estos resultados, Vázquez Arévalo y otros (2005), exponen que la práctica de ejercicio de modo intenso es frecuente en los hombres a fin de consumir calorías y aumentar su masa muscular respondiendo al perfeccionismo corporal.

En cuanto a la variable, *rango etario*, se encontraron diferencias significativas tanto en la versión femenina de la escala, como en la masculina.

En el primer caso, el grupo de 18-19 años presentó las puntuaciones más altas en todos los factores. Esto coincide con lo planteado por Unikel - Santoncini y otros (2006), quienes afirman que al incrementarse la edad, la presencia de factores de riesgo disminuye, siendo los jóvenes de 18 y 19 años quienes resultan más propensos a desarrollar factores de riesgo.

Para el segundo, el grupo de 18-19 obtuvo las puntuaciones más altas en los factores de: conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restrictiva, atribución de control alimentario Interno, y tendencia al perfeccionismo; mientras que el grupo de 20-21 las demostró en los factores: conducta alimentaria normal, atribución de control alimentario externo, conducta alimentaria de sentimiento de culpa, conducta alimentaria de atracón, y conducta alimentaria de sobreingesta.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra la predominancia de mujeres en la muestra obtenida y la mayor participación de quienes conviven en familia. Por lo tanto, se cree necesario continuar con la investigación con muestras que equilibren estos factores para obtener resultados representativos.

El presente estudio deja abierta la posibilidad de futuras líneas de investigación que contemplen la intervención del ideal de delgadez, la estigmatización de la obesidad, los cambios biológicos, la percepción subjetiva del propio cuerpo y el apoyo social recibido u objetivo.

Conclusiones

El presente estudio pretende colaborar en la comprensión y conocimiento del apoyo social percibido y los factores de riesgo asociados al posible desarrollo de trastornos alimentarios presentes en los estudiantes universitarios residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

La relevancia de la investigación radica en la identificación de la relación existente entre estas variables a fin de poder mejorar la asertividad de los programas de promoción y prevención en salud, permitiendo la modificación de conductas en alimentación, favoreciendo la formación de estilos de vida saludables y la estimulación para la construcción de vínculos afectivos que funcionen como red de apoyo para los sujetos.

Este trabajo halló una correlación negativa significativa entre la variable, apoyo social percibido y los factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios, esto implica que cuanto mayor sea el apoyo social que percibe el sujeto, menor será la exposición al desarrollo de los factores de riesgo o viceversa, se confirma de esta manera la hipótesis planteada en este trabajo.

Por otro lado, se encontró que las mujeres poseen una percepción más alta de apoyo social por parte de otros significativos y puntúan significativamente más alto en los factores: preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria normal, dieta crónica y restrictiva, conducta alimentaria por compensación psicológica y conducta alimentaria compulsiva. Mientras que los hombres, perciben mayor apoyo social de sus amigos y presentan mayor riesgo en relación a la conducta alimentaria compulsiva, la preocupación por el peso y la comida, y la atribución de control alimentario interno.

Finalmente, considerando las consecuencias negativas de las conductas alimentarias de riesgo y el trastorno de la conducta alimentaria, esta investigación radica su relevancia en el aporte sobre el conocimiento de las variables y la posibilidad que brinda de comenzar a delinear programas que incluyan modelos de prevención para las personas propensas a desarrollar este tipo de conductas.

Referencias Bibliográficas

- Acosta-García, V.; Marín, J.M.; Gómez-Peresmítre, G. y Pineda-García, G., (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo, estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Arechabala-Mantuliz, M.C. y Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8 (1), 49-55.
- Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo Social, Estrés y Salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Barra Almagiá, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista diversitas*, 8(1), 29-38.
- Behar, R.; Alviña, M.; González, T.; y Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 240-249.
- Berrocal, C.; y Ruiz, M. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 407-424.
- Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J., & Carlson, C. R. (2009). Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. *Journal of American College Health*, 57(5), 536-544. Citado de Rosa-Rodríguez, Y.; Negrón Cartagena, N.; Maldonado Peña, Y.; Quiñones Berrios, A.; y Toledo Osorio, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(1), 31-43.
- Cohen, S., y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. Citado de Cárdenas Castro, M.; Barrientos Delgado, J.; y Ricci Alvarado, E. (2015). Estructura factorial de la escala de soporte social subjetivo: validación en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 95-101.

- Cruzat, C.; Ramírez, P.; Melipillán, R.; y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81-90.
- Cruzar Mandich, C.; Díaz Castrillón, F.; Kirszman, D.; Aspillaga Hesse, C.; Behar Astudillo, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Mexican journal of eating disorders*, 4(2), 102-115.
- Durand y Barlow (4ta ed.) (2007). *Psicopatología, un enfoque integral*. México: Ed. Cengage Learning. (pp. 299-325).
- Galarsi, M.; Correche, M.; y Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en humanidades*, 11(1), 193-205.
- Gómez Peresmitré, G. (2000). Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios. IN-305599 (PAPIT) UNAM. 34507-H (CONACyT). México.
- Gómez-Peresmitré, G.; Acosta García, V.; Gorischnik, R.; Cuevas Renaud, C.; Pineda García, G.; Platas Acevedo, R.; Guzmán Saldaña, R.; y Hernández, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 68-78.
- Gracia Fuster, E. (1° Ed.) (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. (pp. 23-26).
- Gutiérrez, C.; y Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.
- Hernández, R.; Gómez-Peresmitré, G.; y Platas Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Hernández Escalante, V.; Laviada Molina, H. (2014). Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Biomédica*, 25(1), 17-21.
- Lameiras Fernández, M.; Calado Otero, M.; Rodríguez Castro, Y.; y Fernández Prieto, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin

trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.

Lin, N.; Dean, A.; y Ensel, W.M. (1986). Social support, life events and depression. *Academic Press*. New York. Citado de Musitu Ochoa, G; Herrero Olaizola, J.; Cantera Espinosa, L.; Montenegro Martínez, M. (1° Ed.) (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC. (pp. 197-229).

López Espinoza, A. (2007). Análisis experimental en conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 258-263.

Matud, P.; Carballeira, M.; López, M.; Marrero, R.; Ibáñez, I. (2002). Apoyo Social y Salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.

Monterrosa-Castro, A.; Ruiz-Martínez, J.; Cuesta-Fernández, C. (2012). Factores de riesgo para el trastorno del comportamiento alimentario. *Revista de ciencias biomédicas*, 3(2), 300-305.

Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M.; y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

Musitu, G. y Jesus Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial Intervention* 12(2), 179-1912.

Orcasita-Pineda, L.; y Uribe-Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.

Oro, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 89-98.

Quiles Marcos, Y.; Terol Cantero, M.; y Quiles Sebastián, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 313-333.

San Martín, J.; y Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31 (3), 287-291.

Saucedo Molina, T.; Peña Irecta, A.; Fernández Cortés, T.; García Rosales, A. y Jiménez Balderrama, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del

Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16-23.

Seligman, M. (2011). La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones Zeta. Citado en Cárdenas Castro, M.; Barrientos Delgado, J.; y Ricci Alvarado, E. (2015). Estructura factorial de la escala de soporte social subjetivo: validación en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 95-101.

Unikel-Santoncini, C.; Bojórquez-Chapela, I.; y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46(6), 509-515.

Unikel-Santoncini, C.; Bojórquez-Chapela, I.; Villatoro-Velázquez, J.; Fleiz-Bautista, C.; y Medina-Mora Icaza, M.E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del distrito federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.

Vázquez Arévalo, R.; Mancilla Díaz, J.; González, C.; López Aguilar, X.; Álvarez Rayón, G.; Ruíz Martínez, A. y Paredes, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y Factores de Riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.

Anexos

Cuestionario Sociodemográfico

Edad: _____ Sexo: Femenino ___ Masculino ___

Altura: _____ (m.) Peso: _____ (kg.)

Estado civil:

Soltero/a ___ En pareja ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___

Estudios realizados:

Universitario en curso ___ Universitario completo ___

Grupo de convivencia:

Con familia (especificar con quién) ___ Amigo/a ___ Residencia de estudiantes ___

Solo/a ___

¿Has recibido un diagnostico profesional de “Trastorno Alimentario”? (Trastornos Alimentarios:
Bulimia, Anorexia, Obesidad, Trastorno Alimentario No Especificado)

Si (especificar cuáles) _____ No ___

Escala de Apoyo Social Percibido

Seguidamente encontrará una serie de frases que pueden estar relacionadas a su forma de ser y de sentirse. Después de leer cada frase, marque con una “x” la opción de respuesta que exprese mejor su opinión con cada frase.

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

**ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION (EFRATA) (GÓMEZPERESMITRÉ, GILDA)
VERSION XY**

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (la mitad de las veces aprox)	Muy frecuentemente	Siempre

1.-Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.-No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.-Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.-Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.-No soy consciente de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.-Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.-Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.-Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.-Siento que como más de lo que la mayoría de la gente comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.-Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.-Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.-Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.-Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.-Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

15.-Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.-Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.-Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.-Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.-Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21.-Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22.-Procuro comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.-Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24.-Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25.-Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26.-Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27.-Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28.-“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29.-Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse , ya que “genio y figura hasta la sepultura”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30.-Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31.-Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32.-No se porque se preocupa la gente por su peso, ya que “el que nace barrigón, aunque lo fajen”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33.-Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34.-Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35.-Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

36.-Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37.-Me sorprende pensando en comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38.-Las personas que comen con medida son dignas de respeto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39.-Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40.-Admiro a las personas que pueden comer con medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41.-Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema “todo con exceso, nada con medida”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42.-Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43.-Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44.-Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45.-Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46.-Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47.-Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48.-Como tan rápido que los alimentos se me atragantan	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49.-Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
50.-Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
51.-No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
52.-Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
53.-Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54.-No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
55.-Sólo se debe competir para ganar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
56.-Sólo se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION (EFRATA) (GÓMEZPERESMITRÉ, GILDA)
VERSION XY**

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (la mitad de las veces aprox)	Muy frecuentemente	Siempre

1.-Paso por periodos en los que como en exceso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.-Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.-No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.-Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.-Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.-No soy consciente de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.-Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.-Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.-Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.-Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.-Soy de los que se hartan (se llenan) de comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.-Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.-Me avergüenzo de comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

14.-Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.-Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.-Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.-Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.-Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.-Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21.-Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22.-Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.-Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24.-Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25.-Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26.-Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27.-Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28.-Como con moderación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29.-Procuró comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30.-Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31.-Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse , ya que “genio y figura hasta la sepultura”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32.-Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

33.-Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34.-No sé, por qué se preocupa la gente por su peso, ya que “el que nace barrigón, aunque lo fajen”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35.-Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36.-Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37.-Cuando estoy aburrido me da por comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38.-Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39.-Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40.-Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41.-Me sorprende pensando en comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42.-Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43.-Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44.-Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45.-Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46.-Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47.-“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48.-Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49.-Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
50.-Las personas que comen con medida son dignas de respeto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
51.-Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
52.-Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

53.-Admiro a las personas que pueden comer con medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54.-Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema “todo con exceso, nada con medida”	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)